



پژوهش‌های

روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دوره ۱۴، شماره ۱، سال ۱۴۰۳

شاپا الکترونیک: ۴۲۶۵-۲۴۲۳

شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

دو فصلنامه علمی

۲۷

- ۵ اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی، اضطراب و تعارض خانواده زوجین ...
ابوالفضل بخشی پور
- ۲۳ مقایسه اثربخشی درمان هیجان-مدار و طرحواره-درمانی بر احساس تنهایی و طلاق عاطفی زنان نابارور
فاطمه زمانی نیا، محمدجواد اصغری ابراهیم آباد، علی اکبر ثمری
- ۴۳ بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر مرگ‌اندیشی بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و افسردگی در ...
بهرامعلی قنبری‌هاشم آبادی، علیرضا عطاریانی، محمود آزادی
- ۶۷ مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر آشفتگی روان شناختی زنان ...
رزیتا گوهرشاهی، عبدالله مفاخری، محمد محمدی پور
- ۸۵ پیش‌بینی اضطراب سلامتی از طریق مسیر ترس از کووید-۱۹، روان‌رنجوری، نظام بازداری ...
محمدرضا مظلوم زاده، علی مشهدی، سید روح الله حسینی
- ۱۱۳ تعیین اثربخشی درمان اجتماع مدار همراه با داروی آگونیست متادون بر کارکردهای اجرایی ...
میترا کامیابی، خسرو احمدزاده شهیدیان
- ۱۳۱ رابطه بین حافظه-ی کاری و استدلال سیال کودکان نارساخوان: نقش میانجی کنش‌های جرابی
علی آگاهی، حسین شاره، حسن توزنده جانی
- ۱۴۷ مشاوره پس از فقدان تروماتیک: تأثیر بر خودشفقتی، رشد پس از تروما و افسردگی
زهره عسگری، اعظم نقوی، محمدرضا عابدی
- ۱۶۹ نقش میانجی‌گر استرس شغلی بر رابطه بین ذهن‌آگاهی، توانمندی شناختی و استرس مرتبط با ...
نسرین شریفی، جواد صالحی فدردی، عباس فیروزآبادی
- ۱۹۹ مقایسه اثر بخشی درمان کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه ...
مریم نجفی، ایلناز سجادیان، غلامرضا منشئی
- ۲۲۳ اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت بر افسردگی، اضطراب سلامت و علائم ...
سهیل جعفری، کبری کاظمیان مقدم، فاطمه قلاوند
- ۲۴۳ مقایسه تأثیر درمان‌های شناختی-رفتاری و فراتشخیصی یکپارچه بر خودپنداره جنسی، مصمیمیت...
شیمای خرم، حبیب هادیان فرد، عبدالعزیز افلاک سیر، جواد ملازاده

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دوفصلنامه علمی

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دانشگاه فردوسی مشهد

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

دوره ۱۴، شماره ۱، سال ۱۴۰۳

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 شفیع 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 :

زهره ودادیان، معصومه اسلامی، حمید نجات، مریم بردبار، جعفر طالبیان شریف، مسعود خاکپور، ایمان الله بیگدلی، کیومرث بشلیده، زهرا علیزاده بیرجندی، حمید نجات، سید علی کیمیایی، فرزانه طیرانی نجاران، علی مشهدی، محمد رضا وداد مفرد، حسین شارع، شاهد مسعودی

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 اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی، اضطراب و تعارض خانواده زوجین ...
ابوالفضل بخشی پور
- ۲۳ مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی بر احساس تنهایی و طلاق عاطفی زنان نابارور
فاطمه زمانی نیا، محمدجواد اصغری ابراهیم آباد، علی اکبر ثمری
- ۴۳ بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر مرگ‌اندیشی بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و افسردگی در ...
بهرامعلی قنبری هاشم آبادی، علیرضا عطاریانی، محمود آزادی
- ۶۷ مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر آشفتگی روان شناختی زنان ...
رزیتا گوهرشاهی، عبدالله مفاخری، محمد محمدی پور
- ۸۵ پیش‌بینی اضطراب سلامتی از طریق مسیر ترس از کووید-۱۹، روان‌رنجوری، نظام بازداری ...
محمد رضا مظلوم زاده، علی مشهدی، سید روح‌الله حسینی
- ۱۱۳ تعیین اثربخشی درمان اجتماع مدار همراه با داروی آگونست متادون بر کارکردهای اجرایی ...
میترا کامیابی، خسرو احمدزاده شهیدیان
- ۱۳۱ رابطه بین حافظه‌ی کاری و استدلال سیال کودکان نارساخوان: نقش میانجی کنش‌های اجرایی
علی آگاهی، حسین شاره، حسن توزنده جانی
- ۱۴۷ مشاوره پس از فقدان تروماتیک: تأثیر بر خودشفقتی، رشد پس از تروما و افسردگی
زهرا عسگری، اعظم تقوی، محمد رضا عابدی
- ۱۶۹ نقش میانجی‌گر استرس شغلی بر رابطه بین ذهن آگاهی، توانمندی شناختی و استرس مرتبط با ...
نسرین شریفی، جواد صالحی فدردی، عباس فیروزآبادی
- ۱۹۹ مقایسه اثر بخشی درمان کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه ...
مریم نجفی، ایلناز سجادیان، غلامرضا منشئی
- ۲۲۳ اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر افسردگی، اضطراب سلامت و علائم ...
سهیل جعفری، کبری کاظمیان مقدم، فاطمه قلاوند
- ۲۴۳ مقایسه تأثیر درمان‌های شناختی-رفتاری و فراتشخیصی یکپارچه بر خودپنداره جنسی، صمیمیت ...
شیمای حرم، حبیب هادیان فرد، عبدالعزیز افلاک سیر، جواد ملازاده



The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on the Fear of Negative Evaluation, Anxiety and Family Conflict of Childless Couples

Abolfazl Bakhshepoor 

Associate Professor, Islamic Azad University, Bojnourd Branch, Bojnourd, Iran. Email: ab8boj@gmail.com

Received: 2023-01-04

Revised: 2023-11-19

Accepted: 2023-11-23

Published: 2024-06-19

Citation: Bakhshepoor, A. (2024). The effectiveness of cognitive behavioral therapy on the fear of negative evaluation, anxiety and family conflict of childless couples. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 14(1), 5-22. doi: 10.22067/tpccp.2024.80374.1437

Abstract

Introduction: This study aimed to explore the impact of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on the fear of negative evaluation, anxiety and family conflicts among childless couples who visited the counseling centers of Gonbad Kavous, Iran. To the best knowledge of the researcher, no study has been conducted up to now to see the impact of CBT on childless couples. Most clinicians and researchers believe that the experience of anxiety and conflict impose high costs on society. Family conflicts emerge when there is disagreement, difference or incompatibility between couples (Babaie, 2018). It seems that childless couples are a group of people who may experience these conflicts even more. Conflict usually emerges as disharmony and opposition, when one partner feels the need to change in order for their relationship to continue (Basharpour et al., 2018). Conflicts cause mental disorders, among of which is anxiety. Anxiety is an unpleasant feeling that all people experience over their lives. Anxiety causes many symptoms pertaining to the autonomic nervous system, and is differentiated from fear since its source is not clear (Azizi et al., 2017). The individuals suffering this disorder look negatively at other people and social issues, as they believe that other people evaluate them negatively (Beheshtian et al., 2020). Considering the nature of anxiety and its related causes, it is assumed that CBT can help people to obtain a different perspective of their problems decreasing their anxiety symptoms. The achievement that may help them modify their thought processes and by fighting against the problems, replace the ideas with more logical and positive ones and, eventually, have a better relationship with their spouses. This study assumed that through teaching CBT techniques such as destructive horsemen, knowing cognitive factors, self-control and problem solving skills, not only marital conflicts may reduce but also the cooperation between the couples increases and emotional reactions are mitigated. Considering the issue, this study tried to answer the following question: Does Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) affect the fear of negative evaluation, anxiety, and family conflict among childless couples?

Method: This applied study used a semi-experimental design, involving a pre-test, post-test, and follow-up stages. The statistical population consisted of all childless couples of Gonbad Kavous, Iran who visited counseling centers of the city over the past year. Among this population, 30 couples were selected. For collecting the data, the following tools were used: Demographic questionnaire designed for obtaining personal and demographic data; Brief Fear of Negative Evaluation Scale designed by Leary (1983), Beck Anxiety Inventory (BAI)



©2024 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.

designed by Beck et al. (1988), and Marital Conflicts Questionnaire (MCQ) designed by Sanaei and Barati (1996). At the pre-test stage, members of the control and experimental groups answered the study survey. Then, the experimental group underwent 10 two-hour sessions of cognitive-behavioral therapy of McKay et al. (2006) and Dattilio (2009); however, the members of control group did not receive any intervention. At the next stage, post-tests were run from both groups at the end of the therapeutic intervention period. The data were analyzed using SPSS software and the covariance analysis.

Results: The results of the descriptive indicators in the three stages showed that the average of the items has significantly improved from the first to the post-test and the follow-up stages. The results confirmed the impact of the experimental method in improving the fear of negative evaluation and its continuance over time. Moreover, the results showed that the impact of the independent variable is significant ($p < 0.05$), meaning that CBT affected the fear of negative evaluation of childless couples who visited the counseling centers of Gonbad Kavous.

Discussion and Conclusion: This study showed that CBT-based interventions can enhance the emotional and psychological capabilities of the childless couples and reduce their fear of negative evaluation, social anxiety, and family conflicts. Given the literature, the fear of negative evaluation, which is among the major components of social anxiety disorder, is seemingly a response to others' negative evaluation (Hashemi-Nosratabad et al., 2017). However, the fear of negative evaluation is not only due to the possibility of negative evaluation from others, but it is also directly affected by the people's own negative evaluation. The people with the disorder are constantly worried about the evaluation of others, and their perception of what others think is a reflection of their thoughts about themselves. Therefore, changing the self-image would change one's perception of other people's evaluations. Cognitive-behavioral therapy can improve individuals' self-image and self-confidence, especially by focusing on self-critical expressions and reducing the expression. The final consequence would be the decrease of fear of negative evaluation. Since childless couples' self-image is ruined and they see themselves ineffective; over time, they become exhausted, disturbed, lonely, and disengaged. The results indicated that cognitive-behavioral interventions, through enhancing self-confidence, can help these people to have a better self-image.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Fear of Negative Evaluation, Anxiety, Conflict, Childless Couples

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

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

دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی



اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی، اضطراب و تعارض خانواده زوجین بدون فرزند

ابوالفضل بخشی پور ^{ID}

استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاداسلامی، واحد بجنورد، بجنورد، ایران. ab8boj@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱۴	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۸/۲۸	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۰۲	تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۳۰
استناد: بخشی پور، ابوالفضل. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی، اضطراب و تعارض خانواده زوجین بدون فرزند. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۴(۱)، ۲۲-۵. doi: 10.22067/tpccp.2024.80374.1437			

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی، اضطراب و تعارض خانواده زوجین بدون فرزند مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره گنبد کاووس بود.

روش: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این تحقیق، شامل کلیه زوجین بدون فرزند مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان گنبد کاووس بود. نمونه آماری شامل ۳۰ زوج بود که به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش گمارده شدند. معیارهای ورود به پژوهش نداشتن فرزند و گذشتن حداقل ۵ سال از ازدواج، حمایت از طرف خانواده و عدم وجود مشکل، تمایل زوجین برای سازگاری و تاب‌آوری در رابطه به زندگی بدون فرزند، عدم وجود اختلال بالینی جدی به غیر از اضطراب و ترس از ارزیابی منفی حاصل از عدم وجود فرزند، رضایت از فرآیند درمان، عدم استفاده از هرگونه داروی مرتبط با مسائل روانی است. از ملاک‌های خروج هم می‌توان به غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان و عدم همکاری زوجین و بروز هرگونه علائم روانی و جسمی که حاصل از این مداخلات باشد اشاره کرد. داده‌های موردنیاز با استفاده از پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی لری (۱۹۸۳)، پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۹۰) و مقیاس تعارضات زناشویی ثنایی و براتی (۱۳۷۵) جمع‌آوری شد. ابتدا پرسشنامه‌های فوق در اختیار هر دو گروه قرار گرفت تا به عنوان پیش‌آزمون تکمیل کنند. سپس فقط گروه آزمایش تحت برنامه درمان شناختی-رفتاری (جدول ۱) که برگرفته از طرح درمانی است، طی ۱۰ جلسه ۲ ساعته قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات همان پرسشنامه‌ها به صورت پس‌آزمون از هر دو گروه گرفته شد. و به وسیله نرم‌افزار SPSS و تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی، اضطراب و تعارض خانواده زوجین بدون فرزند مؤثر بوده است. در هر سه فرضیه مقدار F از سطح معناداری ۰/۰۵ کمتر بوده و فرضیه‌ها پذیرفته شده است. از نتایج این تحقیق می‌توان در مراکز مشاوره روانشناسی و بهزیستی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: شناختی-رفتاری، ترس از ارزیابی منفی، اضطراب، تعارض، زوجین بدون فرزند.

مقدمه

برای بسیاری از افراد، ازدواج معنی دارترین بخش زندگی است؛ اما بعضی مواقع تعارضات به وجود آمده باعث ایجاد مشکلاتی برای زوجین می شود. هرگاه بین دو زوج عدم توافق، تفاوت یا ناسازگاری وجود داشته باشد تعارض به وجود می آید (Babaie, 2018). به نظر می رسد زوجین بدون فرزند تعارض بیشتری را تجربه می کنند. تعارض معمولاً به صورت ناهماهنگی و مخالفت است و وقتی بروز می کند که یکی از طرفین درگیر، نیازمند تغییر باشد تا ادامه رابطه و رشد امکان پذیر گردد. هر چه گفتگوی زوجین در مراحل تعارض بی فایده تر باشد، تعارض بالا گرفته و وارد مرحله بعدی می شود. هر چه مراحل بالاتر باشد، تعارض شدیدتر است و مداخلات بیشتری را می طلبد. این تعارضات، اختلالاتی را به همراه دارد، یکی از آنها اضطراب است. اضطراب، احساسی ناخوشایند و مبهم است که تمام افراد در طول زندگی با آن مواجه می شوند؛ و موجب بروز تعداد زیادی از علائم مربوط به سیستم عصبی خودکار شده و از این نظر که منبع آن نامشخص است، از ترس متمایز می گردد (Azizi et al., 2017). در حقیقت اضطراب، فشار روانی و جسمی به نسبت ماندگار با اثرات مخرب و مزمن است که به صورت تهدیدی مبهم و با منشأ نامعلوم جلوه می کند و می تواند مجموعه ای از پاسخ های جسمی و شناختی را برانگیزد (Shamsabadi et al., 2016). میزان اضطراب در جامعه ایران بین ۷ تا ۱۵ درصد گزارش شده است. این درصد بالا باعث ترس از ارزیابی منفی نیز می شود که از جمله عوامل شناختی مهم در اختلال اضطراب است. افراد مبتلا به این اختلال، باورهای منفی در زمینه سایر افراد و موقعیت های اجتماعی دارند و فکر می کنند که مردم آنها را منفی ارزیابی خواهند کرد (Beheshtian et al., 2020). در حقیقت ترس از ارزیابی منفی بر نگرانی درباره ارزیابی های دیگران، آشفته گی مفرط نسبت به ارزیابی های منفی، پرهیز از موقعیت های ارزیابی و انتظار تجربه ارزیابی های منفی از سوی دیگران است (Hashemi-Nosratabad et al., 2017). با تمام این تفاسیر و پیدایش این اختلالات هنگام تعارض، وجود یا عدم تعارض نیست که کیفیت رابطه بین زوجین را تعیین می کند، بلکه چگونگی مقابله با شرایط تعارضی است که کیفیت رابطه را تعیین می کند. درواقع زوجینی که بتوانند تعارضات موجود در رابطه را با به کارگیری روش های مثبت و استفاده کمتر از تعاملات منفی مدیریت کنند فضایی ایجاد می کنند که در آن فرصت بیشتری برای خود افشایی و توافق در مورد مشکلات خانواده وجود دارد (Basharpoor et al., 2018). در این باره روش های درمانی متعددی وجود دارد. یکی از درمان های مؤثر، درمان شناختی رفتاری است که به دلیل ماهیت شناختی اضطراب و رویکردهای مبتنی بر درمان شناختی در این حوزه نتایج خوبی نشان داده است (Beheshtian et al., 2020; Gerami et al., 2017) اثربخشی این

روش را بر اضطراب موفقیت‌آمیز توصیف کردند. (Kavitha et al., 2014) نیز در پژوهشی دریافتند که درمان شناختی رفتاری به افراد کمک می‌کند تا به دیدگاهی متفاوت از مشکلات خود دست یابند که منجر به تغییر در روند فکری آنان می‌شود و با مبارزه با آن‌ها، افکار منطقی مثبت‌تری جایگزین آن‌ها شوند تا ارتباط بهتری با همسران خود داشته باشند. درمان شناختی-رفتاری با استفاده از راهبردهای شناختی-رفتاری و آموزش مهارت‌های زندگی تلاش می‌کند تا رفتار آشکار و شیوه تعامل زوجین را از طریق تغییر افکار، انتظارات، تعبیر و تفسیرها و شیوه‌های پاسخ‌دهی آن‌ها تغییر دهد. این رویکرد علاوه بر بازسازی شناختی از انواع مداخله رفتاری نیز برای تقویت مهارت‌های مقابله‌ای زوجین استفاده می‌کند. درواقع این درمان به‌طور هم‌زمان نقش فرایندهای شناختی و رفتاری را مورد تأکید قرار می‌دهد و فرصتی را فراهم می‌آورد تا افراد بتوانند شیوه‌های لازم را برای شناسایی و اصلاح افکار و رفتارهای خود تخریب‌گر بیاموزند و در آینده به هنگام رویارویی با مسائل مختلف از آن‌ها استفاده کنند (Azimifar et al., 2016).

مروری بر پژوهش‌های پیشین مانند (Starabadi et al., 2020)، پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر استرس، اضطراب و افسردگی زوج‌های نابارور: مروری سیستماتیک و متاآنالیز انجام داده‌اند که نتایج نشان داد میانگین نمرات افسردگی و اضطراب در بیماران دریافت‌کننده CBT در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافت. نتایج سه مطالعه تلفیقی نشان داد که تفاوت معنی‌داری بر استرس در بیماران دریافت‌کننده CBT در مقایسه با گروه کنترل وجود ندارد. یافته‌های این مطالعه پیشنهادها برای ارزشمندی برای بهبود وضعیت سلامت روان از طریق بکارگیری CBT برای مدیریت اضطراب و افسردگی در زوج‌های نابارور ارائه می‌دهد. (Mohebi & Aleyasin, 2023) پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی و توجه متمرکز بر خود در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام داده‌اند که نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری توانسته نشانه‌های اضطراب فراگیر را نسبت به گروه کنترل کاهش دهد. در نتیجه، درمان شناختی رفتاری می‌تواند به عنوان یک مداخله مؤثر برای زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مورد توجه قرار داده شود.

پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)^۱ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)^۲ بر ترس از ارزیابی منفی و اضطراب در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در شهر ایلام انجام داده‌اند که نتایج نشان داد میان گروه کنترل و گروه تحت درمان شناختی رفتاری

1- Mindfulness-based cognitive therapy,

2- Acceptance and commitment therapy

مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل و گروه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در کاهش ترس از ارزیابی منفی و اضطراب زوجین، تفاوت معنا داری وجود دارد؛ اما در مقایسه تاثیر دو نوع درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنا داری در اضطراب و ترس از ارزیابی منفی دیده نشد (Nazari et al., 2021). بنابراین درمان به روش شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ترس از ارزیابی منفی و اضطراب شرکت کنندگان موثر است؛ اما در میزان تاثیر این دو روش تفاوت معناداری وجود ندارد. با توجه به مطالعات پیشین، پژوهشی که درمان شناختی رفتاری را بر روی زوجین بدون فرزند گنبد کاووس بررسی کند، انجام نشده است بنابراین در این مورد خلأ پژوهشی مشاهده می شود. از طرفی گرچه هزینه اختلال اضطراب و تعارضات به سبب آسیب عملکرد ایجاد شده به طور دقیق مشخص نیست؛ اما بیشتر متخصصان بالینی و پژوهشگران این زمینه موافق هستند که این اختلالات هزینه های بالایی را بر جامعه تحمیل می کند؛ همچنین می توان از نتایج این تحقیق در مراکز روانشناسی و مشاوره استفاده نمود. لذا این پژوهش به دنبال بررسی فرضیه های زیر است:

فرضیه اول: درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی زوجین بدون فرزند مراجعه کننده به مراکز مشاوره گنبد کاووس تأثیر دارد.

فرضیه دوم: درمان شناختی رفتاری بر اضطراب زوجین بدون فرزند مراجعه کننده به مراکز مشاوره گنبد کاووس تأثیر دارد.

فرضیه سوم: درمان شناختی رفتاری بر تعارض خانواده زوجین بدون فرزند مراجعه کننده به مراکز مشاوره گنبد کاووس تأثیر دارد.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زوجین بدون فرزند شهر گنبد کاووس بود که دارای ملاک های ذکر شده می باشند. از بین آنها تعداد ۳۰ زوج به صورت در دسترس که طی یک سال گذشته به مراکز مشاوره گنبد کاووس مراجعه کرده بودند، انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش نداشتن فرزند و گذشتن حداقل ۵ سال از ازدواج، حمایت از طرف خانواده و عدم وجود مشکل، تمایل زوجین برای سازگاری و تاب آوری در رابطه به زندگی بدون فرزند، عدم وجود اختلال بالینی جدی به غیر از اضطراب و ترس از ارزیابی منفی حاصل از عدم وجود فرزند، رضایت از فرآیند درمان، عدم استفاده از هرگونه داروی مرتبط با مسائل روانی است. از

ملاک‌های خروج هم می‌توان به غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان و عدم همکاری زوجین و بروز هر گونه علائم روانی و جسمی که حاصل از این مداخلات باشد اشاره کرد.

ابزارها

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

برگه اطلاعات جمعیت‌شناختی: برای گردآوری اطلاعات فردی و جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در پژوهش، برگه‌ای طراحی گردید که در آن سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، درآمد، شغل، مدت سابقه بیماری و مدت مصرف دارو در افراد مشخص می‌گردید.

فرم کوتاه ترس از ارزیابی منفی لری (BFNE^۱): این مقیاس که توسط لری^۲ (Leary, 1983) تدوین شده است، دارای ۱۲ پرسش است که میزان اضطراب تجربه‌شده افراد یا ارزیابی منفی آنان را به روش لیکرت پنج‌درجه‌ای اندازه‌گیری می‌کند. حد پایین نمرات ۱۲ و حد بالای آن ۶۰ است. بدیهی است که هر چه این امتیاز پایین‌تر باشد، بیانگر ترس کمتر است. در پژوهش گراوند نتایج تحلیل عامل اکتشافی نیز نشان داد که نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی از دو عامل تشکیل شده است. همبستگی معنادار بین نمره کلی و زیرمقیاس‌های ترس از ارزیابی منفی با زیرمقیاس‌ها و نمره کلی پرسشنامه دشواری‌های بین فردی و مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان، روایی همگرایی BFNE را تأیید کرد. ضرایب آلفای کرونباخ و ضرایب باز آزمایی با فاصله دو هفته نمره کلی و زیرمقیاس‌های BFNE نشان داد که این مقیاس پایایی مقبولی دارد. ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کلی BFNE و زیرمقیاس‌های نمره‌گذاری شده مثبت و سؤال‌های نمره‌گذاری شده منفی به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۸۲ و ۰/۸۱ و ضرایب باز آزمایی با فاصله (دو هفته) برای نمره کلی BFNE و زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۹-۰/۷۷ به دست آمد (Gravand et al., 2011).

پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۸۸): این مقیاس توسط بک و همکاران که یک پرسشنامه خود گزارشی است برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است. این مقیاس دارای ۲۱ ماده است که نمره‌گذاری به صورت لیکرت چهارگزینه‌ای (۰-۳) است و آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان‌دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. حد پایین نمرات صفر و حد بالای آن ۶۳ است. نمرات بالا در این مقیاس نشان‌دهنده‌ی میزان اضطراب بیشتر است. این پرسشنامه از پایایی بالایی

1. Brief Fear of Negative Evaluation Scale

2. Leary

برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن، ضریب آلفا (۰٫۹۲)، پایایی آن با روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰٫۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰٫۳۰ تا ۰٫۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، هم‌زمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده‌است که همگی نشان‌دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب است (Beck et al., 1988).

مقیاس تعارضات زناشویی (MCQ^۱): این مقیاس توسط ثنائی ذاکر و همکاران به منظور سنجش تعارضات زناشویی تنظیم شده است. این پرسشنامه یک ابزار ۴۲ سؤالی است که هفت بعد از تعارضات زناشویی را می‌سنجد. این ابعاد عبارت‌اند از کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت‌فرزندان، افزایش رابطه‌ی فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خانواده همسر و جدا کردن امور مالی از یکدیگر. نمره‌گذاری به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای است. حد بالای نمرات ۲۱۰ و حد پایین آن ۴۲ است. در این ابزار نمره بیشتر به معنی تعارض بیشتر و نمره کمتر به معنی رابطه بهتر است. همسانی درونی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰٫۵۳ گزارش شده است. این پرسشنامه از روایی محتوایی خوبی برخوردار است و متخصصین در زمینه تعارضات زناشویی اذعان نموده‌اند که پرسشنامه از قدرت تمیز بالایی در تمایز زوجین دارای تعارض زناشویی و زوجین عادی برخوردار است. همچنین همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه شاخص رضایت زناشویی ۰٫۷۱ گزارش شده است که این میزان بیانگر روایی سازه قابل قبول آزمون است (Sanai Zaker et al., 2000).

مداخله

از بین جامعه آماری، تعداد ۳۰ زوج به صورت در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. ابتدا پرسشنامه‌های فوق در اختیار هر دو گروه قرار گرفت تا به عنوان پیش آزمون تکمیل کنند. سپس فقط گروه آزمایش تحت برنامه درمان شناختی-رفتاری (جدول ۱) که برگرفته از طرح درمانی (McKay et al., 2006) و (Dattilio, 2009) است، طی ۱۰ جلسه ۲ ساعته قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات همان پرسشنامه‌ها به صورت پس آزمون از هر دو گروه گرفته شد. داده‌های جمع‌آوری شده از طریق نرم‌افزار SPSS و آزمون آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول ۱: طرح مداخله

جلسه	عنوان جلسه	اهداف و مداخلات درمانی
اول	برقراری ارتباط	معارفه - برقراری ارتباط با اعضا - آشنا کردن شرکت کنندگان با اصول و مقررات و اهداف جلسات - آشنایی با مدل شناختی-رفتاری و اهداف درمانی
دوم	مهارت‌های رفتاری	تعریف مشکل - آموزش قرارداد مشروط - معرفی توافقات تبادلی رفتاری - آموزش فن نقش معکوس
سوم	مهارت‌های ارتباطی و رفتاری	مرور مباحث مطرح شده در جلسه قبل - معرفی مفهوم ارتباط - معرفی اصطلاح «چهار سوارکار و پیرانگر» - اصلاح مهارت‌های ارتباطی - مهارت‌های مناسب برای گوینده و شنونده
چهارم	مهارت‌های ارتباطی و رفتاری	مرور مباحث مطرح شده در جلسه قبل - معرفی مفهوم انتقال همدلی - معرفی مفهوم اعتباربخشی - آموزش فن مداد و کاغذ
پنجم	عوامل شناختی	مرور تکالیف جلسه قبل - توضیح درباره ارتباط افکار، احساس و رفتار - بیان تفاوت افکار، احساسات و رفتار - شناسایی افکار خودکار و رفتار و هیجان‌های مرتبط
ششم	عوامل شناختی	مرور تکالیف جلسه قبل - پرداختن به طرحواره های ذهنی - بررسی طرحواره ها و ایجاد طرحواره مثبت - اجرای نمایش از طریق چارچوب بندی مجدد و تمرین
هفتم	عوامل شناختی	مرور تکالیف جلسه قبل - معرفی خطاهای شناختی و انواع آن - بررسی ارتباط افکار خودکار و خطاهای شناختی
هشتم	تکانشگری، خودکنترلی	مرور تکالیف جلسه قبل - تعریف تکانه و بحث در مورد مدیریت تکانش ها و راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر - راهکارهایی در مورد بالا بردن خلق و افزایش رویدادهای خوشایند
نهم	مهارت‌های حل مسئله	مرور تکالیف جلسه قبل - توضیح در مورد استرس - مدیریت استرس - راهکارهایی برای حل مسئله - آموزش آرامش عضلانی
دهم	جمع بندی	مرور و تلخیص آموزش های ارائه شده - جمع بندی جلسات - ارزیابی و نتیجه گیری درباره جلسات

روش تجزیه و تحلیل آماری

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی به منظور توصیف متغیرهای پژوهش شاخص‌های میانگین و انحراف معیار و همچنین آمار استنباطی به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS بهره گرفته شد.

یافته‌ها

در بخش اول جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تکنیک‌های آمار توصیفی نظیر ایجاد جداول فراوانی

برای بررسی چگونگی توزیع نمونه آماری از حیث متغیرهایی نظیر شغل، تحصیلات و سن پرداخته شد. جدول ۲ یافته‌های حاصل از ویژگی‌های جمعیت شناختی را نشان می‌دهد.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی

درصد تجمعی	درصد	فراوانی	
شغل زوجین			
۱۶	۱۶	۱۰	خانه‌دار
۴۱	۲۵	۱۵	آزاد
۱۰۰	۵۹	۳۵	کارمند
تحصیلات			
۲۵	۲۵	۱۵	دیپلم
۸۸	۶۳	۳۸	کارشناسی
۱۰۰	۱۲	۷	کارشناسی ارشد
سن			
۱۶	۱۶	۱۰	کمتر از سی سال
۷۵	۵۹	۳۵	۳۱ تا ۴۰ سال
۱۰۰	۲۵	۱۵	بیشتر از ۴۰ سال
	۱۰۰	۶۰	جمع کل

جدول ۳ اطلاعات مربوط به آمار توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشخص است آمار توصیفی متغیرهای پژوهش را در دو گروه کنترل و آزمایش قبل و بعد از درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی، اضطراب و تعارض خانواده زوجین بدون فرزند مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره گنبد کاووس نشان می‌دهد.

جدول ۳. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

	متغیر	زمان	فراوانی (زوج)	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
ارزیابی منفی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۲۸/۰۰	۵۸/۰۰	۴۴/۱۳۳۳	۱۰/۱۰۸۱۳
		پس‌آزمون	۱۵	۱۵/۰۰	۴۷/۰۰	۳۲/۸۳۳۳	۱۰/۳۱۲۶۴
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۲۹/۰۰	۵۹/۰۰	۴۴/۷۶۶۷	۱۰/۰۵۷۳۶
		پس‌آزمون	۱۵	۳۰/۰۰	۶۰/۰۰	۴۴/۹۰۰۰	۹/۷۳۹۱۸

اضطراب	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۲۸/۰۰	۶۰/۰۰	۴۵/۲۰۰۰	۱۰/۵۳۲۰۵
		پس‌آزمون	۱۵	۱۵/۰۰	۵۱/۰۰	۳۳/۴۳۳۳	۱۰/۵۲۶۴۳
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۲۹/۰۰	۶۱/۰۰	۴۵/۹۰۰۰	۱۰/۴۴۹۷۲
		پس‌آزمون	۱۵	۳۰/۰۰	۶۲/۰۰	۴۶/۰۰۰۰	۱۰/۱۲۳۳۸
تعارض خانواده	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۹۹/۰۰	۱۹۲/۰۰	۱۵۵/۶۳۳۳	۳۱/۵۵۰۱۶
		پس‌آزمون	۱۵	۶۹/۰۰	۱۶۶/۰۰	۱۱۸/۲۰۰۰	۳۰/۸۴۲۶۵
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۱۰۰/۰۰	۱۹۵/۰۰	۱۵۶/۰۶۶۷	۳۱/۳۰۷۰۸
		پس‌آزمون	۱۵	۱۱۲/۰۰	۱۹۳/۰۰	۱۵۶/۷۰۰۰	۲۸/۷۲۱۱۹

یافته‌های استنباطی

فرضیه‌های این پژوهش، میزان متغیرهای پژوهش را در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد مطالعه قرار می‌دهد. این بررسی در دو گروه کنترل و آزمایش انجام گرفته است. با توجه به مقیاس متغیرهای اندازه‌گیری شده و فرضیه‌ها، برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شده است. فرضیه‌های این پژوهش، درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی، اضطراب و تعارض خانواده زوجین بدون فرزند مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره گنبد کاووس را در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد مطالعه قرار می‌دهد. این بررسی در دو گروه کنترل و آزمایش انجام گرفته است. با توجه به مقیاس متغیرهای اندازه‌گیری شده و فرضیه‌ها، برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده می‌شود. نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر تصادفی کمکیا Covariate به کار می‌روند. پیش‌فرض آخر، خطی بودن همبستگی متغیر همپراش و متغیر مستقل هست که این پیش‌فرض هنگام اجرای دستور تحلیل کوواریانس بررسی خواهد شد زیرا شاخص آن، بخشی از خروجی اصلی این تحلیل است.

فرضیه اول: درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی زوجین بدون فرزند مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره گنبد کاووس تأثیر دارد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس

منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	اثر
مدل تصحیح شده	۹۸۴۰۰/۶۲۲	۳	۳۲۸۰۰/۲۰۷	۷۳۲۰/۹۵۳	۰/۰۰۰	۰/۹۹
متغیر ارزیابی منفی پیش‌آزمون	۵۵۷۹/۴۸۸	۱	۵۵۷۹/۴۸۸	۱۲۴۵/۳۳۳	۰/۰۰۰	۰/۹۵
گروه	۲۰۴۱/۳۹۶	۲	۱۰۲۰/۶۹۸	۲۲۷/۸۱۸	۰/۰۰۰	۰/۸۹
خطا	۲۵۵/۳۷۸	۵۷	۴/۴۸۰			
جمع	۹۸۶۵۶/۰۰۰	۶۰				

همان‌طور که از نتایج مشخص است سطح معناداری کوچک‌تر از ۵ درصد است بنابراین می‌توان گفت که پیش‌فرض همبستگی رعایت شده است. مقدار F تأثیر متغیر مستقل معنادار است، یعنی پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات دو گروه در پس‌آزمون وجود دارد؛ بنابراین فرضیه صفر معنادار بودن اختلاف میانگین دو گروه در پس‌آزمون، پس از حذف اثر احتمالی پیش‌آزمون رد نمی‌شود و فرضیه‌ی اول پژوهش رد نمی‌گردد. نتایج حاصل از پیگیری نشان داد که شاخص‌های توصیفی متغیر در سه مرحله اجرای آزمون را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول، به لحاظ توصیفی میانگین آزمودنی‌ها در پس‌آزمون و ترس از ارزیابی منفی آزمون پیگیری، به‌طور قابل ملاحظه‌ای از میانگین پیش‌آزمون، بهبود یافته است. به نظر می‌رسد، این نتیجه، تأثیر روش آزمایشی در بهبود ترس از ارزیابی منفی و بقای آن در بستر زمان را تأیید می‌کند.

جدول ۵. نتایج مربوط به نتیجه نهایی فرضیه‌ی اول

جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح آزادی
۱۱۷۷۲۲/۵۰۰	۱	۱۱۷۷۲۲/۵۰۰	۳۶۹/۶۹۵	۰/۰۰۰
۹۲۳۴/۵۰۰	۲۹	۳۱۸/۴۳۱		
رابطه متقابل				
خطا				

فرضیه دوم: درمان شناختی رفتاری بر اضطراب زوجین بدون فرزند مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره گنبد کاووس تأثیر دارد.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس

منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	اثر
مدل تصحیح‌شده	۱۰۲۸۶۸/۳۶۲	۳	۳۴۲۸۹/۴۵۴	۵۹۱۱/۲۹۳	۰/۰۰۰	۰/۹۹۷
متغیر اضطراب پیش‌آزمون	۵۸۵۴/۷۲۹	۱	۵۸۵۴/۷۲۹	۱۰۰۹/۳۲۰	۰/۰۰۰	۰/۹۴۷
گروه	۲۱۸۷/۷۸۱	۲	۱۰۹۳/۸۹۱	۱۸۸/۵۸۰	۰/۰۰۰	۰/۸۶۹
خطا	۳۳۰/۶۳۸	۵۷	۵/۸۰۱			
جمع	۱۰۳۱۹۹/۰۰۰	۶۰				

همان‌طور که از نتایج مشخص است سطح معناداری کوچک‌تر از ۵ درصد است بنابراین می‌توان گفت که پیش‌فرض همبستگی رعایت شده است و مقدار F تأثیر متغیر مستقل معنادار است و می‌توان گفت که فرضیه‌ی دوم پژوهش رد نمی‌گردد. نتایج حاصل از پیگیری نشان داد که شاخص‌های توصیفی، متغیر، در

سه مرحله اجرای آزمون را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول، به لحاظ توصیفی میانگین آزمودنی‌ها در پس‌آزمون و اضطراب آزمون پیگیری، به‌طور قابل ملاحظه‌ای از میانگین پیش‌آزمون، بهبود یافته است. این نتیجه، تأثیر روش آزمایشی در بهبود اضطراب و بقای آن در بستر زمان را تأیید می‌کند.

جدول ۷. نتایج مربوط به نتیجه نهایی فرضیه‌ی دوم

رابطه متقابل	جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح آزادی
خطا	۹۴۷۸/۴۸۹	۲۹	۳۲۶/۸۴۴	۳۸۷/۴۵۵	۰/۰۰۰
رابطه متقابل	۱۲۶۶۳۷/۵۱۱	۱	۱۲۶۶۳۷/۵۱۱		

فرضیه سوم: درمان شناختی رفتاری بر تعارض خانواده زوجین بدون فرزند مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره گنبد کاووس تأثیر دارد.

جدول ۸. نتایج تحلیل کوواریانس

منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	اثر
مدل تصحیح‌شده	۱۲۰۱۰۱۸/۰۵۲	۳	۴۰۰۳۳۹/۳۵۱	۳۶۳۶/۵۷۹	۰/۰۰۰	۰/۹۹۵
متغیر تعارض پیش‌آزمون	۴۵۲۳۴/۱۵۲	۱	۴۵۲۳۴/۱۵۲	۴۱۰/۸۹۵	۰/۰۰۰	۰/۸۷۸
گروه	۲۱۷۹۶/۷۸۹	۲	۱۰۸۹۸/۳۹۵	۹۸/۹۹۸	۰/۰۰۰	۰/۸۷۶
خطا	۶۲۷۴/۹۴۸	۵۷	۱۱۰/۰۸۷			
جمع	۱۲۰۷۲۹۳/۰۰۰	۶۰				

همان‌طور که از نتایج مشخص است سطح معناداری کوچک‌تر از ۵ درصد است. اختلاف میانگین دو گروه از نظر متغیر تعارض معنادار است و می‌توان گفت که فرضیه‌ی سوم پژوهش رد نمی‌گردد. نتایج حاصل از پیگیری نشان داد که شاخص‌های توصیفی، متغیر، در سه مرحله اجرای آزمون را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول، به لحاظ توصیفی میانگین آزمودنی‌ها در پس‌آزمون و تعارض آزمون پیگیری، به‌طور قابل ملاحظه‌ای از میانگین پیش‌آزمون، بهبود یافته است. به نظر می‌رسد، این نتیجه، تأثیر روش آزمایشی در بهبود تعارض و بقای آن در بستر زمان را تأیید می‌کند.

جدول ۹. نتایج مربوط به نتیجه نهایی فرضیه‌ی سوم

رابطه متقابل	جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح آزادی
خطا	۸۰۱۷۰/۴۵۶	۲۹	۲۷۶۴/۴۹۸	۵۵۶/۵۱۰	۰/۰۰۰
رابطه متقابل	۱۵۳۸۴۶۹/۸۷۸	۱	۱۵۳۸۴۶۹/۸۷۸		

بحث و نتیجه‌گیری

چگونگی روابط زوجین بدون فرزند، تعامل و حفظ روابط، چگونگی تصمیم‌گیری‌ها و حل مشکلات، جنبه مهمی را در برمی‌گیرد که عامل کلیدی در کاهش خطرات فعلی و آینده مرتبط با رویدادهای ناگوار و نامناسب در روابط زوجین است. لذا هدف این پژوهش، تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی، اضطراب و تعارض خانواده زوجین بدون فرزند مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره گنبد کاووس است. با توجه به نتایج به‌دست آمده که نشان می‌دهد سطح معناداری کوچک‌تر از ۵ درصد و مقدار F ، تأثیر متغیر مستقل معنادار است، پس درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی زوجین بدون فرزند مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره گنبد کاووس تأثیر دارد. در رابطه با همسویی با نتایج این فرضیه می‌توان به پژوهش (Hosein et al., 2012) اشاره کرد. آن‌ها نشان دادند درمان شناختی-رفتاری، کاهش میزان ترس از ارزیابی منفی در اختلال اضطراب اجتماعی را در پی دارد. همچنین (Hashemi-Nosratabad et al., 2017) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش ترس از ارزیابی منفی در اختلال اضطراب اجتماعی، به تأثیر این روش درمانی اشاره کرده‌اند. و همچنین (Mohebi & Aleyasin, 2023) بیان می‌کنند که درمان شناختی رفتاری موجب کاهش ترس از ارزیابی منفی می‌شود که در تبیین فرضیه اول پژوهش می‌توان گفت کاهش ترس از ارزیابی منفی به دنبال درمانهای رفتاری و شناختی تغییری است که رخداد آن پیش‌بینی می‌شود، زیرا ترس از ارزیابی منفی یکی از مؤلفه‌های اصلی اختلال اضطراب است و گفته می‌شود که اختلال اضطراب تا اندازه‌ای گون‌های پاسخ به ارزیابی منفی توسط دیگران است که فرد مبتلا آن را درک می‌کند. سازه ترس از ارزیابی منفی، دربرگیرنده بخشهایی از جمله افکار، چشم‌داشتها، داوری‌های اجتماعی منفی و رفتارهای شرم‌آور است و بنابراین کاهش آن در روند درمان می‌تواند یکی از نشانگرهای خوب برای میزان بهبود فرد مبتلا به اختلال اضطراب می‌باشد. همچنین با ترس از ارزشیابی منفی از جانب دیگران، فرد دامنه‌ای از تعاملات اجتماعی را که می‌تواند موجب اضطراب شود، تصور می‌کند: موقعیت‌های عملکردی مانند خوردن یا نوشتن در جمع، آغاز کردن و ادامه گفتگوها، رفتن به مهمانی‌ها، قرار گذاشتن، ملاقات با افراد غریبه و ناآشنا و یا تعامل با مراجع قدرت می‌باشد و زمانی که زوج بدون فرزند با هجمه بسیار بزرگی از قضاوت، دلسوزی و ترس از دخالت و به خطر افتادن زندگی به دلیل عدم وجود فرزند مواجه می‌شوند شرایط بسیار سخت خواهد شد که با استفاده از مداخلات شناختی-رفتاری می‌توان از شدت مشکلات کاست و به بالا رفتن تاب‌آوری در زوجین کمک نمود. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت: ترس از ارزیابی منفی یکی از مؤلفه‌های اصلی اختلال اضطراب اجتماعی

است و گفته می‌شود که نوعی پاسخ به ارزیابی منفی توسط دیگران است که فرد مبتلا آن را درک می‌کند (Hashemi-Nosratabad et al., 2017). اما درواقع ناراحتی و ترس افراد مبتلا به ترس از ارزیابی منفی فقط به دلیل احتمال ارزیابی منفی از جانب دیگران نیست، بلکه به ارزیابی منفی مستقیم خودشان نیز مرتبط است. بیمار مدام نگران برداشت دیگران در مورد خودش است و ادراک او در مورد چیزی که دیگران فکر می‌کنند، بازتابی از تفکر بیمار راجع به خودش است؛ بنابراین تغییر خود پنداره باعث تغییر اسنادهای دیگران خواهد شد. درمان شناختی-رفتاری می‌تواند خود پنداره را به‌خصوص باهدف قرار دادن عبارات خود انتقادی بهبود بخشد؛ و کاهش میزان انتقاد از خود، اعتمادبه‌نفس را بهبود می‌بخشد و خود پنداره را نیز تقویت می‌کند. در نتیجه‌ی بهبود خود پنداره، ترس از ارزیابی منفی کاهش می‌یابد. در زوجین بدون فرزند به دلیل خود پنداره نامناسب یا بهم ریخته و اینکه خود را ناکارآمد می‌بینند بنابراین به تدریج دچار فرسودگی و اختلال و تنهایی و جدایی می‌شود. مداخلات شناختی-رفتاری با توجه به نتایج پژوهش‌ها به این افراد کمک می‌کند که با افزایش اعتماد به نفس تصویر مناسب تری از خود داشته و روش‌های جایگزین برای پرکردن این خلاءپردازند. در این پژوهش هم سعی شد بهبود خودانگاره و کاهش ترس از ارزیابی منفی از طریق تکنیک‌های متعددی همچون بازخورد تصویری و بازخورد گروهی آموزش داده شود. علاوه بر این یکی دیگر از فرضیه‌های این پژوهش که تأیید شد، تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری پراضطراب زوجین بدون فرزند مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره گنبد کاووس بود. پژوهش (Dehshiri, 2012) (Dehshiri, 2012) با فرضیه حاضر همسو است. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت: افراد مبتلا به اختلال اضطراب الگوهای ناسازگارانه درک و پاسخ‌دهی را یاد گرفته اند و همچنین فاقد راهبردهای مقابله‌ای مؤثر هستند. از این دیدگاه، فرد مبتلا به اختلال اضطراب به خاطر اینکه بجای رفتار سازنده، مستعد درک تهدید، پاسخ اجتنابی و ناتوانی است، از نگرانی و اضطراب مفرط رنج می‌برد. افکار، احساسات و رفتارهای اضطرابی مداوم و تکرارشونده هستند، بنابراین در نهایت این زنجیره کاملاً خارج از آگاهی قرار می‌گیرد. با توجه به این که اصلی‌ترین ملاک اختلال اضطراب عامل نگرانی است لذا در این پژوهش با استفاده از درمان شناختی و رفتاری سعی شد با ارائه محتوای شناختی جلسات درمانی و تغییر ادراکی بیماران و روش‌های آرامش‌های عضلانی سبک پردازش آن‌ها تغییر کند. همچنین با توجه به نتایج می‌توان گفت، فرضیه سوم این پژوهش درمان شناختی رفتاری بر تعارض خانواده زوجین بدون فرزند مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره گنبد کاووس تأثیر دارد، نیز پذیرفته می‌شود. این فرضیه با پژوهش (Goudarzi et al., 2019) همسو است. آن‌ها نشان دادند آموزش درمان شناختی-رفتاری بر تعارض زناشویی مؤثر است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت: با

توجه به پژوهش‌های عنوان شده، اثربخشی رویکرد شناختی-رفتاری مورد تأیید قرار گرفته است که می‌توان علت آن را در محتوا و برنامه این رویکرد جستجو کرد که به ساختار و الگوهای تبدیلی توجه ویژه می‌شود و به بستر و زمینه اجتماعی که رفتارهای ایجادکننده تعارض در آن بروز پیدا می‌کند؛ عنایت خاصی می‌شود. نتایج حاکی است که فرزند از جهات متعددی برای زوجین بدون فرزند ارزش زیادی دارد. از نظر این افراد، حضور فرزند به لحاظ روانی و عاطفی برای همه زوجین مهم است. حضور فرزند می‌تواند زندگی را معنادار و هدفمند کند. اشتیاق برای تجربه حس پدر و مادری به عنوان یک مرحله مهم زندگی و همسویی با سایر افراد جامعه موضوع و هدف مهمی برای آنان است. فرزند برای آنها ارمغان خوشبختی، شور و نشاط و محبت است. اما زمانی که این موهبت در زوجین از دست می‌رود باید به عواقب ناشی از آن که می‌تواند شامل احساس تنهایی، اضطراب، تعارضات زناشویی، ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران و غیره باشد را کاهش داد (Alimondegari et al., 2021) (Alimondegari et al., 2021). در این پژوهش سعی شد با آموزش تکنیک‌هایی چون چهار سوارکار ویرانگر، شناختن عوامل شناختی، خودکنترل‌گری و مهارت حل مسئله، نه تنها باعث کاهش تعارض‌های زناشویی شد؛ بلکه بر ابعاد تعارض زناشویی هم تأثیر گذاشته و باعث افزایش همکاری و کاهش واکنش‌های هیجانی شود. به‌طور کلی ویژگی بارز درمان شناختی-رفتاری این است که تمامی رفتارها در زندگی اجتماعی آموخته می‌شود و با آموزش روش درست زندگی به افراد، تعارض آن‌ها را با یکدیگر کاهش می‌دهد. از محدودیت‌های این پژوهش، تحقیق بر روی زوجین بدون فرزند مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره گنبد کاووس انجام شده است و پیشنهاد می‌گردد این پژوهش بر روی تمامی زوجین انجام بگیرد و به‌صورت مقایسه‌ای مورد بررسی قرار بگیرد.

References

- Alimondegari, M., Karimi, M., & Razeghi Nasrabad, H. B. (2021). Infertility and coping strategies in men and women referring to yazd institute of reproductive sciences. *Journal of Family Research*, 16(4), 473-492. <https://doi.org/10.29252/jfr.16.4.473> (In Persian)
- Azimifar, S., Fatehizade, M., Bahrani, F., Ahmadi, A., & Abedi, A. (2016). Comparing the effects of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance and commitment therapy on marital happiness of dissatisfied couples in isfahan: A single subject research *Journal of Psychology and Psychiatry*, 3(2), 56-81. <https://doi.org/20.1001.1.25886657.1395.3.2.1.2> (In Persian)
- Azizi, S., Pelarak, F., & Mohagheghi, J. (2017). Effectiveness of religious teachings in reducing anxiety in pregnant women [Original Research]. *Religion and Health*, 4(2), 46-55. <http://jrh.mazums.ac.ir/article-1-338-fa.html> (in Persian)
- Babaie, E. (2018). Prediction of marital conflicts of women involve in domestic violence based on sexual schemas, sexual function and sexual satisfaction [Research]. *Journal of Nursing Education*, 6(5), 16-24. <http://ijpn.ir/article-1-1062-en.html> (In Persian)
- Basharpour, S., Zabihi, S., Heydari, F., & Mikaeili, N. (2018). The effectiveness of self-defense training on marital adjustment and family cohesion in women involved in domestic violence referring to ardabil justice. *Family Counseling and Psychotherapy*, 7(2), 82-98. http://fcp.uok.ac.ir/m/article_51797_591d162eebf0bbc9be68c2d8394aec99.pdf (In Persian)
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beheshtian, E., Tozandehjani, H., & Safarian-tosi, M. (2020). Comparison of modular cognitive-behavioral therapy and behavioral activation on fear of negative evaluation in students with generalized anxiety disorder. *Journal of Applied Psychological Research*, 10(4), 101-109. <https://doi.org/10.22059/japr.2019.286641.643328> 2251-8126
- Dattilio, F. M. (2009). *Cognitive-behavioral therapy with couples and families: A comprehensive guide for clinicians*. Guilford Press.
- Dehshiri, G.-R. (2012). The effectiveness of cognitive-behavior therapy on anxiety and worry of people with generalized anxiety disorder. *Journal of clinical psychology*, 4(2), 19-28. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2085> (In Persian)
- Gerami, G., Makvand Hoseini, S., Sedaghat, M., & Moazedian, A. (2017). Compare the effectiveness of cognitive- behavioral therapy with relaxation therapy on delivery process in primipara. *Journal of Applied Psychological Research*, 7(4), 203-217. <https://doi.org/10.22059/japr.2016.68336> (In Persian)
- Goudarzi, M., Shiri, F., & Mahmoudi, B. (2019). Effectiveness of cognitive-behavioral family therapy on parent-child conflicts and marital conflict. *Quarterly of Applied Psychology*, 12(4), 531-551. https://apsy.sbu.ac.ir/article_97173_aadd2f2e80312ddf36a752c668133212.pdf (In Persian)
- Gravand, F., Shukri, O., Khodayi, A., Amrai, M., & Toulabi, S. (2011). Standardization, validity and reliability of the brief fear of negative evaluation scale for 12-18 years old

- adolescents in tehran. *Journal of Psychological studies*, 7(1), 65-96. <https://doi.org/10.22051/psy.2011.1557> (In Persian)
- Hashemi-Nosratabad, T., Mahmoud-Alilou, M., & Gholizadeh, A. (2017). The effectiveness of cognitive behavioral therapy based on hofmann's model on fear of negative evaluation and self- focused attention in social anxiety disorder. *Journal of clinical psychology*, 9(1), 101-110. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.9562> (In Persian)
- Hosein, D., Rokhsare, Y., Banafsheh, G., & Asgharnejad, A. (2012). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy and exposure therapy on interpretation bias and fear of negative evaluation in social anxiety disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 18(1), 40-51. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/emr-150093> (In Persian)
- Kavitha, C., Rangan, U., & Nirmalan, P. K. (2014). Quality of life and marital adjustment after cognitive behavioural therapy and behavioural marital therapy in couples with anxiety disorders. *J Clin Diagn Res*, 8(8), Wc01-04. <https://doi.org/10.7860/jcdr/2014/9692.4752>
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the fear of negative evaluation scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9(3), 371-375. <https://doi.org/10.1177/0146167283093007>
- McKay, M., Fanning, P., & Paleg, K. (2006). *Couple skills: Making your relationship work*. New Harbinger Publications.
- Mohebi, A. M., & Aleyasin, S. A. (2023). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on fear of negative evaluation, interpretation bias and self-focused attention in women with generalized anxiety disorder. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 65(6), 2381-2396. <https://sid.ir/paper/1123321/en> (In Persian)
- Nazari, G., Amiri, H., Afshariniea, K., & Kakabaraei, K. (2021). Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive-behavioral therapy and acceptance-commitment therapy on the fear of negative evaluation and anxiety in couples referring to counseling centers in ilam, iran [Research]. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 29(2), 95-106. <https://doi.org/10.52547/sjimu.29.2.95> (In Persian)
- Sanai Zaker, B., Alaghband, S., Falahati, S., & Homan, A. (2000). *Family and marriage scales*. (Vol. 29). Besat. (In Persian)
- Shamsabadi, N., Khajevand, A., & Hasanzadeh, R. (2016). Effect of cognitive-behavioral based stress management on anxiety reduction of pregnant women [Original Article]. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*, 12(3), 19-29. <http://nmj.goums.ac.ir/article-1-812-en.html> (In Persian)
- Starabadi, M., Aminfakhraei, A., Keramati, K., & Samavi, A. (2020). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on stress and depression in infertile couples. *Women Studies*, 11(31), 1-18. <https://doi.org/10.30465/ws.2020.5344>



Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Schema Therapy on the Feeling of Loneliness and Emotional Divorce among Infertile Women

Fatemeh Zamani nia

PhD Student in Counseling, Department Counselling Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.
Email: F.zaman21@yahoo.com

Mohammadjavad Aqsgdari Ebrahimabad

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

Aliakbar Samari

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

Received: 2024-02-08

Revised: 2024-05-31

Accepted: 2024-06-14

Published: 2024-06-19

Citation: Zamani nia, F., Asghari, M. J., & Samari, A. (2024). Comparing the effectiveness of Emotion-focused therapy and schema therapy on feelings of loneliness and emotional divorce of infertile women. Research in Clinical Psychology and Counseling, 14(1), 23-42. doi: 10.22067/tpccp.2024.86170.1613

Abstract

Introduction: Infertility is a prevalent issue globally, affecting up to 20% of couples (Nguyen, 2014; Sadock & Sadock, 2007). The World Health Organization (WHO) reports that over 80 million couples (approximately 10%) worldwide are affected by infertility. According to various results, more than three million Iranian couples (13-15%) are infertile. The experience of infertility is not merely a physiological failure; it also encompasses psychological and social dimensions. These dimensions give rise to a plethora of psychological consequences, including a reduction in intimate relationships, unpleasant feelings such as loneliness and dissatisfaction, and emotional divorce in relationships between spouses. Additionally, there are numerous other issues that arise as a result of infertility. However, these issues have a greater impact on women in society.

The social construction of infertility as a female problem, regardless of the underlying cause, leads to women experiencing greater familial and social challenges than men. Furthermore, they are more susceptible to psychological distress. If the early maladaptive schemas, as well as the primary and secondary emotions and unexpressed emotional needs of infertile women are not resolved and do not lead to a positive solution, it can result in significant distress and tension in their lives. Early maladaptive schemas are self-damaging emotional and cognitive patterns that form in the mind during early stages of growth and development and recur throughout the lifespan (Young, 1999; Hamidpour & Andoz, 2013). Given the dearth of research on psychological and family issues related to infertility such as loneliness and emotional divorce, the present study was designed to contribute to this field by comparing the effectiveness of emotion-focused therapy and schema therapy on the feeling of loneliness and emotional divorce among infertile women.

Method: This semi-experimental research employed a pre-post-test design with a control group. The initial stage of the study involved the administration of a pre-test to all three experimental and control groups. The statistical population of this research encompasses all



women who have been diagnosed with infertility and visited the Milad Infertility Center of Mashhad. The research sample was selected from a total of 45 women using a convenience sampling method and randomly assigned to two experimental groups and one control group. Following the decline in the experimental group, the remaining groups were reduced to a total of 12 participants. The following tools were utilized in the course of this research: The Loneliness Questionnaire developed by Russell, et al. (1980) that comprises 20 items presented in a multiple-choice format, with 10 negative and 10 positive sentences and the Gottman's Emotional Divorce Scale developed by Gottman (1998) that includes 24 items scored as "yes" and "no". Group training was conducted using the emotion-focused therapy protocol developed by Johnson and Greenberg (2005) for the first experimental group, comprising eight 90-minute sessions. The second experimental group underwent training using Young's schema therapy protocol (Young, 2006), also comprising eight 90-minute sessions. The control group did not receive any intervention.

Findings: The findings of the study indicated that the mean and standard deviation of the feeling of loneliness of infertile women according to the study groups were 51.19 and 3.285 in the pre-test, 47.92 and 2.832 in the post-test, and 47.47 and 3.22 in the follow-up. To investigate and test the primary hypothesis, a two-factor ANOVA with repeated measures (mixed) was employed. The results of the repeated measures ANOVA indicated that the interaction between group and time had a significant effect on the dependent variables including the feeling of loneliness and emotional divorce among infertile women. A comparison of the emotion-focused therapy and the schema-therapy revealed that the schema-therapy demonstrated greater efficacy and effect size for the variable of loneliness feeling than the emotion-focused therapy. The effect size for the schema-therapy approach was 64%, while the effect size for the emotion- focused therapy was 51%. The results of Bonferroni post hoc test indicated that there was no statistically significant difference in the emotional divorce variable between the study groups (emotion-focused therapy, schema-therapy, and control) in the pre-test stage. However, in the post-test and follow-up stages, there was a statistically significant difference between the emotion- focused therapy and the schema-therapy groups compared to the control group.

Discussion and Conclusion: The objective of this study was to compare the effectiveness of emotion-focused therapy and schema therapy on the feeling of loneliness and emotional divorce among infertile women. The findings align with those presented by Suleimanabadi and Suleimanabadi (2021). The results of the study demonstrated that the emotion-focused therapy is an effective method for reducing the feeling of loneliness among infertile women. With regard to the efficacy of emotion-focused therapy in alleviating feelings of loneliness among infertile couples, it is important to note that one of the primary objectives of the emotion-focused therapy is to facilitate a transition from an insecure attachment style to a secure attachment style. The formation of emotional contact is contingent upon the availability and responsiveness. In comparing the effectiveness of the two approaches, it was found that schema therapy is more efficacious in reducing the feeling of loneliness and emotional divorce. Given that primary schemas encompass individuals' thoughts and beliefs about themselves, others, and the environment, which are shaped by unmet basic needs, particularly emotional needs (Bach, et al., 2018), cognitive schemas and beliefs exert a significant influence on the course of a marital relationship. The presence of high levels of irrational beliefs and inflexible thoughts in one or both spouses have been identified as a significant predictor of declining marital satisfaction (Aliss, 1985; Hoseinzade, et al., 2021).

Maladaptive schemas have been identified as ineffective cognitive strategies that lead to unhappiness in marital relationships and create grounds for separation (AkgÜL GÖK, et al., 2019; Mahmoudpour, et al., 2020). In other words, a significant portion of the relationship between spouses in Iranian society is shaped by emotional issues. The inability to express these emotions in a timely and appropriate manner initially leads to emotional withdrawal and a loss of intimacy and feelings of loneliness. Ultimately, this can result in an emotional divorce.

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

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

دسترسی آزاد

مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی بر احساس تنهایی و طلاق عاطفی زنان نابارور

فاطمه زمانی نیا ^{ID}

دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران. f.zaman21@yahoo.com

محمدجواد اصغری ابراهیم آباد ^{ID}

دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسئول). mjasghari@um.ac.ir

علی اکبر ثمری ^{ID}

استادیار گروه روانشناسی، واحد کاشمر، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشمر، ایران. Aasamari87@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۰۹	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۳/۱۱	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۲۵	تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۳۰
استناد: زمانی نیا، فاطمه؛ اصغری ابراهیم آباد، محمدجواد؛ ثمری، علی اکبر. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی بر احساس تنهایی و طلاق عاطفی زنان نابارور. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۴(۱)، ۴۲-۲۳. doi: 10.22067/tpccp.2024.86170.1613			

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی بر احساس تنهایی و طلاق عاطفی زنان نابارور انجام پذیرفت.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی بود که با دو گروه آزمایش، طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و یک گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری، شامل کلیه زنان متأهلی بود که دچار مشکل ناباروری بودند و به مرکز ناباروری میلاد مشهد در زمستان ۱۴۰۰ مراجعه کرده بودند. ۴۵ نفر به صورت دردسترس انتخاب شدند و در ۳ گروه ۱۵ نفری به روش تصادفی جایگزین شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه احساس تنهایی و پرسشنامه طلاق عاطفی در پیش‌آزمون پاسخ دادند. سپس گروه‌های آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، با درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی اجرا شد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. بعد از اتمام جلسات پس‌آزمون اجرا شد. داده‌ها با استفاده نرم‌افزار SPSS-۲۶ و روش تحلیل واریانس مکرر بررسی شدند. **یافته‌ها:** تحقیق نشان داد که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های آزمایش، درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/001$). نتایج نشان داد اثربخشی طرحواره‌درمانی نسبت به درمان هیجان‌مدار تأثیر بیشتری بر احساس تنهایی و طلاق عاطفی زنان داشته است.

کلید واژه‌ها: احساس تنهایی، طلاق عاطفی، درمان هیجان‌مدار، طرحواره‌درمانی، زنان نابارور

مقدمه

ناباروری مشکل شایعی در سراسر جهان است و تا ۲۰٪ زوجین با آن درگیر هستند (Nguyen, 2014; Sadock & Sadock, 2007) و طبق گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی بیش از ۸۰ میلیون از زوجین (حدود ۱۰ درصد) در جهان نازا هستند، در حالی که هم اکنون طبق نتایج مختلف بیش از ۳ میلیون از زوجین ایرانی (۱۳ تا ۱۵ درصد) نابارورند. متوسط میزان شیوع ناباروری مادام‌العمر در ایران ۹/۱۰٪ است که ۳/۳٪ از جمعیت دارای ناباروری رایج هستند در حالیکه بروز ناباروری در خاورمیانه بین ۱۰٪ تا ۱۵٪ تخمین زده شده است (Nasr Esfahani et al., 2022).

برطبق نظریه نقش اجتماعی که یک مجموعه به هم وابسته "انتظارات ضابطه‌مند و قالب‌ریزی شده" مقاوم و پایدار گفته می‌شود که به دارنده موقعیت‌های خاص اجتماعی ارزانی می‌دارد. به عبارت دیگر دارنده انتظار یاد شده را به سوی موقعیت اجتماعی خاص سوق می‌دهد. مثال: انتظار می‌رود که یک پزشک برحسب آخرین و جدیدترین سطح تحقیق پزشکی، همه توان خود را برای معالجه بیماران به کار ببندد یا از یک زن متاهل انتظار می‌رود که فرزند یا فرزندی به دنیا بیاورد و تمام تلاش خود را برای پرورش آن‌ها به کارگیرد. در چنین مواردی اگر زن نابارور باشد و انتظاراتی که افراد جامعه از او دارند برآورده نکند، در واقع نقش اجتماعی خود را به درستی اجرا نکرده است (Afshari et al., 2019).

دیدگاه اجتماعی ناباروری این گونه بیان می‌کند که ارزش‌ها و هنجارهای رایج در جامعه بر روی تجربه‌ی ناباروری و زوج‌ها تأثیر قابل ملاحظه‌ای دارد. در بیشتر فرهنگ‌ها به دنیا آوردن فرزند به عنوان یک ارزش اجتماعی محسوب می‌شود. هنجارهای صریح و ضمنی بیانگر این است که زوج‌ها می‌خواهند و باید فرزندی داشته باشند؛ بنابراین وقتی که زوج‌ها نمی‌توانند فرزند داشته باشند هنجارهای رایج موجود در جامعه خدشه دار می‌شود که در این صورت ممکن است با بدنامی در جامعه روبرو شوند. خانواده و هم‌تایان ممکن است دید منفی‌ای نسبت به زوج داشته باشند. افراد نابارور در مواجهه با بچه‌ها و زنان باردار تجارب سختی ارائه می‌دهند؛ بنابراین ممکن است از دوستان‌شان جدا شوند و دچار انزوای اجتماعی شوند و در مراسم‌های خانوادگی به منظور دوری از احساس شکست، شرکت نکنند (Loftus & Namaste, 2011; Rajabi et al., 2018).

انزوای اجتماعی زنان، تعامل محدود با دوستان و آشنایان یا همسایه‌ها، عدم دسترسی به سیستم‌های حمایتی و وجود فشارهای روانی اعمال شده، رضایت پایین از زندگی زناشویی آن‌ها را در معرض فشار بیشتر قرار می‌دهد. درواقع احساس تنهایی مخصوصاً اگر با تجربیات سوءاستفاده دوران کودکی همراه باشد، منجر به کاهش میزان حمایت عاطفی و اجتماعی درک شده در زنان می‌گردد (Saeidi et al., 2020).

احساس تنهایی یک سازه روانشناختی مستقل از دیگر مشکلات در نظر گرفته می‌شود که آسیب‌های دیگری هم به همراه دارد (Cava et al., 2021). احساس تنهایی فقط محرومیت عینی از رفاقت بیرونی نیست، بلکه منظور احساس تنهایی درونی هم محسوب می‌شود (Sandra et al., 2022).

بررسی کلی فرد از رابطه زناشویی و وضعیت برآورده شدن نیازها، خواسته‌ها و آرزوهای شخصی و زوجی، میزان رضایت و یا نارضایتی از رابطه زناشویی مشخص می‌شود. یکی از مهمترین آسیب‌های اجتماعی، طلاق است. از طرف دیگر ریشه بسیاری از آسیب‌های اجتماعی را به نوعی باید در ارتباط تنگاتنگ با نادرستی کارکرد نهاد خانواده دانست (Khan Mohamammadi et al., 2018). اغلب پس از مدتی ممکن است زن یا شوهر یا هر دوی آنها نسبت به عمق و شکل رابطه خود دچار شک و تردید شوند و بین انتظارات خود از زندگی و واقعیت‌های موجود در زندگی زناشویی‌شان هماهنگی لازم را ندارند، به همین دلیل دچار سردی و بی‌حوصلگی در امور زندگی می‌شوند. از طرفی زوج‌ها در می‌یابند که رفتار همسرشان آن چیزی نیست که انتظارش را داشته‌اند و پس از به وجود آمدن این احساس سرخوردگی، همسرشان را در قبل و بعد از ازدواج مقایسه می‌کنند و در پی آن، احساسات منفی، بر آن‌ها غلبه می‌کند و باعث از دست دادن شور و شوق اولیه، وابستگی عاطفی و در پایان بروز طلاق عاطفی می‌شوند (Rezvani & Saemi, 2019). به طور اخص ناباروری در تشدید نیاز عاطفی و درک موقعیت و ایجاد احساسات منفی و دامن زدن به رابطه سرد و بروز طلاق عاطفی منجر می‌شود.

تجربه‌ی ناباروری فراتر از یک نارسایی فیزیولوژیک است، ناباروری دارای ابعاد روانی و اجتماعی نیز هست که باعث می‌شود، هر دو جنس با طیف وسیعی از آسیب‌های روانشناختی شامل: کاهش روابط صمیمانه، احساسات ناخوشایندی مثل تنهایی و عدم رضایتمندی و طلاق عاطفی در روابط بین همسران و خیلی مسائل دیگر روبرو شوند. ناباروری سبب اختلال در روابط جنسی و عاطفی، ترس از جدایی، احساس تنهایی و افسردگی در افراد نابارور می‌شود، اما این مشکلات بیشتر بر زنان جامعه مؤثر واقع می‌شود. ناباروری در جامعه امروز تقریباً یک مشکل قابل حل هست. اما زنان نابارور در انتظار رفع این عارضه با مشکلات روانشناختی روبرو هستند (Nguyen, 2014).

علی‌رغم تمام پیشرفت‌های پزشکی، کماکان درصد قابل توجهی از زن و شوهرهای نابارور در ردیف کسانی قرار می‌گیرند که همچنان موفق به درمان مشکل ناباروری خود نیستند. ناباروری تنها یک وضعیت پزشکی نیست و این مسأله و درمانش می‌تواند جنبه‌های مختلف زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد و مشکلات روانی و عاطفی مانند افسردگی، اضطراب، ناامیدی، احساس گناه و احساس بی‌ارزشی را به همراه

ی‌آورد (Afshari et al., 2019).

صرف نظر از اینکه کدام یک از زوجین عامل اصلی ناباروری هستند، ولی به دلیل تعصبات اجتماعی، ناباروری یک مشکل زنانه تلقی شده، به همین دلیل زنان معمولاً با مسائل و مشکلات خانوادگی و اجتماعی بیشتری نسبت به مردان روبه‌رو هستند و در معرض آسیب‌های روانی متعدّدتری هستند. اگر طرحواره‌های سازش‌نیافته اولیه و همین‌طور هیجانات اولیه و ثانویه و نیازهای هیجانی بیان نشده زنان نابارور حل نشود و به راه حل مثبتی منجر نشود، می‌تواند به تنش در زندگی تبدیل شود. چرا که طرحواره‌های سازش‌نیافته اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن تشکیل شده است و در سیر زندگی مکرر اتفاق می‌افتد (Young et al., 2006).

این‌گونه بیان می‌شود که درمان هیجان‌مدار با استفاده از فنون رویکردهای دیگر نظیر رویکردهای زوج درمانی ساختاری: الحاق، انطباق، ردگیری چرخه، بازتعبیر، (مراجع محوری) اتحاد درمانی، خود ابرازی، پذیرش مثبت بی‌قید و شرط، همدلی و درک متقابل (گشتالت درمانی، راه حل محور) تقویت نقاط قوت ارتباطی برجسته کردن قابلیت‌ها و توانمندی‌های فردی و غیره و رویکردهای سیستمی و نظریه‌ی دلبستگی، به بهبود روابط زوج‌ها کمک می‌کند. بیشتر اوقات بررسی صرفاً منطقی و عقلانی (شناخت درمانی) معضلات همسران، درمانگر را از بررسی مسائل هیجانی آنها باز می‌دارد و از آن طرف، بسیاری از مسائل و مشکلات زوج‌ها ریشه در چگونگی ابراز هیجانات زیربنایی آنها دارد، درمان هیجان محور بر شناسایی الگوهای ارتباطی، هیجانات، احساسات و تبادل سبک‌های دلبستگی افراد تأکید می‌ورزد. افراد با بیان نیازها و خواسته‌های خود به همسرش احساس نزدیکی و صمیمیت هرچه بیشتر می‌کند و از آشفتگی‌های رابطه کم می‌شود و منجر به کاهش احساس تنهایی و طلاق عاطفی می‌شود (Ahmadloo & Zeinali, 2018).

همچنین هرچه افراد دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیشتری باشند این طرحواره‌ها موجب سوگیری در تفسیر از رویدادها می‌شوند که در آسیب‌شناسی روانی بین فردی به صورت سوء تفاهم، تحریف‌های شناختی، حدس و گمانه‌های نادرست و انتظارات غیرواقع بینانه می‌شود. آن دسته از طرحواره‌ها را که به مشکلات روانشناختی منجر می‌شوند، می‌توان این‌گونه بیان کرد که طرحواره‌ها با ارتباط صمیمانه افراد و همچنین با طلاق عاطفی افراد در ارتباط است و هدف اصلاح عقاید غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد، تفسیرهای غلط و خطاهای شناختی، احساس کنترل بر زندگی، تسهیل خودگویی‌های سازنده و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای است (Ussher & Perz, 2017).

با توجه به اینکه پژوهش درباره مسائل روانی و خانوادگی از جمله احساس تنهایی و طلاق عاطفی

ناباروری کم‌رنگ است و خلأ تحقیقات در این زمینه دیده می‌شود و با هدف بررسی آسیب‌های روانشناختی در زنان نابارور فرضیه‌های زیر را دنبال می‌کند. بین اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی بر احساس تنهایی زنان نابارور تفاوت معناداری وجود دارد. بین اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی بر طلاق عاطفی زنان نابارور تفاوت معناداری وجود دارد.

روش، جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر نوعی تحقیق کاربردی است که به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل صورت گرفت. ابتدا از هر سه گروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون انجام گرفته شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان ناباروری که به مرکز ناباروری میلاد مشهد در زمستان ۱۴۰۰ مراجعه کرده بودند و نمونه پژوهش از مجموع زنان ۴۵ نفر انتخاب شدند که به روش نمونه‌گیری در دسترس، دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، به صورت تصادفی جایگزین شدند. در نظر گرفتن ۱۵ نفر برای هر یک از سه گروه پژوهش، بعد از ریزش گروه آزمایش همه گروه‌ها به تعداد ۱۲ نفر بسته شد. ملاک ورود و خروج به پژوهش: شرط ورود به پژوهش شامل، داشتن حداقل دیلم، متأهل، تشخیص ناباروری اولیه و ثانویه بر اساس داده‌های پزشکی و عدم مصرف داروهای روان‌گردان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم تمایل به همکاری، جدایی از همسر در طی دوران برگزاری جلسات خواهد بود.

پیش از اجرای طرح، به منظور اعمال هر چه بیشتر کنترل، سعی شده است تا گروه‌های مورد بررسی از نظر ویژگی‌های دموگرافیک (تحصیلات، مدت ازدواج و شغل) حتی الامکان یکسان باشند. پس از تصویب پروپوزال و تایید شورای دانشگاه با دریافت مجوز از دانشگاه و مراجعه به مرکز ناباروری میلاد مشهد، انتخاب گروه‌های آزمایش و کنترل انجام شد، مداخلات برای گروه‌های آزمایش دو جلسه ۹۰ دقیقه در هفته برگزار شد. بر اساس پروتکل درمان هیجان‌مدار برگرفته از مقاله سید شریفی و همکاران (Seyed Sharifi et al., 2021) و کتاب‌های مرتبط و پروتکل طرحواره‌درمانی یانگ (Young et al., 2006) توسط پژوهشگر در سال (۱۴۰۰) اجرا شد. لازم به ذکر است که گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی به همه شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده محرمانه باقی خواهد ماند. لازم به ذکر است، این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دکتر رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی مشهد و دارای شناسه اخلاق IR.IAU.MSHD.REC.1401.158 در دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی- واحد علوم پزشکی مشهد بررسی و تصویب شد.

ابزارهای پژوهش پرسشنامه احساس تنهایی^۱

این مقیاس توسط راسل و همکاران (Russell et al., 1980) در سال ۱۹۸۰ ساخته شد که شامل ۲۰ سوال و به صورت ۴ گزینه‌ای، ۱۰ جمله منفی و ۱۰ جمله مثبت است. شیوه نمره‌گذاری و تفسیر در این پرسشنامه هرگز امتیاز (۱)، به ندرت امتیاز (۲)، گاهی امتیاز (۳) و همیشه امتیاز (۴) دارد ولی امتیاز سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۰ برعکس است. یعنی هرگز (۴)، به ندرت (۳)، گاهی (۲) و همیشه امتیاز (۱) را دارد. دامنه نمره‌ها بین ۲۰ (حداقل) و ۸۰ (حداکثر) است.

بنابراین میانگین نمره ۵۰ است. نمره بالاتر از میانگین بیانگر شدت بیشتر تنهایی است. روایی و پایایی: پایایی این آزمون در نسخه جدید تجدید نظر شده ۷۸٪ گزارش شد. پایایی آزمون به روش بازآزمایی توسط راسل و همکاران (Russell et al., 1980) ۸۹٪ گزارش شده است.

این مقیاس توسط شکرکن و میردريکوند ترجمه و پس از اجرای مقدماتی و اصلاحات به کار گرفته شد (Naderi & Haqshenas, 2009). روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات اساتید راهنما و مشاور، خوب ارزیابی و تأیید شده است.

پرسشنامه طلاق عاطفی گاتمن^۲

این مقیاس که توسط جان گاتمن در کتاب موفقیت یا شکست در ازدواج آورده شده است. این مقیاس ۲۴ سؤالی به صورت بلی (۱) و خیر (۰) نمره‌گذاری شده است و میزان طلاق عاطفی را می‌سنجد (Gottman et al., 1998). روایی و پایایی آن براساس پژوهش رجایی (Kimiaei et al., 2015) بکار رفته و دارای روایی و پایایی است. و دارای اعتبار با ضریب آلفای ۹۱٪ بدست آمده است.

آموزش گروهی: پروتکل هیجان مدار جانسون و گرینبرگ^۳ برای گروه آزمایش ۱ در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد و طرحواره درمان‌گری یانگ^۴ برای گروه آزمایشی ۲ در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد. اما برای گروه گواه، هیچگونه مداخله‌ای انجام نشد و در صف انتظار درمان قرار گرفتند. دوره پیگیری بعد از یکماه انجام شد.

1. University of California losangeles lonee liness

2. Emotional divorce scale

3. Greenberg and Johnson, 2005

4. Young et al., 2006

جدول ۱ جلسات درمانی مبتنی بر درمان هیجان‌مدار، سیدشریفی و همکاران (Seyed Sharifi et al., 2021)

جلسه	موضوع
اول	آشنایی کلی با افراد گروه. معرفی درمانگر. بررسی انگیزه و انتظار آنان. تعریف مفاهیم احساس تنهایی، طلاق عاطفی. تکلیف: توجه به هیجانات (خشم، اندوه، شادی، ...)
دوم	(گام اول): شناسایی و ارزیابی اولیه مشکلات ناباروری در زندگی شخصی و خانوادگی و اقوام؛ توجه به چرخه تعاملات روزمره یکدیگر، تکلیف: شناسایی دقیق هیجان، عواطف و احساسات
سوم	(گام دوم): تغییر؛ بازسازی پیوند همسران، شامل روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی، پذیرش چرخه منفی همسران، بررسی و تجدید نظر کردن در روابط؛ تکلیف: ابراز هیجانات و عواطف
چهارم	عمق بخشیدن به درگیری عاطفی همسران بر مبنای دلبستگی شامل افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی، تکلیف: شناسایی سبک دلبستگی
پنجم	گسترده کردن خود در ارتباط با دیگران، ارتقاء روش‌های جدید تعامل تمرکز روی خود نه دیگری، شناسایی ترس‌های زیر بنایی و ابراز خواسته و آرزوها، تکلیف: تمرین برای ابراز نیازها
ششم	بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها، درگیری بیشتر زنان با همسران‌شان، روشن سازی خواسته‌ها و نیازها؛ تکلیف: مشخص کردن نقاط ضعف و قوت تمرین روابط
هفتم	(گام سوم تثبیت و تحکیم روابط)؛ یافتن راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی شامل بازسازی تعاملات، تغییر رفتار همسر آسیب‌رسان، تکلیف: کشف راه‌حل‌های جدید برای بحث‌ها و مشکلات قدیمی
هشتم	استفاده از دستاوردهای درمانی در زندگی روزانه شامل درگیری صمیمانه زنان با همسران‌شان، شناسایی و حمایت از الگوهای سازنده تعاملی، تکلیف: اجرای تکنیک‌ها در محیط روزمره.

جدول ۲ جلسات طرحواره درمانی یانگ (Young et al., 2006)

جلسه	موضوع
اول	معارفه، اجرای پیش‌آزمون، ایجاد انگیزه مشارکت میان اعضا، آشنایی و معرفی کلی از رویکرد طرحواره قوانین گروه، برای تغییر و کاهش احساس تنهایی و طلاق عاطفی
دوم	آشنایی اعضا با تعاریف و مفاهیم طرحواره‌های سازش‌نا یافته اولیه، شناخت چگونگی شکل‌گیری و تداوم طرحواره‌ها، آشنایی با حیطه‌ها و نیازهای مرتبط با شکل‌گیری طرحواره‌ها، معرفی سبک‌های مقابله‌ای
سوم	شروع فنون تجربی رویکرد، بررسی مؤلفه شیوه‌های والدگری در ایجاد طرحواره‌ها، تشویق به بیان آزاد وقایع مرتبط با شکل‌گیری طرحواره
چهارم	تشویق در ایجاد تغییر روند در خاطرات هیجانی آزاردهنده، بررسی مؤلفه خلق و خو یا مزاج

کودک در ایجاد طرحواره‌ها	
پنجم	برانگیختن هیجانات مرتبط با طرحواره‌های سازش نیافته اولیه، بررسی مؤلفه سبک‌های مقابله‌ای در تقویت و تداوم طرحواره‌ها
ششم	تمرکز بر ابرازگری عواطف و تخلیه هیجانی سالم، بررسی عملکرد مؤلفه سبک مقابله‌ای اجتناب در تقویت و تداوم طرحواره‌ها
هفتم	تشویق در ایجاد تغییر روند خاطرات هیجانی ناخوشایند، تمرکز بر عوامل ممانعت در شکل‌گیری و تداوم طرحواره‌ها مثل نقش فرد حامی عوامل محیطی (خلق و خوی و مزاج) عوامل زیستی یا وراثت
هشتم	اجرای پس‌آزمون، بحث و نتیجه‌گیری، تاکید بر نقش عاملیت فردی در بهبود و ترمیم سبک‌های رفتاری ناسالم، اختتام جلسات

یافته‌ها

براساس مشخصات توصیفی در گروه هیجان‌مدار میانگین سن $36/83$ و انحراف معیار $6/422$ و در گروه طرحواره درمانی میانگین سن $37/92$ و انحراف معیار $6/259$ بود و در گروه کنترل میانگین سن افراد $35/92$ و انحراف معیار $7/317$ است. درصد شغل گروه هیجان‌مدار $58/3$ درصد خانه دار و $41/7$ درصد شاغل بودند و در گروه طرحواره درمانی $58/3$ درصد خانه دار و $41/7$ درصد شاغل بودند و در گروه کنترل 50% خانه دار و 50% شاغل بودند. و فراوانی تحصیلات در گروه هیجان‌مدار $58/3$ دیپلم و $41/7$ کارشناسی و در گروه دوم آزمایش $41/7$ دیپلم و $58/3$ کارشناسی و در گروه کنترل 50% دیپلم و 50% کارشناسی بودند.

میانگین و انحراف معیار احساس تنهایی زنان نابارور برحسب گروه‌های مطالعه در پیش‌آزمون، $51/19$ و $3/285$ پس‌آزمون $47/92$ و $2/832$ و پیگیری $47/47$ و $3/22$ بود.

فرضیه اصلی یک: بین اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره درمانی بر احساس تنهایی زنان نابارور تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه احساس تنهایی در مراحل آزمون

معناداری	خطای معیار	تفاوت میانگین	گروه‌های مطالعه	
۰/۰۰۱	۰/۴۸۷	۳/۲۷۸	پس آزمون	پیش آزمون
۰/۰۰۱	۰/۵۶۰	۳/۷۲۲	پیگیری	
۰/۰۰۱	۰/۴۸۷	-۳/۲۷۸	پیش آزمون	پس آزمون
۰/۸۱۹	۰/۳۹۹	۰/۴۴۴	پیگیری	
۰/۰۰۱	۰/۵۶۰	-۳/۷۲۲	پیش آزمون	پیگیری
۰/۸۱۹	۰/۳۹۹	-۰/۴۴۴	پس آزمون	

به منظور بررسی و آزمون فرضیه اصلی یک، از تحلیل واریانس مکرر دو عاملی (آمیخته) استفاده شد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر اثرات تعاملی گروه و زمان بر متغیر احساس تنهایی زنان نابارور

Sig.	F مقدار	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	منابع تغییرات
۰/۰۰۱(**)	۳۴/۹۳۷	۱۴۸/۷۷۸	۲	۲۹۷/۵۵۶	عامل تکرار (درون گروه‌ها)
۰/۰۰۳(**)	۴/۵۴۳	۱۹/۳۴۷	۴	۷۷/۳۸۹	عامل تقابل گروه و تکرار
۰/۰۰۷(**)	۵/۷۰۲	۳۲/۱۸۱	۲	۶۴/۳۶۱	عامل بین گروهی

جدول ۴ نشان می‌دهد که عامل تکرار (درون گروه‌ها) ($F = 34/937$ ، $P = 0/001$)، عامل تقابل گروه و تکرار ($F = 4/543$ ، $P = 0/003$) و همچنین عامل بین گروهی ($F = 5/702$ ، $P = 0/007$) بر احساس تنهایی زنان نابارور معنادار است.

در مقایسه درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی نتایج نشان داد که از نظر بالینی اثربخشی و اندازه اثر طرحواره‌درمانی $\text{Eta} = 64\%$ بر متغیر احساس تنهایی، بهتر و بیشتر از اثربخشی و اندازه اثر درمان هیجان‌مدار $\text{Eta} = 51\%$ است.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر اثر درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی بر متغیر احساس تنهایی زنان نابارور

Eat اندازه اثر	Sig.	F مقدار	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	منابع تغییرات
۰/۳۱	۰/۰۰۶	۹/۴۱۹	۳۲/۴۰۸	۱	۳۲/۴۰۸	عامل پیش آزمون
۰/۵۱	۰/۰۰۱	۲۱/۷۲۷	۷۴/۷۵۹	۱	۷۴/۷۵۹	عامل عضویت گروهی
۰/۴۷	۰/۰۰۱	۱۸/۶۰۵	۵۱/۴۷۸	۱	۵۱/۴۷۸	عامل پیش آزمون
۰/۶۴	۰/۰۰۱	۳۸/۰۶۵	۱۰۵/۳۲۴	۱	۱۰۵/۳۲۴	عامل عضویت گروهی

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس یکراهه برای مقایسه متغیرها در دو گروه آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون

منبع تغییرات		مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F مقدار	P معناداری
احساس تنهایی	عامل گروه	۴/۲۲۲	۲	۲/۱۱۱	۰/۱۸۷	۰/۸۳۱
	عامل خطا	۳۷۳/۴۱۷	۳۳	۱۱/۳۱۶		
طلاق عاطفی	عامل گروه	۱۱/۰۵۶	۲	۵/۵۲۸	۰/۶۴۹	۰/۵۲۹
	عامل خطا	۲۸۱/۲۵۰	۳۳	۸/۴۲۳		

جدول ۶ مقایسه سه گروه در میانگین میانگین متغیرهای احساس تنهایی و طلاق عاطفی حاکی از آن است که در بین سه گروه تفاوت معناداری ندارد. نظر به این که اگر مقدار P معنی دار نشود، به معنی آن است که متغیرهای احساس تنهایی، طلاق عاطفی با یکدیگر هم‌تا هستند.

به منظور بررسی و آزمون فرضیه اصلی دو، بین اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی بر طلاق عاطفی زنان نابارور تفاوت معناداری وجود دارد. از تحلیل واریانس مکرر دو عاملی (آمیخته) استفاده شد.

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه طلاق عاطفی در مراحل آزمون

گروه‌های مطالعه		تفاوت میانگین	خطای معیار	معناداری
پیش آزمون	پس آزمون	۱۰/۳۸۹	۰/۶۸۸	۱۰/۰۰
	پیگیری	*۱۰/۲۵۰	۰/۷۹۴	۱۰/۰۰
پس آزمون	پیش آزمون	-۱۰/۳۸۹	۰/۶۸۸	۱۰/۰۰
	پیگیری	-۰/۱۳۹	۰/۹۱۹	۰/۹۹۵۰
پیگیری	پیش آزمون	-۱۰/۲۵۰	۰/۷۹۴	۱۰/۰۰
	پس آزمون	۰/۱۳۹	۰/۹۱۹	۰/۹۹۵۰

جدول ۸: نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر اثرات تعاملی گروه و زمان بر متغیر طلاق عاطفی زنان نابارور

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F مقدار	Sig.
عامل تکرار (درون گروه‌ها)	۲۵۵۶/۱۳۰	۲	۱۲۷۸/۰۶۵	۱۰۹/۳۹۱	۰/۰۰۱
عامل تقابل گروه و تکرار	۱۱۲۶/۷۵۹	۴	۲۸۱/۶۹۰	۲۴/۱۱۰	۰/۰۰۱
عامل بین گروهی	۱۹۹۰/۸۵۲	۲	۹۹۷/۹۲۶	۷۰/۹۹۰	۰/۰۰۱

جدول ۸: نشان می‌دهد که عامل تکرار (درون گروه‌ها) ($F = 109/391$ ، $P = 0/001$)، عامل تقابل گروه و تکرار ($F = 24/110$ ، $P = 0/001$) و همچنین عامل بین گروهی ($F = 70/990$ ، $P = 0/001$) بر طلاق عاطفی زنان نابارور معنادار است. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون بین گروه‌های مطالعه (درمان هیجان‌مدار، طرحواره‌درمانی و کنترل) در متغیر طلاق عاطفی تفاوت معنادار وجود ندارد، اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($P = 0/001$).

جدول ۹: نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر اثر طرحواره‌درمانی و هیجان‌مدار بر متغیر طلاق عاطفی زنان نابارور

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F مقدار	Sig.	اندازه اثر Eat
عامل پیش‌آزمون	۸/۶۶۵	۱	۸/۶۶۵	۰/۷۰۰	۰/۴۱۲	۰/۰۳۲
عامل عضویت گروهی	۱۲۷۰/۵۱۵	۱	۱۲۷۰/۵۱۵	۱۰۲/۶۵۱	(**)۰/۰۰۰۱	۰/۶۳
عامل پیش‌آزمون	۶۹/۴۰۹	۱	۶۹/۴۰۹	۸/۳۵۳	(**)۰/۰۰۹	۰/۲۹
عامل عضویت گروهی	۹۸۴/۵۴۹	۱	۹۸۴/۵۴۹	۱۱۸/۴۷۹	(**)۰/۰۰۰۱	۰/۵۵

در مقایسه درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی نتایج نشان داد که از نظر بالینی اثربخشی و اندازه اثر طرحواره‌درمانی $\text{Eta} = 0/63$ بر متغیر طلاق عاطفی، بهتر و بیشتر از اثربخشی و اندازه اثر هیجان‌مدار $\text{Eta} = 0/55$ است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی در احساس تنهایی، طلاق عاطفی زنان نابارور است و یافته‌ها نشان داد که پژوهش با دستاوردهای پژوهش‌های سلیمان آبادی و سلیمان آبادی (Suleimanabadi, 2021) همسواست. با موضوع ناباروری عاملی است که سبب می‌شود هر دو جنس با طیف گسترده‌ای از آسیب‌های روانشناختی شامل: کاهش کیفیت زندگی، افت عزت‌نفس، اختلال عملکرد جنسی و مشکلات زناشویی، افزایش تنش، احساس تنهایی، افسردگی، طلاق عاطفی و احساس - ناکارآمدی مواجه می‌شوند.

اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی بر کاهش احساس تنهایی در زنان نابارور مؤثر است.

این یافته با نتایج پژوهش فاطمی اصل و همکاران (Fatemi Asl et al., 2019) همسو است. همچنین با پژوهش غفاری و همکاران (Ghafari Shahir et al., 2021) پورمحمد قوچانی و همکاران (PourMohamad G. et al., 2019) همخوان است. نیک گفتار و سنگانی (Nikoogoftar & Sangani, 2020) در مطالعه خود دریافتند که طرحواره درمانی به روش گروهی بر کاهش نشخوار فکری و احساس تنهایی و افزایش سلامت عمومی زنان مطلقه مؤثر است، (Moradi et al., 2020) دریافتند که آموزش هیجان‌مدار باعث کاهش طلاق عاطفی و سرد مزاجی زنان می‌شود. نتایج پژوهش (Esmaili et al., 2023) نشان داد که طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی، طلاق عاطفی و صمیمیت زناشویی زوجین اثربخش است، همسوست. با پژوهش‌های اینز (Enez, 2021) گرینمن و جانسون (Greenman & Johnson, 2022) و تامسون و گرز (Thompson & Girz, 2020) و ساندرا و همکاران (Sandra et al., 2022) و پژوهش بیشاب و همکاران (Bishop et al., 2022) همسو هستند.

بررسی نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار می‌تواند در بهبود احساس تنهایی زنان نابارور مؤثر باشد. در رابطه با اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر احساس تنهایی زوجین نابارور، باید به این نکته توجه داشت که از اهداف اولیه رویکرد هیجان‌مدار، تغییر سبک دلبستگی ناایمن به دلبستگی ایمن است. تماس هیجانی از طریق در دسترس بودن و پاسخگویی پدیدار می‌شود. این پیوند و دلبستگی ایمن پاسخگوی نیازهای درونی فرد به امنیت، حمایت و تماس است. در روابط زناشویی ایمن هریک از افراد در شرایط تنش‌آور از قبیل ناباروری، اگر اطمینان داشته باشد که همسرش در دسترس است و حمایت هیجانی مناسب را برای یکدیگر دارند و به نیازهای هیجانی یکدیگر اهمیت دهند در نتیجه، احساس تنهایی کمتری را در رابطه عاطفی خود تجربه می‌کنند (Bach et al., 2018).

به عبارت دیگر بخش وسیعی از رابطه همسران در جامعه‌ی ایران ریشه در مسائل عاطفی و هیجانی دارد و ناتوانی در ابراز به موقع و به روش مناسب این هیجانات در ابتدا منجر به کناره‌گیری عاطفی و از دست رفتن صمیمیت و احساس تنهایی و در نهایت طلاق عاطفی می‌گردد، در درمان هیجان‌محور بر شناسایی الگوهای ارتباطی، هیجانات، احساسات و تبادل سبک‌های دلبستگی افراد پرداخته می‌شود. الگوهای ارتباطی و تعاملی همسران مشخص‌کننده میزان اعتماد و صمیمت زوجین است و همچنین سبک تعاملی مخرب باعث افزایش فاصله عاطفی شده که این عامل هیجانات متعارض و منفی نسبت به همدیگر را بیشتر می‌کند. زنان نابارور دارای هیجانات بیان نشده یا سرکوب شده، حمایت‌های عاطفی لازم و کافی را از سوی همسران‌شان دریافت نکرده و احساس رها شدن از سوی همسر دارند، این موجب دوری زوجین و احساس تنهایی و طلاق

عاطفی آنان می‌شود. بنابراین احساس تنهایی در زنان نابارور با تمامی مشکلات روانشناختی که نامبرده شده همراه است و با بکارگیری رویکردهای روانشناسی به بهبود حال آنان کمک فراوانی می‌کند (Hoseinzade et al., 2021).

در خصوص اثربخشی نتایج پژوهش طرحواره درمانی بر بهبود احساس تنهایی و کاهش طلاق عاطفی مؤثرتر است. با توجه به این نکته که طرحواره‌های اولیه شامل افکار و باورهای افراد درباره خود، دیگران و محیط که در اثر ارضا نشدن نیازهای اولیه خصوصاً نیازهای عاطفی ایجاد می‌شود (Bach et al., 2018). طرحواره‌ها و باورهای شناختی در جریان رابطه زناشویی تأثیرگذار هستند و این موضوع از دیرباز مورد توجه هست. زمانی که یکی یا هر دو همسر سطوح بالایی از باورهای غیرمنطقی و افکار غیرقابل انعطاف دارند، میزان رضایت زناشویی به تدریج کاسته می‌شود (Hoseinzade et al., 2021).

طرحواره درمانی به زنان نابارور کمک می‌کند تا درباره آنچه در دنیای درونی آنها در جریان است و همچنین درباره آنچه تجربه می‌کنند شامل احساسات جسمی، افکار، عقاید و ارزش‌ها صحبت کنند. وقتی فرد درباره خاستگاه الگوهای ناکارآمد خود آگاهی پیدا می‌یابد، زندگی و رابطه برای او معنای تازه‌ای می‌گیرد و فرد در تعاملات منفی و الگوهای شخصیتی نامناسب خود را کنار بگذارد و به ذهنیت سالم روی آورد؛ همچنین برای رهایی از تله‌های زندگی راهی پیدا کند و نیازهای عاطفی و اساسی خود را برآورده سازد. تکنیک‌های طرحواره‌درمانی کمک می‌کنند تا فرد با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفی بین فردی و نیز خود آرام‌بخشی زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا کند. این طرحواره‌ها در عمیق‌ترین سطح شناخت، معمولاً بیرون از سطح آگاهی عمل می‌کنند. طرحواره‌درمانی باعث بهبود اختلال‌های شخصیت اجتنابی، تنهایی و دوری جویی افراد می‌گردد (Titov et al., 2015).

طرحواره‌درمانی با داشتن دیدگاهی چند بعدی در کنار در نظر گرفتن تأثیر شناخت‌ها و نگرش‌ها به بررسی ریشه‌های مشکل در گذشته پرداخته و درصدد آگاهی و ایجاد بینش در زنان هست (Sedaghat & Afraee, 2022) وجود طرحواره‌های ناسازگار از عمده‌ترین عوامل و اساس و برهم زدن زندگی زناشویی است. بعضی موقعیت‌های ناخوشایند و استرس‌زای محیطی، نظیر ناباروری موجب برانگیختن طرحواره‌های ناسازگاری است که در فرد شکل می‌گیرد و زمینه را برای بروز اشکال مختلفی از پریشانی روانشناختی نظیر افسردگی، احساس تنهایی، ناکارآمدی، سوءمصرف مواد، تعارضات بین فردی و اختلالات شخصیت ایجاد می‌کنند. ناباروری زنان، منزلت اجتماعی آنان را کاهش داده و با فعالسازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و آشفته‌گی‌های هیجانی همراه است؛ درنهایت زمینه تشکیل یک سیکل معیوب تشدیدکننده ناباروری مهیا

می‌شود (Jahangiri et al., 2017) همچنین طرحواره‌های ناسازگار به عنوان راهکارهای شناختی ناکارآمد شناسایی شده که منجر به ناخشنودی در روابط زناشویی شده و زمینه را برای جدایی ایجاد می‌کند (AkgÜL, GÖK et al., 2019; Mahmoudpour et al., 2020).

در هر دو درمان، افراد یاد می‌گیرند که احساسات خود را تنظیم کرده و با شناخت نیازهای اساسی خود و ایفای نقش تعیین‌کننده، روابط خود را با خود و همسرشان بهبود بخشند. طرحواره درمانی همچنین به زنان کمک می‌کند تا از استراتژی‌های سالم تری برای مقابله با محرک‌های داخلی استفاده کنند. اگر درمانگر ذهنیت‌ها را به صورت شخصی به شرکت‌کنندگان ارائه کند، آنها را بهتر درک خواهند کرد. کودک رها شده بخشی از وجود فرد است که بر اساس مفروضات نظری طرحواره درمانی، مورد آزار، رها شدن، غفلت عاطفی، سلطه و انتقاد شدید و بی‌رحمانه خانواده اولیه قرار گرفته است.

در پژوهش حاضر اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی در احساس تنهایی، طلاق عاطفی زنان نابارور مؤثر بود و در نتایج نشان داده شد که طرحواره‌درمانی بر کاهش احساس تنهایی و طلاق عاطفی بهتر عمل کرده است. در نتیجه علاوه بر کمک‌های پزشکی به زنان نابارور از طرحواره‌درمانی برای کمک به افراد نابارور بهره برد و از محدودیت‌های پژوهش، انجام پژوهش بر زنان نابارور بوده است که امکان تعمیم دهی به زوجین یا مردان نابارور نیست و پیشنهاد می‌شود برای زوجین اجرا شود و نیز با نوع پژوهش همبستگی قابلیت اجرا دارد.

در پایان محققان از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی خود را ابراز می‌دارند. ضمناً هیچ‌گونه تعارض منافع بین نویسندگان وجود ندارد.

References

- Afshari, P., Pejhan, A., & Rahmani Khalili, E. (2019). Factors and social consequences of infertility in shia and sunni women. *Iran's Social Development Studies*, 12(3), 103-115. https://jisds.srbiau.ac.ir/issue_2419_2470.html (In Persian)
- Ahmadloo, M., & Zeinali, A. (2018). Predicting of emotional divorce based on novelty seeking, negative perfectionism and insecure attachment among employed women of urmia city. *Iran Occupational Health*, 15(2), 64-72. <https://magiran.com/p1878272> (In Persian)
- AkgÜL GÖK, F., Kapisız, S., Yilmaz, N., ÖZcan, S., & Duyan, V. (2019). Marital satisfaction and influencing factors in infertile couples [İnfertil çiftlerde evlilik doyumu ve evlilik doyumunu etkileyen faktörler]. *Cukurova Medical Journal*, 44(3), 1074-1084. <https://doi.org/10.17826/cumj.482385>

- 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>
- Bishop, A., Younan, R., Low, J., & Pilkington, P. D. (2022). Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 111-130. <https://doi.org/10.1002/cpp.2630>
- Cava, M.-J., Buelga, S., & Tomás, I. (2021). Peer victimization and dating violence victimization: The mediating role of loneliness, depressed mood, and life satisfaction. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(5-6), 2677-2702. <https://doi.org/10.1177/0886260518760013>
- Enez, Ö. (2021). An overview of emotion-focused therapy. *Current Research and Reviews in Psychology and Psychiatry*, 1(1), 77-95. <https://dergipark.org.tr/en/pub/crrpp/issue/68586/1075479>
- Esmaili, F., Zamordi, S., & Watankhah, H. (2023). *The effectiveness of schema therapy on distress tolerance, emotional divorce and marital intimacy of couples* The tenth International Conference on Science and Technology of Educational Sciences, Social Studies and Psychology of Iran, <https://civilica.com/doc/1966663>.
- Fatemi Asl, S., Goudarzi, M., Karimi Sani, P., & Boostanipour, A. (2019). The effect of emotionally-focused couple therapy (efct) on loneliness of hurt women from infidelity in salmas city. *knowledge & research in applied psychology*, 20(2), 48-57. <https://doi.org/10.30486/jsrp.2019.665274> (In Persian)
- Ghafari Shahir, M., Asadpour, E., & Zaharakar, K. (2021). Comparison effect of cognitive behavioral therapy and emotion-focused therapy on loneliness in married women victims of domestic violence [Research]. *Advances in Cognitive Sciences*, 23(1), 95-105. <https://doi.org/10.30514/icss.23.1.95> (In Persian)
- Gottman, J. M., Coan, J., Carrere, S., & Swanson, C. (1998). Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *Journal of Marriage and the Family*, 5-22. <https://doi.org/10.2307/353438>
- Greenman, P. S., & Johnson, S. M. (2022). Emotionally focused therapy: Attachment, connection, and health. *Current opinion in psychology*, 43, 146-150. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.06.015>
- Hoseinzade, Z., Ghorbanshirdi, S., Khalatbari, J., & Rahmani, M. (2021). The comparison of the effectiveness of emotionally focused couples therapy and reality therapy for couples on marital communication beliefs and marital expectations of couples [Original Research]. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*, 3(2), 1-13. <https://doi.org/10.52547/jarcp.3.2.1> (In Persian)
- Jahangiri, M. M., Teimouri, H., & Tahmasebian, H. (2017). Effectiveness of schema therapy on reducing anxiety and depression in infertile women of arak city [Research]. *journal of medical council of islamic republic of iran*, 35(3), 259-263. <http://jmciri.ir/article-1-2785-fa.html> (In Persian)
- Khan Mohammadi, Z., Bazzazian, S., Amiri Majd, M., & Ghamari, M. (2018). Predicting emotional divorce based on psychological basic needs, marital expectations and family function. *Journal of family psychology*, 5(1), 17-30. <https://doi.org/10.22034/ijfp.2018.245536> (In Persian)
- Kimiaei, A., Mashhadhi, A., & Rajaei, A. (2015). *Investigating the effectiveness of gutman method couple therapy on reducing emotional divorce, improving verbal-non-verbal*

- relationships and interpersonal cognitive distortions of conflicted couples*. Ferdowsi University of Mashhad]. Mashhad.
<https://ganj.irandoc.ac.ir/#!/articles/fd40e43d1b42ddc3d95556222dfc6402>
- Loftus, J., & Namaste, P. (2011). Expectant mothers: Women's infertility and the potential identity of biological motherhood. *Qualitative Sociology Review*, 7, 36-54.
<https://doi.org/10.18778/1733-8077.07.1.02>
- Mahmoudpour, A., Darba, M., Kamandloo, Z., & Madani, Y. (2020). The relationship between early maladaptive schemas with marital satisfaction and psychological distress in infertile women in tehran [Research]. *Journal of psychological science*, 19(94), 1231-1242. <http://psychologicalscience.ir/article-1-771-fa.html> (In Persain)
- Moradi, A., Tabrizi, M., Karami, A., & Balanchi, N. A. (2020). The effectiveness of emotion-based education on emotional divorce and cold-tempered women in isfahan with an islamic approach. <https://sid.ir/paper/415123/en> (In Persian)
- Naderi, F., & Haqshenas, F. (2009). The relationship between impulsivity and loneliness with the amount of mobile phone use in students. *Findings in psychology (social psychology)*, 4(12), 111-121. <https://sid.ir/paper/175115/fa> (In Persian)
- Nasr Esfahani, M., Kalantar, S. M., Montazri, F., Rajabi, M., & Daneshmand, F. (2022). Aneuploidy assessment of x, y, 18 chromosomes in sperm of oligoteratospermia using fish technique [Original article]. *The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 29(11), 4312-4321. <https://doi.org/10.18502/ssu.v29i11.8507> (In Persian)
- Nguyen, K. (2014). Why unexplained infertility is sometimes explained during ivf. *Resolve for the Journey and Beyond*.
- Nikoogoftar, M., & Sangani, A. (2020). The effectiveness of schema therapy on rumination, loneliness and general health of divorced women. *knowledge & research in applied psychology*, 21(2), 1-12. <https://www.sid.ir/paper/375104/fa> (In Persian)
- PourMohamad G., K., Zare, M. R., & Mandanizade Safi, S. (2019). The effectiveness of emotionally focused couple therapy (eft) on improving marital satisfaction and reduction tendency to extramarital relationships women affected by domestic violence [Research]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*, 8(8), 221-230. <http://frooyesh.ir/article-1-1442-fa.html> (In Persain)
- Rajabi, G., Karimi, M., & Amanuelahi, A. (2018). Marital satisfaction, and coping strategies in fertile and infertile women of ahvaz. *Biannual Journal of applied counseling*, 8(1), 45-62. <https://doi.org/10.22055/jac.2018.24978.1570> (In Persain)
- Rezvani, H., & Saemi, H. (2019). Correlation between self-differentiation and neuroticism with emotional divorce in married students of azad shahr azad university [Research]. *Journal of Health Promotion Management*, 8(2), 23-30. <http://jhpm.ir/article-1-912-fa.html> (In Persian)
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised ucla loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology*, 39(3), 472-480. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>
- Sadock, B. J., & Sodock, V. A. (2007). *Synopsis & psychiatry behavioral sciences/ clinical psychiatry* (Tenth Edition ed.). Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia. <https://www.amazon.com/Kaplan-Sadocks-Synopsis-Psychiatry-Behavioral/dp/1609139712>
- Saeidi, M., Khalatbari, J., Ghorbanshiroudi, S., & Abolghasemi, S. (2020). Comparison of the effect of cognitive-behavioral therapy with compassion-focused therapy on

- impulsivity of women on the verge of divorce. *Community Health Journal*, 14(1), 73-83. <https://doi.org/10.22123/chj.2020.187285.1296> (In Persian)
- Sandra, L., Koesma, R. E., Soetikno, N., & Dewi, F. I. R. (2022). Emotion-focused coping as a mediator in the relationship between loneliness and self-injurious behavior in adolescents during the covid-19 pandemic. *Journal of Positive Psychology and Wellbeing*, 6(1), 2526-2537. <https://mail.journalppw.com/index.php/jppw/article/view/3222>
- Sedaghat, M., & Afraee, R. (2022). The effectiveness of schema therapy on reducing emotional divorce in women with military spouses. . *Military Psychology*, 13(49), 147-164. <https://www.sid.ir/fileservers/jf/690-264537-fa-1071728.pdf> (In Persian)
- Seyed Sharifi, M., Navabinejad, P. D., S., & Farzad, P. D., V. (2021). A comparison of the effectiveness of emotionally focused and schema therapies in reducing externalizing problems of children in female-headed households [Research]. *Quarterly Journal Of Family and Research*, 18(2), 73-88. <http://qjfr.ir/article-1-1912-en.html> (In Persian)
- Suleimanabadi., S. S., F. . (2021). *Psychological injuries in infertile womens* The fifth Conference of new findings in obstetrics, gynecology, childbirth and infertility in Georgia - Tbilisi (November-2021), International Academy of Sciences and Studies of Georgia. <https://civilica.com/doc/1319094>. (In Persain)
- Thompson, S., & Girz, L. (2020). Overcoming shame and aloneness: Emotion-focused group therapy for self-criticism. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 19(1), 1-11. <https://doi.org/10.1080/14779757.2019.1618370>
- Titov, N., Dear, B. F., Ali, S., Zou, J. B., Lorian, C. N., Johnston, L., Terides, M. D., Kayrouz, R., Klein, B., & Gandy, M. (2015). Clinical and cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of depression: A randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 46(2), 193-205. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.09.008>
- Ussher, J., & Perz, J. (2017). Evaluation of the relative efficacy of a couple cognitive-behaviour therapy (cbt) for premenstrual disorders (pmds), in comparison to one-to-one cbt and a wait list control: A randomized controlled trial. 12(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175068>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. <https://www.guilford.com/books/Schema-Therapy/Young-Klosko-Weishaar/9781593853723>



The Effectiveness of Death-Thinking-Based Psychotherapy on Prisoners' Quality of Life, Life Expectancy, and Depression

Alireza Attariani

PhD Candidate, Counseling and Psychological Department, Islamic Azad University, Bojnord Branch, Bojnord, Iran.
Email: ali.attareani2000@gmail.com

Bahramali Ghanbari Hasemabadi

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

Mahmoud Azadi

Assistant Professor, Department of Psychology, Hekmat Razavi Institute of Higher Education, Mashhad, Iran. Email: scientificpaper6@gmail.com

Received: 2023-10-22	Revised: 2024-03-02	Accepted: 2024-06-02	Published: 2024-06-19
Citation: Ghanbari Hashem Abadi, B. A; Atariani, A; Azadi, M. (2022). Investigating the effectiveness of treatment based on death thoughts on quality of life, life expectancy, and depression in prisoners, 14(1), 43-66. doi: 10.22067/tpccp.2022.68102.1013			

Abstract

Introduction: Death-mindedness is defined as concerning about death. Therefore, death-thinking individuals are aware of their own inevitable death and concerned about facing it. It can be said that death thinking is the way people deal with death and the way they understand it; both are related to the quality of life. According to Terror Management Theory, when thoughts of death are consciously focused on, the person's lifestyle becomes more involved in meaning, personal values, and authentic relationships, and as a result, the quality of life increases. On the other hand, when thoughts of death are on the sidelines of individuals' mental life, they are more likely to be involved in dysfunctional relationships and psychological disorders. Furthermore, thinking about death in the form of suicidal thoughts in depressed people means accepting the lack of control over death. In cases when people face with death in a dynamic and constructive way, their depression, anxiety, and hopelessness decrease and their life expectancy and life quality increase. Moreover, hopelessness and depression can be considered as the reactions to the issue of death. Due to the high psychological pressure felt as a result of anticipating imminent death, some prisoners show destructive and harmful behaviors such as using drugs and strong painkillers. As the consequences, depression, aggression, self-harm, and other behaviors that are harmful to them and also to other prisoners will also increase over time. Considering the role of constructive death thinking on the quality of life, conducting a study on the effectiveness of death-mindedness-based intervention is important. Death-thinking psychotherapy is assumed to be an intervention that may increase the prisoners' quality of life by facing them with a real, personal and realistic encounter with the phenomenon of death. The aim of this study was to explore the effectiveness of death-thinking treatment on the quality of life, life expectancy, and level of depression among prisoners.

Method: This research employed a quasi-experimental design with a control group using pre-test and post-test assessment. The statistical population consisted of all male prisoners



(N = 825) residing at the Counseling Center No. 3 of the Central Prison of Mashhad. Out of these population, 24 prisoners who met the inclusion criteria were selected and randomly assigned in two groups: experimental and control group (12 participants in each group). All participants completed then the questionnaires in the pre-test stage including the World Health Organization Quality of Life Brief Version (WHOQOL-BREF; 1998), Schneider's (1991) Life Expectancy Questionnaire, and Beck's Depression Inventory (1996). The members of the experimental group received 15 sessions of the Death Thinking-Based Psychotherapy while the members of the control group did not receive any intervention. After the intervention period, the participants of both groups were asked again to complete the study questionnaires for the post-test stage. Finally, the collected data were analyzed using Analysis of covariance (ANCOVA) and multivariate analysis of variance (MANCOVA) in SPSS-21.

Results: The ANCOVA analysis showed a significant difference between the quality of life of the members of the experimental and control groups. Therefore, it can be concluded that the intervention based on death-thinking significantly improved the quality of life of prisoners of experimental group compared to the quality of life of the members of the control group ($p < 0.05$). Moreover, the results of the between-subject effects test for the comparison of the groups regarding life expectancy variable showed that the F value observed for these variables is significant, as it showed a significant difference between experimental and control groups in terms of life expectancy. Accordingly, the intervention based on death-thinking improved prisoners' life expectancy ($P < 0.05$). Moreover, the MANCOVA analysis showed that there is a significant difference between the experimental group and control group regarding the level of depression. The intervention based on death-thinking significantly reduced the level of depression among prisoners of the experimental group ($P > 0.05$).

Discussion and Conclusion: This study was done to explore the effectiveness of the treatment based on death-thinking on the quality of life, life expectancy, and depression among prisoners. The results showed that the treatment based on death-thinking (independent variable) significantly improved the quality of life and life expectancy, and the level of depression (dependent variables). The evidence confirms the practical validity of the treatment based on death-thinking. On the other hand, the effectiveness of death-thinking on the improvement of the quality of life, life expectancy, and reducing the level of depression among prisoners was considerable. The clinical observations showed that these impacts were palpable in issues such as motivation and goal. The observations also showed that the prisoners who received the treatment based on death-thinking changed their internal and external goals. This finding is in line with the findings of Jamil and Gharibi (2018). Many people can use the findings of this study, including those who seek better life quality, and the psychologists whose clients are in situations with imminent death such as those sentenced to death or awaiting imminent death in prisons, or patients with incurable diseases such as cancer and AIDS, etc.

Keywords: Quality of Life, Depression, Life Expectancy, Death-thinking, Prisoner

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

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

دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی



بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر مرگ‌اندیشی بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و افسردگی در زندانیان

علیرضا عطاریانی ^{ID}دانشجوی دکتری، گروه مشاوره و روانشناختی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران. ali.attareani2000@gmail.comبهرامعلی قنبری‌هاشم‌آبادی ^{ID}استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسئول). ghanbarih@um.ac.irمحمود آزادی ^{ID}استادیار، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی حکمت رضوی، مشهد، ایران. scientificpaper6@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۳۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۱/۱۴	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۱۳	تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۳۰
استناد: قنبری‌هاشم‌آبادی، ب؛ عطاریانی، ع؛ آزادی، م. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر مرگ‌اندیشی بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و افسردگی در زندانیان. پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۱۴(۱)، ۶۶-۴۳. doi: 10.22067/tpccp.2022.68102.1013			

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر مرگ‌اندیشی بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و افسردگی در زندانیان است.

روش: روش پژوهش شبه‌آزمایشی است که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش، مردان زندانی در واحد ۳ مشاوره زندان مرکزی شهر مشهد (۸۲۵ نفر) بود. از میان آن‌ها ۲۴ نفر که ملاک‌های ورود را دارا بودند، به صورت دردسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی (۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل) گمارده شدند و در پایان مداخله، داده‌های ۲۴ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی (فرم کوتاه سازمان بهداشت جهانی^۱، ۱۹۹۸)، پرسشنامه افسردگی بک^۲ (۱۹۹۶) و مقیاس امید به زندگی اشنایدر^۳ (۱۹۹۱) به عنوان ابزار پژوهش استفاده گردید. هردو گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه‌های مذکور را به عنوان پیش‌آزمون، تکمیل و سپس گروه آزمایش به مدت ۱۵ جلسه تحت درمان الگوی مداخله‌ای ارائه شده قرار گرفت. اما گروه کنترل در طول دوره پژوهش، الگوی مداخله‌ای را دریافت نکرد. سپس هردو گروه پرسشنامه‌های پژوهش را به عنوان پس‌آزمون تکمیل و در نهایت، داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و تحلیل واریانس چندمتغیره و با استفاده از نرم‌افزار

1 WHO QOL BREF

2 The Beck Depression Inventory

3 Snyder Hope Questionnaire

SPSS-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، مداخله درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی موجب بهبود کیفیت زندگی، امید به زندگی و همچنین کاهش میزان افسردگی زندانیان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون تا مرحله پیگیری شده است؛ بنابراین، باتوجه به یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان نتیجه گرفت، مرگ‌اندیشی منجر به بهبود کیفیت زندگی، افزایش امید به زندگی و کاهش میزان افسردگی در زندانیان می‌شود.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، افسردگی، امید به زندگی، مرگ‌اندیشی.

مقدمه

در فرهنگ قرآن «فوت» به معنای زوال ابدی است، ولی «وفات» به معنای «اخذ تام و در اختیار گرفتن تمام و کمال یک حقیقت و انتقال آن به سرای دیگر» است (JavadiAmoli, 2009). مرگ‌اندیشی، داشتن دغدغه مرگ است و انسان مرگ‌اندیش، هم آگاه به مرگ محتوم خود است و هم دغدغه‌ی مواجهه با آن را دارد (Hasani et al., 2021). بررسی رابطه زمان، زندگی و عمر اخلاقی نشان داد کسب فضایل اخلاقی در طی زمان و متناسب با حرکت جوهری است و عمر اخلاقی همان مدت زمانی است که در طول زندگی؛ برای کسب غایت و کسب فضایل اخلاقی و رسیدن به هدف صرف می‌شود؛ در نتیجه، زمان لازمه کسب هدف زندگی یا معنای زندگی است (Hasani et al., 2021).

تئوری مدیریت ترور (مرگ)^۱ معتقد است: زمانی که افکار مرگ آگاهانه در کانون توجه قرار می‌گیرد سبک زندگی فرد بیشتر درگیر معنا، ارزش‌های شخصی و روابط اصیل و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی می‌شود (Fitri et al., 2020). زمانی که افکار مرگ در حاشیه است، سبک زندگی فرد بیشتر درگیر روابط ناکارآمد و اختلالات روان‌شناختی است (Yetzer & Pyszczynski, 2019). مرگ صرفاً با ناامیدی در پیوند نیست بلکه گاهی امید را باز نمایی می‌کند. یعنی مرز بین مرگ و زندگی از بین می‌رود و مرگ، مفهوم زندگی و امید می‌یابد. زیرا ناامیدی بدون امید موجودیتی ندارد و این دو در دیالکتیکی همیشگی با یکدیگرند (Kermani et al., 2011).

یالوم مرگ را پایان زندگی می‌داند اما اندیشیدن درباره آن را برای زندگی معنا آفرین و ارزش بخش تلقی می‌کند. از نظر یالوم عوامل مهمی که انسان‌ها را متوجه مرگ خودشان می‌کند، قرار گرفتن در مواجهه نزدیک با مرگ خودشان، عامل زمان، بررسی دقیق رویاها و خیال پردازی‌های فردی و غیره است. و از جمله درمان‌های عملی اضطراب مرگ ایجاد اثری هنری، قرار گرفتن در کنار افرادی که در شرف مرگ هستند

1 Terror Management Theory (TMT)

و غیره می‌باشد. در پژوهشی با هدف تبیین الگوی اضطراب بر اساس همدلی عاطفی با میانجیگری معنویت در افراد میانسال نتایج نشان داد شد که معنویت بر همدلی عاطفی و اضطراب مرگ تأثیر دارد و به صورت منفی و معنادار میانجیگری می‌کند. بنابراین اضطراب مرگ را باید با دید تعاملی و همه جانبه نگریست (BadiaNia & Bashardoust, 2022). در پژوهشی رمضان‌ی و همکاران با مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش و روایت درمانی بر اضطراب مرگ سالمندان به این نتیجه رسیدند که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش و روایت درمانی بر اضطراب مرگ سالمندان اثربخش است (Ramezani et al., 2023).

کرمی و همکاران در مطالعه‌ای با هدف بررسی رابطه بین کنجکاوی اجتماعی و سلامت معنوی با اضطراب مرگ در پرستاران نشان داد که بین کنجکاوی اجتماعی و سلامت معنوی با اضطراب مرگ رابطه منفی معنادار وجود دارد. بدین معنی که با افزایش میزان کنجکاوی اجتماعی و سلامت معنوی در افراد میزان اضطراب مرگ در آن‌ها کاهش می‌یابد (Karami et al., 2022). غلام‌نژاد و همکاران با مطالعه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی امید به زندگی و هراس از مرگ و تنظیم قند خون بیماران دیابتی مبتلا به نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی روی امید به زندگی و هراس از مرگ و HbA1c بیماران دیابتی افسرده تأثیر مثبت دارد (Gholamnejad et al., 2023).

در تحقیقی که حق دوست و همکارانش تحت عنوان اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر مدیریت استرس بر اضطراب مرگ، فاجعه‌پنداری درد، پذیرش و شدت درد بیماران مبتلا به سرطان پروستات انجام دادند، نتایج نشان داد ذهن آگاهی مبتنی بر مدیریت استرس نسبت به گروه کنترل، بر اضطراب مرگ، فاجعه‌پنداری درد، پذیرش و شدت درد اثربخش بوده است (Haghdoust et al., 2022).

یافته‌های جنگی جهان تیغ و همکاران نشان داد آموزش خودشفابخشی که شامل: شناسایی و اصلاح خاطرات مخرب و باورهای منفی از طریق آموزش تفکر واقع بینانه و مسئله‌مدار است، موجب کاهش اضطراب مرگ و بهبود کیفیت خواب سالمندان می‌شود (Zandi et al., 2004).

کیفیت زندگی و قدرت تحمل مشکلات نیز با مسئله مرگ ارتباط نزدیکی دارد. افرادی که جواب قانع‌کننده‌ای برای این موضوع دارند از تحمل و کیفیت زندگی بهتری برخوردارند (Abdel-khalek, 2010). بین تفکر در مورد مسئله مرگ و کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد. زندگی و همکاران (Zandi et al., 2004) به این نتیجه رسیدند که تفکر واقع‌گرایانه در مورد مرگ موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود. حل مسئله مرگ از طریق بهبود کیفیت زندگی منجر به افزایش سلامت جسمی و روانی می‌گردد (Ghorbanpur, 2013).

آگاهی از مرگ، حوزه‌هایی از قبیل آینده، خانواده، کسب و کار، آموزش، سلامت و مراقبت، دولت، هنر و ورزش را تحت تأثیر قرار خواهد داد (McCabe et al., 2018). همه انسان‌های مرگ آگاه، مرگ‌اندیش نیستند. اگر کسی دغدغه مرگ را داشته باشد و به آن بیندیشد، علاوه بر مرگ آگاه؛ مرگ‌اندیش است (Akbarzadeh et al., 2014). بنابراین مرگ‌اندیشی به نحوه مواجهه انسان با پدیده مرگ گفته می‌شود و شیوه تفسیر او از این پدیده با کیفیت زندگی فرد مرتبط است (Goranson et al., 2017). نظریه مدیریت وحشت (مرگ) نشان می‌دهد آگاهی بشر از اجتناب‌ناپذیری مرگ بر جنبه‌های مختلف تفکر، احساسات، انگیزه و رفتار انسان تأثیر عمیقی می‌گذارد (Pyszczynski et al., 2015). متغیرهای ناامیدی و افسردگی نیز از واکنش‌های شایع در مواجهه با مسئله مرگ می‌باشد (Stoffer, 2000).

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۵) اعلام کرد که تا سال ۲۰۲۰ افسردگی اصلی‌ترین علت ناتوانی و بیماری در نوجوانان و جوانان خواهد بود (Diedrich et al., 2014). افسردگی اغلب با عنوان مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌های منفی، مانند ناامیدی، کناره‌گیری، خلق پایین و منفی، شناخت‌های منفی و رفتارهای اجتنابی مفهوم‌سازی شده است (Sin et al., 2011). در پژوهشی ساوانت و همکاران (Sawant et al., 2015) دریافته‌اند: وقتی افکار مرگ در حاشیه قرار دارند سبک زندگی فرد بیشتر درگیر روابط ناکارآمد و اختلالات روان‌شناختی است که به نوبه خود موجب کاهش سطح کیفیت و غنای زندگی اصیل می‌شود. تحقیقات دیبارنات و همکاران (Debarnot et al., 2015)، فارار و همکاران (Farrar et al., 2015)، واترسانگ (Bethel, 1990; Debarnot et al., 2015; Farrar et al., 2015; Moghdisi et al., 2016; Watersong, 2011)، نشان داد که آموزش تصویرپردازی موجب بهبود خواب، خود کارآیی، عواطف مثبت، تاب‌آوری و رضایت‌مندی از زندگی، و کاهش اضطراب، افسردگی و احساس درد بدنی شود. بارت و همکاران (Barnett et al., 2018) در تحقیقات خود دریافته‌اند: تصویرسازی ذهنی، تکنیکی است که تأثیرات جسمی و روان‌شناختی دارد. این تکنیک برای بازآفرینی یا خلق یک تجربه مورد استفاده قرار می‌گیرد و در جهت افزایش عملکرد و بهبود کیفیت زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

بوزو و همکاران (Bozo et al., 2009) برای سنجش اثربخشی افکار مرتبط با مرگ بر رفتارهای ارتقاء بخش سلامت، سیاهه‌ای از افکار مرتبط با مرگ را در اختیار اعضای گروه آزمایش قرار داد تا در مورد مرگ خود فکر کرده و صحبت کنند. پس از بررسی پاسخ‌های دو گروه آزمایش و کنترل، ملاحظه شد، میزان رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی در گروه آزمایش به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل است (Bozo et al., 2009). برگر و همکاران (۱۹۹۸) در مطالعه‌ای نشان دادند که هرچه نگرش مذهبی قوی‌تر باشد میزان

اضطراب و افسردگی ناشی از انتظار مرگ کاهش می‌یابد (Berger et al., 1998). بر اساس تحقیقات المستادی (۲۰۱۲)، جاززما و همکاران (۲۰۱۰)، گولدن و همکاران (۲۰۰۴)، لین و همکاران (۲۰۰۰) همبستگی معناداری بین اضطراب مرگ و افسردگی مرگ مشاهده شده است (Almostadi, 2012; Goldney et al., 2004; Jaarsma et al., 2010; Lane et al., 2000). براساس پژوهش‌های فوق افسردگی و اضطراب پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی هستند. از طرفی طبق مبانی نظری در رویکردهای وجودی، روانکاوی و انسانگرا، اندیشه آگاهانه و اختیاری درباره مرگ از طریق آموزش یا تصویر سازی، موجب یک زندگی اصیل، غنی و موثر می‌شود.

۶۰ درصد بیماران افسرده فکر خودکشی دارند و ۱۵ درصدشان دست به خودکشی می‌زنند. دشواری در تمرکز، اختلال در تفکر، غمگینی، گریه بی‌دلیل، از دست دادن علاقه و ناتوانی از لذت بردن، بی‌حالی و خستگی، زود رنجی، مشکلات خواب نیز در آن‌ها زیاد مشاهده می‌شود (Kaplan & Zadok, 2003). افسردگی یک موضع‌گیری در برابر ابهام هستی و بی‌معنایی آن است. ماهیت اصلی این اختلال، خودداری از مواجهه، تصمیم‌گیری و درگیر شدن و همراه شدن با انتخاب‌های اجتناب‌ناپذیر حیات می‌باشد (Tillich, 2005). اگر افسردگی درمان نشود یا درمان آن ناکارآمد باشد، ممکن است به بروز رفتارهای ناسازگارانه‌ای منجر شود (Segal et al., 2002). همچنین، افسردگی اغلب با سطوح بالاتر اضطراب همراه شده و می‌تواند با حملات هراس و فوبی و افزایش یاس و ناامیدی کیفیت زندگی فرد را به مخاطره بیندازد (Chew, 2006).

شیوع افکار مرگ و خودکشی در افراد افسرده، نوعی تسلیم شدن در برابر عدم کنترل پدیده مرگ می‌باشد اگر افراد به شکلی متفاوت با مسئله مرگ مواجه شوند و تجربه‌ای پویا، سازنده و مثبت نسبت به مرگ پیدا کنند، افسردگی، اضطراب و ناامیدی آن‌ها کاهش و امید به زندگی و کیفیت آن افزایش می‌یابد (Moghdisi et al., 2016).

یالوم (Yalom, 2011) معتقد است برای مقابله با وحشت مرگ دفاع‌هایی ایجاد می‌کنیم که این دفاع‌ها بر پایه انکار بنا شده و منجر به ناسازگاری بالینی می‌شود. کوپلر راس معتقد است اگر ما بخواهیم زندگی کنیم باید جرات یادآوری آن را داشته باشیم که زندگی بسیار کوتاه است (May, 1981). از نظر فرانکل مرگ یک تهدید نیست بلکه انسان را وامی‌دارد حداکثر زندگی را تجربه کند (Scharf, 2023). این نگاه فرانکل، بدان معناست که مواجهه با مرگ می‌تواند اصول بنیادین، پایه‌ها و سبک زندگی را تغییر دهد (Moghdisi et al., 2016). کجاف و همکاران (Kajbaf et al., 2015) (تلفیق روان‌درمانی وجودی و معنوی

همراه با شرح تجربه‌های نزدیک به مرگ بر کاهش اضطراب مرگ و کاهش افسردگی تأثیر معناداری دارد. تلاش برای سرکوب آگاهی از مرگ، بر نگرش‌ها، رفتار و سبک زندگی افراد تأثیر می‌گذارد. دفاع‌های روان‌شناختی، از جمله انکار، حواس‌پرتی و...، منجر به نتایج معکوس شده و از اصالت یک زندگی با ارزش و مؤثر می‌کاهد (Pyszczynski et al., 2000). «معنای زندگی» و «مرگ‌اندیشی» در دیدگاه وجودگرایی^۱ دو مسئله جدایی‌ناپذیر محسوب می‌شوند. کیرکگور^۲ معتقد است: زندگی انسان در ارتباط با مرگ و مرگ‌اندیشی معنا پیدا می‌کند تا جایی که زندگی بدون آن، پوچ و بی معنا خواهد بود (Khedri, 2020).

یالوم از بین چهار دغدغه وجودی، ابتدا مرگ را مطرح می‌کند. چون اهمیتی بیش از سه دغدغه دیگر «آزادی، تنهایی و پوچی دارد» (Smith et al., 2012). در نگاه فلسفی، اندیشیدن، تقدیر انسان و اندیشه و تفکر، رکن اساسی و جزو ذاتی او و منشأ آگاهی و معرفت، بنیان و بنیاد، استکمال و کمال وی است (Alipour & Ghorbanighomi, 2020). .. باتوجه به اینکه مهم‌ترین پدیده خارج از کنترل انسانی مرگ است، عدم مواجهه و حل و فصل این پدیده فرد را به سمت افسردگی سوق می‌دهد (Chew, 2006). مرگ‌اندیشی می‌تواند بر ابعاد گوناگون زندگی انسان اثر بگذارد بخصوص، برای نوجوانان که در ابتدای ترسیم طرح زندگی آتی خود هستند می‌تواند مسیر آینده زندگی آن‌ها را شکل دهد (Zandi et al., 2021).

طبق نظر هایدگر (۱۹۲۷)، مرگ‌اندیشی را عامل اصلی در فردیت انسان می‌داند و به نظر وی مرگ پایان همه امکان‌ها و رنج‌هاست. اما در اندیشه علامه طباطبایی، مرگ‌اندیشی نه تنها سبب یأس و نومیدی نمی‌گردد، بلکه منشأ پویایی و امید در آدمی گشته تا از همه ظرفیت‌ها برای تعالی خود و ساختن حیات پس از مرگ بهره‌گیرد (Ahmadbayi et al., 2020). معنابخشی به رنج‌های گریزناپذیر مانند مرگ آن‌ها را قابل تحمل تر کرده و به عامل رشد انسان بدل می‌شود (Jimenes, 2009).

ازاین‌رو پژوهش حاضر سعی دارد از طریق درمان مبتنی بر مرگ‌اندیشی، بر روی زندانیان در معرض مرگ قریب‌الوقوع، به آن‌ها کمک کند تا به شکلی اصیل، شخصی و واقع‌بینانه با پدیده مرگ روبه‌رو شوند.

روش

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مرگ‌اندیشی بر بهبود کیفیت زندگی، امید به زندگی و کاهش میزان افسردگی در زندانیان است. روش پژوهش شبه‌آزمایشی است که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش، مردان زندانی واحد

1. Existentialist

2. Kierkegaard

۳ مشاوره زندان مرکزی شهر مشهد (۸۲۵ نفر) بود. از میان آن‌ها ۲۴ نفر که دارای حکم قصاص بوده و ملاک‌های ورود را دارا بودند، به صورت در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی (۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل) گمارده شدند و در پایان مداخله درمانی، داده‌های ۲۴ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش حاضر شامل پرسشنامه کیفیت زندگی (فرم کوتاه سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸)، پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶) و مقیاس امید به زندگی شنایدر (۱۹۹۱) بود. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیره و چندمتغیره و با استفاده از نرم افزار SPSS-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که مرگ‌اندیشی منجر به بهبود کیفیت زندگی، امید به زندگی و کاهش میزان افسردگی در زندانیان شد. بنابراین، با توجه به نتایج پژوهش می‌توان بیان کرد که توجه به مشکلات روان‌شناختی زندانیان امری ضروری است و مرگ‌اندیشی می‌تواند در بهبود مشکلات روان‌شناختی زندانیان نقش اساسی داشته باشد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: عدم مشکل و ممانعت از طرف مسئولین زندان برای حضور در دوره درمان، داشتن حکم قطعی، فرصت کافی برای شرکت در دوره درمان تا قبل از اجرای حکم، تجربه و درگیر بودن اشتغال ذهنی به مرگ، قرار داشتن در دامنه سنی بین ۲۰-۵۰ سال، دارای سواد حداقلی (خواندن و نوشتن)، هر دو گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه‌های مذکور را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل و سپس گروه آزمایش به مدت ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان الگوی مداخله‌ای ارائه شده، قرار گرفت اما گروه کنترل در طول دوره پژوهش، الگوی مداخله‌ای را دریافت نکرد. البته در پایان پژوهش به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، افراد گروه کنترل نیز یک دوره درمان مبتنی بر مرگ‌اندیشی را دریافت کرد.

جدول ۱: ساختار جلسات درمان گروهی، مبتنی بر الگوی مرگ‌اندیشی

جلسه	اهداف درمانی
جلسه ۱	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد فضایی امن و قابل اعتماد، ایجاد زمینه برای همبستگی گروهی و ارتباط بیشتر؛ توضیح اصول و قوانین گروه درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی؛ آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش؛ توضیح در مورد پرسشنامه‌ها و سنجش کلی سبک زندگی و اضطراب مرگ، پاسخ به سؤالات اعضا.
جلسه ۲	تلاش برای ارتباط بیشتر و افزایش همبستگی و مشارکت، گفتگوی اعضا در مورد مسائل و احساسات شخصی درباره موضوع مورد پژوهش، پرداختن به مفهوم اولیه مرگ و بررسی میزان انکار، مقاومت یا مواجهه اعضا با آن، تقویت حضور در این جا و اکنون و افزایش خود آگاهی.
جلسه ۳	آشنایی اجمالی با اقسام غم و رنج، بالاختص مرگ به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر زندگی، و بحث پیرامون تفاوت مرگ‌اندیشی و مرگ هراسی و پیامدهای آن.

اهداف درمانی	جلسه
انواع مرگ‌اندیشی از دیدگاه‌های مختلف (عامیانه، زاهدانه، عارفانه، واقع‌بینانه). بیان ویژگی‌های مرگ‌اندیشی واقع‌بینانه و اثرات آن بر سبک و کیفیت زندگی.	جلسه ۴
بررسی چند راه‌کار نظری برای کاهش اضطراب مرگ مانند: لزوم جاری بودن اندیشه مرگ در زندگی انسان، تجربه پیاپی مرگ در لحظات و مراحل مختلف زندگی و فهم ناپایداری زندگی دنیایی.	جلسه ۵
دیدن خود در آینده مرگ، بیان این مسئله که آدمی از مرگ نمی‌ترسد، بلکه از اندکی توشه و ترس از دست دادن فرصت‌ها، و کامل نکردن موقعیت‌های نیمه تمام، می‌ترسد. توجه به رابطه استوار عمل و پاداش عمل، عشق بی‌پایان خدا به انسان، و گرفته شدن جان به دست محبوب.	جلسه ۶
پرداختن به مفهوم اولیه مرگ و بررسی میزان انکار یا مواجهه اعضا با آن، رویارویی ابتدایی اعضا با اضطراب ناشی از تصور مرگ و مردن، آشنایی با ابعاد متفاوت اضطراب مرگ. همچنین تبیین نقش تصویرسازی ذهنی و سفرهای روان‌شناختی در زندگی و آمادگی اعضا برای شرکت در فرآیند سفرهای روان‌شناختی.	جلسه ۷
راه کارهای عملی برای کاهش اضطراب مرگ مانند تمرین مرگ‌آزمایی، که موجب کاهش اضطراب مرگ می‌شود (سفر به ناشناخته‌ها، سفر به قلمرو مردگان، سفر گذر از کارهای ناتمام، سفر درد، سفر از بدن، سفر بدرود گفتن به نزدیکان، سفر به دشت تنهایی، سفر به سرزمین مجازات).	جلسه ۸ تا ۱۳
جمع‌بندی جلسات گذشته و مرور تغییرات روانی - رفتاری حاصل از ارائه راه کارهای نظری و عملی مرگ‌اندیشی در اعضا.	جلسه ۱۴ تا ۱۵

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از ۳ پرسشنامه استاندارد شده استفاده شد:

پرسشنامه کیفیت زندگی: منظور از کیفیت زندگی در این پژوهش نمره ای است که فرد در فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) کسب کرده است و گستره آن از ۰ تا ۱۰۴ است و هر چه نمره فرد بالاتر باشد نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر خواهد بود. فرم کوتاه این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است. ۲ سؤال اول نیز صرفاً حیطه کلی کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند. در این آزمون از یک مقیاس پنج گزینه‌ای استفاده شده است و آزمودنی بین ۰ تا ۴ نمره می‌گیرد و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. نجات و همکاران (۱۳۸۵) برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام دادند. پایایی آزمون برای زیرمقیاس‌ها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به دست آمد. روایی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ به این صورت محاسبه شد سلامت جسمی ۰/۷۱، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۱، سلامت محیط ۰/۸۴ (Nejat et al., 2006).

مقیاس امید شنایدر: در این پژوهش منظور از امید نمره‌ای است که فرد در مقیاس امید شنایدر کسب نموده است. این مقیاس ۱۲ سوالی توسط شنایدر (۱۹۹۱) تدوین شده و شامل دو خرده مقیاس «مسیرها» و «تفکر عامل» است. این مقیاس برای سنین ۱۵ سال به بالا طراحی شده و مدت زمان کوتاهی (۲ تا ۵ دقیقه) برای پاسخ‌گویی به آن کفایت می‌کند. مجموع نمرات بین ۸ تا ۳۲ قرار دارد (Kermani et al., 2011). شنایدر و همکاران (۱۹۹۱) پایایی این مقیاس را از طریق روش بازآزمایی بعد از سه هفته، برای کل مقیاس، ۰/۸۵، برای خرده مقیاس تفکر عامل ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس مسیرها ۰/۷۴ گزارش نمودند. همچنین پایایی این مقیاس را از طریق روش بازآزمایی بعد از سه هفته، برای کل مقیاس، ۰/۸۵، برای خرده مقیاس تفکر عامل ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس مسیرها ۰/۷۴ گزارش نمودند (Snyder et al., 1991).

پرسشنامه افسردگی بک: منظور از افسردگی در این پژوهش نمره‌ای است که فرد در سیاهه افسردگی بک (۰-۶۳) کسب کرده است. نمره ۱۸ به بالا در این آزمون نشان‌دهنده تشخیص افسردگی است. این آزمون ۲۱ ماده دارد و دامنه نمره‌ها بین حداقل ۰ تا حداکثر ۶۳ قرار می‌گیرد. به طور معمول، نمره افراد افسرده از نظر بالینی و افراد ناسازگار غیربیمار در دامنه ۱۲ تا ۴۰ قرار می‌گیرد. بک و همکاران (۱۹۹۶) پایایی این پرسشنامه را در یک تحلیل سطح بالا نشان دادند که ضرایب به دست آمده از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ بوده است. همچنین روایی پرسشنامه افسردگی بک با ویرایش اول آن ۰/۹۳ بود (Beck et al., 1996).

یافته‌ها

در این بخش به بررسی یافته‌های توصیفی و فرضیه‌های پژوهشی پرداخته می‌شود.

اطلاعات جمعیت شناختی

در این قسمت فراوانی و درصد فراوانی متغیرهایی نظیر تحصیلات، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، محل زندگی، نوع جرم، اشتغال و طبقه اجتماعی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول ۲. فراوانی و درصد فراوانی

گروه کنترل		گروه آزمایش		متغیر	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۲۰	۳	۳۳/۳	۵	ابتدایی	تحصیلات
۴۰	۶	۴۰	۶	سیکل	
۲۶/۷	۴	۲۰	۳	دیپلم	
۱۳/۳	۲	۶/۷	۱	فوق دیپلم	

گروه آزمایش		گروه کنترل		متغیر	
فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
۳	۲۰	۵	۳۳/۳	مجرد	وضعیت تاهل
۱۲	۸۰	۱۰	۶۶/۷	متاهل	
۴	۲۶/۷	۷	۴۶/۷	۰	تعداد فرزندان
۴	۲۶/۷	۳	۲۰	۱	
۴	۲۶/۷	۲	۱۳/۳	۲	
۳	۲۰	۰	۰	۳	
۰	۰	۳	۲۰	۴	
۱۲	۸۰	۱۱	۷۳/۳	شهر	محل زندگی
۳	۲۰	۴	۲۶/۷	روستا	
۳	۲۰	۵	۳۳/۳	ضعیف	طبقه اجتماعی
۱۱	۷۳/۳	۱۰	۶۶/۷	متوسط	
۱	۶/۷	۰	۰	خوب	
۳	۲۰	۵	۳۳/۳	بیکار	اشتغال
۱۲	۸۰	۱۰	۶۶/۷	شاغل	
۱۱	۷۳/۳	۱۱	۷۳/۳	قتل	جرم
۴	۲۶/۷	۴	۲۶/۷	مواد	

در گروه آزمایش میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۶/۰۶ و انحراف معیار ۸/۱۶ و در گروه کنترل میانگین سنی ۳۵/۸۰ و انحراف معیار ۶/۶۰ بود. در این بخش یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، برای متغیرهای پژوهش، در گروه آزمایش و کنترل مورد بررسی قرار گرفته است.

یافته‌های توصیفی پژوهش

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر	مولفه‌ها	زمان	گروه آزمایش		گروه کنترل	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
امید به زندگی	تفکر عامل	پیش‌آزمون	۱۸/۲۶	۲/۰۶	۱۷/۸۴	۴/۹۴
		پس‌آزمون	۲۰/۸۴	۳/۷۷	۱۶/۴۶	۴/۰۶

متغیر	مولفه‌ها	زمان	گروه آزمایش		گروه کنترل	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
	مسیرها	پیش‌آزمون	۱۶/۰۳	۲/۸۸	۱۸/۷۱	۳/۱۴
		پس‌آزمون	۲۱/۶۷	۳/۳۱	۱۷/۹۷	۳/۲۵
کیفیت زندگی	-	پیش‌آزمون	۴۹/۱۳	۸/۸۳	۶۰/۰۶	۱۰/۹۳
		پس‌آزمون	۶۰/۱۳	۱۱/۰۲	۵۷/۹۳	۱۰/۷۶
افسردگی	-	پیش‌آزمون	۱۹/۸۰	۱۰/۰۳	۱۷/۶۰	۸/۳۷
		پس‌آزمون	۱۴/۹۳	۹/۵۶	۱۹	۸/۸۶

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در گروه آزمایش میانگین امید به زندگی در مولفه تفکر عامل از ۱۸/۲۶ به ۲۰/۸۴، و در مولفه مسیرها از ۱۶/۰۳ به ۲۱/۶۷ افزایش معناداری یافته است. همچنین میانگین نمرات کیفیت زندگی نیز از ۴۹/۱۳ به ۶۰/۱۳ افزایش معناداری داشته، و در نهایت میانگین نمرات افسردگی از ۱۹/۸۰ به ۱۴/۹۳ کاهش معناداری یافته است. اما در گروه کنترل همان‌طور که مشخص است میانگین نمرات در متغیرهای کیفیت زندگی، امید به زندگی و افسردگی افزایش و کاهش معناداری را نشان نمی‌دهد.

بررسی استنباطی فرضیه‌های پژوهش

با توجه به این که پژوهش حاضر، شبه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است و با توجه به وجود متغیر وابسته، برای مقایسه‌ی اثربخشی هر گروه از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره (آنکووا)^۱ و چندمتغیره (مانکووا)^۲ استفاده شده است. در تحلیل کوواریانس با کنترل آماری پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش (کوریت)، میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌ها تعدیل و مقایسه می‌شوند. قبل از اجرای آزمون ابتدا به بررسی پیش فرض‌های اجرای تحلیل کوواریانس می‌پردازیم. در صورت رعایت این پیش فرض‌ها مجاز به استفاده از این آزمون می‌باشیم. در ادامه به بررسی استنباطی فرضیات این پژوهش می‌پردازیم.

پیش فرض نرمال بودن

جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون از آزمون کالموگروف اسمیرنف استفاده شد. که نتایج آزمون بدین شرح بود: در متغیر کیفیت زندگی $K-S = ۰/۱۴$ و $sig = ۰/۰۹$ ، در متغیر امید به زندگی $K-S = ۰/۱۲$ و $sig = ۰/۱۹$ و در متغیر افسردگی $K-S = ۰/۱۳$ و $sig = ۰/۱۹$. همان‌طور که مشاهده می‌شود آزمون کالموگروف در هر سه متغیر از لحاظ آماری معنادار نبود و فرض نرمال بودن داده‌ها مورد تایید قرار گرفت ($P > ۰/۰۵$).

1. Univariate Analysis of Covariance (ANCOVA)

2. Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)

آزمون فرضیه اول

فرضیه اول: الگوی مداخله‌ای مبتنی بر مرگ‌اندیشی در بهبود کیفیت زندگی زندانیان مؤثر است. به منظور پاسخ‌گویی به فرضیه‌ی مطرح شده، از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (ANCOVA) استفاده شد. آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه، از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P = ۰/۸۹$)، $P = ۰/۰۵$ ، $F =$ ، بنابراین فرض همگونی واریانس‌ها مورد تأیید قرار گرفت ($P > ۰/۰۵$).

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره جهت مقایسه گروه آزمایش و کنترل در متغیر کیفیت زندگی زندانیان

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معناداری	ضریب Eta
پیش‌آزمون	۶۹۴/۰۹	۱	۶۹۴/۰۹	۱۲/۴۸	۰/۰۰۲	۰/۳۱
گروه	۱۸۲۱/۶۷	۱	۱۸۲۱/۶۷	۳۲/۷۶	۰/۰۰۰	۰/۵۵
خطا	۱۵۰۰/۹۸	۲۷	۵۵/۵۹			
کل	۳۳۵۸/۹۶	۲۹				

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیری نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل از نظر کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$)، $F = ۳۲/۷۶$. همان‌طور که در جدول ۳ نیز مشاهده شد میانگین کیفیت زندگی در پیش‌آزمون ۴۹/۱۳ بود که در پس‌آزمون به ۶۰/۱۳ افزایش یافت. بنابراین می‌توان استنباط کرد که مداخله‌ای درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی در مقایسه با گروه گواه بطور معناداری باعث بهبود کیفیت زندگی در زندانیان شده است ($p < ۰/۰۵$)، بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

آزمون فرضیه دوم

فرضیه دوم: الگوی مداخله‌ای مبتنی بر مرگ‌اندیشی در افزایش امید به زندگی زندانیان مؤثر است. به منظور پاسخ‌گویی به فرضیه‌ی مطرح شده، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد. ابتدا پیش فرض‌های آزمون مانکوا که شامل فرض نرمال بودن متغیرهای وابسته بود با آزمون کالموگروف اسمیرنف بررسی شد و نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع در سه گروه نشان‌دهنده نرمال بودن متغیرهای وابسته بود. پیش فرض همگنی واریانس در همه متغیرها پژوهش در مراحل پس‌آزمون تأیید شد. به منظور بررسی همگنی کواریانس‌ها یا روابط بین متغیرهای وابسته از آزمون ام‌باکس استفاده شد. آزمون ام‌باکس محاسبه شده، از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P = ۰/۲۱$)، $F = ۲/۱۱$ ، بنابراین فرض همگونی کواریانس‌ها نیز مورد تأیید قرار گرفت ($P > ۰/۰۵$). پیش فرض همگنی شیب رگرسیون نیز بررسی شد که مقدار F که تعامل بین متغیر هم‌پراش و مستقل را محاسبه می‌کند نیز معنادار

نشد و فرض شیب خط رگرسیون مورد تأیید قرار گرفت ($F=0/98$, $P>0/05$). نتایج تحلیلی کواریانس چند متغیره جهت مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل در میزان امید به زندگی زندانیان بدین شرح است: $0/18 =$ مقدار لامبدا، ($df=2$ فرضیه)، ($df=25$ خطا)، ($F=31/13$)، ($0/00 =$ معناداری)، ($0/18 =$ ضریب Eta). شاخص کلی لامبدا ویلکز نشان داد که اثر گروه در ترکیب خطی متغیرهای چندگانه معنادار بود ($F=31/13$, $p<0/001$). بنابراین می‌توان استنباط کرد که با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر جدیدی که از ترکیب خطی مؤلفه‌های امید به عنوان متغیرهای وابسته، تفاوت معناداری وجود دارد. اما در ادامه لازم است که مشخص شود کدام مؤلفه‌ها تفاوت معناداری دارند.

جدول ۵. نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورت	F	سطح معناداری	ضریب اتا
تفکر عامل	۸۳/۴۶	۱	۸۳/۴۶	۳۱/۱۲	۰/۰۰	۰/۴۱
مسیرها	۲۱/۵۵	۱	۲۱/۵۵	۳/۱۸	۰/۰۲	۰/۱۹

نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها برای مقایسه گروه‌ها در مؤلفه‌های متغیر امید به زندگی نشان داد که F مشاهده شده برای متغیرهای فوق معنادار است و در مؤلفه‌های تفکر عامل و مسیرها معناداری را بین دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. در نتیجه می‌توان نتیجه گرفت الگوی مداخله‌ای مبتنی بر مرگ‌اندیشی موجب بهبود امید به زندگی در زندانیان شده است ($P<0/05$) و میانگین گروه‌ها در متغیرهای وابسته تفاوت معناداری با هم دارند. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

آزمون فرضیه سوم

فرضیه سوم: الگوی مداخله‌ای مبتنی بر مرگ‌اندیشی در کاهش میزان افسردگی زندانیان مؤثر است. به منظور پاسخ‌گویی به فرضیه‌ی مطرح شده، از روش تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد. آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه، از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P=0/66$). $F=0/19$ ، فرض همگونی واریانس‌ها مورد تأیید قرار گرفت ($P>0/05$).

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره جهت مقایسه گروه آزمایش و کنترل در میزان افسردگی زندانیان

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب Eta
پیش‌آزمون	۲۵۷/۲۱	۱	۲۵۷/۲۱	۹/۶۵	۰/۰۰۴	۰/۲۶
گروه	۱۶۶۱/۸۸	۱	۱۶۶۱/۸۸	۶۲/۴۰	۰/۰۰۰	۰/۶۹
خطا	۷۱۹/۰۴	۲۷	۲۶/۶۳			
کل	۲۵۰۴/۹۶	۲۹				

همانطور که در جدول ۸ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل از نظر میزان افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد ($F=62/40$ ، $p<0/05$). همان‌طور که در جدول ۳ نیز مشاهده شد میانگین افسردگی در پیش‌آزمون ۱۹/۸۰ بود که در پس‌آزمون به ۱۴/۹۳ کاهش یافت. بنابراین می‌توان استنباط کرد که مداخله‌ای درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری باعث کاهش میزان افسردگی در زندانیان شده است ($P>0/05$). بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

اولین یافته پژوهش با توجه به داده‌های جدول شماره ۵ نشان داد که مداخله درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری باعث بهبود کیفیت زندگی در زندانیان شده است. در گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون، میانگین نمرات کیفیت زندگی پس از دریافت الگوی مداخله ای نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری پیدا کرده بود در حالی که میانگین نمرات در گروه کنترل کاهش یا افزایش معناداری پیدا نکرده بود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مداخله درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی باعث بهبود کیفیت زندگی در زندانیان شد.

نتایج حاصل از این فرضیه پژوهش با پژوهش‌های پیشین از جمله نظریه مدیریت مرگ یتزر و پیژچنسکی، (۲۰۱۹)، ساطع و براز (۲۰۲۳)، طباطبایی و ساطع (۲۰۲۳)، جان تیغ و همکاران (۲۰۲۳)، ساوانت و همکاران (۲۰۱۵)، بوزو و همکاران (۲۰۰۹)، زمانیان و همکاران (۲۰۱۶)، بهرامی و همکاران (۱۳۹۲)، طل و همکاران (۱۳۹۰) همخوانی دارد (Bahrani et al., 2013; Bozo et al., 2009; Pyszczyski et al., 2000; Tol et al., 2011; Yetzer & Pyszczyski, 2019; Zamaniyan et al., 2016).

دومین یافته پژوهش: با توجه به داده‌های جدول شماره ۷ نشان داد مداخله درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی به طور معناداری موجب افزایش امید به زندگی در زندانیان شده است. در گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون، میانگین نمرات هر دو مؤلفه امید به زندگی (تفکر عامل و مسیرها) پس از دریافت الگوی مداخله‌ای نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری نشان می‌داد. در حالی که میانگین نمرات در گروه کنترل کاهش یا افزایش معناداری نداشته است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مداخله درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی باعث افزایش امید به زندگی در زندانیان شد (Gholamnejad et al., 2023; Iranzadeh & Arsh Akmal, 2021).

نتایج حاصل از این فرضیه پژوهش نیز با پژوهش‌های پیشین از جمله تحقیقات ایران زاده و همکاران (۲۰۲۰)، غلام نژاد و همکاران (۲۰۲۲)، (Gholamnejad et al., 2023; Iranzadeh & Arsh Akmal, 2021)،

پژوهشهای دبارنات و همکاران (۲۰۱۵)، فارار و همکاران (۲۰۱۵)، واترسانگ (۲۰۱۱)، بارت و همکاران (۲۰۱۷)، مقدسی و همکاران (۱۳۹۵) همخوانی دارد (Bethel, 1990; Debarnot et al., 2015; Farrar et al., 2015; Moghdisi et al., 2016; Watersong, 2011).

سومین یافته پژوهش، با توجه به داده‌های جدول شماره ۸ نشان داد مداخله درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی بطور معناداری موجب کاهش افسردگی در زندانیان شده است. در گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون، میانگین نمرات افسردگی پس از دریافت الگوی مداخله‌ای نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری نشان می‌داد. در حالی که میانگین نمرات در گروه کنترل کاهش یا افزایش معناداری نداشته است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مداخله مبتنی بر مرگ‌اندیشی باعث کاهش میزان افسردگی در زندانیان شد. نتایج حاصل از این پژوهش همچنین با پژوهش‌های پیشین از جمله تحقیقات بدیع نیا و همکاران (۲۰۲۲)، رمضانی و همکاران (۲۰۲۳)، کرمی و همکاران (۲۰۲۲)، حق دوست و همکاران (۲۰۲۲)، (BadiaNia & Bashardoust, 2022; Haghdoost et al., 2022; Karami et al., 2022; Ramezani et al., 2023) پژوهشهای المستادی (۲۰۱۲)، جاززما و همکاران (۲۰۱۰)، گولدنی و همکاران (۲۰۰۴)، لین و همکاران (۲۰۰۰)، برگر و همکاران (1998)، احمدبایی و همکاران (۱۳۹۹)، کجباف و همکاران (۱۳۹۴) همخوانی دارد (Ahmadbayi et al., 2020; Almostadi, 2012; Berger et al., 1998; Goldney et al., 2000; Jaarsma et al., 2010; Kajbaf et al., 2015; Lane et al., 2004).

تبیین نهایی

در مجموع، نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که بسته درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی (متغیر مستقل) که برای اولین بار در این پژوهش از نظر تأثیر بر سازه‌های مهمی چون کیفیت زندگی، امید به زندگی و اضطراب مرگ، مورد اعتباریابی قرار می‌گرفت (با گروه آزمایش و یک گروه کنترل)، تأثیر معناداری بر بهبود کیفیت زندگی، امید به زندگی و کاهش میزان افسردگی (متغیرهای وابسته) نشان داد. این شواهد می‌تواند اعتبار کاربردی بسته درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی را نشان دهد. علی‌رغم این که اغلب، این انتظار بین پژوهشگران وجود دارد که بسته‌های درمانی نوین و تازه تدوین شده نظیر مرگ‌اندیشی که در این پژوهش برای اولین بار تدوین و تهیه شده، به عنوان شواهدی برای به کارگیری آن‌ها در درمان نسبت به درمان‌های شناخته و به کار گرفته شده قبلی باشد حتی دارای اثرات نیرومندتری باشند، ولی باید به این نکته توجه داشت که بنیان‌های بسیاری از درمان‌های مبتنی بر مرگ‌اندیشی و مرگ آگاهی دارای تشابه جدی است، فقط این درمان‌ها ممکن است از مسیرهای متفاوت اجرا شوند. بنابراین دستیابی به اثرات مشابه در پژوهش حاضر امر دور از انتظاری نبوده است. از طرف دیگر با توجه به شیوهای متفاوت درمانی در این حوزه اکنون

این نوع درمان به عنوان درمان‌های قابل جایگزین برای دیگر رویکردها و روش‌های درمانی، با تمایل و نیاز افراد، در دسترس درمانگران قرار دارد. این امر خود از یک طرف به بسط و گسترش دانش و از طرف دیگر به بسط و گسترش فنون درمانی برای استفاده در میان درمانجویان با انتظارات و تمایلات متفاوت منجر خواهد شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که تأثیرات مداخله درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی محدود به زمان اجرا یا بلافاصله بعد از اتمام درمان نمی‌شود، بلکه ماه‌ها بعد از اجرای درمان نیز هنوز اثرات مداخله درمانی قابل مشاهده است. این یافته نیز یافته‌ای است که لازم است مورد توجه جدی قرار گیرد.

در زندان، برخی زندانیان به دلیل فشار روانی ناشی از مرگ قریب‌الوقوع به رفتارهای مخرب و آسیب‌زا مانند مصرف مواد مخدر، قرص‌های مسکن و آرامبخش‌های قوی پناه می‌برند، که نهایتاً به افسردگی، پرخاشگری، خودزنی و سایر رفتارهای آسیب‌زا برای خود و دیگران منجر می‌شود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد مرگ‌اندیشی اثرات و نتایج مثبتی بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و کاهش میزان افسردگی در زندانیان دارد. این اثرات در (بخش کمی پژوهش) از طریق اعتبارآزمایی کیفیت زندگی، امید به زندگی و میزان افسردگی با گروه آزمایش و یک گروه کنترل قابل مشاهده است. اثربخشی مرگ‌اندیشی بر کیفیت زندگی، امید به زندگی، و کاهش میزان افسردگی زندانیان (در بخش کیفی پژوهش) نیز از طریق مشاهدات بالینی و گزارش‌های شخصی قابل ملاحظه بود. در مشاهدات بالینی این اثرات در حوزه‌هایی مانند انگیزش و هدف قابل مشاهده بود. مشاهدات نشان داد زندانیانی که مداخله مرگ‌اندیشی را دریافت کرده‌اند در اهداف درونی و بیرونی خود تغییراتی ایجاد کردند که این مورد با نتایج پژوهش (Amirbeigi et al., 2019) همخوانی دارد. همچنین مداخله مرگ‌اندیشی باعث ایجاد افکار رشد دهنده‌تر، شخصی‌تر و واقع‌گرایانه‌تری از طریق رو به رو شدن مجرمین با افکار مرگ شد، و در نتیجه باعث شد ایشان سطح اضطراب و فشار روانی کمتری را تجربه کنند، که این مورد نیز با نظریه مدیریت مرگ یتزر و پیچنسکی (Yetzer & Pyszczynski, 2019) همخوانی دارد.

همچنین گزارشات و مشاهدات بالینی بیانگر این بود گروه آزمایش که مداخله مرگ‌اندیشی را دریافت کرده بودند نسبت به گروه کنترل تلاش بیشتر و سطح بالاتری از انرژی را (در کارگاه‌های حرفه‌آموزی و فعالیت‌های اجتماعی زندان) از خود نشان می‌دادند و استفاده بهینه‌تری از زمان و وقت موجود می‌کردند. و از سویی گزارشات کمتری در مورد رفتارهای خلاف قوانین زندان از آن‌ها ارائه گردید. بطور کل زندانیانی که مداخله مرگ‌اندیشی را دریافت کردند (گروه آزمایش) نسبت به گروهی که مداخله درمانی را دریافت نکردند (گروه کنترل) رفتارهای سلامت‌محور بیشتری را در پیش گرفتند و از

سوی دیگر از رفتارهای تهدید کننده سلامتی اجتناب بیشتری داشتند. با توجه به اثربخشی نتایج پژوهش حاضر و با توجه به این مسئله که اکثر قریب به اتفاق پژوهش‌ها در حوزه مرگ‌اندیشی جنبه کیفی، تطبیقی و مقایسه‌ای داشته و در پژوهش‌های داخلی هیچ‌گونه تحقیق مداخله‌ای - درمانی در رابطه با مرگ‌اندیشی مشاهده نگردید. امید است پژوهش حاضر بتواند توجه پژوهشگران را برای درمان‌های مداخله‌ای بیشتر در این حوزه جلب نماید. در حقیقت پژوهش حاضر به دنبال ارائه راه‌کاری برای کشاندن مرگ‌اندیشی صحیح به زندگی روزمره در جهت اصالت دادن و معنابخشی به زندگی می‌باشد.

از نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر به طور اخص روانشناسانی که مراجعین آن‌ها در شرایط تجربه مرگ قرار دارند مثل (محکومین به مرگ یا در انتظار مرگ قریب الوقوع در زندان‌ها یا بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج مثل سرطان و ایدز و... در بیمارستان‌ها) و به طور اعم همه انسان‌هایی که مایل به ارتقاء کیفیت زندگی خود هستند می‌توانند استفاده کنند. البته لازم به ذکر است با توجه به این که این پژوهش در زندان مشهد و بر روی زندانیان در معرض مرگ قریب الوقوع صورت گرفته در تعمیم آن به جوامع دیگر باید با احتیاط بیشتری اقدام گردد. از محدودیت‌های این پژوهش نیز می‌توان به دوره کوتاه مداخلات آموزشی - درمانی و همچنین مدت زمان کم دوره پیگیری اشاره داشت و پیشنهاد می‌شود که این دوره‌ها طولانی‌تر و با استمرار بیشتری انجام شود تا فرصت بیشتری برای تفکر و تمرین مهارت‌های کسب شده باشد. در این صورت می‌توان امیدوار بود که تغییرات درونی‌تر و پایدارتر باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی پیگیری‌هایی با مدت زمان بیشتر از سه ماه، در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر مرگ‌اندیشی بر متغیرهای وابسته پژوهش صورت گیرد و به منظور مقایسه نتایج، از دیگر رویکردهای جدید و معتبر نیز استفاده شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی افراد شرکت کننده در پژوهش و اداره کل سازمان زندان‌های خراسان رضوی که با حسن‌نیت امکان انجام این پژوهش را فراهم آوردند، سپاسگزاری می‌شود.

References

- Abdel-khalek, A. M. (2010). Quality of life, subjective well-being, and religiosity in muslim college students. *Journal of Quality of Life Research*, 19, 1133–1143. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9676->
- Ahmadbayi, M., Mahdavi Azadboni, R., & Ghasemitoosi, M. E. (2020). Metaphysical study of death thinking and its consequences in the viewpoint of allamah tabatabai and heidegger. *Journal of Ontological Researches*, 17(9), 99-122. <https://doi.org/10.22061/orj.2020.1404> (In Persian)
- Akbarzadeh, F., Dehbashi, M., & Shanazari, J. (2014). A comparative study and analysis of death and its relationship with the meaning of life in rumi and heidegger. *Comparative Theology*, 5(11), 1-20. <https://doi.org/20.1001.1.20089651.1393.5.11.1.8> (In Persian)
- Alipour, I., & Ghorbanighomi, A. (2020). The leap of the theological-philosophical thought in the shadow of the corona crisis; an overview of the meaning of life and death thinking. *Qabasat*, 25(96), 181-210. https://qabasat.iict.ac.ir/article_45863_en.html (In Persian)
- Almostadi, D. A. (2012). *The relationship between death depression and death anxiety among cancer patients in saudi arabia* [University of South Florida]. <https://digitalcommons.usf.edu/etd/3947/>
- Amirbeigi, M., Mansoori, J., & Gharibi, H. (2019). Effect of conscious and unconscious death thought on goal orientations [Research]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*, 7(10), 335-346. <http://frooyesh.ir/article-1-716-fa.html>
- BadiaNia, F., & Bashardoust, S. (2022). The effect of death anxiety pattern based on emotional empathy mediated by s spirituality in middle-aged people. 22(4), 101-111 <https://doi.org/10.30486.2019.1876659.2008> (In Persian)
- Bahrani, N., Moradi, M., Soleiman, M. A., Kalantari, Z., & Hosseini, F. (2013). Death anxiety and its relationship with quality of life in women with cancer. *IRAN JOURNAL OF NURSING (IJN)*, 26(82), 51-61. <http://ijn.iuums.ac.ir/article-1-1562-en.html> (In Persian)
- Barnett, M. D., Anderson, E. A., & Marsden, A. D. (2018). Is death anxiety more closely linked with optimism or pessimism among older adults? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 77, 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.05.003>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of beck depression inventories–ia and –ii in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_13
- Berger, A. M., Portenoy, R. K., & Weissman, D. E. (1998). *Supportive oncology. Principle & practice.* Lippincott Williams & Wilkins. https://books.google.com/books?hl=fa&lr=&id=LngD6RFX_YAC&oi=fnd&pg=PR14&dq=+Supportive+Oncology.+Principle+%26+Practice.&ots=TNelC6Vt21&sig=RVbjkT1KvumtBHhPObzCIWWAY_0#v=onepage&q=Supportive%20Oncology.%20Principle%20%26%20Practice.&f=false
- Bethel, H. C. (1990). *Use of guided imagery in christian psychotherapy in treating minor depression in adults* [University of Massachusetts Amherst]. https://scholarworks.umass.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2164&context=dissertations_1
- Bozo, O., Tunca, A., & Simsek, Y. (2009). The effect of death anxiety and age on health promoting behaviors: A terror-management theory perspective. *J Psychol*, 143(4), 89-377. <https://doi.org/10.3200/JRLP.143.4.377-389>

- Chew, C. E. (2006). *The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults: A multiple baseline design* University of Denver]. <https://www.proquest.com/openview/925e2594973505b66708ab5edf80c284/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Debarnot, U., Abichou, K., Kalenzaga, S., Sperduti, M., & Piolino, P. (2015). Variable motor imagery training induces sleep memory consolidation and transfer improvements. *Neurobiology of learning and memory*, 119, 85-92. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2014.12.010>
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S. J., Hiller, W., & Berking, B. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 58, 43-51. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.006>
- Farrar, S., Stopa, L., & Turner, H. (2015). Self-imagery in individuals with high body dissatisfaction: The effect of positive and negative self-imagery on aspects of the self-concept. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.07.011>
- Fitri, R. A., Asih, S. R., & Takwin, B. (2020). Social curiosity as a way to overcome death anxiety: Perspective of terror management theory. *Heliyon*, 6(3), e03556. [https://www.cell.com/heliyon/pdf/S2405-8440\(20\)30401-1.pdf](https://www.cell.com/heliyon/pdf/S2405-8440(20)30401-1.pdf)
- Gholamnejad, S., Bahar, A., & Fazl Ali, M. (2023). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on life expectancy, fear of death and glycemic control in diabetic patients with depression [Research(Original)]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 32(216), 105-114. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-16824-en.html> (In Persian)
- Ghorbanpur, N. (2013). *Investigating the effectiveness of spiritual-religious group therapy on the quality of life and resilience of families of psychotic patients* Ferdowsi University of Mashhad]. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/ab67d7e7a83a97e24443111351a7e56f>
- Goldney, R. D., Phillips, P. J., Fisher, L. J., & Wilson, D. H. (2004). Diabetes, depression, and quality of life. *Diabetes care*, 27(5), 1166-1070. <https://doi.org/10.2337/diacare.27.5.1066>
- Goranson, A., Ritter, R. S., Waytz, A., Norton, M. I., & Gray, K. (2017). Dying is unexpectedly positive. *Psychol. Sci*, 28(7), 988-999. <https://doi.org/10.1177/0956797617701186>
- Haghdost, M., Sarajkhorrani, N., & Makvandi, B. (2022). The effectiveness of mindfulness based on stress management on death anxiety, disaster of imagination, acceptance and severity of pain in prostate cancer patients [Research]. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 29(6), 48-58. <http://dx.doi.org/10.52547/sjimu.29.6.48> (In Persian)
- Hasani, Z., Hoseini, S. M., & Akbarnejad, M. (2021). The fundamentals of thinking about death in the teachings of the quran and hadith. *Pazhouhesh Dnih*, 20(42), 73-105. <http://pdmag.ir/article-1-1315-fa.pdf> (In Persian)
- Iranzadeh, N., & Arsh Akmal, S. (2021). The representation of the tenet of death thinking in relation to hope and hopelessness in malakut. *Literary Text Research*, 25(88), 8-32. <https://doi.org/10.22054/ltr.2020.44782.27642251-7138>
- Jaarsma, T., Johansson, P., Ågren, S., & Strömberg, A. (2010). Quality of life and symptoms of depression in advanced heartfailure patients and their partners. *Current Opinion in*

- Supportive and Palliative Care*, 4(4), 233-237.
<https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e328340744d>
- JavadiAmoli, A. (2009). *Afterlife in quran*. (6th ed ed.). NashrEsra.
<https://www.gisoom.com/book/11388245/> (In Persian)
- Jimenes, S. (2009). *Suffering. Encyclopedia of positive psychology; shane j. Lopez (ed.)*. Blackwell Publishing Ltd.
https://books.google.com/books?id=KEEcMQAACAAJ&source=gbs_book_other_versions
- Kajbaf, M., GhasemiannejadJahromi, A., & AhmadiForushani, S. (2015). The effectiveness of spiritual and existential group therapy on the rates of depression, death anxiety and afterlife belief among students: A study based on the reports of people with death experience. *knowledge & research in applied psychology*, 16(4), 4-13. https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_533985_cd0a4701197c3e62ca77133c5ebc17eb.pdf (In Persian)
- Kaplan, H., & Zadok, B. (2003). *Summary of psychiatry* (7 ed., Vol. 2). Nusratulla.
<https://www.gisoom.com/book/1431768/> (In Persian)
- Karami, E., Karami, J., & Jebraeili, H. (2022). The relationship between social curiosity and spiritual health with death anxiety in nurses [Research]. *Journal of Nursing Education*, 10(1), 28-36. <https://doi.org/10.22034/ijpn.10.1.28> (In Persian)
- Kermani, Z., khodapanahi, M., & Heldari, M. (2011). Psychometrics features of the snyder hope scale. *Journal of Applied Psychology*, 5(3), 7-23.
<https://www.sid.ir/paper/151686/en> (In Persian)
- Khedri, G. (2020). A critical explanation of the relationship between thinking about death and the meaning of life in kierkegaard's philosophy. *Philosophy of Religion*, 17(2), 235-258.
<https://doi.org/10.22059/JPH.T.2019.288307.1005693> (In Persian)
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D., & Lip, G. (2000). Effects of depression and anxiety on mortality and quality-of-life 4 months after myocardial infarction. *J Psychosom Res*, 49(4), 229-238. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00170-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00170-7)
- May, R. (1981). *The meaning of anxiety*. W. W. Norton & Company Inc.
<https://psycnet.apa.org/record/2005-05008-000>
- McCabe, S., Kenneth, E., & Arndt, J. (2018). The impact of death awareness on sizes of self-representational objects. *British Journal of Social Psychology*, 57(1), 174-188.
<https://doi.org/10.1111/bjso.12227>
- Moghdisi, R., HassanAbadi, H., & GolParor, M. (2016). *Compilation of a treatment package of analytical dreaming and comparing its effectiveness with analytical visualization of psychological journeys based on solving the problem of death on depression, death anxiety, sleep quality, resilience, quality of lif* Islamic Azad University, Khorasan Branch]. <https://www.sid.ir/paper/404497/fa>
- Nejat, S., Montazeri, A., HolakouieNaieni, K., & Mohammad, K. (2006). The world health organization quality of life (whoqol-bref) questionnaire: Translation and validation study of the iranian version. *sjsph*, 4(4), 1-12. https://sjsph.tums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-25-187&slc_lang=en&sid=1 (In Persian)
- Pyszczynski, T., Solomon, S., & Greenberg, J. (2015). Thirty years of terror management theory: From genesis to revelation. *In Advances in Experimental Social Psychology*, 52(4), 1-70. <https://doi.org/10.1016/bs.aesp.2015.03.001>

- Pyszczynski, T., Greenberg, J., & Solomon, S. (2000). A dualprocess model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: An extension of terrormanagement theory. *Psychol Rev*, 106, 835-845. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.106.4.835>
- Ramezani, F., Leil Abadi, L., & Emamipour, S. (2023). Comparing the effectiveness of “mindfulness therapy based on stress reduction” and “narrative therapy” on death anxiety in the elderly [Research]. *Journal of Health Promotion Management*, 12(4), 28-39. <https://doi.org/10.22034/jhpm.12.4.28> (In Persian)
- Sawant, N. S., Vanjari, N. A., Khopkar, U., & Adulkar, S. (2015). A study of depression and quality of life in patients of lichen planus. *The Scientific World Journal*, Article ID 817481. <https://doi.org/10.1155/2015/817481>
- Scharf, R. (2023). *Psychotherapy and counseling theories book* (M. Firoozbakht, Trans.). Rasa cultural publications. <https://www.adinehbook.com/gp/product/9643175065> (In Persian)
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford press. <https://psycnet.apa.org/record/2001-05895-000>
- Sin, N. L., Dellaporta, M. D., & Lyubomirsky, S. (2011). *Tailoring positive psychology interventions to treat depressed individuals* (Donald ed.). Rutledge. <https://uplift-psych.sites.olt.ubc.ca/files/2022/01/Sin-Della-Porta-Lyubomirsky-2011-Tailoring-postive-psychology-interventions-to-depressed-individuals.pdf>
- Smith, D., Wright, C., & Cantwell, C. (2012). Beating the bunker: The effect of pettlep imagery on golf bunker shot performance. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 79(3), 385-391. <https://doi.org/10.1080/02701367.2008.10599502>
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal personality social psychology*, 60(4), 570-585. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
- Stoffer, E. S. (2000). *The effect of discussion and self focusng on interpersonal problemsolving among dysphoric and nondysphoric individuals* [University of Calgary Canada]. Canada. <https://prism.ucalgary.ca/server/api/core/bitstreams/160beef3-4018-41ab-8962-73e0d657cd71/content>
- Tillich, P. (2005). *The courage to be* (M. Farhadpoor, Trans.). Scientific and Cultural Publishing Company. <https://dehlinks.ir/fa/book/sellbook/book/39461/> (In Persian)
- Tol, A., Tavassoli, E., Shariferad, G. R., & Shojaezadeh, D. (2011). The relation between health-promoting lifestyle and quality of life in undergraduate students at school of health, isfahan university of medical sciences. *Health System Research*, 7(4), 442-448. <https://sid.ir/paper/592934/en> (In Persian)
- Watersong, A. (2011). Surplus reality: The magic ingredient in psychodrama. *Australian and Aotearoa New Zealand Psychodrama Association Journal*(20), 18-28. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.727942529883448>
- Yalom, E. (2011). *Confronting death and other existential issues in psychotherapy*, <https://discovered.ed.ac.uk/>
- Yetzer, A. M., & Pyszczynski, T. (2019). Chapter 18 - terror management theory and psychological disorder: Ineffective anxiety-buffer functioning as a transdiagnostic vulnerability factor for psychopathology. In C. Routledge & M. Vess (Eds.), *In handbook*

- of terror management theory* (pp. 417-447). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811844-3.00018-4>
- Zamaniyan, S., Bolhari, J., Naziri, G., Akrami, M., & Hosseini, S. (2016). Effectiveness of spiritual group therapy on quality of life and spiritual well-being among patients with breast cancer. *Iran J Med Sci*, 41(2), 140-144. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811844-3.00018-4> (In Persian)
- Zandi, M., Alavian, S., Memarian, R., & KazemNejad, A. (2004). Assessment of the effect of self care program on quality of life in patients with cirrhosis referred to tehran hepatitis center in 2003. *RJMS*, 11(41), 411-421. <http://rjms.iums.ac.ir/article-1-29-en.html> (In Persian)
- Zandi, S., Rahimi, A., & Mousavinasl, M. (2021). Consequences of death awareness in adolescents' lives: A qualitative study. *Counseling Research And Development*, 19(76), 209-233. <http://irancounseling.ir/journal/article-1-1441-en.html> (In Persian)

Comparing the Effectiveness of Schema Therapy in Comparison with Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Psychological Distress of Women with Bulimia Nervosa¹

Rozita Goharshahi 

PhD Candidate in Psychology, Department of Psychology, Azad University of Bojnord, Bojnord, Iran. Email: rozita.goharshahi@gmail.com

Abdollah Mafakheri 

Assistant Professor, Department of Psychology, PayamNoor University of Tehran, Tehran, Iran. (Corresponding Author), Email: a.mafakheri@pnu.ac.ir

Mohammad Mohammadipour 

Associate Professor, Department of Psychology, Azad University of Qochan, Qochan, Iran. Email: Mmohammadipour46@gmail.com

Recived: 2023-11-27	Revised: 2024-02-21	Accepted: 2024-05-07	Published: 2024-06-19
Citation: Goharshahi, R., Mafakheri, A., & Mohammadipour, M. (2024). Comparing the effectiveness of schema therapy in comparison with acceptance and commitment therapy (ACT) on the psychological distress of women with Bulimia nervosa. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 14(1), 67-84. doi: 10.22067/tpccp.2024.84361.1560			

Abstract

Introduction: Bulimia nervosa is an eating disorder in which periods of overeating and inappropriate compensatory behaviors are repeated at least twice a week. The disorder causes various psychological difficulties leading to problems in the private, family, and social life of those who suffer from the disorder. Among the most significant determining factors of the health status of people with bulimia nervosa is the level of their distress tolerance. Psychological distress is characterized by such issues as sadness, grief, anger, anxiety, depression, and various negative emotional states. People with low anxiety tolerance find their arousal response more overwhelming, therefore; their anxiety increases in response to the stimuli. Accordingly, this issue plays a significant role in developing and continuing bulimia nervosa. Some interventions have been applied to enhance distress tolerance and reduce psychological disturbance. Among the treatments are Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Schema therapy is an integrated type of psychotherapy developed by Young et al. (1994) and based on the concepts and methods of cognitive-behavioral therapy. Moreover, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), derived from the third wave of behavioral therapies, was introduced by Hayes (1987). The aim of ACT is to improve the psychological status of people by increasing mindfulness, facing thoughts without judging them, creating commitment towards active engagement in the world and trying to build a meaningful and authentic life. This study was conducted to compare the effectiveness of two therapeutic methods (schema therapy versus ACT) on overcoming the psychological distress of women with bulimia nervosa.

Method: This semi-experimental study was done using a pre-test, post-test with a control

1- Extracted from PHD's thesis defended in Bojnord Azad University



group design accompanied with a two-month follow-up stage for ensuring the stability of the findings. The statistical population consisted of all female with bulimia nervosa who visited several medical centers of Mashhad over approximately a six month period (from the beginning of April to the end of September 2023). Among them, using purposeful sampling method and considering the inclusion criteria including not receiving psychological and psychiatric treatments and cosmetic surgery, 45 people were selected and then randomly divided into three groups: schema training group (15 participants), acceptance and commitment training group (15 participants), and control group without any intervention (15 participants). The first experimental group was subjected to the schema therapy intervention developed by Young et al. (2003) and the second experimental group was subjected to the ACT intervention developed by Hayes et al. (2012), both for ten one-hour sessions. Kessler's (2003) Psychological Distress Scale was applied to assess the dependent variable in pre-test, post-test, and follow-up stages. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance.

Results: The results showed that there is a significant difference between the average scores of psychological distress in the two experimental and control groups ($F=49.83$; $p<0.001$). These findings show that both intervention methods had a significant effect on reducing the psychological distress of women with bulimia nervosa. The results also showed that this effect was significant and stable over the follow-up stage. Regarding the study hypothesis, the results indicated a significant difference between acceptance and commitment therapy and schema therapy in terms of reducing the psychological distress ($p=0.05$). It was found that acceptance and commitment therapy had a greater effect on reducing the psychological distress of women with bulimia nervosa, compared to schema therapy.

Discussion and Conclusion: This study aimed to examine the effectiveness of acceptance and commitment and schema therapy in reducing psychological distress among women with bulimia nervosa. The results showed that both interventions reduced the amount of psychological distress that these people experience. Regarding the effectiveness of schema therapy, it is assumed that this approach helps people with bulimia nervosa evaluate the correctness of their own schemas. Applying this approach will help them view the schemas as external realities and, through applying cognitive, behavioral, and experimental techniques, they can change the underlying structures. The other aim of this study was comparing the effectiveness of the two methods. This study showed a higher effectiveness of acceptance and commitment, compared to schema therapy. Acceptance and commitment therapy is an intervention based on the behavioral evidence that employs acceptance and mindfulness strategies as well as commitment and behavior change strategies leading to an increase in women's psychological flexibility. Considering the results we might conclude that we can help women lose weight and prevent their bulimia nervosa through teaching them psychological treatments such as schema therapy and acceptance and commitment therapy. The more people are aware, open to experiences, and show committed behaviors that based on good values, they have a higher quality of life and respond to the challenges of life in a more effective way. In addition, through controlling their bulimia, they can protect themselves from the physical, psychological, and social damage of the disorder.

Keywords: Schema Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Psychological Distress, Women, Bulimia Nervosa

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

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

مقاله پژوهشی



دسترسی آزاد

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر آشفتگی روان شناختی زنان با پراشتهایی عصبی

رزیتا گوهرشاهی ^{ID}

دانش آموخته دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد بجنورد، بجنورد، ایران. rozita.goharshahi@gmail.com

عبدالله مفاخری ^{ID}

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)، a.mafakheri@pnu.ac.ir

محمد محمدی پور ^{ID}

دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد قوچان، قوچان، ایران. Mmohammadipour46@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۰۶	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۲/۰۲	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۱۸	تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۳۰
استناد: گوهرشاهی، رزیتا؛ مفاخری، عبدالله؛ محمدی پور، محمد. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر آشفتگی روان شناختی زنان با پراشتهایی عصبی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۴(۱)، ۶۷-۸۴. doi: 10.22067/tpccp.2024.84361.1560			

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش طرحواره درمانی در مقایسه با آموزش رویکرد پذیرش و تعهد با آشفتگی روانشناختی زنان با پراشتهایی عصبی صورت گرفت.

روش: پژوهش مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه گواه با پیگیری دو ماهه می‌باشد. جامعه آماری همه زنان با اختلال پراشتهای عصبی شهر مشهد در نیمه اول سال ۱۴۰۲ بود که به درمانگاه‌های پزشکی مراجعه کرده بودند. تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آموزش طرحواره (۱۵ نفر)، آموزش پذیرش و تعهد (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش اول، تحت مداخله بسته آموزشی طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) و گروه آزمایش دوم تحت مداخله آموزشی پذیرش و تعهد هیوز و همکاران (۲۰۱۲) به مدت ده جلسه یک ساعته قرار گرفتند. داده‌ها با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد مداخله طرحواره درمانی و پذیرش و تعهد بر آشفتگی روانشناختی مؤثر است ($F=49/83, P<0/001$) و این اثر در مرحله پیگیری هم ادامه دارد. آزمون تعقیبی شفه بیانگر این بود که بین دو گروه پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی تفاوت معناداری در کاهش آشفتگی روانشناختی وجود دارد ($P<0/05$)؛ بنابراین پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری بر کاهش آشفتگی روانی زنان با پراشتهای عصبی داشته است.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج می‌توان گفت: تأثیر بیشتر درمان پذیرش و تعهد از طریق تکنیک‌های گسلش شناختی می‌باشد.

باشد که به زنان کمک می‌کند بین افکار برخاسته از الگوهای ناسازگارانه و هیجانات منفی فاصله ایجاد کند. با آموزش رویکردهای درمانی روان‌شناختی مانند طرحواره و پذیرش و تعهد به زنان می‌توان در کاهش وزن و پیشگیری از پراشتهایی عصبی آنان کمک کرد. همچنین با کنترل پراشتهایی عصبی می‌توان آنان را از عوارض جانبی آسیب‌های جسمانی، روانی و اجتماعی پراشتهایی عصبی حفظ کرد و بدین ترتیب مادران سالم‌تر با فرزندان و جامعه سالم‌تری داشت.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی، پذیرش و تعهد، آشفتگی روان‌شناختی، پراشتهایی عصبی

مقدمه

اختلالات خوردن^۱ در طبقه‌بندی راهنمای تشخیص آماری^۲ (DSM5)، به‌عنوان فراوان‌ترین اختلال تغذیه‌ای در بزرگسالان مطرح شده‌است (Chithambo & Huey, 2017). پراشتهایی عصبی^۳ تکرار دوره‌های پرخوری و رفتارهای جبرانی نامتناسب حداقل دو بار در هفته است که موجب میزان زیادی مشکلات روانی و آشفتگی در زندگی فردی و اجتماعی افراد می‌شود (Lemly et al., 2022). از طرفی پژوهش احمدی و همکاران (Mardani & ahmadi, 2019) نشان داد که یکی از مشکلات مبتلایان به اختلال پرخوری، بالا بودن آشفتگی روانشناختی^۴ در آن‌ها می‌باشد مجموعه‌ای از افکار منفعلانه هستند که جنبه تکراری دارند، و مانع حل مسئله سازگارانه شده و به افزایش عاطفه منفی می‌انجامند. از شاخص‌های مهم تعیین نیازها و شرایط سلامتی افراد مبتلا به اختلال پراشتهایی عصبی سطح تحمل آشفتگی آن‌هاست (Schaumberg et al., 2021). هاو ل و همکاران (Howell et al., 2010) نشان دادند که تحمل آشفتگی علائم اختلال‌های اضطرابی را تشدید می‌کند. افراد با تحمل آشفتگی پایین پاسخ برانگیختگی خود را آزردهنده می‌یابند و بنابراین تجربه اضطراب در پاسخ به محرک تقویت می‌شود. بر این اساس، این سازه نقش مهمی در گسترش و تداوم پراشتهایی عصبی ایفا می‌کند (Wheaton et al., 2012).

مفهوم آشفتگی روانشناختی شامل نشانه‌هایی از غمگینی، خشم، اضطراب، افسردگی و انواع دیگر از حالت‌های هیجانی منفی می‌باشد. به طور کلی، آشفتگی روانی، ناراحتی روانی است که افکار فردی، احساسات و رفتار آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Hussain, 2013). در برخی از تحقیقات در زمینه علت‌شناسی اختلالات خوردن به عوامل هیجانی چون اختلالات خلقی، اضطرابی و هیجانی اشاره شده

-
1. Eating disorders
 2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM)
 3. Bulimia Nervosa
 4. Psychological distress

است (Khodabakhsh & Kiani, 2017). هرچه توانایی افراد برای هشیاری کامل، باز بودن نسبت به تجاربشان و انجام رفتار متعهدانه مبتنی بر ارزش‌هایشان بالاتر باشد، کیفیت زندگی بالاتری را تجربه خواهند کرد و به شیوه مؤثرتری به چالش‌های زندگی پاسخ خواهند داد (Harris & Hayes, 2009). مداخلات متعددی برای افزایش تحمل آشفتگی و کاهش آشفتگی روانشناختی وجود دارد که از آن جمله می‌توان به طرح‌واره درمانی^۱ و درمان پذیرش و تعهد^۲ (ACT) اشاره کرد. هردو روش از رویکردهای درمانی موج سوم رفتار درمانی محسوب می‌شوند و بر درمان‌های سنتی برتری دارند زیرا در این رویکردها بر ذهن و جسم هردو تأکید می‌شود. و هردو رویکرد بر تأثیر باورهای ناسازگار در ایجاد هیجانات منفی تأکید دارند اما در تکنیک‌های درمانی با هم تفاوت دارند. طرح‌واره درمانی ممکن است یک روش با ارزش برای کاهش اختلال‌های خوردن در برخی موارد باشد (Escandón-Nagel et al., 2018). طرح‌واره درمانی، درمان یکپارچه و نوینی است که توسط یانگ و همکارانش (Young et al., 2003) و عمدتاً بر اساس مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری به وجود آمده است (Boterhoven et al., 2019). در این الگوی درمانی، هسته طرح روان شناختی که طرحواره ناسازگار اولیه نامیده می‌شود و به طور معمول مربوط به بیمارانی با اختلال‌های شخصیتی است، به وسیله راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری و بین فردی مورد پیگیری و مداخله درمانی واقع می‌شود (Young et al., 2003). طرح‌واره درمانی به جای مداخله در سطح نشانه‌ها، ریشه‌های عمیق ایجاد و حفظ مشکلات مراجع را جستجو می‌کند و بر روی باورهای هسته‌ای و تاریخی بیمار تمرکز دارد. در این درمان برخلاف درمان شناختی-رفتاری، رابطه درمانی و اتحاد درمانی مورد تمرکز بوده و نقش مهمی را ایفا می‌کند (Eskandari, 2015).

با توجه به تحقیقات انجام شده می‌توان گفت بین تجربیات اولیه دوران کودکی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه رابطه معنادار وجود دارد (Damiano et al., 2015). یانگ معتقد است طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ساختارهای شناختی عمیقی شامل نگرش‌هایی درباره خود، دیگران و محیط هستند که از برآورده نشدن نیازهای اولیه به ویژه نیازهای هیجانی در دوران طفولیت سرچشمه می‌گیرند و در سراسر زندگی در قالب الگوهای تکرار می‌شوند. ارتباط بین باورهای ناسازگار با اختلال خوردن مورد تأیید قرار گرفته است (Unoka et al., 2010 Imperatori et al., 2017, Shaigian & Wafai, 2018).

پژوهش نریمانی و نعمتی (Narimani & Nemati 2020) درباره بررسی تأثیر طرحواره درمانی بر

1. Schema Therapy

2. Acceptance and Commitment Therapy

پراشتهایی عصبی و استرس در زنان چاق نشان داد که در مورد مقیاس پراشتهایی عصبی هر سه اثر بین گروهی، درون گروهی و تعاملی بین گروهی و درون گروهی معنادار است. پژوهش دهستانی و همکاران (Dehestani et al., 2019) درباره اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر نشانگان بدریخت انگاری و طرحواره های ناسازگار اولیه در دانش آموزان دختر با نگرانی اضافه وزن نشان داد که دو گروه از لحاظ متغیرهای بدریخت انگاری بدن، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت های مختل، گوش به زنگی و بازداري تفاوت معنی داری با یکدیگر دارند، در حالی که از لحاظ متغیرهای بریدگی و طرد و دیگر جهت مندی تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد. پژوهش رحمانی و همکاران (Rahmani et al., 2021) درباره طرحواره درمانی گروهی بر نشانه های بدریختی بدن در دانش آموزان نشان داد که نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در بدریختی بدن تغییر یافته و در مرحله پیگیری این تفاوت حفظ شده است. از روش های درمانی دیگر که در بهبود آشفته گی روانشناختی مؤثر است، درمان پذیرش و تعهد می باشد. که به عنوان یک روش درمانی برگرفته از درمان های موج سوم رفتار درمانی است که در دهه ۸۰ توسط هیز در دانشگاه نوادا مطرح شد (Hayes et al., 2013). فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل پذیرش، گسلش شناختی، خود به عنوان بافتار، تماس با زمان حال، ارزش ها و اقدام متعهدانه است (Hayes & Strosahl 2013). از طریق شش فرآیند پذیرش، گسلش شناختی^۱، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش ها و عمل متعهدانه باعث انعطاف پذیری روانشناختی^۲ می شود. هدف درمان پذیرش و تعهد ایجاد و افزایش انعطاف پذیری روان شناختی است؛ یعنی به جای اجتناب از افکار، احساس ها، تجربه ها و موقعیت های آشفته ساز، عمل یا رفتاری را که مناسب تر از سایر گزینه ها است انتخاب و بر مبنای آن عمل نماید تا یک زندگی غنی، ارزشمند و رضایت بخش داشته باشند. در این جهت، هم جوشی شناختی^۳، زمانی رخ می دهد که افکار فرد روی رفتار اثر گذاشته و باعث می شوند، فرد به جای توجه به فرایند فکر (زمینه) به تولیدات فکر (محتوا) توجه نماید (Hayes & Lillis, 2012). زمانی که این فرایند بر تجربه فرد غلبه داشته باشند منجر به انعطاف ناپذیری روانشناختی می شوند. درمان پذیرش و تعهد برای بهبود ویژگی ها از طریق افزایش ذهن آگاهی^۴، مشاهده افکار بدون قضاوت آن ها، ایجاد تعهد نسبت به درگیری فعال در جهان و تلاش برای ساختن یک زندگی پر معنا و اصیل عمل می کند.

1. Cognitive diffusion

2. Psychological flexibility

3. Cognitive fusion

4. Mindfulness

این شیوه‌ی درمانی ارتباط بین شناخت‌ها و احساس‌های مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آنان را به عنوان اختلال ارزیابی ننموده و با آن‌ها همانند شناخت‌ها و احساس‌های عادی مواجه شوند (Trindade & Ferreira 2014). لیلیس (Lillis & Kendra, 2014) نقش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افراد چاق را در کنترل وزن و فشار خون مورد بررسی قرار داد و نقش مؤثر این درمان را در کاهش فشار خون مبتلایان گزارش نمود.

پژوهش اسمعیلی و خسروی (Ismaili & Khosravi 2018) درباره اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال پرخوری و نگرانی از تصویر بدنی نشان داد میزان پرخوری و نگرانی از تصویر بدنی، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنادار دارد. این امر بیانگر اثربخش بودن گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال پراشتهایی و نگرانی از تصویر بدن است. پژوهش اشرفی و همکاران (Ashrafi et al., 2020) درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پراشتهایی عصبی زنان دارای اضافه وزن نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری بر کاهش اشتغال ذهنی به بدریختی بدن و ترس از تصویر بدنی در افراد دارای اضافه وزن یا چاقی اثربخش است. پژوهش الهیاری و خالقی (AlaHayari & Khaleghi, 2021) درباره اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در پراشتهایی عصبی و راهبردهای ناسازگارانه نگرانی در زنان نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر پراشتهایی عصبی و نگرانی زنان تأثیر دارد و باعث کاهش پراشتهایی عصبی و نگرانی در زنان می‌شود.

با توجه به مرور پژوهش‌ها و اهمیت موضوع مبنی بر سلامت جسمانی و روانی افراد، هم‌چنین با تأکید بر اهداف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حیطه مسائل سلامت، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آشفتگی روانشناختی زنان با پراشتهایی عصبی می‌باشد.

روش

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان ۲۰ تا ۵۰ ساله مبتلا به پراشتهایی عصبی (براساس نمره پرسشنامه پرخوری گورمالی) مراجعه کننده به درمانگاه‌های پزشکی شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ بودند. از میان جامعه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، افراد مراجعه کننده به درمانگاه ولیعصر و براساس پرسش‌نامه آشفتگی روانشناختی کسلر و همکاران (Kessler et al., 2003) در پیش‌آزمون، ۴۵ نفر از مبتلایان که دارای ملاک‌های ورود (نداشتن بیماری خاص، عدم مصرف داروهای خاص) انتخاب شدند. این ۴۵ نفر به طور تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفره (۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند و گروه آزمایشی

(A)، طرحواره درمانی و برای گروه دوم (گروه آزمایشی B)، درمان پذیرش و تعهد را دریافت کردند و گروه کنترل (C) در لیست انتظار قرار گرفت. معیارها و شرایط خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه بود و زنانی که در طول درمان مشخص شود که شرایط منطبق با اهداف پژوهش را نداشته باشند.

ابزار پژوهش مقیاس آشفتگی روانشناختی کسلر^۱ (K10) بود. این پرسشنامه که وضعیت روانی بیمار را طی یک ماه اخیر بررسی می‌کند، توسط کسلر و همکاران (Kessler et al., 2003) به صورت ۱۰ سؤالی تنظیم شد که برای ارزیابی علائم اختلالات روانی (اضطراب و افسردگی) و مشکلات سلامت روان در جمعیت عمومی است. نمره گذاری به صورت لیکرتی از ۰ = هیچ وقت تا ۴ = همیشه است. حداکثر نمره در آن، برابر ۴۰ است، نمره بیشتر به معنای شدت بیشتر آشفتگی روانی است. کسلر و همکاران (۲۰۰۳) اعتبار و پایایی آزمون را در جمعیت عمومی به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۸۷ بدست آوردند. در پژوهش حاضر هم آلفای کرونباخ ۰/۶۸ بدست آمد. همچنین اعتباریابی فرم ۱۰ سؤالی این آزمون در ایران ساختار یک عاملی آن را تأیید کرده است و نمره برش ۸ را برای تمایز سالم از بیمار و آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۳ برآورد شده است (Yaghoobi, 2016).

مداخله آموزش طرحواره درمانی گروهی از بسته آموزشی طرحواره درمانی یانگ و همکاران (Young, et al., 2003) انجام شد. در این پژوهش این برنامه در ده جلسه گروهی یک ساعته در هفته دو جلسه اجرا شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات طرحواره درمانی

جلسات	هدف	فرایند حوزه فعالیت
اول	آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی	مروری بر ساختار جلسات، قوانین و مقررات مربوط به گروه درمانی مرور اهداف و منطق کلی درمان، شناخت مراجع و تاریخچه شخصی او
دوم	شواهد عینی طرحواره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مراجع	ویژگی های طرحواره، ریشه های رشدی طرحواره ها
سوم	آزمون اعتبار طرحواره و ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله آزمودنی ها	توضیح در مورد عملکردها طرحواره و شناسایی و نام گذاری آنها، تشخیص سبک های مقابله ای و خلق و خوی افراد
چهارم	شناسایی طرحواره های ناکارآمد اولیه	شناسایی حوزه ها، فرآیندها، رفتارها و سبک های طرحواره ای، مفهوم سازی مشکل طبق رویکرد طرحواره

پنجم	ارزیابی چرخه افکار و رفتار مراجع و آموزش در خصوص تحریف‌های شناختی	بررسی افکار، پیش‌بینی‌ها و پس‌آیندها، شناسایی افکار تحریف‌شده، شناسایی اجبارها، اجتنابها و باورهای بنیادین
ششم	اسناد دهی شواهد	بررسی شواهد تأکیدکننده طرحواره‌ها به تجارب دوران کودکی و شیوه‌های فرزندپروری ناقص، گفتگو بین طرحواره‌ها و جنبه سالم
هفتم	ارائه منطق تکنیک‌ها	تأکید بر مفهوم بزرگسال سالم در ذهن آزمودنی‌ها، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده
هشتم	اصلاح بوسیله تکنیک‌های شناختی	استفاده از تکنیک‌های شناختی، بررسی شواهد متناقض با طرحواره‌ها و تحلیل سود و زیان طرحواره‌ها
نهم	اصلاح بوسیله تکنیک‌های هیجانی	استفاده از تکنیک‌های هیجانی، گفتگوهای خیالی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه به والدین
دهم	اصلاح توسط تکنیک‌های رفتاری و آماده کردن افراد برای ختم جلسات	استفاده از تکنیک‌های رفتاری، حذف رفتارهای تداوم بخش طرحواره، اجتناب‌ها و افزایش رفتارهای مقابله‌ای سالم، تغییر رفتار

برای مداخله‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد از پروتکل درمان ده جلسه‌ای توسط هیوز همکاران (Hayes et al., 2011) استفاده شد که خلاصه آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسه‌های آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه‌ها	راهنما	مداخله‌ها
اول	بررسی تاریخچه زندگی و معرفی ACT	بیان قوانین کلی جلسات، استفاده از تمرین خوردن کشمش
دوم	آموزش تکنیک ذهن آگاهی	شناسایی افکار و احساسات و ارتباط بین آن‌ها
سوم	مراقبه	آموزش تنفس، نشستن به حالت مراقبه و آگاهی از بدن
چهارم	تمرین پذیرش افکار و احساسات	تکمیل کاربرگ تعیین ارزشها، استعاره مسافران اتوبوس
پنجم	هم‌جوشی شناختی	آموزش درباره هم‌جوشی و گسلش
ششم	تمرین پذیرش	توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش‌های خود
هفتم	کمک به مراجعان برای شناسایی جهت ارزش‌های زندگی	تمرین چه چیزی در زندگی در حال حاضر می‌خواهم
هشتم	بحث در مورد موانع ارزش‌های زندگی	تمرین گسلش و پاسخ‌های جایگزین، تصویرسازی شفقت نسبت به دردهای ایجادشده
نهم	کاربرگ عمل متعهدانه	آموزش ایجاد تعهد نسبت به اعمال ارزشمند
دهم	آمادگی برای اقدام متعهدانه در آینده و پایان درمان	تمرینات تمرکز حواس در خانه

یافته ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین گروه‌های مختلف در مراحل پیش آزمون- پس آزمون و مرحله پیگیری با هم تفاوت دارند اما برای بررسی معناداری این تفاوت‌ها از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد که نتایج در جدول‌های زیر ارائه می‌شود.

جدول ۳: خلاصه آمار توصیفی متغیر آشفتگی روانشناختی در پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های مختلف

متغیر وابسته	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آشفتگی روانشناختی	طرحواره	۲۵/۵۳	۵/۵۷	۲۱/۲۳	۴/۸۴	۲۲/۱۳	۵/۳۳
	پذیرش و تعهد	۲۴/۴۶	۵/۳۳	۲۰/۴۳	۵/۲۳	۲۰/۸۶	۵/۱۸
	گواه	۲۴/۳۳	۵/۳۷	۲۵/۳۲	۴/۲۴	۲۵/۸۷	۴/۴۳

جدول بالا آمار توصیفی را برای متغیر آشفتگی روانشناختی در گروه‌های مختلف را نشان می‌دهد. میانگین آشفتگی روانشناختی گروه‌ها در پیش آزمون تقریباً یکسان بود؛ اما در پس آزمون و مراحل پیگیری میانگین گروه‌های آزمایشی در متغیر وابسته (آشفتگی روانشناختی) پایین‌تر از پیش آزمون بدست آمده است. برای اطمینان از نرمال بودن داده‌ها آزمون کولموگروف- اسمیرنوف انجام گرفت و نتایج مفروضه نرمال بودن را تأیید کرد.

جدول ۴: نتایج مفروضه نرمال بودن متغیر وابسته در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	کلموگراف اسمیرنوف		برابری واریانس		ام. باکس	
		K-S	سطح معناداری	F	سطح معناداری	F	سطح معناداری
آشفتگی روانشناختی	طرحواره	۰/۶۳۰	۰/۷۴۵	۰/۲۸۶	۰/۷۴۵	۱/۲۵	۰/۱۶۵
	پذیرش و تعهد	۰/۶۱۵	۰/۸۳۶				
	گواه	۰/۵۲۶	۰/۹۲۱				

در این جدول نتایج آزمون لوین (برابری واریانس خطا) در متغیر آشفتگی روانشناختی در سه گروه طرحواره، پذیرش و تعهد و گواه در مراحل مختلف پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری آورده شده است. در هر سه مرحله آزمون، برابری واریانس خطا مشاهده شد ($p > 0/05$). هم‌چنین نتایج آزمون باکس برابری

ماتریس‌های کوواریانس بین گروه‌ها نشان می‌دهد که معنادار نشدن آزمون ($p > 0/05$) نشان می‌دهد همگنی ماتریس کوواریانس بین گروه‌ها به عنوان یکی از شرایط لازم برای آزمون اندازه‌گیری با طرح مکرر برقرار بود.

جدول ۵: آزمون‌های چند متغیری طرح اندازه‌گیری مکرر برای متغیر آشفتگی روانشناختی

متغیر	عامل	ویلیکس لاند	F	P	η^2
آشفتگی روانشناختی	عامل تکرار	۰/۰۲۴	۵۱۷/۴۳۶	۰/۰۰۱	۰/۹۴۷
	عامل تکرار*گروه	۰/۰۳۲	۴۹/۸۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۴۳

جدول بالا نتایج آزمون آماری اندازه‌گیری مکرر را برای سنجش اثربخشی درمان‌های انجام شده بر متغیر آشفتگی روان‌شناختی را نشان می‌دهد. آماره مورد استفاده، آماره ویلیکس لاند است که اثر متغیر مستقل (آموزش) را بر متغیر وابسته (آشفتگی روانشناختی) می‌سنجد. سطوح معناداری که برای عامل تکرار و تعامل عامل تکرار و گروه کوچک تر از سطح ۰/۰۵ به دست آمده است و رابطه بین تکرار و گروه با متغیر وابسته آشفتگی روانشناختی تأیید می‌شود. این نتایج بیانگر اثربخشی برنامه‌های مداخله‌ای آموزشی در بهبود آشفتگی روانشناختی است. نتایج اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول ۶: آزمون تعقیبی بون فرونی در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	منبع	عامل	SS	MS	F	Sig	مجذور ایتا
آشفتگی روانشناختی	درون گروهی	عامل تکرار	۱۰۳۵۴/۳۴۹	۲۵۳۲/۴۸۸	۵۴/۹۴۳	۰/۰۰۱	۰/۹۴۶
		عامل تکرار*گروه	۵۳۶۷/۴۵۶	۶۴۸/۸۵۶	۲۶/۶۵۸	۰/۰۰۱	۰/۸۵۹
	بین گروهی	گروه	۱۷۸۶۵/۴۳۵	۸۹۷/۷۴۳	۲۵/۳۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۳۶
		خطا	۳۷۸۳/۶۵۶	۷۸/۰۲۳			

سطح معناداری برای عامل تکرار کمتر از سطح ۰/۰۵ می‌باشد، و بیانگر این است که کاهش آشفتگی روانشناختی در مراحل پیگیری هم به طور معناداری ادامه داشته است. معنادار شدن تعامل عامل تکرار و متغیر مستقل گروه نشان می‌دهد؛ سه گروه از نظر تغییرات آشفتگی روانشناختی در مراحل پس آزمون و پیگیری متفاوت بوده‌اند. در مقایسه بین گروهی عامل گروه معنادار به دست آمده است بدین معنی است که سه گروه در پس آزمون و پیگیری در نمرات آشفتگی روانشناختی متفاوت بوده‌اند یعنی آموزش‌های انجام شده بر گروه‌های مختلف اثر متفاوتی داشته است. مقدار مجذور ایتا (η^2) برای عامل تکرار، تعامل عامل تکرار و

گروه و همچنین برای گروه نشان دهنده اندازه اثر معنادار در مراحل پس آزمون و پیگیری است، به عبارت دیگر اثربخشی مشاهده شده هم معنادار و هم بزرگ بوده است. جهت مقایسه زوجی گروه ها مختلف از آزمون تعقیبی شفه در جدول زیر استفاده شده است.

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه زوجی آشفتگی روانشناختی بین گروه ها

گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
گواه	طرحواره درمانی	۴۵/۸۷	۱/۳۴۲	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	۴۹/۲۴	۱/۴۳۲	۰/۰۰۱
طرحواره درمانی	درمان پذیرش و تعهد	۲/۵۸	۱/۴۶۷	۰/۰۰۴

با توجه به جدول می توان گفت؛ در مرحله پس آزمون آشفتگی روانشناختی زنان بین دو گروه گواه و آموزش طرحواره معنادار بود ($p < 0/05$). تفاوت میانگین ها نشان داد که آشفتگی روانشناختی در پس آزمون در گروه گواه بالاتر از گروه طرحواره بود؛ بنابراین آموزش طرحواره درمانی بر کاهش آشفتگی روانشناختی زنان تأثیر معناداری داشته است. نمرات آشفتگی روانشناختی بین دو گروه گواه و پذیرش و تعهد معنادار بود ($p < 0/05$)، میانگین آشفتگی روانشناختی پس آزمون گروه گواه بالاتر از گروه پذیرش و تعهد بوده است؛ در نتیجه آموزش پذیرش و تعهد بر کاهش آشفتگی روانشناختی مؤثر بوده است. از طرف دیگر، بین دو گروه پذیرش و تعهد و آموزش طرحواره در متغیر آشفتگی روانشناختی نیز تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). تفاوت بین میانگین گروه ها نشان دهنده نمرات آشفتگی روانشناختی در پس آزمون گروه طرحواره بالاتر از پذیرش و تعهد بوده؛ در نتیجه درمان پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری بر کاهش آشفتگی روانشناختی شرکت کنندگان داشته است.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر آشفتگی روان شناختی در زنان مبتلا به پراشتهایی روانی انجام شد. نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی تأثیر آموزش طرحواره نشان داد که این درمان نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اثربخشی کمتری بر آشفتگی روانشناختی زنان دارد. در پیش آزمون آشفتگی روانشناختی بین نمرات طرحواره درمانی و

پذیرش و تعهد تفاوت وجود ندارد. در پس آزمون بین نمرات گروه طرحواره و گروه گواه تفاوت دیده می‌شود. می‌توان گفت آموزش طرحواره‌ها در کاهش آشفتگی روانشناختی زنان تأثیر دارد. تفاوت میانگین‌ها نشان می‌دهد که آشفتگی روانشناختی در پس آزمون در گروه طرحواره درمانی بالاتر از گروه پذیرش و تعهد بوده است؛ بنابراین پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری بر کاهش آشفتگی روانشناختی شرکت‌کنندگان داشته است. به شکلی که میزان آشفتگی روانشناختی در گروه پذیرش و تعهد کمتر بوده و تفاوت معنادار ($P < 0/001$) است. نتیجه حاصل با نتایج عباسی و همکاران (Abbasi et al., 2023) در مورد اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش تعارضات زناشویی و همچنین تشویقی و آقامیری (Tashuiqi & Aghamiri, 2019) و آیار و سابن چگولاری (Ayar & Sabancioğullari, 2022) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: با آموزش رویکرد درمان پذیرش و تعهد (ACT) به مراجع کمک می‌شود تا استنهاها و لحظاتی که فرد با سختی‌های موجود در زندگی خود راحت‌تر و بهتر کنار می‌آید را شناسایی و تقویت کند؛ بدین ترتیب فرد متوجه می‌شود که آشفتگی‌های موجود در زندگی یک اتفاق دائمی و همیشگی نیست و فرد از توانایی و منابع لازم جهت برخورد مناسب با رویدادها و تبعات آن برخوردار است و همین امر باعث تغییرات شناختی بزرگی در فرد می‌شود که می‌تواند محرکی باشد برای ایجاد تغییرات بیشتر و مؤثرتر و به دنبال آن کاهش آشفتگی روان‌شناختی زنان (Ayar & Sabancioğullari, 2022).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) از طریق استعاره‌های خود کمک می‌کند که زنان به گسلش دست یابند و در تولیدات ذهنی خود گیر نکنند. استفاده از تکنیک‌های گسلش شناختی می‌تواند برای ایجاد فاصله بین افکار برخاسته از الگوهای ناسازگارانه مفید واقع شود، زیرا این افکار، زنان را به سوی رفتارهای اجتنابی آشنا سوق داده و آن‌ها را وادار به انجام فعالیت‌هایی می‌کند که حاصل آن آشفتگی روانشناختی و تعارض است. گسلش شناختی به زنان کمک می‌کند تا از افکار ناشی از الگوهای ناسازگار قدیمی جدا شوند و این افکار مانعی برای انجام فعالیت‌های ارزشمند نباشند. از سوی دیگر خود به عنوان زمینه یعنی رشد خود مشاهده‌گر و مشاهده موضوعات درونی و افکار مربوط به خود به عنوان پدیده‌های گذرا و دائما در حال تغییر. فرد به عنوان مشاهد‌گر می‌تواند متوجه تجربه‌های درونی‌اش

(افکار و احساسات ناخواسته) باشد، با همه آن‌ها در تماس باشد و فاصله‌اش را با داستانی که ذهنش تعریف می‌کند، حفظ کند. خود به عنوان زمینه به زنان کمک می‌کند دیدگاه انعطاف پذیری نسبت به خودگویی‌هایشان درباره خود و اطرافیانشان اتخاذ کنند. هدف این فرایند این است که به زنان کمک کند دیدگاهی انعطاف‌پذیرتر و مشفقانه نسبت به خود و اطرافیان داشته باشند.

هم‌چنین نتیجه حاصل از پژوهش حاضر نشان داد طرحواره درمانی بر کاهش آشفتگی روان‌شناختی در زنان مبتلا به پراشتهایی عصبی مؤثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهش ما و همکاران (Mao et al., 2022) و بوترهوون و همکاران (Boterhoven et al., 2019) و روزبوم (Roozeboom, 2014) هم‌سواست. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که طرحواره درمانی از مفاهیم شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل یکپارچه بهره می‌برد و با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه ای و تجربی در افراد با آشفتگی روانشناختی بالا، علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار اولیه به کاهش آشفتگی ذهنی افراد کمک می‌کند (Mao et al., 2022). هم‌چنین می‌توان گفت طرحواره درمانی به این افراد کمک می‌کند دایم صحت طرحواره‌هایشان را آزمون کنند. با آموزش این رویکرد، افراد دارای پراشتهایی عصبی، طرحواره را به عنوان ساختار معیوب بررسی می‌کنند و می‌توانند با استفاده از مدارک عینی و تجربی با آن‌ها مبارزه کنند. در اصل یکی از دلایل موفقیت طرحواره درمانی هدف قرار دادن این ساختارهای زیربنایی با استفاده از تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تجربی است (Boterhoven et al., 2019). به طور کلی این پژوهش نشان داد که هر دو درمان پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در کاهش آشفتگی روان‌شناختی زنان مبتلا به پراشتهایی عصبی مؤثر هستند. در هر دو روش افراد با جایگزین کردن الگوهای شناختی و رفتاری سازگار به جای الگوهای ناکارآمد به این نتیجه دست یافتند. اما از نظر تأثیرگذاری تفاوت معناداری را نشان دادند. یعنی درمان پذیرش و تعهد تأثیر بیشتر بر کاهش آشفتگی روان‌شناختی زنان داشته است. در تبیین علت این تأثیر بیشتر می‌توان گفت: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مداخله‌ای بر اساس شواهد رفتاری است که از پذیرش و راهبردهای ذهن آگاهی همراه با تعهد و راهبردهای تغییر رفتار در جهت افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان استفاده می‌کند (Lev et al.,

(2017). با کاربرد شش فرایند مرکزی ACT افراد می‌توانند تغییرات رفتاری و روانشناختی سالم طولانی مدت را در خود بهبود بخشیده و حفظ کنند. طبق این مدل افراد در حالی که افکار، قواعد و هیجان‌ها را به عنوان بخش‌هایی از خودشان پذیرفته و تصدیق می‌کنند؛ اما بر اساس آن‌ها رفتارهای شان را ارزیابی نمی‌کنند، بلکه از طریق فعالیت‌های متعهدانه‌ای که بر اساس ارزش‌ها انتخاب شده‌اند، عمل می‌کنند. بر این اساس تغییرات در الگوهای جدید رفتاری مرتبط با سلامت افراد ارتقاء یافته و انعطاف‌پذیری روانشناختی شکل می‌گیرد. به طور کلی بر طبق رویکرد پذیرش و تعهد فرایندهای انعطاف‌پذیری روانی می‌توانند انسان‌ها را در گذر از آستانه دشوار اجتناب تجربی و حفظ خودآگاهی یاری رسانند.

می‌توان برای کاهش آشفتگی روانشناختی زنان پیشنهاد کرد که کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزش درمان طرحواره و پذیرش و تعهد برای شناسایی طرحواره‌های ناسازگار، آگاهی به هیجانات مثبت و منفی خود، و پذیرش شرایط، زمینه بهبود و کاهش آشفتگی روانشناختی زنان و در نهایت کاهش پراشتهایی آنان فراهم شود.

References

- Abbasi Bondaragh, S., et al. (2023). "The Impact of Acceptance and Commitment Couples Therapy on Reducing the Marital Conflicts between Couples Applying for Divorce." *Research in Clinical Psychology and Counseling* 13(1): 25-46. 10.22067/TPCCP.2023.77768.1317 (In Persian)
- AllaHayari, M. and S. Khaleghi (2021). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in bulimia nervosa and maladaptive strategies of worry in women. The second national conference of psychopathology. Ardabil. <https://civilica.com/doc/1436384/> (In Persian)
- Ashrafi, S., et al. (2020). "The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Bulimia Nervosa in Overweight Women." *Journal of Research in Behavioural Sciences* 18(2): 182-191. 10.52547/rbs.18.2.182 (In Persian)
- Ayar, D. and S. Sabancioğullari (2022). "The effect of a solution-oriented therapy on the depression levels and the perceived social support of depressive patients." *Archives of Psychiatric Nursing* 36: 62-69. 10.1016/j.apnu.2021.11.004
- Boterhoven de Haan, K. L., et al. (2019). "A Schema Therapy Approach to the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder." *Journal of Psychotherapy Integration* 29: 54-64. <https://doi.org/10.1037/int0000120>
- Chithambo, T. P. and S. J. Huey, Jr. (2017). "Internet-delivered eating disorder prevention: A

- randomized controlled trial of dissonance-based and cognitive-behavioral interventions." *Int J Eat Disord* 50(10): 1142-1151. <https://doi.org/10.1002/eat.22762>
- Damiano, S. R., et al. (2015). "Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment." *Eat Behav* 16: 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.10.016>
- Dehestani, m., et al. (2019). "The Effectiveness of Group Schema Therapy on Body Dysmorphic Symptoms and Early Maladaptive Schemes in Girl Students with Overweight Concerns." *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology* 13(47): 47-56. <https://www.sid.ir/paper/172073/fa> (In Persian)
- Escandón-Nagel, N., et al. (2018). "Emotional eating and cognitive conflicts as predictors of binge eating disorder in patients with obesity." *International Journal of Clinical and Health Psychology* 18(1): 52-59. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.003>
- Eskandari, H. (2015). "Schema therapy: the formation of the historical evolution of the concept of bus." *Clinical Psychology Studies* 5(18): 15-22. https://jcps.atu.ac.ir/article_1045.html?lang=en (In Persian)
- Harris, R. and S. C. Hayes (2009). *ACT Made Simple: An Easy-to-read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*, New Harbinger Publications. <https://www.amazon.com/ACT-Made-Simple-Easy-Read/dp/1572247053>
- Hayes, S. C., et al. (2013). "Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy." *Behav Ther* 44(2): 180-198. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002
- Hayes, S. C. and J. Lillis (2012). *Acceptance and Commitment Therapy*, American Psychological Association. <https://www.apa.org/pubs/books/4317286>
- Hayes, S. C. and K. D. Strosahl (2013). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*, Springer US. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-0-387-23369-7#about-this-book>
- Hayes, S. C., et al. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*, Guilford Publications. <https://www.guilford.com/books/Acceptance-and-Commitment-Therapy/Hayes-Strosahl-Wilson/9781462528943>
- Howell, A. N., et al. (2010). "Anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance in relation to coping and conformity motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers." *Addict Behav* 35(12): 1144-1147. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.09.012>
- Hussain, T. (2013). "Psychological distress leading to repeat HIV testing in an Integrated Counseling & Testing Centre (ICTC) at Agra, India—Case report of 10 HIV-negative clients." *HIV & AIDS Review* 12(2): 43-46. <https://doi.org/10.1016/j.hivar.2013.05.003>
- Imperatori, C., et al. (2017). "The Association between Food Addiction and Early Maladaptive Schemas in Overweight and Obese Women: A Preliminary Investigation." *Nutrients* 9(11). DOI: 10.3390/nu9111259
- Ismaili, S. and S. Khosravi (2018). The effect of treatment based on acceptance and commitment on binge eating and difficulty in regulating emotions in binge eating disorder sufferers.

- National conference of new ideas in psychology and educational sciences with emphasis on recent scientific researches,. Tehran. 20.1001.1.10199616.1400.23.1.6.0 (In Persian)
- Kessler, R. C., et al. (2003). "Screening for serious mental illness in the general population." *Arch Gen Psychiatry* 60(2): 184-189. doi:10.1001/archpsyc.60.2.184
- Khodabakhsh, M. and F. Kiani (2017). "The Role of Depressive Symptoms and Alexithymia in Predicting Disordered Eating Behavior Among Female Students." *Community Health Journal* 8(3): 27-36. https://chj.rums.ac.ir/article_45728.html?lang=en (In Persian)
- Lemly, D. C., et al. (2022). "Caring for Adults With Eating Disorders in Primary Care." *Prim Care Companion CNS Disord* 24(1). <https://doi.org/10.4088/PCC.20nr02887> DOI: 10.4088/PCC.20nr02887
- Lev, A., et al. (2017). *Acceptance and Commitment Therapy for Couples: A Clinician's Guide to Using Mindfulness, Values, and Schema Awareness to Rebuild Relationships*, New Harbinger Publications. <https://www.amazon.com/Acceptance-Commitment-Therapy-Couples-Relationships/dp/162625480X>
- Lillis, J. and K. E. Kendra (2014). "Acceptance and Commitment Therapy for weight control: Model, evidence, and future directions." *J Contextual Behav Sci* 3(1): 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.11.005>
- Mao, A., et al. (2022). "A qualitative inquiry into the acceptability of schema therapy in Hong Kong and Singapore: implications for cultural responsiveness in the practice of schema therapy." *Clinical Psychologist* 26(3): 341-350. <https://doi.org/10.1080/13284207.2022.2052273>
- Mardani, I. and E. Ahmadi (2019). "Structural relationships of dysfunctional thoughts and rumination with symptoms of eating disorder by mediating of avoidance performance." *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology* 14(53): 47-56. <https://www.sid.ir/paper/366487/en> (In Persian)
- Narimani, M. and S. M. Nemati (2020). Investigating the effect of schema therapy on bulimia nervosa and stress in obese women. The second national conference of psychopathology. 10.32592/ajnp.2020.7.1.103 (In Persian)
- Rahmani, F., et al. (2021). "The Effectiveness of Schema Therapy on Academic Enthusiasm and Body Dysmorphic Symptoms in Students." *Research in School and Virtual Learning* 9(2): 61-74. 20.1001.1.23456523.1400.9.2.5.4 (In Persian)
- Roozeboom, W. D. (2014). *Solution-Focused Counseling*. Encyclopedia of Psychology and Religion. D. A. Leeming. Boston, MA, Springer US: 1679-1683. https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4614-6086-2_9220
- Schaumburg, K., et al. (2021). "Conceptualizing eating disorder psychopathology using an anxiety disorders framework: Evidence and implications for exposure-based clinical research." *Clin Psychol Rev* 83: 101952. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101952>
- Shaigian, Z. and M. Wafai (2018). "Investigating the psychometric indicators of the eating disorder beliefs questionnaire." *New Journal of Cognitive Sciences* 11(2): 22. 10.32598/jpcp.9.3.772.1 (In Persian)
- Tashuiqi, M. and Z. Aghamiri (2019). The effectiveness of solution-oriented group therapy on the

- difficulty of emotion regulation and self-expression in adolescents living in centers Welfare of the city of Tehran. The second congress of new findings in the field of family, mental health, disorders, prevention and education. 10.52547/jcmh.9.3.9 (In Persian)
- Trindade, I. A. and C. Ferreira (2014). "The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology." *Eat Behav* 15(1): 72-75. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.014>
- Unoka, Z., et al. (2010). "Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders." *J Nerv Ment Dis* 198(6): 425-431. 10.1097/NMD.0b013e3181e07d3d
- Wheaton, M. G., et al. (2012). "Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: evaluation of the ASI-3." *J Anxiety Disord* 26(3): 401-408. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.002>
- Yaghobi, H. (2016). "Psychometric properties of the 10 questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10)." *Journal of Applied Psychological Research* 6(4): 45-57. 10.22059/JAPR.2016.57963 (In Persian)
- Young, J. E., et al. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*, Guilford Publications. <https://www.guilford.com/books/Schema-Therapy/Young-Klosko-Weishaar/9781593853723>



Predicting Health Anxiety Through the fear of COVID-19, Neuroticism, Behavioral Inhibition System, and Negative Emotion Regulation Strategies

Mohammadreza Mazloomzadeh

PhD Student of Health Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: mo.mazloomzadeh@mail.um.ac.ir

Ali Mashhadi

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

Seyyed Ruhollah Hosseini

Assistant Professor of Neurosciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. Email: r_hosseini@um.ac.ir

Received: 2022-11-28

Revised: 2024-03-05

Accepted: 2024-01-08

Published: 2024-06-19

Citation: Mazloomzadeh, M., Mashhadi, A., & Hosseini, S. R. (2024). Predicting Health Anxiety through the fear of Covid-19, Trait Neuroticism, Behavioral Inhibition System, and Negative Emotion Regulation Strategies. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 14(1), 85-112. doi: 10.22067/tpccp.2024.79613.1402

Abstract

Introduction: The global COVID-19 pandemic has undoubtedly led to a turbulent and gloomy psychological environment characterized by increasing existential threats and mortality and health related anxiety.

Health anxiety manifests itself as excessive worry when health is threatened. This type of anxiety is defined by people's misinterpretation of physical sensations, such as viral infections, and their tendency to attribute these symptoms to a medical illness. An increase in health anxiety has been observed in those who have a fear of contracting the COVID-19 virus, and this fear is due to the disease being ambiguous and unknown. Research has shown that health anxiety is a common psychological reaction caused by the fear of contracting the COVID-19 disease. Another factor that has been able to predict health anxiety in the era of COVID-19 is the trait of neuroticism. Research has shown that in the stressful conditions of COVID-19 pandemic, people experience this trait more due to the fear of contracting this disease. Another component predicting the level of health anxiety is the level of arousal of the behavioral inhibition system. A high level of activity of this system during the COVID-19 era, has led to the experience of a high level of health anxiety in people. By creating an emotional and cognitive bias, the extreme activity of this system leads to the use of strategies such as excessive suppression and avoidance of factors related to this virus. Therefore, it causes people to experience a high level of health anxiety. All these strategies for dealing with health anxiety are strategies that people use to regulate their emotions. Correctly using these strategies means that people can moderate and manage negative or unwanted experiences and effectively control their intense emotions. The results of previous studies have shown that during stressful situations, such as the COVID-19 pandemic, negative emotion regulation strategies may include misinterpretation of physical symptoms due to inefficiency in correctly identifying and understanding emotional experiences and adjusting and managing them. Therefore, people may interpret their physical feelings as signs of a medical disease, which brings about anxiety.

Accordingly, considering the consequences of COVID-19-related fear the need for more



studies on personality traits and behavioral inhibition systems predicting health anxiety and coping strategies is felt.

Method: This study was approved by the Ethics Committee of the Ferdowsi University of Mashhad with the ethics code IR.UM.REC.1400.101. The present study's design was descriptive-correlational and of the path analysis type. The statistical population of this study included Iranian adults, of whom 450 individuals were selected using the available sampling method. Data were collected using the health anxiety questionnaire, the Fear of COVID-19 Scale, the Behavioral Activation and Inhibition Scale, the Persian short form of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, and the NEO Five-Factor Inventory. Pearson correlation method, multiple regression, and path analysis were used for data analysis.

Data for this study were collected from all interested adults who volunteered via an online questionnaire. Data were analyzed using SPSS version 26 and Amos version 24 programs. To maintain the principle of confidentiality, the information obtained from the questionnaires was collected without the subjects' names and addresses so that the subjects' identity was preserved and accessible only to those involved in this research.

Results: Among the 450 people in the sample of this research, 45.9% were men, and 54.1% were women. 86.7% were single, and 13.3% were married. The mean and standard deviation of age were 26.92 and 10.27, respectively. Regarding education status, 2.3% had a post-diploma, 66.1% had a bachelor's degree, 27.1% had a master's degree, and 4.5% had a doctoral degree.

As can be seen in Table 1, there is a significant relationship between fear of covid-19, neuroticism, behavioral inhibition system and cognitive emotion regulation strategies with health anxiety (total score) at the level of 0.01. Also, the highest correlation was between the fear of covid-19 and health anxiety ($p < 0.01$, $r = 0.42$) and the lowest correlation was related to the positive strategies of cognitive regulation of emotion and health anxiety ($p < 0.01$, 0.17). $- = r$). In order to test the desired model, i.e. to investigate the mediating role of neuroticism variables, behavioral inhibition system and cognitive emotion regulation strategies, the path analysis method was used. The measurement parameters of direct relationships are presented in Table 2. Also, as Table 3 shows, except for the path of positive emotion regulation strategies to health anxiety, the direct effects of other paths are all significant. In order to estimate the significance of the indirect path, bootstrap was used in Amos software, the results of which are presented in Table 3. As shown in Table 4, the path of fear of covid-19 to health anxiety with the mediation of neuroticism, behavioral inhibition system and negative strategies of cognitive regulation of emotion (0.12), is significant at a level smaller than 0.05. Given that zero is outside these confidence intervals, these mediating relationships are significant. The path of fear of covid-19 to health anxiety with the mediation of neuroticism, behavioral inhibition system and positive strategies of cognitive regulation of emotion ($p=0.59$) and the path of behavioral inhibition system in the relationship of neuroticism to positive strategies of cognitive regulation of emotion ($p=0.63$), was not significant. In addition, the mediating role of neuroticism in the relationship between fear of covid-19 and the behavioral inhibition system (0.12), the mediating role of the behavioral inhibition system in the relationship between neuroticism and negative strategies of cognitive regulation of emotion (0.06), the mediating role of negative strategies of cognitive regulation of emotion in the relationship between behavioral inhibition system and health anxiety (0.02) were significant. Figure 1 shows the research model.

Discussion and Conclusion: This study was conducted to determine the mediating role of

neuroticism, behavioral inhibition system, and negative cognitive emotion regulation strategies in the relationship between fear of COVID-19 and health anxiety. The result showed a good fit of the model. In this study, the direct relationships of fear of COVID-19 to neuroticism, neuroticism to behavioral inhibition system, behavioral inhibition system to negative strategies of cognitive regulation of emotion, and negative strategies of cognitive regulation of emotion to health anxiety were significant. Also, the bootstrap results showed that the indirect relationship between fear of COVID-19 and health anxiety was significant through the mediating role of neuroticism, behavioral inhibition system, and negative cognitive emotion regulation strategies. According to the existing background, negative emotion regulation strategies may occur in intense emotional experiences, and one of the main problems is caused by the fear of COVID-19, and behavioral inhibition is usually active in intense emotional experiences. The fear of COVID-19 causes the other main problems, and the negative strategies of emotion regulation and behavioral inhibition both predict health anxiety. Also, behavioral inhibition predicts emotion regulation, therefore when the fear of COVID-19 increases, the activity of the behavioral inhibition system increases, which causes the person to use negative emotion regulation strategies. As a consequence, health anxiety will increase. Considering the results, it can be concluded that the negative strategies of emotion regulation and behavioral inhibition in people can play a mediating role in the relationship between fear of COVID-19 and health anxiety.

Keywords: Fear of COVID-19, Health Anxiety, Neuroticism, Behavioral Inhibition System, Negative Cognitive Emotion Regulation Strategies.

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

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

دسترسی آزاد

پیش‌بینی اضطراب سلامتی از طریق مسیر ترس از کووید-۱۹، روان‌رنجوری، نظام بازداری رفتاری و راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان

محمد رضا مظلوم زاده دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه تهران، تهران، ایران. mo.mazloomzadeh@mail.um.ac.irعلی مشهدی استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)، mashhadi@um.ac.irسید روح الله حسینی استادیار گروه علوم اعصاب، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. r_hosseini@um.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۰۷	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۰/۱۸	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱۵	تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۳۰
استناد: مظلوم زاده، محمد رضا؛ مشهدی، علی؛ حسینی، سید روح الله. (۱۴۰۳). پیش‌بینی اضطراب سلامتی از طریق مسیر ترس از کووید-۱۹، روان‌رنجوری، نظام بازداری رفتاری و راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۴(۱)، ۸۵-۱۱۲. doi: 10.22067/tpccp.2024.79613.1402			

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین ترس از کووید-۱۹ و اضطراب سلامتی با میانجی‌گری روان‌رنجوری، نظام بازداری رفتاری و راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان بود.

روش: پژوهش حاضر از لحاظ روش، از نوع توصیفی و از نوع مطالعات همبستگی و از لحاظ هدف، کاربردی بود. جامعه پژوهش را افراد رده سنی بین ۱۸ تا ۶۰ سال شهر مشهد در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ شامل شدند که از بین آن‌ها به صورت روش نمونه‌گیری بلوکه‌بندی و در دسترس، ۴۵۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای این پژوهش شامل پرسشنامه ترس از کووید-۱۹ (۲۰۲۰)، پرسشنامه اضطراب سلامتی (۱۹۸۹)، پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (۲۰۱۰)، مقیاس نظام‌های فعال‌سازی و بازداری رفتاری (۱۹۹۴) و فرم کوتاه پرسشنامه ۵ عاملی شخصیت نئو (۱۹۹۲) بود. روش تحلیل این پژوهش، تحلیل مسیر بود که با استفاده از آن مسیر پیش‌بینی متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که ارتباط ترس از کووید-۱۹ چه به صورت مستقیم و چه به صورت غیرمستقیم به واسطه روان‌رنجوری، نظام بازداری رفتاری و استفاده از راهبردهای منفی نظم‌جویی هیجان قادر به پیش‌بینی اضطراب سلامتی بود. می‌توان نتیجه گرفت که در دوران کووید-۱۹ روان‌رنجوری، نظام بازداری رفتاری و به تبع آن‌ها، مهارت نظم‌جویی هیجان نقشی کلیدی در میزان اضطراب سلامتی افراد دارد.

واژه‌های کلیدی: ترس از کووید-۱۹، اضطراب سلامتی، روان‌رنجوری، نظام بازداری رفتاری، راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان

مقدمه

در سال ۲۰۱۹ بیماران با تشخیص اولیه ذات‌الریه^۱ پزشکان، با علتی نامعلوم، در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها بستری شدند. پس از اینکه روی این بیماران آزمایش‌هایی صورت گرفت، محققان گزارش دادند که این بیماران مبتلا به ویروس جدیدی به نام کووید-۱۹^۲ شده‌اند (Bogoch et al., 2020; Lu et al., 2020). این بیماری با سرعت گسترش یافت و همگان را متعجب و مضطرب کرد تا اینکه در تاریخ ۱۱ مارس، سازمان جهانی بهداشت^۳ توانست این بیماری را به عنوان یک بیماری همه‌گیر اعلام کند (Ramos, 2020).

پس از شدت گرفتن آمار مرگ و میر ناشی از این بیماری که درمانی نیز برای آن یافت نشده بود، موج عظیمی از اضطراب در سراسر جهان تجربه شد (Abad et al.; Asghari Ebrahim Abad, Mazloomzadeh, 2021; Sohrabi et al., 2020; Yousefi et al., 2020). به طوری که مطالعات صورت گرفته نشان دادند که شایع‌ترین نشانه روان‌شناختی و تشخیصی در زمان همه‌گیری این بیماری مبهم، اضطراب^۴ است (Taylor, 2022) و اثرات روان‌شناختی متفاوتی بر افراد می‌گذارد (Gaygisiz et al., 2012; Qiu et al., 2020). به طور مثال یکی از این آثار روان‌شناختی به علل ترس از مبتلا شدن به این بیماری، ترس از مرگ ناشی از آن، نشر شایعات و اخبار نادرست، اختلال در روزمرگی، کاهش تعاملات اجتماعی، مشکلات مالی و حرفه‌ای و بسیاری عوامل دیگر مرتبط با این دوران، می‌تواند موجب افزایش اضطراب سلامتی افراد باشد (Asmundson & Taylor, 2020; Jungmann & Witthöft, 2020).

اضطراب سلامتی، هنگام تهدید سلامتی، خود را به عنوان نوعی نگرانی مفرط نشان می‌دهد و در یک طیف از عدم آگاهی نسبت به سلامتی تا اضطراب سلامتی بیش از اندازه یا خودبیمارانگاری، مشخص می‌شود (Bailer et al., 2016; Witthöft & Hiller, 2010). این نوع اضطراب از طریق تفاسیر غلط افراد از احساسات جسمانی، مانند عفونت‌های ویروسی (تب، سرفه و درد عضلانی و ...) و گرایش آن‌ها به نسبت دادن این علائم به علائمی از یک بیماری پزشکی تعریف می‌شود (Asmundson et al., 2010; Asmundson & Taylor, 2020). به طور مثال در مواقع شیوع کووید-۱۹، احتمال دارد که علائم جسمی این گونه تفسیر شوند که "تنفس من سریع‌تر یا آهسته‌تر از قبل شده است، پس احتمالاً به کووید-۱۹ مبتلا شده‌ام" (Blakey & Abramowitz, 2017; Bults et al., 2011; Jalloh et al., 2018).

افزایش اضطراب سلامتی در کسانی که ترس ناشی از مبتلا شدن به ویروس کووید-۱۹ دارند، مشاهده

1. Pneumonia

2. COVID-19

3. World Health Organization

4. Anxiety

شده است (Jungmann & Witthöft, 2020; Mazloomzadeh et al., 2021). ترس از کووید-۱۹ به معنای ترس از ابتلا به ویروس کووید-۱۹ است که معمولاً به دلیل ابهام و ناشناخته بودن آن است (ALIPOUR et al., 2020). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اضطراب سلامتی، واکنش روان‌شناختی شایع ناشی از ترس ابتلاء به بیماری کووید-۱۹ است (Asghari Ebrahim Abad, Mazloomzadeh, et al., 2021; Mazloomzadeh et al., 2021; Rajkumar, 2020) و مطالعات نشان داده‌اند که در همه‌گیری‌های مشابه در گذشته نیز، اضطراب سلامتی در افراد نرخ بالایی داشته است (Jalloh et al., 2018; Main et al., 2011). یکی از مواردی که در دوران کووید-۱۹ توانسته است اضطراب سلامتی را پیش‌بینی کند، صفت روان‌رنجوری معرفی شده است (Lee et al., 2020). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در شرایط تنیدگی‌زای کووید-۱۹، به علت ترس از ابتلا به کووید-۱۹، افراد این صفت را به میزان بیشتری تجربه خواهند کرد (Lee et al., 2022a; M. Mazloomzadeh et al., 2020)؛ چراکه روان‌رنجوری یک عامل آسیب‌پذیر برای اغلب مشکلات هیجانی است و ترس ناشی از کووید-۱۹ بر شدت آن افزوده است (Nikčević et al., 2021). یکی دیگر از مولفه‌های پیش‌بین میزان اضطراب سلامتی، سطح برانگیختگی نظام بازداری رفتاری^۱ است (Che et al., 2020) که سطح بالایی از فعالیت این سیستم در دوران کووید-۱۹ منجر به تجربه سطح بالایی از اضطراب سلامتی در افراد شده است (Asghari Ebrahim Abad, Mazloomzadeh, et al., 2021; Che et al., 2020; Kimbrel et al., 2012). مکانیسم موجود در نظام بازداری رفتاری بر تجربه ترس ناشی از یک محرک تأثیرگذار است (Braddock et al., 2011)؛ بنابراین در دوران همه‌گیری کووید-۱۹، که ابتدا ترس از ابتلا به ویروس کووید-۱۹، موجب افزایش فعالیت نظام بازداری رفتاری می‌شود (Asghari Ebrahim Abad, Shirkhani, et al., 2021; M. Mazloomzadeh et al., 2022a) سیستم، با ایجاد نوعی سوگیری شناختی هیجانی، منجر به استفاده از راهبردهایی مانند سرکوب و اجتناب بیش از حد عوامل مرتبط با این ویروس شده و باعث تجربه‌ی سطح بالایی از اضطراب سلامتی در افراد خواهد بود (Asghari Ebrahim Abad, Mazloomzadeh, et al., 2021; Kimbrel et al., 2012; McKay & Asmundson, 2020).

مجموعه این راهبردهای مقابله با اضطراب سلامتی، راهبردهایی است که افراد برای نظم‌جویی شناختی هیجان‌هایشان استفاده می‌کنند (Asghari Ebrahim Abad et al., 2022; Mazloomzadeh et al., 2021). نظم‌جویی شناختی هیجانی به معنی توانایی نظارت، فهم و تعدیل انواع موقعیت‌های هیجانی است (Gratz

(Roemer, 2004; Ochsner & Gross, 2007). استفاده صحیح از این راهبردها به این معناست که افراد بتوانند هرگونه تجربه‌ی منفی یا ناخواسته را تعدیل و مدیریت کرده و هیجان‌های شدید خود را به طور موثری کنترل کنند (Tull et al., 2007). مطالعات پیشین نشان داده‌اند که در همه‌گیری‌های تنیدگی‌زا، افراد روان‌رنجور به علت ترس از ابتلا به همه‌گیری (M. Mazloomzadeh et al., 2022b) و اجتناب از آن، به طور مداوم از راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان استفاده کنند (Mazloomzadeh et al., 2021). همچنین نتایج پژوهش فرگاس و والتینر (۲۰۱۰) نیز نشان داد که در هنگام شرایط تنیدگی‌زا، راهبردهای منفی نظم‌جویی هیجان به علت ناکارآمدی در شناسایی و ادراک صحیح تجربه‌های هیجانی و تعدیل و مدیریت آن، ممکن است تفسیر نادرست نشانگان جسمانی را در برداشته باشد و افراد احساس‌های جسمانی خود را به عنوان یک بیماری تعبیر کرده و اضطراب سلامتی به سراغ آن‌ها رود (Fergus & Valentiner, 2010; Gorgen et al., 2014). بنابراین استفاده از راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان که ناشی از سیستم بازداری و اجتناب از ترس ابتلا به بیماری کووید-۱۹ در افراد روان‌رنجور است، احتمال دارد اضطراب سلامتی این افراد را افزایش دهد.

طبق مواردی که گفته شد، با توجه به اینکه ویروس کووید-۱۹ ترس زیادی را با خود به همراه داشت و حتی امروزه پیامدهای این ترس قابل مشاهده است، ضرورت مطالعات بیشتری پیرامون صفات شخصیتی و نظام بازداری رفتاری پیش‌بین اضطراب سلامتی و راهبردهای مقابله با آن حس می‌شود؛ چرا که این راهبردها متناسب با صفات شخصیتی و نظام بازداری رفتاری مرتبط با آن، اگر به درستی به کار گرفته شوند، می‌توانند باعث شوند تا افراد رویدادهای تنیدگی‌زا و هیجان‌های منفی را به خوبی کنترل کرده (Cai et al., 2020; Goñi-Balentziaga et al., 2020) و اضطراب سلامتی ناشی از این شرایط را نیز کاهش دهند؛ بنابراین با توجه به اینکه هر یک از متغیرهای ترس از کووید-۱۹، صفت روان‌رنجوری، نظام بازداری رفتاری و راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان، می‌توانند در تجربه اضطراب سلامتی نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشند و همچنین جستجوی پژوهشگران مطالعه حاضر که نشان می‌دهد تاکنون در هیچ یک از پژوهش‌های داخلی و خارجی مسیر تعاملی ترس از کووید-۱۹، صفت روان‌رنجوری، نظام بازداری رفتاری و راهبردهای منفی نظم‌جویی هیجان در میزان تجربه اضطراب سلامتی بررسی نشده است؛ در این مقاله سعی شده است مسیر ترس از کووید-۱۹ به اضطراب سلامتی با میانجی‌گری صفت روان‌رنجوری، نظام بازداری رفتاری و راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان مورد بررسی قرار بگیرد. امید است که نتایج این پژوهش بتواند در راستای شناخت بهتر آثار و پیامدهای روان‌شناختی همه‌گیری کووید-۱۹ و به دنبال آن کمک به بهبود بهزیستی روان‌شناختی افراد، موثر باشد.

روش

طرح پژوهش حاضر، از نوع توصیفی-همبستگی، از لحاظ هدف، کاربردی و از لحاظ نحوه تجزیه و تحلیل داده‌ها از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه افراد ایرانی ساکن در شهر مشهد مقدس که ۱۸ الی ۶۰ سال سن داشتند، تشکیل می‌دادند. مبتنی بر نوع روش آماری استفاده شده و محاسبه ۲۵٪ ریزش نمونه و اندازه اثر ۰/۱۵ و توان آزمون ۰/۹۵، نرم افزار G-power حداقل حجم نمونه ۳۵۰ نفر را پیشنهاد داد؛ که در این مطالعه به علت افزایش مشابهت نمونه مورد بررسی با جامعه هدف مورد نظر و افزایش میزان تعمیم‌پذیری نتایج، تعداد ۴۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری بلوک‌بندی و در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. همچنین به این علت که این پژوهش در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ و عدم دسترسی حضوری به آزمودنی‌ها صورت گرفت، نمونه‌گیری از طریق پرسشنامه اینترنتی انجام شد. داده‌ها از آزمودنی‌های داوطلب به شرکت در پژوهش، از طریق فرم پرسشنامه آنلاین گوگل که در فضاهای مجازی معرفی شد، جمع‌آوری گردید. معیارهای ورود در نظر گرفته شده شامل عدم ابتلا آزمودنی‌ها به بیماری‌های حاد پزشکی و تشخیص روان‌پزشکی، تحصیلات حداقلی دیپلم و تمایل داوطلبانه جهت شرکت در این مطالعه بود و معیارهای خروج نیز شامل ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی و مشکلات جسمی و نیز تکمیل نبودن پرسشنامه‌ها بود.

تجزیه و تحلیل اولیه داده‌های حاصله از این مطالعه به وسیله‌ی روش‌های آمار توصیفی (فراوانی مطلق، میانگین، انحراف استاندارد، کمترین و بیشترین نمره) و روش آماری همبستگی پیرسون صورت گرفت. همچنین جهت ارزیابی فرضیه‌های این مطالعه از روش تحلیل مسیر استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و AMOS نسخه ۲۴ مورد تحلیل قرار گرفتند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، اطلاعات به‌دست‌آمده از پرسشنامه‌ها، بدون نام و نشانی از آزمودنی‌ها جمع‌آوری شد و هویت آزمودنی‌ها محفوظ ماند. همچنین جلب اعتماد و اطمینان آزمودنی‌ها برای مشارکت در پژوهش و آزاد بودن در پاسخگویی به پرسشنامه‌ها، از جمله ملاحظات دیگری بود که در این مطالعه سعی شد، رعایت شود.

ابزارها

در این مطالعه جهت کسب اطلاعات مورد نیاز از ابزارهای ذیل استفاده شد:

چک‌لیست ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: اطلاعات شخصی افراد نظیر؛ جنسیت، سن، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل و راه برقراری ارتباط مجدد برای ارسال یافته‌های پژوهش در این قسمت ثبت شد.

پرسشنامه ترس از کووید-۱۹ (FCV-19S^۱): پرسشنامه ترس از کووید-۱۹ توسط آهורسو و همکاران

در سال ۲۰۲۰ برای سنجش میزان ترس افراد از ویروس کووید-۱۹ و کاهش ترس و اضطراب آن‌ها ساخته شد. این پرسشنامه براساس یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای بوده و دارای ۷ گویه است. نمره‌گذاری در هر آیتم بین ۱ تا ۵ است؛ بنابراین نمره کسب شده برای هر فرد در این پرسشنامه بین ۷ تا ۳۵ خواهد بود و هر چه این نمره بالاتر باشد، نشان‌دهنده میزان ترس از کووید-۱۹ بیشتر در ایشان خواهد بود. همبستگی میان این گویه‌ها از ۰/۶۶ تا ۰/۷۴ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ به‌دست آمده ۰/۸۲ است. برای به‌دست آوردن اعتبار این مقیاس از اعتبار آزمون-بازآزمون و همزمان استفاده شد که اعتبار آزمون-بازآزمون ۰/۷۲ و اعتبار همزمان این مقیاس، با مقیاس افسردگی و اضطراب بیمارستان^۱ به ترتیب برای مولفه‌ی افسردگی ۰/۴۲ و مولفه‌ی اضطراب ۰/۵۱ کسب گردید. همچنین اعتبار همزمان این مقیاس، با مقیاس آسیب‌پذیری ادراک شده در برابر بیماری^۲ ۰/۴۷ به‌دست آمد (Ahmadzadeh et al., 2013; Duncan et al., 2009; Montazeri et al., 2003). مقادیر اعتبار این پرسشنامه در ایران مانند سازگاری داخلی ($\alpha = 0.82$) و اعتبار بازآزمایی ($ICC = 0.72$) قابل قبول بود. روایی همزمان با مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان (همراه با افسردگی، $r = 0.425$ و اضطراب، $r = 0.511$) و مقیاس آسیب‌پذیری ادراک شده در برابر بیماری (با ابتلای قابل درک، $r = 0.483$ و ناسازگاری ریشه‌ای، $r = 0.459$) پشتیبانی شد (Ahorsu et al., 2020b).

پرسشنامه اضطراب سلامتی (HAI-18³): پرسشنامه اضطراب سلامتی برای سنجش اضطراب سلامتی استفاده می‌شود. فرم بلند آن اولین بار توسط سالکوسکیس و وارویک^۴ در سال ۱۹۸۹ طراحی شد که براساس آن مدل شناختی اضطراب سلامتی و خودبیمارپنداری تدوین شده است. این پرسشنامه شامل ۱۸ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت است. هر گویه چهار گزینه دارد و هر یک از گزینه‌ها شامل توصیف فرد از مؤلفه‌های سلامتی و بیماری به‌صورت یک جمله خبری است که پاسخگو باید یکی از جملات را که بهتر او را توصیف می‌کند، انتخاب نماید. نمره‌گذاری برای هر آیتم از ۰ تا ۳ است و نمره بالا در آن نشانه اضطراب سلامتی است. این پرسشنامه دارای سه زیرمقیاس است: ۱- ابتلا به بیماری (سئوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲). ۲- پیامدهای بیماری (سئوالات ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸). ۳- نگرانی‌های کلی سلامتی (سئوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴). سالکوسکیس و وارویک اعتبار آزمون-بازآزمون این پرسشنامه را ۰/۹۰ به دست آوردند و ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ گزارش کردند. این پژوهشگران برای سنجش روایی از پرسشنامه مقیاس باورهای بیماری (IAS) استفاده کردند و روایی پرسشنامه اضطراب

1. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

2. Perceived Vulnerability to Disease Scale (PVDS)

3. Health Anxiety Inventory

4. Salkovskis PM, Warwick H

سلامتی را ۰/۶۳ به دست آوردند (Salkovskis & Warwick, 2001). این پرسشنامه در ایران و در پژوهش نرگسی و همکاران (۱۳۹۵) مورد بررسی قرار گرفت. در پژوهش آن‌ها بررسی اعتبار به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۷۵ به دست آمد. همچنین آلفای کرونباخ برای عامل نگرانی‌های کلی سلامتی ۰/۵۹، برای ابتلا به بیماری ۰/۶۰ و برای پیامدهای بیماری ۰/۷۰ به دست آمد که نتایج حاکی از پایایی قابل قبول برای این پرسشنامه است. همچنین تحلیل عاملی تأییدی برای بررسی روایی این پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت که نتایج آن نشان داد اضطراب سلامتی یک سازه سه‌بعدی است و وجود ابعاد ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی‌های کلی سلامتی در آن مورد تأیید است (NARGESI et al., 2017).

نسخه فارسی پرسشنامه نظم‌جویی هیجان (CERQ-P): این پرسشنامه توسط گارنفسکی^۱ و همکاران در کشور هلند تدوین شده، دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. پرسشنامه نظم‌جویی هیجان یک پرسشنامه چند بعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقاله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است و دارای ۳۶ ماده می‌باشد. اجرای این پرسشنامه خیلی آسان است و برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت بالینی) قابل استفاده می‌باشد. نسخه اصلی این پرسشنامه از ۹ خرده مقیاس ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران تشکیل شده است. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌باشد. هر خرده مقیاس شامل ۴ ماده است. نمره کل هریک از خرده مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره ماده‌ها به دست می‌آید. بنابراین دامنه نمرات هر خرده مقیاس بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع تنیدگی‌زا و منفی می‌باشد (Garnefski et al., 2002). نسخه فارسی پرسشنامه نظم‌جویی هیجان (CERQ-P) در فرهنگ ایرانی توسط حسنی مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این مطالعه اعتبار مقیاس بر اساس روش‌های همسانی درونی با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ و بازآزمایی با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷ و روایی پرسشنامه مذکور از طریق تحلیل مولفه اصلی با استفاده از چرخش Varimax، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است (Hasani, 2010).

مقیاس نظام‌های فعال‌سازی و بازداری رفتاری (BAS/BIS Carver and White Scale): این ابزار

دارای ۲۴ گویه بوده و در سال ۱۹۹۴ توسط کارور و وایت ساخته شد. زیر مقیاس نظام بازداری رفتاری

1. Garnefski

(BIS) در این پرسشنامه شامل ۷ گویه (سئوالات ۲، ۸، ۱۳، ۱۶، ۱۹، ۲۲ و ۲۴) است و پاسخ‌دهی به تهدید و احساس اضطراب هنگام مواجهه با تهدید را اندازه‌گیری می‌کند. زیرمقیاس نظام فعال‌سازی رفتاری (BAS) شامل ۱۳ گویه بوده و خود دارای ۳ زیرمولفه به نام‌های "سائق"، "حساسیت به پاداش" و "جستجوی سرگرمی" است که به ترتیب مولفه سائق ۴ گویه (سئوالات ۳، ۹، ۱۲، ۲۱)، مولفه حساسیت به پاداش ۵ گویه (سئوالات ۴، ۷، ۱۴، ۱۸، ۲۳) و مولفه جستجوی سرگرمی ۴ گویه (سئوالات ۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰) را به خود اختصاص داده‌اند. پاسخ به این ابزار در یک طیف لیکرت چهار درجه‌ای از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. گویه‌های ۱، ۶، ۱۱ و ۱۷ در نمره‌گذاری نقشی نداشته و همچنین سوالات ۲ و ۲۲ نمره‌گذاری معکوس دارند. براساس گزارش کارور و وایت، ثبات درونی مقیاس نظام بازداری رفتاری ۰/۷۳ و ثبات درونی سه مولفه سائق، حساسیت به پاداش و جستجوی سرگرمی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۳ و ۰/۶۶ است (Carver & White, 1994). در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس نظام بازداری رفتاری ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس سیستم فعال‌سازی رفتاری ۰/۸۱ به دست آمد (Muris et al., 2003). در ایران نیز در پژوهش محمدی در سال ۱۳۸۷ ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۸، برای خرده مقیاس نظام بازداری رفتاری ۰/۶۹ و برای مولفه‌های سائق، حساسیت به پاداش و جستجوی سرگرمی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۸۷ و ۰/۶۵ گزارش شد (Mohammadi, 2008). خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارسی این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۷) در دانشجویان شیرازی مطلوب گزارش شده است. اعتبار به روش بازآزمایی برای مقیاس BAS، ۰/۶۸ و برای زیر مقیاس BIS، ۰/۷۱ گزارش کرده است (Hasani et al., 2012).

فرم کوتاه پرسشنامه پنج عاملی شخصیت نئو (NEO-FFI^۱): پرسشنامه NEO یکی از معتبرترین

پرسشنامه‌های مرتبط با بررسی ساختار شخصیت براساس دیدگاه تحلیل عاملی است (Haren & Mitchell, 2003). این آزمون نخستین بار در سال ۱۹۸۵ توسط کاستا و مک‌کری^۲ ساخته شد و سپس در سال ۱۹۹۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این پرسشنامه دارای دو فرم بلند (۲۴۰ سوالی) و کوتاه (۶۰ سوالی) است. فرم

1. NEO Five Factor Inventory

2. Costa & McCrae

کوتاه این پرسشنامه به طور گسترده برای ارزیابی ۵ عامل اصلی شخصیت یعنی روان‌رنجوری (N)، برون‌گرایی (E)، گشودگی به تجربه (O)، توافق‌پذیری (A) و وجدان‌گرایی (C) به کار می‌رود. در هر سؤال آزمودنی در یک طیف لیکرت پنج گزینه‌ای، نمره بین صفر تا ۴ را کسب می‌کند. البته نمره‌گذاری در تمام مواد یکسان نیست و برخی از ماده‌های این فرم به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. هریک از عوامل ۱۲ سؤال را به خود اختصاص می‌دهند. کاستا و مک‌کری (۱۹۹۲) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را بین ۰/۶۸ برای مؤلفه توافق‌پذیری تا ۰/۸۶ برای مؤلفه روان‌رنجوری، گزارش کردند (Costa & McCrae, 1992). هنجاریابی این ابزار در ایران توسط دلاور، براتیان و کاشف انجام شده است و با بررسی روایی سازه، روایی همزمان، روایی واگرا و همچنین پایایی پرسشنامه، نتایج نشان داد که این پرسشنامه از ویژگی‌های روانسنجی قابل قبولی برخوردار است. ضرایب آلفای کرونباخ برای مؤلفه روان‌رنجوری برابر با ۰/۸۶، برون‌گرایی ۰/۷۱، توافق‌پذیری ۰/۷۸، وجدان‌گرایی ۰/۷۵ و گشودگی به تجربه ۰/۷۰ محاسبه شدند (Delavar, 1393). در زمینه روایی آزمون کاستا و مک‌کری اظهار داشتند که این پرسشنامه با فرم کامل آن (NEO-PI) مطابقت دقیقی دارد. به گونه‌ای که مؤلفه‌های فرم کوتاه (NEO-FFI) همبستگی بالاتر از ۰/۶۸ را با مؤلفه‌های فرم کامل دارا است (Costa Jr & McCrae, 1990).

یافته‌ها

از بین ۴۵۰ نفر نمونه این پژوهش، ۴۵/۹ درصد مرد و ۵۴/۱ درصد را زنان تشکیل می‌دادند. ۸۶/۷ درصد مجرد و ۱۳/۳ درصد متأهل بودند. میانگین و انحراف معیار سن به ترتیب ۲۶/۹۲ و ۱۰/۲۷ بود. از نظر وضعیت تحصیلات، ۲/۳ درصد فوق دیپلم، ۶۶/۱ درصد کارشناسی، ۲۷/۱ درصد کارشناسی ارشد و ۴/۵ درصد نیز دارای تحصیلات دکتری بودند. ماتریس ضریب همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
								۱	ترس از کووید-۱۹ (نمره کل)
							۱	۰/۲۶**	روان‌رنجوری
						۱	۰/۵۱۵**	۰/۳۳**	نظام‌بازداری رفتاری
									نظم‌جویی هیجان
					۱	۰/۳۷**	۰/۵۱**	۰/۱۹**	راهبردهای منفی نظم‌جویی هیجان
				۱	-۰/۰۸	-۰/۲۱**	-۰/۳۸**	۰/۲۰**	راهبردهای مثبت نظم‌جویی هیجان
			۱	-۰/۱۷**	۰/۳۴**	۰/۳۶**	۰/۳۹**	۰/۴۲**	اضطراب سلامتی (نمره کل)
		۱	۰/۷۷**	-۰/۲۷**	۰/۳۹**	۰/۳۷**	۰/۵۱**	۰/۴۰**	ابتلا به بیماری
	۱	۰/۱۶**	۰/۵۳**	۰/۱۰*	۰/۰۸	۰/۰۴	-۰/۰۳	۰/۱۲**	پیامدهای بیماری
۱	۰/۲۴**	۰/۴۳**	۰/۸۲**	-۰/۱۴**	۰/۲۲**	۰/۳۰**	۰/۲۷**	۰/۳۵**	نگرانی‌های کلی سلامتی

* $P < ۰/۰۵$ ** $P < ۰/۰۱$

همان‌گونه که در جدول ۱ دیده می‌شود، میان ترس از کووید-۱۹، روان‌رنجوری، نظام‌بازداری رفتاری و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان با اضطراب سلامتی (نمره کل) در سطح $۰/۰۱$ رابطه معناداری وجود دارد. همچنین بیشترین همبستگی بین رابطه ترس از کووید-۱۹ و اضطراب سلامتی ($p < ۰/۰۱$)، $۰/۴۲$ و کمترین همبستگی مربوط به راهبردهای مثبت نظم‌جویی شناختی هیجان و اضطراب سلامتی بود ($r = -۰/۱۷$ ، $p < ۰/۰۱$). به منظور آزمون مدل مورد نظر یعنی بررسی نقش میانجی‌گری متغیرهای روان‌رنجوری، نظام‌بازداری رفتاری و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان از روش تحلیل مسیر استفاده شد. پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرها

VIF	T	SD	M	
۱/۱۵	۰/۸۶	۵	۱۶/۳۵	۱. ترس از کووید-۱۹ (نمره کل)
۱/۸۷	۰/۵۳	۸/۴۴	۲۵	۲. روان‌رنجوری
۱/۴۶	۰/۶۸	۲/۵۵	۱۸/۹۹	۳. نظام بازداري رفتاری
				نظم‌جویی شناختی هیجان
۱/۴۳	۰/۶۹	۸/۵۸	۴۵/۲۵	۴. راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان
۱/۲۱	۰/۸۲	۱۲/۴۸	۶۲/۲۵	۵. راهبردهای مثبت نظم‌جویی شناختی هیجان
		۴/۹۶	۱۶/۸۴	۶. اضطراب سلامتی (نمره کل)
		۲/۴۵	۳/۹۶	۷. ابتلا به بیماری
		۱/۶۴	۴/۹۶	۸. پیامدهای بیماری
		۲/۶۵	۷/۹۰	۹. نگرانی‌های کلی سلامتی

پیش از تحلیل داده‌ها، ابتدا مفروضه‌های تحلیل مسیر مورد بررسی قرار گرفتند. نرمال بودن توزیع تک متغیری از طریق مقادیر کجی و کشیدگی و مفروضه هم خطی چندگانه متغیرها با استفاده از آماره تحمل و عامل تورم واریانس مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج نشان داد که بین متغیرها، هم خطی چندگانه وجود ندارد و مفروضه نرمال بودن به سبب اینکه هیچ یک از متغیرها خارج از محدوده ± 2 نبودند، می‌توان گفت که این مفروضه برقرار است. در پژوهش حاضر، هم خطی چندگانه متغیرها با استفاده از آماره تحمل و عامل تورم واریانس (VIF) مورد بررسی قرار گرفت. ارزش‌های تحمل بدست آمده برای متغیرها بالای ۰/۱ هستند و همچنین، مقدار شاخص تورم واریانس بدست آمده برای متغیرها، کوچکتر از ۱۰ هستند که این دو مورد نشان می‌دهند که بین متغیرها، هم خطی چندگانه وجود ندارد. به منظور بررسی مفروضه استقلال خطاها از شاخص دوربین واتسون استفاده شد که مقدار شاخص دوربین واتسون برابر با ۱/۱۳ بود. بنابراین، با توجه به شاخص‌های بدست آمده می‌توان نتیجه گرفت که شرایط آزمون رعایت شده است. بنابراین، از تحلیل مسیر استفاده شد. جداول ۳ و ۴ روابط مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرها را نشان می‌دهد.

جدول ۳. پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم

مسیرها	برآورد غیراستاندارد	برآورد استاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	سطح معناداری
ترس از کووید-۱۹ به روان‌رنجوری	۰/۴۴	۰/۲۶	۰/۰۷	۵/۷۴	۰/۰۰۱
ترس از کووید-۱۹ به نظام بازداری رفتاری	۰/۱۰	۰/۲۱	۰۰/۰۲	۵/۱۵	۰/۰۰۱
روان‌رنجوری به نظام بازداری رفتاری	۰/۱۳	۰/۴۶	۰/۰۱	۱۱/۲۸	۰/۰۰۱
نظام بازداری رفتاری به راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان	۰/۴۸	۰/۱۴	۰/۱۵	۳/۰۸	۰/۰۰۲
روان‌رنجوری به راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان	۰/۴۵	۰/۴۴	۰/۰۴	۹/۵۲	۰/۰۰۱
روان‌رنجوری به راهبردهای مثبت نظم‌جویی شناختی هیجان	-۰/۵۴	-۰/۳۷	۰/۰۷	-۷/۲۷	۰/۰۰۱
ترس از کووید-۱۹ به اضطراب سلامتی	۰/۳۵	۰/۳۵	۰/۰۴	۸/۱۶	۰/۰۰۱
نظام بازداری رفتاری به اضطراب سلامتی	۰/۲۳	۰/۱۱	۰/۰۹	۲/۴۵	۰/۰۱
راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان به اضطراب سلامتی	۰/۰۸	۰/۱۵	۰/۰۲	۳/۲۳	۰/۰۰۱
راهبردهای مثبت نظم‌جویی شناختی هیجان به اضطراب سلامتی	-۰/۰۰۵	-۰/۰۱	۰/۰۱	-۰/۲۶	۰/۷۹

همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد، به جز مسیر راهبردهای مثبت نظم‌جویی هیجان به اضطراب سلامتی، اثر مستقیم دیگر مسیرها همگی معنادار است. جهت برآورد معناداری مسیر غیرمستقیم از بوت استرپ در نرم افزار آموس^۱ استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

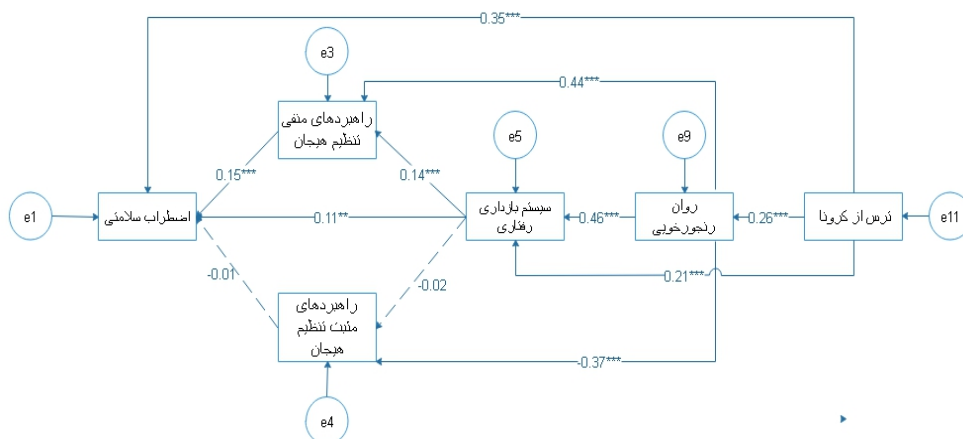
جدول ۴. نتایج بوت استرپ برای آزمون روابط غیرمستقیم

مسیرها	مقدار استاندارد	خطای استاندارد	حد پایین	حد بالا	سطح معناداری
ترس از کووید-۱۹ → روان‌رنجوری → نظام بازداری رفتاری → راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان → اضطراب سلامتی	۰/۱۲	۰/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۶	۰/۰۰۳
ترس از کووید-۱۹ → روان‌رنجوری → نظام بازداری رفتاری → راهبردهای مثبت نظم‌جویی شناختی هیجان → اضطراب سلامتی	۰/۱۲	۰/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹
ترس از کووید-۱۹ → روان‌رنجوری → نظام بازداری رفتاری	۰/۱۲	۰/۰۲	۰/۰۸	۰/۱۵	۰/۰۰۱
روان‌رنجوری → نظام بازداری رفتاری → راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان	۰/۰۶	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۱۰	۰/۰۰۳

1. Amos

۰/۶۳	۰/۰۲	-۰/۰۵	۰/۰۲	-۰/۰۱	روان‌رنجوری ← نظام‌بازداری رفتاری ← راهبردهای مثبت‌نظم‌جویی شناختی هیجان
۰/۰۰۶	۰/۰۴	۰/۰۰۸	۰/۰۱	۰/۰۲	نظام‌بازداری رفتاری ← راهبردهای منفی‌نظم‌جویی شناختی هیجان ← اضطراب سلامتی

همان‌طور که در جدول ۴ آمده است، مسیر ترس از کووید-۱۹ به اضطراب سلامتی با میانجی‌گری روان‌رنجوری، نظام‌بازداری رفتاری و راهبردهای منفی‌نظم‌جویی شناختی هیجان (۰/۱۲)، در سطح کوچکتر از ۰/۰۵ معنادار است. با توجه به اینکه صفر بیرون از این فواصل اطمینان قرار می‌گیرد، این روابط میانجی‌گر معنادار هستند. مسیر ترس از کووید-۱۹ به اضطراب سلامتی با میانجی‌گری روان‌رنجوری، نظام‌بازداری رفتاری و راهبردهای مثبت‌نظم‌جویی شناختی هیجان ($p=0/59$) و مسیر نظام‌بازداری رفتاری در رابطه روان‌رنجوری به راهبردهای مثبت‌نظم‌جویی شناختی هیجان ($p=0/63$)، معنادار نبود. علاوه بر این، نقش میانجی روان‌رنجوری در رابطه ترس از کووید-۱۹ به نظام‌بازداری رفتاری (۰/۱۲)، نقش میانجی بازداری رفتاری در رابطه روان‌رنجوری به راهبردهای منفی‌نظم‌جویی شناختی هیجان (۰/۰۶)، نقش میانجی راهبردهای منفی‌نظم‌جویی شناختی هیجان در رابطه نظام‌بازداری رفتاری به اضطراب سلامتی (۰/۰۲) معنادار بوده‌اند. شکل ۱، مدل پژوهش را نشان می‌دهد.



شکل ۱ الگوی روابط بین متغیرهای پژوهش

*** $p<0.001$; ** $p<0.01$

شاخص‌های برازندگی مدل شامل شاخص مربع خی دو ($\chi^2 = 7/15$)، مربع خی دو نسبی ($\chi^2/df = 3/57$)، شاخص نیکویی برازش ($GFI = 0/99$)، شاخص نیکویی برازش انطباقی ($AGFI = 0/94$)، شاخص برازش مقایسه‌ای ($CFI = 0/99$)، شاخص برازندگی افزایش ($IFI = 0/99$)، شاخص نرم شده برازندگی ($NFI = 0/98$)، و جذر میانگین مربعات خطای تقریب ($RMSEA = 0/07$) حاکی از برازش مدل است. بنابراین، مدل پژوهش حاضر از برازش خوبی برخوردار است.

نتیجه

این مطالعه با هدف تعیین نقش میانجی‌گری صفت روان‌رنجوری، نظام بازداری رفتاری و راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان در رابطه میان ترس از کووید-۱۹ و اضطراب سلامتی انجام شد، همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، این مدل از برازش خوبی برخوردار است. در این مطالعه همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، رابطه‌های مستقیم ترس از کووید-۱۹ به روان‌رنجوری، روان‌رنجوری به نظام بازداری رفتاری، نظام بازداری رفتاری به راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان و راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان به اضطراب سلامتی معنادار بودند. همچنین مطابق جدول ۳ نتایج بوت استرپ نشان داد که رابطه غیرمستقیم ترس از کووید-۱۹ با اضطراب سلامتی از طریق نقش میانجی‌گری صفت روان‌رنجوری، نظام بازداری رفتاری و راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان معنی‌دار بود.

یافته‌ها نشان می‌دهند که اضطراب سلامتی با ترس از کووید-۱۹ رابطه مثبت دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله با مطالعات لی و همکاران (Lee et al., 2020)، آهورسو و همکاران (Ahorsu et al., 2020a)، اصغری ابراهیم آباد و همکاران (Asghari Ebrahim Abad, Mazloomzadeh, et al., 2021) و مظلوم زاده و همکاران (Mazloomzadeh et al., 2021) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در زمان همه‌گیری کووید-۱۹، تاکید بسیار رسانه و محیط اجتماعی بر موضوع‌هایی حول این بیماری بوده و رعایت نکات بهداشتی مسئله‌ای بوده است که هر روزه مواجهه با آن صورت می‌گیرد که این باعث می‌شود احساسات جسمی تحت تاثیر این عوامل به بدترین شکل ممکن تفسیر شده و این خطای شناختی موجب می‌شود اضطراب سلامتی را در افراد افزایش یابد (Jungmann & Withöft, 2020).

یافته‌ها نشان می‌دهند که رابطه اضطراب سلامتی با راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان مثبت است. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی از جمله باردین و فرگاس (Bardeen & Fergus, 2014)، گورگن و همکاران (Görgen et al., 2014)، فرگاس و والتینر (Fergus & Valentiner, 2010)، دومارادزکا و فاجکوفسکا (Domaradzka & Fajkowska, 2018) و مظلوم زاده و همکاران (Mazloomzadeh et al.,)

2021) همخوانی دارد. در تبیین این رابطه می‌توان گفت که از آنجایی که اضطراب سلامتی می‌تواند ناشی از سو تعبیر احساسات جسمی به عنوان نشانه‌هایی از یک بیماری باشد (Abramowitz & Braddock, 2008)؛ بنابراین افرادی که در نظم‌جویی هیجان‌های خود موفق نیستند، در تله خطاهای شناختی افتاده و به علت تفسیرهای نادرستی که از احساسات جسمی خود دارند؛ نمی‌توانند شرایط هیجانی منفی خود را تعدیل کرده و به آن خاتمه دهند؛ در نتیجه اضطراب سلامتی‌شان افزایش خواهد یافت (Fergus & Valentiner, 2010; G. G. et al., 2014).

یافته‌ها نشان می‌دهند که اضطراب سلامتی با نظام بازداری رفتاری رابطه مثبت دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله چه و همکاران (Che et al., 2020)، مارکاریان و همکاران (Markarian et al., 2013) و اصغری ابراهیم آباد و همکاران (Asghari Ebrahim Abad, Mazloomzadeh, et al., 2021) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که نظام بازداری رفتاری همزمان با مهار رفتار در محیط، به دنبال ایجاد تعادل بین تعارض تقویت‌پاداش و مجازات است و صرفاً تلاش برای حل این تعارض خود می‌تواند منجر به واکنش‌های اضطرابی شود (Corr, 2005). از این رو می‌توان گفت که نظام بازداری رفتاری در شرایط همه‌گیری کووید-۱۹ درگیر تعارضات رفتاری شده و نمی‌تواند به درستی عمل نماید؛ در نتیجه فرد نمی‌تواند در تصمیم‌گیری‌هایش تمام جوانب را در نظر گرفته و سطح بالای فعالیت این نظام منجر به افزایش تجارب منفی و همچنین نظم‌جویی هیجانی ناسازگارانه بوده و باعث افزایش اضطراب سلامتی خواهد شد (Oguchi & Takahashi, 2019; Sun et al., 2020).

یافته‌ها نشان می‌دهند که اضطراب سلامتی با صفت روان‌رنجوری رفتاری رابطه مثبت دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله لی و همکاران (Lee et al., 2020) و نیکسویچ و همکاران (Nikčević et al., 2021) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت در واقع روان‌رنجوری یک عامل آسیب‌پذیر برای سایر مشکلات هیجانی است و از آنجایی که این صفت گرایش به تجربه‌ی هیجان‌های منفی مثل غم و اضطراب، افسردگی، بدبینی و بی‌ثباتی خلقی است، افراد روان‌رنجور ممکن است در شرایط بی‌ثباتی خلقی و اضطراب‌زا به طور بدبینانه، احساسات جسمانی خود را به مثابه یک بیماری تفسیر کرده که در نتیجه آن، اضطراب سلامتی‌شان افزایش می‌یابد (Fergus & Valentiner, 2010; G. G. et al., 2014).

یافته‌ها همچنین نشان می‌دهند که راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان رابطه مثبت معناداری با ترس از کووید-۱۹ دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله یانگمن و ویتهافت (Jungmann & Witthöft, 2020) و مظلوم زاده و همکاران (Mazloomzadeh et al., 2021) و اصغری ابراهیم آباد و همکاران (Asghari Ebrahim Abad et al., 2022) همسو است. به طور مثال در مطالعات اخیر نشان داده

شده است که شیوع این گونه ویروس‌های همه‌گیر، منجر به ایجاد ترس، تنش و اضطراب شده است و این شرایط موجب دشواری در به کارگیری راهبردهای نظم‌جویی هیجانی جهت کاهش میزان هیجان‌های منفی شده است (Dryman & Heimberg, 2018; Jungmann & Witthöft, 2020; Liu & Thompson, 2017). در تبیین این رابطه می‌توان گفت که با توجه به اینکه در دوران همه‌گیری ویروس کووید-۱۹، رسانه‌ها نقش فعالی را در اطلاع‌رسانی اخبار و حوادث ناشی از این همه‌گیری ایفا می‌کنند و این اطلاع‌رسانی‌ها، تحریک بالای فیزیولوژیکی و در نتیجه افزایش هیجان‌های منفی افراد را به دنبال خواهد داشت که منجر به موفق نبودن آن‌ها در تنظیم سازگاران هیجان‌هایشان خواهد شد (Jungmann & Witthöft, 2020).

یافته‌ها نشان می‌دهند که ترس از کووید-۱۹ با نظام بازداری رفتاری رابطه مثبت دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله هارمون جونز و وینکیلمان (Harmon-Jones & Winkielman, 2007)، یان و دیلارد (Yan & Dillard, 2010)، اصغری ابراهیم آباد و همکاران (Asghari Ebrahim Abad, Shirkhani, et al., 2021; Mazloomzadeh, et al., 2021) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجایی که همه‌گیری ویروس کووید-۱۹ به واسطه پیامدهایی که دارد، منجر به تجربه سطح بالایی از ناامیدی و ترس خواهد بود (Song et al., 2020)؛ از این رو می‌توان بیان کرد این ترس و ناامیدی بواسطه‌ی بیش فعالی دستگاه سمپاتیک بدن، تحریکات فیزیولوژیک بالایی را به همراه دارد که موجب افزایش هیجان‌های منفی شده و این عملیات مغزی متعاقباً در راستای کاهش اضطراب، باعث افزایش فعالیت نظام بازداری رفتاری خواهد شد.

یافته‌ها نشان می‌دهند که ترس از کووید-۱۹ با صفت روان‌رنجوری نیز رابطه مثبت دارد. این یافته با نتایج پژوهش نیکسویچ و همکاران (Nikčević et al., 2021) و لی و همکاران (Lee & Crunk, 2020) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجایی که دوران کووید-۱۹ با ترس از به خطر افتادن جان و به تبع آن با نگرانی‌های افراطی بهداشتی و رفتارهای افراطی ایمنی همراه است، گرایش افراد به تجربه‌ی هیجان‌های منفی مثل غم، اضطراب، افسردگی، بدبینی و بی‌ثباتی خلقی افزایش یافته (Nikčević et al., 2021) و افراد میزان بیشتری از روان‌رنجوری را تجربه خواهند کرد (Lee & Crunk, 2020).

همچنین یافته‌ها نشان می‌دهند که روان‌رنجوری با نظام بازداری رفتاری رابطه مثبت دارد. این یافته با اسمیتس و بئوک (Smits & Boeck, 2006) و سگارا و همکاران (Segarra et al., 2014) همسو است. در تبیین این یافته طبق نظریه گری می‌توان گفت از آنجایی که افراد روان‌رنجور نیمکره راست فعال‌تری دارند، عاطفه منفی و خلق و خوی پایین‌تری را تجربه می‌کنند و در این افراد فعالیت بالای مدار سپتو هیپوکامپ

راست، باعث می‌شود تا افراد شرایط حاکم را با انتظارات معمول خود مقایسه کرده و در صورت وجود تعارض، نظام بازداری رفتاری آن‌ها فعال شود و رفتار را متوقف کند (J. Gray, 1987; Gray & McNaughton, 2000; Gray et al., 1983; Gray, 1969, 1970, 1981; J. A. Gray, 1987). یافته‌ها نشان می‌دهند که بازداری رفتاری با راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان رابطه مثبت دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله کارلسون و همکاران (Carlson & Wang, 2007)، وو و همکاران (Wu et al., 2021)، سون و همکاران (Sun et al., 2020)، صباغ و همکاران (Sabbagh et al., 2023) و خوش فطرت و همکاران (Khoshfetrat et al., 2022) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، نظام بازداری رفتاری بالا منجر به بروز انگیزه‌های اجتنابی در زمینه پاسخ ناسازگارانه به هیجانات شده که منجر به پریشانی هیجانی می‌شود. بدین صورت که این سیستم احتمال توجه به اطلاعات تهدیدکننده را در فرد افزایش می‌دهد و اضطراب و هوشیاری بیش از حد او را بالا می‌برد که این امر به پریشانی هیجانی او ختم می‌شود. هنگامی که افراد نمی‌توانند هیجانات منفی را به درستی تنظیم کنند و در عوض تصمیم به سرکوب یا اجتناب از آن‌ها می‌گیرند، این امر سبب انباشته شدن و نهایتاً بازگشت این هیجانات شده که منجر به تجربه هیجانات منفی بیشتر و استفاده بیشتر از راهبردهای منفی تنظیم هیجان می‌شود (Sun et al., 2020; Wang et al., 2019).

یافته‌ها نشان می‌دهند که روان‌رنجوری با راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان رابطه مثبت دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های یانگ و همکاران (Yang et al., 2020) و آندرس و همکاران (Andrés et al., 2016) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجایی که صفت روان‌رنجوری با تجربه غم، افسردگی، اضطراب و بی‌ثباتی هیجانی همراه است، افراد نمی‌توانند از تجربه‌های ناخواسته و منفی خود اجتناب کنند و هیجان‌هایشان را به صورت موثری کنترل کنند، در نتیجه دست به راهبردهای منفی نظم‌جویی هیجان می‌زنند (M. R. Mazloomzadeh et al., 2022).

اما یافته مهم به دست آمده از پژوهش حاضر نقش میانجی‌گری راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان و بازداری رفتاری در رابطه ترس از کووید-۱۹ با اضطراب سلامتی بود که با فرضیه پژوهش حاضر مطابقت داشت. با توجه به پیشینه‌ی موجود می‌توان تبیین کرد که از آنجایی که استفاده از راهبردهای منفی نظم‌جویی هیجان در تجارب شدید هیجانی ممکن است ایجاد شود و یکی از مشکل‌های اصلی بوجود آمده ناشی از ترس از کووید-۱۹ است (Mazloomzadeh et al., 2021) و بازداری رفتار هم معمولاً در تجارب هیجانی شدید فعال شده و دیگر مشکل اصلی بوجود آمده ناشی از ترس از کووید-۱۹ (Asghari Ebrahim Abad, Shirkhani, et al., 2021; Abad, Mazloomzadeh, et al., 2021) است و

راهبردهای منفی نظم‌جویی هیجان (Mazloomzadeh et al., 2021) و بازداری رفتار (Asghari Ebrahim Abad, Mazloomzadeh, et al., 2021) هر دو اضطراب سلامتی را پیش‌بینی می‌کنند و همچنین بازداری رفتاری نیز نظم‌جویی هیجان را پیش‌بینی می‌کند (Khoshfetrat et al., 2022)، بنابراین هنگامی که ترس از کووید-۱۹ افزایش می‌یابد، فعالیت نظام بازداری رفتاری افزایش یافته و این امر سبب می‌شود فرد از راهبردهای منفی نظم‌جویی هیجان استفاده کرده و در نتیجه اضطراب سلامتی‌اش افزایش یابد. پس می‌توان نتیجه گرفت راهبردهای منفی نظم‌جویی هیجان و بازداری رفتاری در افراد می‌تواند نقش میانجی‌گری را در رابطه‌ی ترس از کووید-۱۹ و اضطراب سلامتی ایفا کند.

مطالعه حاضر با نشان دادن نقش واسطه‌ای نظم‌جویی شناختی هیجان و بازداری رفتاری در میزان ترس از کووید-۱۹، اضطراب سلامتی را پیش‌بینی می‌کند. بنابراین، تأکید بر اهمیت نقش هیجان‌ها و همچنین راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجانی و ارتباطی که نظام بازداری رفتاری با مهارت نظم‌جویی شناختی هیجانی دارد؛ این که بد عملکردی نظام بازداری رفتاری، منجر به استفاده از راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان در کنار آمدن با مشکلات هیجانی می‌شود و این مسئله که افزایش حالات روان‌رنجوری چگونه می‌تواند این مسیر غلط را در شرایط بحرانی مانند کووید-۱۹ فعال کند، می‌تواند باعث شود که به تدریج سازمان‌های آموزشی، مداخلاتی جهت افزایش خلق و خوی افراد و تشویق به شادابی و نشاط، آموزش راهبردهای صحیح نظم‌جویی شناختی هیجان و مدیریت بحران را در برنامه خود قرار دهند تا به افراد در غلبه بر مشکلات هیجانی‌شان از جمله اضطراب سلامتی در دوران کووید-۱۹ کمک کند.

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت. محدودیت اول این بود که پژوهشگران به علت افزایش شیوع همه‌گیری کووید-۱۹ و غیرحضور شدن اکثر فعالیت‌ها، مجبور به اجرای الکترونیکی پرسشنامه‌ها بودند، در نتیجه افرادی که دسترسی به اینترنت برایشان مشکل بود، در این مطالعه شرکت نکردند. همچنین معیارهای ورود بر اساس گزارش خود فرد مورد بررسی قرار گرفت، لذا ممکن است عدم صداقت برخی از آزمودنی‌ها بر یافته‌های این مطالعه تاثیر سو گذارد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده، از ابزار قابل اطمینانی برای صلاحیت آزمودنی‌ها جهت ورود به مطالعه استفاده شود.

References

- Abad, M. J. A. E., Shirkhani, M., Mazloomzadeh, M., Maghsoudi, S., & Salayani, F. Relationship between fear of coronavirus and death anxiety: Mediating role of behavioral inhibition system. *Anxiety*, 13, 14. <https://doi.org/10.22038/JFMH.2021.18582>.
- Abramowitz, J. S., & Braddock, A. (2008). *Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: A biopsychosocial approach*. Hogrefe publishing. <http://Amazon.com>.
- Ahmadzadeh, M., Ghamarani, A., Samadi, M., Shamsi, A., & Azizollah, A. (2013). The investigation of validity and reliability of a scale of perceived vulnerability to disease in Iran. *British Journal of Social Sciences*, 1(4), 43-51. URL: <http://www.bjss.baar.org.uk>.
- Ahorsu, D. K., Lin, C.-Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020b). The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. *International journal of mental health and addiction*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>.
- ALIPOUR, A., Ghadami, A., ALIPOUR, Z., & ABDOLLAHZADEH, H. (2020). Preliminary validation of the Corona disease anxiety scale (CDAS) in the Iranian sample. <https://doi.org/10.30473/hpj.2020.52023.4756> [In Persian].
- Andrés, M. L., Richaud de Minzi, M. C., Castañeiras, C., Canet-Juric, L., & Rodríguez-Carvajal, R. (2016). Neuroticism and depression in children: The role of cognitive emotion regulation strategies. *The Journal of genetic psychology*, 177(2), 55-71. <https://doi.org/10.1080/00221325.2016.1148659>.
- Asghari Ebrahim Abad, M. J., Karbalaee, H. R., Mazloomzadeh, M., Salayani, F., & Maghsoudi, S. (2022). Modeling Structural Equations for Predicting Death Anxiety Associated with COVID-19 Based on Mediating Roles of Emotion Regulation and Meaning in Life [Research(Original)]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 32(213), 92-102. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-18046-en.html>
- Asghari Ebrahim Abad, M. J., Mazloomzadeh, M., Shirkhani, M., Sabbagh, K., & Salayani, F. (2021). Predicting Health Anxiety Based on Fear of Covid-19 Mediated by Behavioral Activation and Inhibition System. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 28(3), 311-319. http://jsums.sinaweb.net/article_1387_05fbb0568aaab03057ba4926cb6ea200.pdf
- Asghari Ebrahim Abad, M. J., Shirkhani, M., Mazloomzadeh, M., Maghsoudi, S., & Salayani, F. (2021). Relationship between fear of Coronavirus and death anxiety: Mediating role of behavioral inhibition system. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 23(3), 215-225. <https://doi.org/10.22038/jfmh.2021.18582>
- Asmundson, G. J., Abramowitz, J. S., Richter, A. A., & Whedon, M. (2010). Health anxiety: current perspectives and future directions. *Current psychiatry reports*, 12(4), 306-312. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0123-9>.
- Asmundson, G. J., & Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of anxiety disorders*, 71, 102211. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102211>.
- Bailer, J., Kerstner, T., Witthöft, M., Diener, C., Mier, D., & Rist, F. (2016). Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(2), 219-239. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1036243>.

- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2014). An examination of the incremental contribution of emotion regulation difficulties to health anxiety beyond specific emotion regulation strategies. *Journal of anxiety disorders*, 28(4), 394-401. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.03.002>.
- Blakey, S. M., & Abramowitz, J. S. (2017). Psychological predictors of health anxiety in response to the Zika virus. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 24(3-4), 270-278. <https://doi.org/10.1007/s10880-017-9514-y>.
- Bogoch, I. I., Watts, A., Thomas-Bachli, A., Huber, C., Kraemer, M. U., & Khan, K. (2020). Pneumonia of unknown aetiology in Wuhan, China: potential for international spread via commercial air travel. *Journal of travel medicine*, 27(2), <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa008>.
- Braddock, K. H., Dillard, J. P., Voigt, D. C., Stephenson, M. T., Sopory, P., & Anderson, J. W. (2011). Impulsivity partially mediates the relationship between BIS/BAS and risky health behaviors. *Journal of personality*, 79(4), 793-810. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2011.00699.x>.
- Bults, M., Beaujean, D. J., de Zwart, O., Kok, G., van Empelen, P., van Steenberghe, J. E., Richardus, J. H., & Voeten, H. A. (2011). Perceived risk, anxiety, and behavioural responses of the general public during the early phase of the Influenza A (H1N1) pandemic in the Netherlands: results of three consecutive online surveys. *BMC public health*, 11(1), 2. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-2>.
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Hunan Between January and March 2020 During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e924171-924171. <https://doi.org/10.12659/MSM.924171>.
- Carlson, S. M., & Wang, T. S. (2007). Inhibitory control and emotion regulation in preschool children. *Cognitive Development*, 22(4), 489-510. <https://doi.org/10.1016/j.cogdev.2007.08.002>.
- Carver, C. S., & White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 319. <https://psycnet.apa.org/buy/1995-00067-001>.
- Che, Q., Yang, P., Gao, H., Liu, M., Zhang, J., & Cai, T. (2020). Application of the Chinese Version of the BIS/BAS Scales in Participants With a Substance Use Disorder: An Analysis of Psychometric Properties and Comparison With Community Residents. *Frontiers in Psychology*, 11, 912. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00912>.
- Corr, P. J. (2005). Erratum to "Reinforcement sensitivity theory and personality" [Neuroscience and Biobehavioral Reviews (2004) 317-332]☆. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 8(28), 875. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.10.001>.
- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of personality disorders*, 4(4), 362-371. <https://doi.org/10.1521/pedi.1990.4.4.362>.

- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological assessment*, 4(1), 5. <https://psycnet.apa.org/buy/1992-25763-001>.
- Delavar, A. B., M. Kashef, H. (1393). For the selection of candidates to enter the five-factor NEO-FFI test of Amin University of Police Sciences. *Naja human resources*, 5(35), 105-122. <https://civilica.com/doc/1745508>. [In Persian].
- Domaradzka, E., & Fajkowska, M. (2018). Cognitive emotion regulation strategies in anxiety and depression understood as types of personality. *Frontiers in psychology*, 9, 856. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00856>.
- Dryman, M. T., & Heimberg, R. G. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: A systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical Psychology Review*, 65, 17-42. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.004>.
- Duncan, L. A., Schaller, M., & Park, J. H. (2009). Perceived vulnerability to disease: Development and validation of a 15-item self-report instrument. *Personality and Individual Differences*, 47(6), 541-546. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.05.001>.
- Fergus, T. A., & Valentiner, D. P. (2010). Disease phobia and disease conviction are separate dimensions underlying hypochondriasis. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41(4), 438-444. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.05.002>.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Leiderdorp, The Netherlands: DATEC*. <https://doi.org/10.1177/1073191110397>.
- Gaygisiz, Ü., Gaygisiz, E., Özkan, T., & Lajunen, T. (2012). Individual differences in behavioral reactions to H1N1 during a later stage of the epidemic. *Journal of infection and public health*, 5(1), 9-21. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2011.09.008>.
- Goñi-Balentiaga, O., Garmendia, L., Labaka, A., Lebeña, A., Beitia, G., Gómez-Lázaro, E., & Vegas, O. (2020). Behavioral coping strategies predict tumor development and behavioral impairment after chronic social stress in mice. *Physiology & behavior*, 214, 112747. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2019.112747>.
- Görge, S. M., Hiller, W., & Witthöft, M. (2014). Health anxiety, cognitive coping, and emotion regulation: A latent variable approach. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(2), 364-374. <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9297-y>.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54. <http://dx.doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>.
- Gray, J. (1987). The psychology of fear and stress. Cambridge University Press. New York. <http:// Amazon.com>.
- Gray, J., & McNaughton, N. (2000). The Neuropsychology of Anxiety. Oxford University Press. New York, 72-82. <http:// Amazon.com>.
- Gray, J., Owen, S., Davis, N., & Tsaltas, E. (1983). Psychological and physiological relations between anxiety and impulsivity. *Biological bases of sensation seeking, impulsivity, and anxiety*, 181-217. <http:// Amazon.com>.
- Gray, J. A. (1969). An arousal-decision model for partial reinforcement and discrimination learning. *Animal discrimination learning*. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1573105974522725376>.

- Gray, J. A. (1970). The psychophysiological basis of introversion-extraversion. *Behaviour research and therapy*, 8(3), 249-266. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(70\)90069-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(70)90069-0)
- Gray, J. A. (1981). A critique of Eysenck's theory of personality. In *A model for personality* (pp. 246-276). Springer. [http:// Amazon.com](http://Amazon.com).
- Gray, J. A. (1987). Perspectives on anxiety and impulsivity: A commentary. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(87\)90036-5](https://doi.org/10.1016/0092-6566(87)90036-5).
- Haren, E. G., & Mitchell, C. W. (2003). Relationships between the Five-Factor Personality Model and coping styles. *Psychology and Education: An Interdisciplinary Journal*. <https://psycnet.apa.org/record/2003-03512-010>.
- Harmon-Jones, E., & Winkielman, P. (2007). Asymmetrical frontal cortical activity, affective valence, and motivational direction. *Social neuroscience: Integrating biological and psychological explanations of social behavior*, 137-156. [http:// Amazon.com](http://Amazon.com).
- Hasani, Jafari, Salehi, Samerand, & azad, R. (2012). Psychometric properties of the Jackson five-factor questionnaire: Scales of revised sensitivity theory to reinforcement. *Quarterly Journal of Mental Health Research*, 6(3), 60-73. <https://www.sid.ir/paper/134010/fa> [In Persian].
- Hasani, J. (2010). The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *Journal of Clinical Psychology*, 2(3), 73-84. <http://doi/10.22075/JCP.2017.2031>. [In Persian].
- Jalloh, M. F., Li, W., Bunnell, R. E., Ethier, K. A., O'Leary, A., Hageman, K. M., Sengeh, P., Jalloh, M. B., Morgan, O., & Hersey, S. (2018). Impact of Ebola experiences and risk perceptions on mental health in Sierra Leone, July 2015. *BMJ global health*, 3(2), e000471. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000471>.
- Jungmann, S. M., & Withöft, M. (2020). Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety? *Journal of Anxiety Disorders*, 102239. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102239>.
- Khoshfetrat, A., Scully, D., & Fassbender, C. (2022). Effects of behavioral inhibition/activation systems on anger rumination and anger expression through Difficulty in Emotion Regulation. *Personality and individual differences*, 191, 111574. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111574>.
- Kimbrel, N. A., Nelson-Gray, R. O., & Mitchell, J. T. (2012). BIS, BAS, and bias: The role of personality and cognitive bias in social anxiety. *Personality and Individual Differences*, 52(3), 395-400. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.10.041>.
- Lee, S. A., & Crunk, E. A. (2020). Fear and psychopathology during the COVID-19 crisis: neuroticism, hypochondriasis, reassurance-seeking, and coronaphobia as fear factors. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 0030222820949350. <https://doi:10.1177/0030222820949350>.
- Lee, S. A., Jobe, M. C., Mathis, A. A., & Gibbons, J. A. (2020). Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 74, 102268. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102268>.
- Liu, D. Y., & Thompson, R. J. (2017). Selection and implementation of emotion regulation strategies in major depressive disorder: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 57, 183-194. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.07.004>.

- Lu, H., Stratton, C. W., & Tang, Y. W. (2020). Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. *Journal of medical virology*, 92(4), 401-402. <https://doi.org/10.1002/jmv.25678>.
- Main, A., Zhou, Q., Ma, Y., Luecken, L. J., & Liu, X. (2011). Relations of SARS-related stressors and coping to Chinese college students' psychological adjustment during the 2003 Beijing SARS epidemic. *Journal of counseling psychology*, 58(3), 410. <https://doi.org/10.1002/jmv.25678>.
- Markarian, S. A., Pickett, S. M., Deveson, D. F., & Kanona, B. B. (2013). A model of BIS/BAS sensitivity, emotion regulation difficulties, and depression, anxiety, and stress symptoms in relation to sleep quality. *Psychiatry research*, 210(1), 281-286. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.004>.
- Mazloomzadeh, M., Asghari Ebrahim Abad, M. J., Shirkhani, M., Zamani Tavousi, A., & Salayani, F. (2021). Relationship between Corona virus anxiety and health anxiety: Mediating role of emotion regulation difficulty. *Journal of Clinical Psychology*, 13(Special Issue 2), 111-120. <http://doi.org/10.22075/JCP.2021.21977.2024> [In Persian].
- Mazloomzadeh, M., Mashhadi, A., & Hosseini, S. R. (2022a). Prediction of death anxiety through fear of COVID-19, neuroticism, behavioral inhibition system and uncertainty intolerance. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. http://journal-counselling.iaau.ac.ir/article_689256_53d2d7d8b122e82e49d3cc0060dd26ea.pdf [In Persian].
- Mazloomzadeh, M., Mashhadi, A., & Hosseini, S. R. (2022b). Prediction of death anxiety through fear of COVID-19, neuroticism, behavioral inhibition system and uncertainty intolerance. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. <https://profdoc.um.ac.ir/paper-abstract-1092269.html>.
- Mazloomzadeh, M. R., Ghanbari Hashemabadi, B. A., & Jahangiri, A. (2022). The Relationship between Personality Characteristics and Life Satisfaction with the Mediating Role of Emotional Intelligence. *Journal of Excellence in counseling and psychotherapy*, 10(40), 88-103. http://journal-counselling.iaau.ac.ir/article_689256_53d2d7d8b122e82e49d3cc0060dd26ea.pdf
- McKay, D., & Asmundson, G. J. (2020). COVID-19 stress and substance use: Current issues and future preparations. *Journal of Anxiety Disorders*. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102274>.
- Mohammadi, N. (2008). The psychometric properties of the Behavioral Inhibition System (BIS) and Behavioral Activation System (BAS) scales among students of Shiraz University. <http://doi.org/10.1001.1.23452188.1387.6.1.6.7> [In Persian].
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Ebrahimi, M., & Jarvandi, S. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health and quality of life outcomes*, 1(1), 14. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-66>.
- Muris, P., Meesters, C., & Spinder, M. (2003). Relationships between child-and parent-reported behavioural inhibition and symptoms of anxiety and depression in normal adolescents. *Personality and Individual Differences*, 34(5), 759-771. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00069-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00069-7).
- Nargesi, F., Izadi, F., Kariminejad, K., & Rezaii, S. A. (2017). The investigation of the reliability and validity of Persian version of Health anxiety questionnaire in students of

- Lorestan University of Medical Sciences. <https://doi.org/10.22054/jem.2017.19621.1495> [In Persian].
- Nikčević, A. V., Marino, C., Kolubinski, D. C., Leach, D., & Spada, M. M. (2021). Modelling the contribution of the Big Five personality traits, health anxiety, and COVID-19 psychological distress to generalised anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic. *Journal of affective disorders*, 279, 578-584. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.053>.
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2007). The neural architecture of emotion regulation. *Handbook of emotion regulation*, 1(1), 87-109. <https://psycnet.apa.org/record/2007-01392-005>.
- Oguchi, M., & Takahashi, F. (2019). Behavioral inhibition/approach systems constitute risk/protective pathways from ADHD symptoms to depression and anxiety in undergraduate students. *Personality and Individual Differences*, 144, 31-35. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.02.033>.
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*, 33(2). <http://doi:10.1136/gpsych-2020-100213>.
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of psychiatry*, 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>.
- Ramos, C. (2020). Covid-19: la nueva enfermedad causada por un coronavirus. *Salud Pública de México*, 62(2, Mar-Abr), 225-227. <https://doi.org/10.21149/11276>.
- Sabbagh, K., Mazloomzadeh, M., Tavousi, Z., & Mashhadi, A. (2023). Predicting psychological well-being through the path of fear of Covid-19, behavioral inhibition system, and negative emotion regulation strategies. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 30(1), 64-77. https://jsums.medsab.ac.ir/article_1540.html?lang=en [In persian].
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. (2001). Meaning, misinterpretations, and medicine: A cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis. <https://psycnet.apa.org/record/2001-00239-009>.
- Segarra, P., Poy, R., López, R., & Moltó, J. (2014). Characterizing Carver and White's BIS/BAS subscales using the Five Factor Model of personality. *Personality and individual differences*, 61, 18-23. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.12.027>.
- Smits, D. J., & Boeck, P. (2006). From BIS/BAS to the big five. *European journal of personality*, 20(4), 255-270. <https://doi.org/10.1002/per.583>.
- Sohrabi, C., Alsafi, Z., O'Neill, N., Khan, M., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., & Agha, R. (2020). World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *International Journal of Surgery*. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.02.034>.
- Song, K., Li, T., Luo, D., Hou, F., Bi, F., Stratton, T. D., Kavcic, V., Jiao, R., Xu, R., & Yan, S. (2020). Psychological Stress and Gender Differences during COVID-19 Pandemic in Chinese Population. *medRxiv*. <http://doi:10.1186/s12889-020-10085-w>.
- Sun, J., Luo, Y., Chang, H., Zhang, R., Liu, R., Jiang, Y., & Xi, H. (2020). The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation in BIS/BAS Sensitivities, Depression, and Anxiety Among Community-Dwelling Older Adults in China. *Psychology Research*

- and *Behavior Management*, 13, 939. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/PRBM.S269874>.
- Taylor, S. (2022). The psychology of pandemics. *Annual review of clinical psychology*, 18(1), 581-609. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072720-020131>
- Tull, M. T., Barrett, H. M., McMillan, E. S., & Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior therapy*, 38(3), 303-313. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.10.001>.
- Wang, X., Zhang, R., Chen, X., Liu, K., Wang, L., Zhang, J., Liu, X., & Feng, Z. (2019). Psychopathological correlates and emotion regulation as mediators of approach and avoidance motivation in a Chinese military sample. *Frontiers in psychiatry*, 10, 149. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00149>.
- Witthöft, M., & Hiller, W. (2010). Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 257-283. <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131505>.
- Wu, R., Huang, J., Ying, J., Gao, Q., Guo, J., & You, J. (2021). Behavioral inhibition/approach systems and adolescent nonsuicidal self-injury: The chain mediating effects of difficulty in emotion regulation and depression. *Personality and individual differences*, 175, 110718. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110718>.
- Yan, C., & Dillard, J. P. (2010). Emotion inductions cause changes in activation levels of the behavioural inhibition and approach systems. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 676-680. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.12.002>.
- Yang, J., Mao, Y., Niu, Y., Wei, D., Wang, X., & Qiu, J. (2020). Individual differences in neuroticism personality trait in emotion regulation. *Journal of affective disorders*, 265, 468-474. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.086>.
- Yousefi, B., Valizadeh, S., Ghaffari, H., Vahedi, A., Karbalaee, M., & Eslami, M. (2020). A global treatments for coronaviruses including COVID-19. *Journal of Cellular Physiology*. <https://doi.org/10.1002/jcp.29785>.



The Effectiveness of Community-Based Treatment with Methadone Agonist on the Executive Functions of Substance Users undergoing Compulsory Treatment in Kerman Province

Khosro Ahmadzadeh Shahidian

PhD Candidate of Psychology, Department of Education and Psychology, Islamic Azad University, Zarand Branch, Kerman, Iran. Email: khosro.ahmadzadehshahidian@iau.ir

Mitra Kamyabi

Assistant Professor, Department of Education and Psychology, Islamic Azad University, Kerman Branch, Kerman, Iran. (Corresponding Author), Email: m.kamyabi@iauk.ac.ir

Received: 2022-12-07	Revised: 2023-05-02	Accepted: 2023-06-06	Published: 2023-06-21
Citation: Ahmadzadeh Shahidian, K., & Kamyabi, M. (2024). The Effectiveness of Therapeutic Community-based Treatment with Methadone agonist on the Executive functions of Substance abusers of Compulsory treatment in Kerman province. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 14(1), 113-130. doi: 10.22067/tpccp.2023.70174.1099			

Abstract

Introduction: Substance use disorder (SUD) or drug addiction is known to be chronic and recurrent. The disorder is characterized by such issues as compulsive behavioral pattern of searching and using drugs, intense damages, negative emotions in the abstinence periods, inability in control and tolerance, and unknown usage. Despite of all the negative features and intense damages, the disorder is one of the major problems of all societies. Like all other mental disorders and physical diseases, several factors contribute to the disorder. Therefore, if we consider only one factor and ignore others for treating the addiction, the success of treatment is greatly mitigated. Community-based treatment with methadone agonist drug, as a type community-based treatment approach, has been used for treating the disorder. In this kind of treatment, maintenance program with morphine-like substances is added to community-based treatment. The treatment is designed for those who cannot receive each of the treatments alone. Therefore, a combination of the two methods is applied for achieving better results. Taking the issue into consideration, this study tried to see the effectiveness of community-based treatment with the agonist drug methadone on the executive functions of substance users undergoing compulsory treatment in Kerman province.

Method: The semi-experimental study used pre-test and post-test design, enjoying control group. The statistical population included all patients who have been trying to quit at least one of the drugs except for nicotine and alcohol. The community populated 3582 patients, all kept in the compulsory treatment center for drug addicts in Kerman from 2019 to 2020. Selected from this community by applying purposeful sampling method, the sample consisted of 30 substance users arrested to be treated using compulsory intervention. The criteria for the inclusion of participants were being diagnosed with substance use disorder, ranged age from 18 to 60 years old, not prohibited completely from being accepted in one of the centers, having a legal guardian or real/legal representative, high severity of addiction, injection use, failure of being treated by other methods, high dysfunction in various functional issues, and lack of progress in treatment with other methods. In the implementation



phase, all participants undergoing behavioral therapy received daily methadone agonist and individual psychological treatment for a 45-minute session per week. For this phase, Barlow's CBT model was used and for evaluating the executive function, Barkley Deficits in Executive Functioning Scale (2011) was used.

Results: The results showed that there is a significant difference between experimental and control groups in terms of the scores of self-management, self-organization, self-control, self-motivation, and emotional self-regulation over time ($p < 0.01$). Pre-test effect was controlled in this analysis. The results showed that there is a significant difference between the experimental and control groups in terms of the remaining average scores of the variables ($p < 0.01$) after controlling the effect of the pre-test. The group effect for 5 variables were 0.45, 0.421, 0.473, 0.295, and 0.288, respectively. Moreover, the statistical power showed that the size of the sample is enough and type II error is low. In general, community-based treatment with the agonist drug methadone has a significant impact on improving the executive functions of substance abusers undergoing compulsory treatment. Substance users who had taken compulsory community-based treatment with the agonist drug methadone in comparison with participants of control group who had not received the treatment showed lower executive function scores of time management, self-organization, self-control, self-motivation, and self-regulation. The treatment influenced most the self-control and self-management over time, with effect sizes 0.473 and 0.45, respectively.

Discussion and Conclusion: The results confirmed the effectiveness of community-based treatment with the agonist drug methadone on the executive functions of substance abusers undergoing compulsory treatment in Kerman province. The results are in line with the findings of Aghayousfi et al. (2020). They showed that a combination of behavioral-cognitive treatment, methadone treatment, and protocol of the Narcotics Anonymous improves the executive functions of substance users who are quitting. Since this study focused only on substance users in compulsive centers of Kerman, the results are limited in terms of the ability of generalization to other substance users. It is suggested that future researchers investigate the effectiveness of community-based treatment with the agonist drug methadone on other variables that impact mental health and choose adolescent and female substance users as their research population.

Keywords: Community-based Treatment with Methadone Agonist, Executive Functions, Substance Abusers, Compulsory Treatment

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

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

مقاله پژوهشی



دسترسی آزاد

تعیین اثربخشی درمان اجتماع مدار همراه با داروی آگونیست متادون بر کارکردهای اجرایی سوء مصرف کنندگان مواد تحت درمان اجباری استان کرمان

خسرو احمدزاده شهیدیان ^{id}

دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنند، کرمان، ایران.
khosro.ahmadzadehshahidian@iau.ir

میترا کامیابی ^{id}

استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان، کرمان، ایران. (نویسنده مسئول)، m.kamyabi@iauk.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۱۶	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۲/۱۲	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۶	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۳/۳۱
استناد: احمدزاده شهیدیان، خسرو؛ کامیابی، میترا. (۱۴۰۳). تعیین اثربخشی درمان اجتماع مدار همراه با داروی آگونیست متادون بر کارکردهای اجرایی سوء مصرف کنندگان مواد تحت درمان اجباری استان کرمان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۴(۱)، ۱۳۰-۱۱۳. doi: 10.22067/tpccp.2023.70174.1099			

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به دنبال تعیین اثربخشی درمان اجتماع مدار همراه با داروی آگونیست متادون بر کارکردهای اجرایی مصرف کنندگان مواد تحت درمان اجباری استان کرمان در سال‌های ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ بوده است.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام مددجویان درحال ترک با سابقه مصرف حداقل یکی از مواد به جز نیکوتین و الکل بودند که در مرکز موضوع ماده ۱۶ کرمان در سالهای ۹۹-۱۳۹۸ نگهداری و به تعداد ۳۵۸۲ نفر می‌باشند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از این افراد بود که با روش نمونه گیری هدفمند از معنادین موضوع ماده ۱۶ (متجاهر) دارای حکم دستگیری انتخاب گردیده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش، درمان اجتماع مدار همراه با داروی آگونیست متادون را دریافت کرده و گروه کنترل فقط درلیست انتظار دریافت درمان قرار گرفت. ابزار این پژوهش پرسشنامه نارسایی در کنشوری اجرایی بارکلی (۲۰۱۱) بوده است.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که درمان اجتماع مدار همراه با داروی آگونیست متادون بر کاهش نمرات کنش اجرایی خود مدیریتی زمان، خود سازماندهی، خود کنترلی، خود انگیزشی و خودنظم جویی تاثیر معنادار داشته است و مصرف کنندگان مواد موضوع ماده ۱۶، در مقایسه با گروه کنترل که درمانی دریافت نکرده بودند، نمرات کنش اجرایی خود مدیریتی زمان، خود سازماندهی، خود کنترلی، خود انگیزشی و خودنظم جویی پایین تری داشتند و درمان بر روی خود کنترلی و خود مدیریتی زمان به ترتیب با اندازه اثر ۰/۴۷۳ و ۰/۴۵ بیشترین تاثیر را داشته است.

واژه‌های کلیدی: درمان اجتماع مدار همراه با داروی آگونیست متادون، کارکردهای اجرایی، سوء مصرف کنندگان مواد، درمان اجباری

مقدمه

اعتیاد^۱ به مواد مخدر نوعی اختلال عودکننده مزمن^۲ است که با الگوی اجباری رفتار جستجوی مواد مخدر و مصرف مواد مخدر علی رغم آسیب های شدید، حالت عاطفی منفی در هنگام پرهیز و نقص در کنترل مصرف مواد مخدر مشخص می شود (Koob & Volkow, 2016; Robinson & Berridge, 1993)، که همچنان یکی از مهمترین مشکلات بهداشت عمومی در جهان است. واز مهمترین مضرات سلامت در تمامی کشورها می باشد؛ هزینه هایی که اعتیاد بر دوش فرد، خانواده و جامعه می گذارد با هیچ اختلال دیگری قابل مقایسه نیست. این بیماری همانند سایر بیماری های روانی ازچندین عامل سرچشمه می گیرد. بنابراین اگر در درمان اعتیاد تنها یکی از عوامل مدنظر قرار گیرد و از سایر عوامل چشم پوشی شود، احتمال موفقیت در درمان به شدت کاهش خواهد یافت. امروزه اختلال های وابسته به مواد و پیامدهای ناخوشایند ناشی از آن یکی از مشکلات سلامت عمومی در جهان به شمار می آید (Anderson et al., 2006). اعتیاد از مهمترین مشکلات پزشکی، اجتماعی، اقتصادی و سلامت عمومی جوامع می باشد (Raes et al., 2012). امروزه مفهوم اعتیاد فقط محدود به مصرف مواد مخدر نمی شود بلکه به تمامی رفتارهای تکرارشونده که مشکل آفرین می باشد اطلاق می شود (Moghanibashi-mansourieh et al., 2017).

یکی از آسیب های روانشناختی اعتیاد، آسیب به کارکردهای اجرایی^۳ می باشد (Glass et al., 2009). کارکردهای اجرایی به قابلیت هایی اطلاق می شود که فرد را به ایجاد الگوی رفتار جدید و فکر کردن و بازبینی افکار توانا می سازد. این قابلیت ها در موقعیتهای ناآشنا بسیار موردنیاز است، جایی که فرد نمی داند باید چه کند، یا موقعیت هایی که روش های ایجادشده قبلی رفتار، دیگر مفید و مناسب نیستند؛ کارکردهای اجرایی نقش مهمی در انعطاف پذیری شناختی و کنترل هیجان و عمل دارد و برای زندگی روزمره بسیار حیاتی است (Connolly et al., 2012). مواد محرک باعث آسیب هایی به مناطق پیشانی، گیجگاهی و مناطق زیرقشری مغز می شود، به علاوه مصرف این مواد با نقص هایی دریادگیری، یادآوری تأخیری، پردازش اطلاعات و حافظه کاری همراه است. نقص در این توانایی به عنوان عامل خطری برای ابتلا به اعتیاد شناخته می شود. آسیب های روان عصب شناختی ناشی از عود مصرف از مهمترین آسیب های ناشی از مصرف مواد است (Heaton, 1981). از طرفی، کارکردهای اجرایی با تأثیرگذاری در توانایی حل مسئله، انعطاف پذیری شناختی، دنبال کردن هدف و دیگر توانمندی های شناختی می تواند منجر به

1 Addiction

2 Chronic Recurrent Disorder

3 Executive Function

عدم آسیب پذیری و عدم کاهش توانایی‌های مقابله‌ای فرد در عود و ولع مصرف شود (Golestani, 2015). درمان اعتیاد به مواد افیونی^۱ با رشد درمان‌های نگهدارنده مانند متادون^۲، بوپره نورفین^۳ و نالتراکسان^۴ رشد مناسبی داشته است اما در درمان مواد محرک هنوز درمان نگهدارنده‌ای وجود ندارد و تمرکز عمده بر درمان‌های روانشناختی می‌باشد (Lezak et al., 2004). مروری بر پژوهش‌های مرتبط با اعتیاد نشان داده است که دوسوم افراد درمان شده در مدت سه ماه بازگشت نموده‌اند و مصرف مواد را از سر گرفته‌اند (Williams & Dritschel, 1988). در درمان معتادین، در صورتی که روش‌های متعددی برای درمان اعتیاد در دسترس افراد باشد انگیزه مراجع بالاتر رفته و ترس او از شکست و بی‌نتیجه ماندن درمان، کاهش خواهد یافت؛ در درمان اعتیاد، آنچه اهمیت دارد این موضوع است که فرد مصرف‌کننده براساس شرایط و مشخصات خود، به برنامه درمانی مناسبی هدایت شود. اعتقاد بسیاری بر این است که مداخله درمانی موفقیت آمیز برای درمان اعتیاد به مواد مخدر میزان بالای ولع مصرف و عود را کاهش می‌دهد (Lee et al., 2021). درمان‌های غیر دارویی اعم از درمان‌های روانشناختی و مداخلات اجتماعی نیز عنصر مهمی در درمان اعتیاد می‌باشد که به مدت زمان طولانی نیاز دارد. حقیقت آن است که این افراد به علت ضعف در مهارت‌ها و توانمندی‌های خاص دچار اعتیاد شده‌اند و درمان‌های دارویی و سم‌زدایی قسمتی از نیازمندی‌های آنان را برطرف می‌سازد و در کنار این درمان‌ها ضروری است که بیماران تغییراتی در سبک زندگی خود ایجاد کنند (Aghayousefi et al., 2020). درمان اجتماع مدار همراه با داروی آگونست متادون^۵ یک شاخه از رویکرد اجتماع درمان مدار^۶ است که در آن به برنامه مذکور، برنامه نگهدارنده با مواد شبه مرفینی نیز اضافه شده است. هدف این است تا بیمارانی که نمی‌توانند از هر کدام از برنامه‌ها به تنهایی بهره‌جویند با تلفیق این دو برنامه به نتایج درمانی بهتری دست یابند. این برنامه مخصوص بیماران با شدت بالای بیماری و عدم پاسخ به هر کدام از درمان‌ها به تنهایی می‌باشد (Welfare Organization, 2017). اجبار قانونی روش رایج دیگری برای اعمال نفوذ در درمان مصرف‌کنندگان موادی که راغب به درمان نیستند، بوده است (Perron & Bright, 2008). مطالعه بحث و مشاجرات درخصوص موافقت یا مخالفت با درمان اجباری مصرف‌کنندگان مواد طی چندین دهه ادامه داشته است (Stevens et al., 2005). همچنین با وجود مقالات علمی محدود برای ارزیابی درمان دارویی اجباری، شواهد نشان دهنده نتایج بهبود مربوط به رویکردهای درمان

1 Opioid Drug

2 Methadone

3 Buprenorphine

4 Naltrexone

5 MTC (Modified Therapeutic Community)

6 TC (Residential Therapeutic Community)

اجباری نیستند؛ و با توجه به پتانسیل نقض حقوق بشر در مراکز درمانی اجباری، روشهای درمانی غیر اجباری باید در اولویت سیاست‌گذاری قرار گیرند که به دنبال کاهش آسیب‌های مرتبط با مواد مخدر هستند (Werb et al., 2016). در کشور ایران نیز پس از پیروزی انقلاب، رویکرد مبارزه با مواد مخدر شدت گرفت (Madani et al., 2011). در طی سه دهه گذشته، دستگیری معتادان، تبعید معتادان به جزیره، اجرای طرح‌های مختلف با عناوین متفاوت درمان پلیس‌مدار، طرح نجات، طرح افزایش امنیت اجتماعی با رویکرد جمع‌آوری معتادان پرخطر، اجرای مقدماتی دادگاه درمان‌مدار^۱ برای معتادان و نگهداری معتادان در مراکز دولتی، گویای آن بوده است که همواره مولفه اجبار نقش محوری در سیاست‌ها و برنامه‌های مختلف درمانی اعتیاد در سطح کشور داشته است (Moghanibashi-Mansourieh & Deilamizade, 2014). در ایران افزایش شیوع سوء مصرف مواد^۲ در طی دهه اخیر در کنار افت شدید کیفیت زندگی معتادان که تحت تأثیر تحریم‌های اقتصادی بوده است، موجب شده سیاست‌گذاران، مسئولان و نیروی انتظامی برای مقابله با حجم زیاد معتادان و ابراز نارضایتی شدید مردم، به طور مستمر اقدام به جمع‌آوری معتادان متجاهر از سطح خیابان‌ها و محله‌های آسیب‌خیز شهر نمایند (Rahimi-Movaghar et al., 2011). گذار از بعد دستگیری و نگهداری به بعد درمان معتادین همواره از اهداف متولیان امر رسیدگی به سلامت جامعه بوده است و ضرورت نگاه درمانی به بیماران اعتیاد و یا دارای اختلال سوء مصرف مواد بیش از پیش پررنگ شده است، این تفکیک چشم انداز، از ارزیابی یک مصرف کننده به عنوان مجرم تا مددجوی درمان سبب گردیده سالیانه تعداد زیادی از معتادین متجاهر که راغب حضور داوطلبانه در درمان نیستند، با طرح‌های دستگیری به مراکز نگهداری، کاهش آسیب و درمان موضوع ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر کشور ارجاع داده شوند تا بلکه جایگزین زندان برای آنها تلقی گردیده و درمان در اولوی بالتر از نگهداری قرار گیرد. اما آنچه که اهمیت پژوهش‌های حوزه درمان اجباری را بیشتر منعکس می‌کند میزان اثربخشی این درمان بر کارکرد های از دست رفته معتادان مشمول این درمان می‌باشد. به همین منظور و با توجه به استفاده روزافزون از درمان اجباری^۳ در کشور، هدف از این مطالعه بررسی درمان اجباری از جنبه‌های گوناگون و گزارش‌های پژوهشی انجام شده در خصوص اثربخشی و کارایی این روش درمانی است. لذا پژوهش حاضر به دنبال بررسی این مساله است که آیا درمان اجتماع مدار همراه با دریافت داروی آگونیست متادون بر کارکردهای اجرایی مصرف

1 Drug Court

2 Substance Use Disorder

3 Compulsory Treatment

کنندگان مواد تحت درمان اجباری استان کرمان اثربخش است یا خیر، تا بدین ترتیب تعیین شود اجرای دقیق شیوه‌های درمانی این پروتکل درمانی (MTC) چه میزان بر درمان نقص کنش‌های اجرایی مغز مددجویان موثر بوده است؛ چراکه این عامل تاثیر به سزایی بر کیفیت و بهبود زندگی افراد بعد از ترک داشته و به همین سبب نیازمند توجه بیشتر می‌باشد و لذا این مطالعه سعی دارد تا با بررسی این موضوع پوششی بر کمبود پژوهش در این حوزه باشد و نتایج حاصله را در سطح کشور با توجه به کمبودهای این حوزه به صورت گسترده پیاده نماید و به بهبود وضعیت روش‌های درمان و انتخاب بهترین و مناسب‌ترین روش‌ها در درمان وابستگان به مواد مخدر بپردازد.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام مددجویانی بوده که در حال ترک حداقل یکی از مواد مصرفی به جز نیکوتین^۱ و الکل^۲ هستند و در مرکز موضوع ماده ۱۶ کرمان در سالهای ۹۹-۱۳۹۸ نگهداری می‌شوند. تعداد کل این افراد ۳۵۸۲ نفر بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از این جامعه بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند از معتادین موضوع ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر (دارای حکم دستگیری) انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل این موارد بود: ابتلا به اختلال مصرف مواد، سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال، نداشتن منع مطلق پذیرش در مراکز اقامتی، داشتن ولی قانونی یا معرف حقیقی یا حقوقی، بالا بودن شدت اعتیاد، مصرف تزریقی، عدم موفقیت در سایر روشها، تخریب بالا در حوزه‌های کارکردی مختلف و عدم پیشرفت در درمان با سایر روش‌ها. شرکت کنندگان به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند، گروه آزمایش در درمان اجتماع مدار همراه با داروی آگونیست متادون قرار گرفت و گروه کنترل فقط در لیست انتظار دریافت درمان قرار گرفت. حکم حضور در درمان آزمودنی‌ها ۴۵ روز مقرر گردید. از آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در بدو ورود به مرکز نگهداری، کاهش آسیب و درمان موضوع ماده ۱۶ کرمان قبل از دریافت هرگونه مداخله‌ای، پیش‌آزمون اخذ شده و پس از ۴۵ روز پس‌آزمون اخذ شد.

ابزار پژوهش

مقیاس نارسایی در کنشوری اجرایی بارکلی^۳ توسط بارکلی (Barkley, 2021) و با هدف بازنمایی

1 Nicotine

2 Alcohol

3 Barkley Deficits in Executive Functioning Scale(BDEFS)

نارسانا کنش وری اجرایی در جمعیت های غیر بالینی، بالینی و همچنین با مقیاس ویژه بزرگسالان مبتلا به بیش فعالی طراحی شد. این مقیاس ۸۹ سؤالی یک ابزار خود گزارشی است که برای محدوده سنی ۱۸ تا ۸۱ سال قابل اجرا بوده و پاسخ دهی به آن بر مبنای طیف لیکرت چهار درجه ای (هرگز تا همیشه) می باشد. مقیاس مذکور شامل پنج خرده مقیاس است که این خرده مقیاسها ۵ کنش اجرایی خود مدیریتی (۲۱ سوال)، خود سازماندهی/ حل مسأله (۲۴ سوال)، خود کنترلی/ بازداري (۱۹ سوال)، خود انگیزشی (۱۲ سوال) و خود نظم جویی هیجان (۱۳ سوال) را اندازه گیری می کنند. از این ابزار ۷ نمره استخراج می شود که ۵ نمره مربوط به خرده مقیاسها، یک نمره کلی و نمره دیگر از ۱۱ سوال این مقیاس که به عنوان فهرست کنش های اجرایی در بیش فعالی مطرح شده اند، به دست می آید. لذا علت نام گذاری این ۱۱ سؤال آزمون (۲۴، ۴۹، ۵۰، ۵۵، ۶۰، ۶۵، ۶۹، ۷۱، ۷۶، ۸۱، ۸۴) به عنوان فهرست کنش های اجرایی در بیش فعالی این است که افراد مبتلا به بیش فعالی در مقایسه با دیگر گروههای بالینی، نمره بالاتری در این فهرست کسب نموده اند. نمرات بالاتر در هر خرده مقیاس، بیانگر نارسایی بیشتر در آن کنش اجرایی می باشد. همچنین، برای این مقیاس و خرده مقیاسهای آن، جدول نرم (هنجار) به تفکیک سن و جنس تنظیم شده است. این ابزار همچنین دارای دو فرم خود گزارشی و دیگر گزارشی می باشد. برای کل مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱۸ و برای خرده مقیاس خود مدیریتی زمان، خود سازماندهی/ حل مسئله، خود کنترلی/ بازداري، خود انگیزشی و خود نظم جویی هیجان به ترتیب ۰/۹۴۵-۰/۹۵۸-۰/۹۳-۰/۹۱۴-۰/۹۴۶ گزارش شده است. همچنین ضرایب اعتبار باز آزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۴ و همچنین برای خرده مقیاس های خود مدیریتی، خود سازماندهی/ حل مسئله، خود کنترلی/ بازداري، خود انگیزشی و خود نظم جویی هیجان به ترتیب ۰/۸۳-۰/۹۰-۰/۷۸-۰/۶۲-۰/۷۸ گزارش شده است. پایایی همسانی درونی فرم ترجمه شده به فارسی این مقیاس ($\alpha=0.96$) توسط مشهدی و همکاران تأیید شده است (Mashhadi et al., 2015). درخصوص پایایی بین ارزیاب ها نیز گزارش ها سطح معقولی از توافق با همستگی مقادیر بین ۰.۶۶ و ۰.۷۹ داشته اند (Coffman, 2014). همچنین در مطالعه اولیه ای که توسط سازنده این آزمون انجام شد، علاوه بر تعیین هنجارهای سنی مجزا برای زنان و مردان، ۹۴ تا ۵۳، ۵۹ تا ۹۵ سال، در چهار گروه سنی ۵۹ تا ۹۵، ۴۱ تا ۱۵ و ۱۴ تا ۹۵، بررسی تفاوت های جنسیتی و سنی انجام شد و هنجارهای سنی و جنسیتی متناسب با هر گروه به دست آمد. علاوه بر این هیچ تفاوت معناداری بین گروه های قومیتی و مناطق جغرافیایی زندگی نمونه هنجاری به دست نیامد. همسانی درونی با آلفای کرونباخ بین ۳۵ تا ۳۴. به دست آمد (Mashhadi et al., 2020).

مداخله درمانی

در اجرای روش درمانی برای آزمودنی های گروه آزمایش، آزمودنی ها تحت درمان اجتماع مدار با

دریافت روزانه آگونیست متادون و درمان روانشناختی فردی برای یک جلسه ۴۵ دقیقه در هر هفته با رویکرد رفتاری شناختی و مدل بارلو (Brown & Barlow, 2014) قرار گرفتند که شرح جلسات مداخله درمان اجتماع مدار در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه ساختار پروتکل اجتماع درمان مدار همراه با داروی آگونیست متادون

ردیف	شرح مداخله
۱	جلسه پذیرش: ۱-انجام غربالگری قضائی ۲-انجام غربالگری پزشکی و روانشناختی ۳-تعیین دوز روزانه آگونیست متادون به میزان ۸ سی سی و ورود به سم زدایی ماده مصرفی
۲	جلسه توجیهی: ۱-آموزش قوانین مرکز ۲-آگاه سازی روند درمان ۳-آموزش بهداشت فردی و محیط اجتماعی مرکز
۳	آموزش فلسفه درمان اجتماع مدار و مفاهیم ابتدایی اعتیاد در هفته اول پذیرش
۴	برگزاری جلسات صبحگاهی و بیان احساس به صورت روزانه و برای ۴۲ جلسه
۵	برگزاری جلسات عصر کارکرد قدم های ۱۲ گانه گروه های خودیاری برای ۱۲ جلسه
۶	برگزاری یک جلسه با محوریت شناخت مواد اعتیاد آور و اثرات مصرف در هفته دوم
۷	برگزاری یک جلسه با محوریت شناخت علل گرایش به مصرف مواد در هفته سوم
۸	برگزاری یک جلسه با محوریت خودشناسی و آشنایی با چرخه منفی تجربه در هفته چهارم
۹	برگزاری یک جلسه با محوریت تنظیم هیجان و یادگیری مهارت حل مسئله در هفته پنجم
۱۰	برگزاری یک جلسه با محوریت شناخت وسوسه و ارائه راهکار مقابله با لغزش و پیشگیری از عود در هفته ششم
۱۱	برگزاری جلسه مشارکت جمعی برای ۶ جلسه و هر هفته یک جلسه
۱۲	برگزاری جلسات کار با گروه و حرفه آموزی برای ۶ جلسه و هر هفته یک جلسه
۱۳	جلسه اول مشاوره فردی: ایجاد اتحاد درمانی، ارزیابی و تشخیص
۱۴	جلسه دوم مشاوره فردی: شناخت چرخه منفی تجربه، مفهوم سازی، طرح درمان
۱۵	جلسه سوم مشاوره فردی: آموزش روانی و تمرکز بر اینجا و اکنون
۱۶	جلسه چهارم مشاوره فردی: شناسایی تجارب خوشایند و آموزش نظارت بر خلق
۱۷	جلسه پنجم مشاوره فردی: شناسایی عوامل وسوسه انگیز بیمار و بررسی رفتار ناکارآمد
۱۸	جلسه ششم مشاوره فردی: مرور جلسات و یادگیری برخورد با موقعیت مشکل آفرین و انتخاب راهبرد مناسب

(پروتکل اختصاصی نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادان ماده ۱۶ الگوی MTC، ۲۰۱۷)

جدول ۲: ارتباط اجزای مداخله با کارکردهای اجرایی

کارکردهای اجرایی	اجزای مداخله مرتبط با کارکرد
خرده مقیاس خود مدیریتی	دریافت آگونیست متادون-آموزش قوانین مرکز حضور در جلسات طبق برنامه زمانبندی مدون شرکت در جلسات حرفه آموزی و کار با گروه باهداف: مدیریت زمان و برنامه ریزی
خرده مقیاس خودسازماندهی/ حل مسئله	جلسات کارکرد قدم-شناخت اثرات مصرف مواد جلسات خودشناسی باهداف: یادگیری حل مسئله و افزایش دقت
خرده مقیاس خودکنترلی / بازداری	دریافت آگونیست متادون-جلسات ارائه راهکار تنظیم هیجان-آموزش راهکارهای پیشگیری از عود باهداف: کاهش تکانش گری، تحمل ناکامی و ارزیابی پیامد عمل
خرده مقیاس خود انگیزی	آموزش بهداشت فردی و محیط-جلسات کارکرد قدم-شناخت علل گرایش به مصرف آموزش راهکارهای پیشگیری از عود-شرکت در جلسات حرفه آموزی و کار با گروه باهداف: تقویت اراده، ایجاد انگیزه و کمک به کار غیر وابسته به نظارت دیگران
خرده مقیاس خودنظم جویی هیجان	دریافت آگونیست متادون-جلسات بیان احساس شناخت چرخه منفی تجربه-جلسات ارائه راهکار تنظیم هیجان باهداف: کنترل هیجان، تسکین خود و درک عینی واقعیات

یافته های پژوهش

جدول ۳. توصیف مولفه های متغیر کارکردهای اجرایی در میان آزمودنی ها

متغیر	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خودمدیریتی زمان	۶۵/۶۶	۸/۸۲	۴۸/۰۶	۴/۰۹	۵۵/۴	۶/۱۶	۵۷/۶۶	۵/۶۳
خودسازماندهی/حل مساله	۷۵/۶	۱۴/۲۲	۴۹/۸۶	۴/۷۱	۶۴/۶	۱۶/۵۳	۶۲/۶۶	۷/۶۶
خودکنترلی/بازداری	۶۰/۱۳	۸/۴۸	۳۹/۵۳	۴/۰۶	۴/۵۳	۱۰/۴	۵۲/۳۳	۸/۴۱
خودانگیزی	۳۷/۸	۸/۵۸	۲۳/۸	۳/۴۴	۲۳/۳۳	۴/۹۶	۳۱/۰۶	۵/۹۲
خودنظم جویی هیجانی	۴۰	۷/۸۲	۲۷/۸	۳/۲۹	۳۴	۶/۴	۳۵/۴	۷/۲۸

با توجه به نتایج جدول شماره ۳، مشاهده می‌شود که میانگین خودمدیریتی زمان، خودسازماندهی، خود کنترلی، خود انگیزشی و خود نظم جویی هیجانی قبل از مداخله برای گروه کنترل و گروه آزمایش تقریباً در یک سطح بودند و اما این مقادیر در گروه آزمایش بعد از مداخله کاهش یافتند. با توجه به اینکه آزمون فرضیه های این پژوهش نیازمند استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس می‌باشد، باید از رعایت پیش فرض های این آزمون اطمینان حاصل کرد. نتایج حاصل از بررسی این پیش فرض ها در ادامه ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون شپرو و ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات کلیه متغیرها در دو مرحله

متغیر	مرحله	آماره	p
خودمدیریتی زمان	قبل از مداخله	۰/۹۵۵	۰/۲۲۵
	بعد از مداخله	۰/۹۷۵	۰/۶۷۲
خودسازماندهی/حل مساله	قبل از مداخله	۰/۹۷۲	۰/۵۸
	بعد از مداخله	۰/۹۷۵	۰/۶۹
خود کنترلی/بازداری	قبل از مداخله	۰/۹۷۶	۰/۷۱
	بعد از مداخله	۰/۹۱۸	۰/۰۵۴
خودانگیزشی	قبل از مداخله	۰/۹۶	۰/۴۱
	بعد از مداخله	۰/۹۶۳	۰/۳۶
خود نظم جویی هیجانی	قبل از مداخله	۰/۹۶۶	۰/۴۳
	بعد از مداخله	۰/۹۶	۰/۳۱

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نرمال در همه متغیرهای پژوهش باقی است، یعنی توزیع نمرات نمونه نرمال و همسان با جامعه است ($p > 0.05$). با اینکه تعداد دو گروه برابر است و نیاز به رعایت پیش فرض برابری واریانس نیست، برای افزایش ضریب اعتماد نتایج آزمونهای پارامتریک، از آزمون لوین جهت سنجش برابری واریانس برای تک تک متغیرها استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس ها در کلیه متغیرها

متغیرهای پژوهش	آماره F	df1	df2	P
خودمدیریتی زمان	۱/۰۸۹	۱	۲۸	۰/۳۰۶
خودسازماندهی/حل مساله	۰/۴۳۳	۱	۲۸	۰/۵۱۶
خود کنترلی/بازداری	۲/۸۸	۱	۲۸	۰/۱۰۱
خودانگیزشی	۰/۴۳۵	۱	۲۸	۰/۵۱۵
خود نظم جویی هیجانی	۰/۱۴۰	۱	۲۸	۰/۷۱۱

چنانکه در جدول ۵ ملاحظه می شود، بین واریانس گروه ها در هیچ کدام از متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد و واریانس گروه ها با هم برابر است ($p > 0/05$). لذا پیش فرض تساوی واریانس ها برای کلیه متغیرها رعایت شده است و می توان از آزمونهای پارامتریک جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده کرد. حال برای بررسی همگونی شیب های رگرسیونی اثر تعاملی پیش آزمون ها با گروه بررسی گردید که نتایج در جدول ۶ مشاهده می شود.

جدول ۶. نتایج اثر تعاملی پیش آزمون و گروه در مورد پیش فرض همگونی شیب های رگرسیون

متغیرهای پژوهش	آماره F	P
خودمدیریتی زمان پیش آزمون* گروه	۰/۲۱۳	۰/۶۴۸
خودسازماندهی/حل مساله پیش آزمون* گروه	۱/۱۴	۰/۲۹۵
خود کنترل/بازداری پیش آزمون* گروه	۰/۴۸۱	۰/۴۹۴
خودانگیزی پیش آزمون* گروه	۰/۰۵۴	۰/۸۱۸
خود نظم جویی هیجانی پیش آزمون* گروه	۰/۹۴۴	۰/۳۴۰

مفروضه همگونی شیب های رگرسیون تاثیرگذار مستلزم آن است که رابطه بین همپراش و متغیر وابسته برای هر گروه مشابه باشد. نتایج حاصل شده در جدول ۶ نشان می دهد سطح معناداری به دست آمده در تمامی موارد بیشتر از مقدار ۰/۰۵ است ($p > 0/05$) و نشان دهنده آن است که اثر تعاملی متغیرها رد می شود و در نتیجه شیب های رگرسیونی در تمامی موارد همگون هستند و این مفروضه نیز مورد تایید قرار می گیرد.

جدول ۷. نتایج آزمون ام باکس برای بررسی همگنی ماتریس واریانس کوواریانس

آماره	ام باکس	F	Df1	Df2	P
مقدار	۲۳/۶۱	۱/۲۶	۱۵	۳۱۵۶/۶۳	۰/۲۱۴

با توجه به جدول ۷ مشاهده می شود که سطح معناداری بدست آمده بیشتر از ۰/۰۵ می باشد ($p > 0/05$)، از این رو فرض همگنی ماتریس واریانس کوواریانس برای تحلیل کوواریانس چندمتغیری برقرار است. بدین ترتیب، برای بررسی اثربخشی درمان اجتماع مدار همراه با داروی آگونیست متادون بر کارکردهای اجرایی سوء مصرف کنندگان مواد تحت درمان اجباری استان کرمان از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج در جدول ۹ و ۸ آمده است.

جدول ۸. نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای خرده مقیاس‌های کارکردهای اجرایی

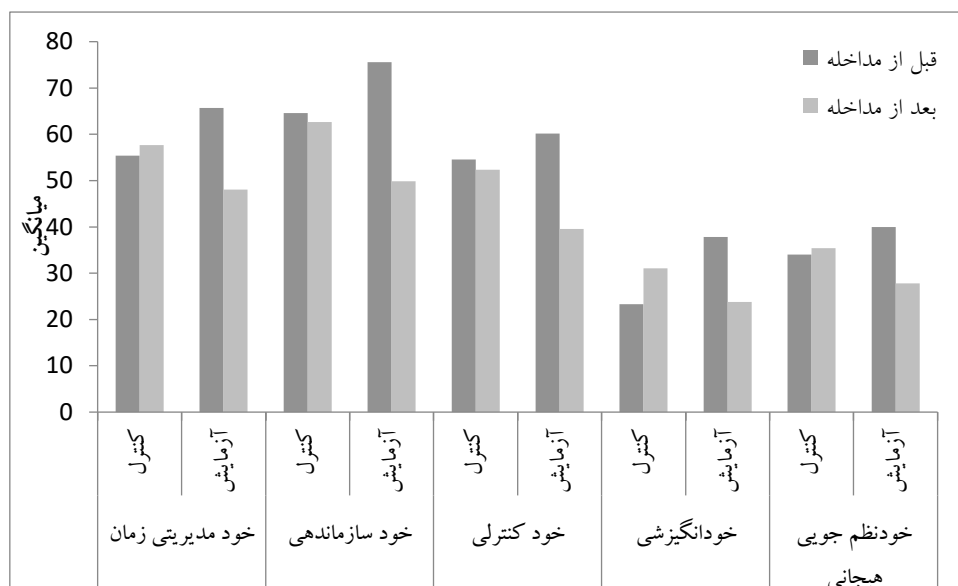
اثر	نوع آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	آماره F	P	مجذور اتا
گروه	اثر پیلای	۰/۵۵۱	۴/۶۵	۵	۱۹	۰/۰۰۶	۰/۵۵۱
	لامبدای ویلکز	۰/۴۴۹	۴/۶۵	۵	۱۹	۰/۰۰۶	۰/۵۵۱
	اثر هاتلینگ	۱/۲۲۵	۴/۶۵	۵	۱۹	۰/۰۰۶	۰/۵۵۱
	بزرگترین ریشه روی	۱/۲۲۵	۴/۶۵	۵	۱۹	۰/۰۰۶	۰/۵۵۱

نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس که در جدول ۸ آمده است، نشان داد که گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از خرده مقیاس‌های کارکردهای اجرایی تفاوت معنی داری دارند ($P < ۰/۰۵$). بعلاوه مجذور اتا برابر ۰/۵۵۱ می باشد که نشان می دهد ۵۵ درصد از تغییرات کارکردهای اجرایی توسط اثرات گروه بیان می شود. به منظور پی بردن به این تفاوت، نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای خرده مقیاس‌های کارکردهای اجرایی در جدول ۹ نشان داده شده است.

جدول ۹. نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس برای خرده مقیاس‌های کارکردهای اجرایی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	مجذور اتا	توان آماری
خودمدیریتی زمان	پیش آزمون	۸۱/۸۵	۱	۸۱/۸۵	۳/۲۷	۰/۰۳۹	۰/۲۰۲	۰/۶۱
	گروه	۵۲۷/۸۳	۱	۵۲۷/۸۳	۱۸/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۸۶
	خطا	۶۴۴/۹۳	۲۳	۲۸/۰۴				
خودسازماندهی/حل مساله	پیش آزمون	۲۱۴/۱۲	۱	۲۱۴/۱۲	۴/۹۰	۰/۰۰۸	۰/۴۱	۰/۸۲
	گروه	۷۲۹/۸۳	۱	۷۲۹/۸۳	۱۶/۷۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲۱	۰/۹۷۴
	خطا	۱۰۰۵/۱۱۴	۲۳	۴۳/۷۰۱				
خودکنترلی/بازداری	پیش آزمون	۱۶۲/۱۰	۱	۱۶۲/۱۰	۳/۷۴	۰/۰۱۶	۰/۳۱۷	۰/۶۹
	گروه	۸۹۴/۴۹	۱	۸۹۴/۴۹	۲۰/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۴۷۳	۰/۹۹۲
	خطا	۹۹۵/۸۰۲	۲۳	۴۳/۲۹				
خودانگیزشی	پیش آزمون	۹۱/۶۱	۱	۹۱/۶۱	۳/۶۳	۰/۰۲۸	۰/۲۵۶	۰/۶۱
	گروه	۲۴۲/۰۳۳	۱	۲۴۲/۰۳۳	۹/۶۱۱	۰/۰۰۵	۰/۲۹۵	۰/۸۴۳
	خطا	۵۷۹/۲۰۳	۲۳	۲۵/۱۸				
خودنظم جویی هیجانی	پیش آزمون	۲۰۶/۴۲	۱	۲۰۶/۴۲	۶/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۸۸
	گروه	۲۸۹/۶۴	۱	۲۸۹/۶۴	۹/۳	۰/۰۰۶	۰/۲۸۸	۰/۸۳۲
	خطا	۷۱۶/۳۳	۲۳	۳۱/۱۴				

بر اساس نتایج حاصل از جدول ۹، بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات خودمدیریتی زمان، خودسازماندهی، خودکنترلی، خودانگیزی و خودنظم جویی هیجانی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/01$). در این تحلیل تاثیر پیش آزمون مهار شده است. همچنین نتایج جدول ۹ نشان می دهد که تفاوت بین میانگین باقیمانده نمرات متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل پس از مهار تاثیر پیش آزمون معنی دار است ($p < 0/01$). میزان این تاثیر گروهی برای ۵ متغیر به ترتیب ۰/۴۵، ۰/۴۲۱، ۰/۴۷۳، ۰/۲۹۵ و ۰/۲۸۸ بوده است. توان آماری نیز نشان دهنده کفایت حجم نمونه و پایین بودن خطای نوع دوم است. بطور کلی با توجه به شکل ۱ ملاحظه می شود که درمان اجتماع مدار همراه با داروی آگونست متادون تاثیر معناداری بر بهبود کارکردهای اجرایی سوء مصرف کنندگان مواد تحت درمان اجباری استان کرمان دارد.



شکل ۱. نمودار مقایسه میانگین کارکردهای اجرایی در دو گروه قبل از مداخله و بعد از مداخله

بحث و نتیجه گیری

نتایج آماری بیانگر این بود که تمام پیش فرض های مورد نیاز برای بررسی این فرضیه (نرمال بودن و همگنی واریانس ها) برقرار می باشد و از این جهت از آزمون تحلیل کوواریانس به بررسی این فرضیه پرداخته شد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان MTC در کاهش نمرات کنش اجرایی خودمدیریتی زمان، خود سازماندهی، خودکنترلی، خودانگیزی و خودنظم جویی تاثیر معنادار داشته است و مصرف کنندگان مواد تحت درمان موضوع ماده ۱۶، در مقایسه با گروه کنترل که درمانی دریافت نکرده بودند، نمرات کنش اجرایی خود

مدیریتی زمان، خود سازماندهی، خود کنترلی، خودانگیزی و خودنظم جویی پایین تری داشتند و درمان بر روی خود کنترلی و خودسازماندهی به ترتیب با اندازه اثر ۰/۴۷۳ و ۰/۴۵ بیشترین تاثیر را داشته است که در جدول شماره ۲ ارتباط اجزای پروتکل با هریک از کارکردهای اجرایی شرح داده شده است.

در تبیین فرضیه این پژوهش می توان گفت درمان MTC درمانی با هدف ایجاد تغییرات محسوس در سبک زندگی فردی و اجتماعی معتاد، پرهیز از مواد مخدر، ایجاد صداقت باخود و دیگران، کسب مهارت های زندگی و مهارت های بین فردی، حذف عقاید ضد اجتماعی و رفتارهای غیرقانونی است؛ در این درمان عملاً اهداف درمان نگهدارنده و درمان روان شناختی و اجتماعی به صورت همزمان مورد توجه قرار می گیرد و به منظور دستیابی به این اهداف، معتادین تحت درمان این پروتکل درمانی می بایست با احکامی به مدت ۱ ماه تا ۱ سال در اجتماعات درمان مدار زندگی کنند. یافته های این پژوهش همسو با نتایج آقاییوسفی و همکاران (Aghayousefi et al., 2020) که مشخص نمودند درمان ترکیبی شناختی رفتاری و متادون درمانی و انجمن معتادان گمنام در بهبود کارکردهای اجرایی معتادان در حال ترک مؤثر هستند. اما گروه دوم بهبود بیشتری را به دنبال داشته است، کوب و وولکوف (Koob & Volkow, 2016) که مشخص نمودند نقص در عملکرد اجرایی در مرحله به اصطلاح مشغله شامل بی نظمی برآمدگی های آوران از قشر پیش پیشانی و اینسولا، از جمله گلو تامات، به گانگلیون های پایه و آمیگدال گسترده است و همچنین مطالعات ژنتیکی مولکولی فاکتورهای انتقال و رونویسی را شناسایی کرده اند که در مدار عصبی مرتبط با ایجاد و حفظ اعتیاد عمل می کنند که ممکن است واسطه آسیب پذیری اولیه، نگهداری و عود مرتبط با اعتیاد باشد، کمرزین و همکاران (Kamarzarin et al., 2012) که مشخص نمودند روش ترکیبی درمان دارویی متادون و رفتاردرمانی شناختی اثربخشی بهتری نسبت به دو روش دیگر به تنهایی داشته است. همچنین نتایج نشان داد که روش درمان شناختی رفتاری نیز در مقایسه با درمان دارویی اثربخشی بهتری داشته است، گلستانی (Golestani, 2015) که مشخص نمودند افراد مقیم مرکز در خاتمه درمان با بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، اختصاصی شدن حافظه شرح حال و بهبود کارکردهای اجرایی همراه هستند، می باشد. درمان MTC سوء مصرف مواد را بیماری می داند که ریشه تمامی و یا بخشی از زمینه های تخریب عملکرد فردی (شناختی، رفتاری، هیجانی، طبی، اجتماعی و معنوی) است. در درمان MTC مشکل یا مسئله اصلی اختلال، خود شخص است نه مواد؛ بدین ترتیب اولویت درمانی پس از سم زدایی شناسایی عوامل زمینه ای دخیل در گرایش به مواد قرار می گیرد. افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد از نظر درمان MTC اغلب دارای تحمل ناکافی در برابر ناراحتی ها، اعتماد به نفس پایین، مشکل با مراجع قدرت و مشکل در زمینه مسئولیت پذیری، تفکرات غیر واقع بینانه، عدم صداقت و خودفریبی هستند. باتوجه به این موارد مطرح شده، در درمان MTC افراد

با ورود به اجتماع درمان مدار به صورتی که باید باشند رفتار می کنند، نه به صورتی که هستند و اعتقاد بر این است که رفتار کردن به شیوه صحیح و به دور از رفتارهای اعتیاد گونه باعث تغییر در شناخت و هیجانات فرد می شود. این تغییر گام به گام انجام می گیرد. هر رفتاری که آموخته می شود به عمل درمی آید، و گذر از یک گام به گام بعد، راه را آسان تر می نماید. در تمامی آموزش های درمان MTC آنچه لازمه یک زندگی درست و عاری از مواد مخدر است (مثل تقویت کنش های اجرایی خود مدیریتی، خود سازماندهی/ حل مسأله، خود کنترلی/ بازداری، خود انگیزشی و خود نظم جویی هیجان با تأکید بر حال کنونی و امروز فرد) به چشم می خورد و تأکید می گردد؛ در واقع مرکز درمان اجباری یک مرکز درمانی ویژه بیماران سخت دسترس و سخت درمان بی خانمان می باشد که با توجه به شرایط اجتماعی، انتظارات حاکمیت و میزان اعتبارات قابل تخصیص، با هدف کاهش آسیب و بهبود شرایط بیماری استفاده کنندگان طراحی شده است. در این درمان هدف ایجاد پرهیز دائمی و تغییرات رفتاری گسترده در همه حوزه ها نیست بلکه تلاش بر آن است که با هدف کاهش آسیب به فرد کمک کنیم بعد از خروج از مرکز عملکرد بهتری داشته باشد و بتواند در طیف بهبودی قرار گیرد.

در این پژوهش فقط بر روی جمعیت مصرف کنندگان مواد موضوع ماده ۱۶ کرمان کار شده است لذا در تعمیم نتایج آن به سایر مصرف کنندگان مواد، باید جانب احتیاط را رعایت نمود؛ همچنین آزمون پیگیری برگزار نشد و به دلیل استفاده از پرسشنامه خودسنجی و احتمال سوگیری در پاسخ ها آزمودنی ها احتمال غیر واقعی بودن برخی از پاسخ ها را مطرح می نمود. درانتها پیشنهاد می شود خوانندگان و محققان این حوزه در پژوهش های آتی، اثر بخشی درمان MTC بر سایر متغیرهای مرتبط با حیطه سلامت روان و شناخت افراد وابسته به مواد و افراد متعلق به دوره های سنی متفاوت همچون نوجوانان و همچنین زنان وابسته به مواد را نیز مورد بررسی قرار دهند و همچنین در راستای توانمندسازی بهبود یافتگان و ایجاد اشتغال می توان با شناسایی افراد مستعد مراکز و تعیین توان آنها، از طریق ایجاد زمینه های اشتغال و پرداخت تسهیلات اشتغال زا، توسعه تیم های مشارکتی در قالب تعاونی ها با حضور خود اعضا و حمایت دولت اقدام شایسته ای بعمل آورد؛ ارتقاء مهارت های فنی و حرفه ای بهبود یافتگان این مراکز از طریق نهاد های مسئول می تواند زمینه احساس خودباوری در آنها را فراهم نموده و قدرت برنامه ریزی در زندگی و لذت حاصل از تجربه پاک ماندن را در آنها تقویت نماید.

References

- Aghayousefi, A., Alipour, A., & Oraki, M. (2020). Comparing the effects of combined cognitive behavioral therapy and methadone therapy with the association of narcotics anonymous addicts on executive functions of quitting drugs volunteer addicts in Jiroft. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences*, 7(2), 366-373. <http://journal.jmu.ac.ir/article-1-352-en.html>
- Anderson, J. D., Wagovich, S. A., & Hall, N. E. (2006). Nonword repetition skills in young children who do and do not stutter. *Journal of fluency disorders*, 31(3), 177-199. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2006.05.001>
- Barkley, R. A. (2021). *Barkley deficits in executive functioning scale (BDEFS)*. Guilford Press. <https://doi.org/10.1177/1073191119869823>
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and related disorders interview schedule for DSM-5 (ADIS-5)-adult and lifetime version: Clinician manual*. Oxford University Press. <https://books.google.com/>
- Coffman, T. P. (2014). *The psychometric properties of the Barkley Deficits in Executive Functioning Scale (BDEFS) in a college student population* [The Florida State University]. <https://www.proquest.com/openview/e62cf30d119f7686e3e3a7ff89d8e046/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- Connolly, C. G., Foxe, J. J., Nierenberg, J., Shpaner, M., & Garavan, H. (2012). The neurobiology of cognitive control in successful cocaine abstinence. *Drug and alcohol dependence*, 121(1-2), 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.08.007>
- Glass, J. M., Buu, A., Adams, K. M., Nigg, J. T., Puttler, L. I., Jester, J. M., & Zucker, R. A. (2009). Effects of alcoholism severity and smoking on executive neurocognitive function. *Addiction*, 104(1), 38-48. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02415.x>
- Golestani, M. (2015). The comparison of executive function in stuttering monolingual and bilingual adolescent. *6Th international conference of cognitive science of Iran*, 52-67. <https://www.sid.ir/paper/237085/fa>
- Heaton, R. K. (1981). Wisconsin card sorting test manual. *Psychological assessment resources*. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1570291224741452928>
- Kamarzarin, H., Zaree, H., & Brouki, M., Hosin. (2012). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Increasing of Self-Efficacy and Improving of Addiction Symptoms among Drug Dependency Patients [Research]. *Research on Addiction*, 6(22), 75-85. <http://etiadjohi.ir/article-1-326-en.html>
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760-773. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS2215-0366\(16\)00104-8/](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS2215-0366(16)00104-8/)
- Lee, M. Y., Lee, B. H., Kim, H. Y., & Yang, C. H. (2021). Bidirectional role of acupuncture in the treatment of drug addiction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.004>
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W., & Fischer, J. S. (2004). *Neuropsychological assessment*. Oxford University Press, USA. <https://books.google.com/>
- Madani, S., Akbari, A., Ali Mohammadi, M., Hassan Rafiey, A., Setareh Foroozan, A., & Shiani, M. (2011). Drug management in Iran: A periodical schema. *Addiction Research & Theory*, 19(2), 112-120. <https://doi.org/10.3109/16066351003597159>
- Mashhadi, A., Maleki, Z. H., Hasani, J., & Rasoolzadeh Tabatabaei, S. K. (2020). Psychometric properties of Persian version of the Barkley deficits in executive functioning scale-children

- and adolescents. *Appl Neuropsychol Child*, 1-8. <https://doi.org/10.1080/21622965.2020.1726352>
- Mashhadi, A., Mirdoraghi, F., Hosainzadeh-Maleki, Z., Hasani, J., & Hamzeloo, M. (2015). Factor structure, reliability and validity of Persian version of Barkley Deficits in Executive Functioning Scale (BDEFS)-Adult version. *Journal of Clinical Psychology*, 7(1), 51-62. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2190>
- Moghanibashi-mansourieh, A., Fathi, M., Barati Sedeh, F., & Eslamian, A. (2017). Systematic Review on the Effectiveness of Compulsory Treatment Interventions in Addicts [Research]. *Research on Addiction*, 11(42), 141-160. <http://etiadpajohi.ir/article-1-1089-fa.html>
- Moghanibashi-Mansourieh, A., & Deilamizade, A. (2014). The state of data collection on addiction in Iran. *Addiction*, 109(5), 854-854. <https://doi.org/10.1111/add.12505>
- Perron, B. E., & Bright, C. L. (2008). The influence of legal coercion on dropout from substance abuse treatment: Results from a national survey. *Drug and alcohol dependence*, 92(1-3), 123-131. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.07.011>
- Raes, F., Schoofs, H., Griffith, J. W., & Hermans, D. (2012). Rumination relates to reduced autobiographical memory specificity in formerly depressed patients following a self-discrepancy challenge: The case of autobiographical memory specificity reactivity. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(4), 1002-1007. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.03.003>
- Rahimi-Movaghar, A., Khastoo, G., Razzaghi, E., Saberi-Zafarghandi, M. B., Noroozi, A. R., & Jar-Siah, R. (2011). Compulsory methadone maintenance treatment of severe cases of drug addiction in a residential setting in Tehran, Iran (2): Outcome evaluation in two and six-month follow-up. *Payesh (Health Monitor)*, 10(4), 505-514. <http://payeshjournal.ir/article-1-504-en.html>
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain research reviews*, 18(3), 247-291. [https://doi.org/10.1016/0165-0173\(93\)90013-P](https://doi.org/10.1016/0165-0173(93)90013-P)
- Stevens, A., Berto, D., Heckmann, W., Kersch, V., Ouyray, K., Ooyen van, M.,... Uchtenhagen, A. (2005). Quasi-compulsory treatment of drug dependent offenders: An international literature review. *Substance use & misuse*, 40(3), 269-283. <https://doi.org/10.1081/JA-200049159>
- WelfareOrganization, I. S. (2017). *Special Protocol for Recovery, tretment and harm reduction of Substance use disorder of article 16*. <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/847667>
- Werb, D., Kamarulzaman, A., Meacham, M. C., Rafful, C., Fischer, B., Strathdee, S. A., & Wood, E. (2016). The effectiveness of compulsory drug treatment: a systematic review. *International Journal of Drug Policy*, 28, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.12.005>
- Williams, J. M. G., & Dritschel, B. H. (1988). Emotional disturbance and the specificity of autobiographical memory. *Cognition & emotion*, 2(3), 221-234. <https://doi.org/10.1080/02699938808410925>

The Association Between Working Memory and Fluid Reasoning among Children with Dyslexia: The Mediating Role of Executive Functions

Ali Agahi 

PhD in Psychology, Islamic Azad University, Neyshabur Branch, Neyshabur, Iran. Email: agahiali216@gmail.com

Hossein Shareh 

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

Hassan Toozaandehjani 

Associate Professor, Islamic Azad University, Neyshabur Branch, Neyshabur, Iran. Email: h.toozaandehjani@ymail.com

Received: 2021-11-12	Revised: 2024-06-10	Accepted: 2024-06-09	Published: 2024-06-19
Citation: Agahi, A., Shareh, H., & Toozaandehjani, H. (2024). The relationship between working memory and fluid reasoning in children with dyslexia: mediating role of executive functions. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 14(1), 131-146. doi: 10.22067/tpccp.2022.73586.1205			

Abstract

Introduction: Dyslexia is among the most common disorders in the childhood period. Various studies show a prevalence of 3-15% for this disorder. The most significant cognitive functions involved in dyslexia are working memory, fluid reasoning, and executive functions. The malfunction of working memory disrupts the processing of information necessary for fluid reasoning, resulting in dyslexia. Through monitoring cognitive information, the executive functions enhance the effectiveness of fluid reasoning. However, due to the high diversity of the executive functions, the contribution of each function has not been clarified. Multiple studies have tried to determine the association between the executive functions of working memory and fluid reasoning; nevertheless, fundamental issues, the nature, the logical basis, and the impact of executive functions on complex cognitive phenomena, such as reading, are not sufficiently clarified. As executive functions are considered to be the significant factors predicting educational success, determining their role in the association between working memory and fluid reasoning of children with dyslexia is important. Clarifying the role of executive functions as the mechanisms to explain the dysfunction of children with dyslexia may help to develop interventions aimed at cognitive rehabilitation. By addressing existing research gaps, this study tried to investigate whether executive functions play a mediating role in the relationship between working memory and fluid reasoning among children with dyslexia.

Method: This descriptive and correlational study was ethically approved by the Ethics Committee of the Islamic Azad University, Neyshabur Branch, Neyshabur, Iran (no. IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1397.005). The statistical population of this study consisted of 440 third-grade students of elementary schools in Mashhad, Iran in the 2018-2019 Iranian academic year. Among these students, 205 participants were selected using the convenience



©2024 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.

sampling method. The inclusion criteria were a diagnosis of dyslexic learning disorder, the third grade of elementary school, the age of at least 8 years, and an IQ of 85 or higher. The Stanford–Binet Intelligence Scales (5th edition) was applied to measure working memory and fluid reasoning. Moreover, the electronic version of the Wisconsin Card Sorting Test (WCST) and the Stroop Color and Word Test (SCWT) were used to evaluate executive functions. The data were analyzed using appropriate statistical methods in SPSS software (version 23) and PLS software (version 2).

Results: The results indicated that there was a positive and significant correlation between working memory and fluid reasoning with an intensity of 0.13 ($p = 0.049$). The coefficient of fluid reasoning was 0.28, indicating that 0.28% of the changes in fluid reasoning were due to executive functions and working memory, and the remaining was due to the factors not considered in the model. The results also showed that the path of working memory to fluid reasoning was significant ($p = 0.04$), and the coefficient of the path was positive ($B = 0.51$), indicating that when the working memory improved, the fluid reasoning also enhanced. The path of the independent variable (working memory) to the mediating variable (executive functions) and the path of the mediating variable to the dependent variable were not found significant. Although the hypothesis of the mediating role of executive functions in the association between working memory and fluid reasoning was rejected, the direct correlation between the two variables was found significant.

Discussion and Conclusion: The main purpose of this study was to explore the mediating role of executive functions in the relationship between working memory and fluid reasoning among children with dyslexia. The present study showed that there is a significant relationship between working memory and fluid reasoning. The aforementioned finding is in line with the findings of previous studies conducted on the relationship between working memory and fluid reasoning (Johann et al., 2020; Kim & Park, 2018; Orzechowski et al., 2020; Rey-Mermet et al., 2019). Previous studies investigated the conceptual path between working memory and fluid reasoning among the general population in other countries; therefore, the significance of this study lies in examining the assumed paths using a sample of children with dyslexia in Iran. The results showed that only 28% of changes in fluid reasoning could be influenced by executive functions and working memory. The aforementioned finding is in line with the findings of a study by Mermet et al. (2019) (Rey-Mermet et al., 2019). Moreover, the results did not confirm the mediating role of executive functions in the association between working memory and fluid reasoning among children with dyslexia. Considering the findings of the present study and the findings of Barbosa et al.'s study (2019) (Barbosa et al., 2019), by focusing on dyslexic children, it can be said that only verbal working memory, specifically in phonological manipulation and not mental maintenance, is associated with executive functions. Therefore, the association between working memory and fluid reasoning through the mediating role of executive functions is confirmed only in the verbal working memory domain.

Keywords: Executive Functions, Fluid Reasoning, Dyslexia, Working Memory

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

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

دسترسی آزاد

رابطه بین حافظه‌ی کاری و استدلال سیال کودکان نارساخوان: نقش میانجی کنش‌های جرایبی

علی آگاهی دانش آموخته دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد نیشابور، نیشابور، ایران. agahiali216@gmail.comحسین شاره استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران. (نویسنده مسئول) h.shareh@hsu.ac.irحسن توژنده جانی دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد نیشابور، نیشابور، ایران. h.toozandehjani@ymail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۲۱	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۰۳/۲۰	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۲۰	تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۳۰
استناد: آگاهی، علی؛ شاره، حسین؛ توژنده جانی، حسن. (۱۴۰۳). رابطه بین حافظه‌ی کاری و استدلال سیال کودکان نارساخوان: نقش میانجی عملکرد اجرایی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۴(۱)، ۱۴۶-۱۳۱. doi: 10.22067/tpccp.2022.73586.1205			

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف شناسایی نقش میانجی کنش‌های اجرایی در رابطه‌ی بین حافظه‌ی کاری و استدلال سیال کودکان نارساخوان انجام شد.

روش: این پژوهش توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری است. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان نارساخوان پایه سوم ابتدایی شهر مشهد بود. از بین جامعه هدف، ۲۰۵ نفر (۱۳۰ پسر و ۷۵ دختر) به روش نمونه‌گیری در دسترس از مراکز اختلالات یادگیری شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ انتخاب شدند. از مقیاس هوشی استنفورد بینه-ویراست پنجم، آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین و آزمون رنگ-واژه استروپ برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج مدل برازش شده، نشان داد که حافظه‌ی کاری با استدلال سیال رابطه‌ی معنی‌داری دارد ($p=0/04$)، ۲۸/۱ درصد از تغییرات متغیر استدلال سیال تحت تأثیر کنش‌های اجرایی و حافظه‌ی کاری است، کنش‌های اجرایی در رابطه‌ی بین حافظه‌ی کاری و استدلال سیال نقش میانجی ندارد و تقویت حافظه‌ی کاری منجر به تقویت استدلال سیال کودکان نارساخوان می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: کنش‌های اجرایی، استدلال سیال، نارساخوان، حافظه‌ی کاری

مقدمه

نارساخوانی^۱ یک وضعیت عصب شناختی است که در شکل اولیه خود، با نقص در بازشناسی صحیح و روان لغات و پردازش آواشناختی و در شکل ثانویه با نقص در دامنه لغات، خواندن روان و درک مطلب مشاهده می شود. نارساخوانی یکی از شایع ترین اختلال های دوران کودکی است که بر اساس جدیدترین برآوردها میزان شیوع آن در حوزه های تحصیلی خواندن، نوشتن و ریاضیات ۵ تا ۱۵ درصد بین کودکان دبستانی با زبان و فرهنگ های مختلف گزارش شده است (American Psychiatric Association, 2013).

در مراحل اولیه فراگیری خواندن، کودکان باید خواندن تک کلمات را بیاموزند. بدین منظور دانش کودک از شکل بصری حروف، صدای مربوطه آنها، آگاهی از ساختار صوتی کلمات گفتاری، و نامگذاری سریع و خودکار آنها بسیار ضروریست (Slattery et al., 2021). پنج مولفه ی اصلی در خواندن عبارتند از آگاهی واج شناسی، تلفظ، سیالی کلامی، دامنه ی واژگان مناسب و درک مطلب. سه کارکرد شناختی که به نحو مناسبی در مولفه های خواندن با هم تعامل دارند حافظه ی کاری^۲، استدلال سیال^۳ و کنش های اجرایی^۴ هستند (Barbosa et al., 2019). حافظه ی کاری نه تنها پیش بینی کننده خواندن بلکه یک پیش بینی کننده قوی برای استدلال سیال، درک مطلب و ریاضی هم هست (Orzechowski et al., 2020). حافظه ی کاری به عنوان یک پل بین حافظه کوتاه مدت و بلندمدت عمل می کند و از طریق نگهداری موقت و دست کاری اطلاعات کلامی و دیداری مرتبط با خواندن نقش مهمی در آگاهی واج شناسی و سایر مولفه های خواندن ایفا می کند که در این بین بیشترین سهم مربوط به حافظه ی کاری کلامی است (Kim & Park, 2018). این حافظه در هنگام یادگیری خواندن باید حروف را به ترتیب به صدا تبدیل کند. این فرایند شامل شناسایی جداگانه حروف و ذخیره موقت صداهای مربوطه در ذهن تا آخرین حرف است. در نهایت کودک می تواند این توالی اصوات را به شکل گفتاری کلمه ترکیب کند (Slattery et al., 2021). در سطوح پیشرفته تر خواندن و درک مطلب نقش استدلال سیال پر رنگ تر است. استدلال سیال توانایی آزمودنی در حل مسائل جدید، شناسایی روابط، مفهوم سازی، استدلال و تفکر انتزاعی است که به شکلی مستقل از فرهنگ و آموزش رسمی عمل می کند. نقایص در حافظه ی کاری کلامی پردازش اطلاعات کلامی مورد نیاز استدلال سیال برای تکالیف پیچیده ی خواندن را دچار اختلال می کند و باعث بروز نارساخوانی می شود (Barbosa et al., 2019). در فرایند درک مطلب استدلال سیال به واسطه شاخص های عمده ی خود یعنی

1 Dyslexia

2 Working memory

3 Fluid reasoning

4 Executive Function

استدلال قیاسی، استدلال استقرایی و استنتاج، ارتباط معنایی بین جملات و کلمات را از طریق ارتباط با حافظه‌ی دراز مدت میسر می‌سازد (Jastrzębski et al., 2020; Mano et al., 2019).

کنش‌های اجرایی هم در مرحله خواندن تک کلمه و هم در درک مطلب دخیل هستند. با این حال، به دلیل اینکه کنش‌های اجرایی مجموعه‌ای از فرایندهای شناختی را در بر می‌گیرد، میزان تاثیر هر یک از مولفه‌های کنش‌های اجرایی بر خواندن دقیقاً مشخص نیست (Butterfuss & Kendeou, 2018). مطالعات حوزه کودکان نارساخوان در قسمت کنش‌های اجرایی بر نقایص در برنامه‌ریزی، نظارت، تغییر توجه و بروز رسانی، انعطاف-پذیری شناختی و بازداری پاسخ این کودکان اتفاق نظر دارند. در خواندن، دائماً نیاز است کودک به صورت منعطفانه‌ای توجه خود را از یک حرف یا کلمه به حرف یا کلمه‌ای دیگر معطوف کند و برای این تغییر شناختی نیاز به بازداری حرف یا کلمه قبلی و شروع حرف یا کلمه‌ی جدید است. از طرفی نیاز مداوم هست که معنی هر کلمه از حافظه‌ی درازمدت بازیابی شود تا درک مطلب صورت پذیرد (Kim & Park, 2018).

حافظه‌ی کاری و استدلال سیال رابطه‌ی منحصربه‌فردی در کارکردهای شناختی پیچیده نظیر خواندن دارند. در خصوص مبنای این ارتباط دیدگاه‌های مختلفی وجود دارد (Bizama et al., 2019). یکی از رویکردهای پرنفوذ در رابطه‌ی استدلال سیال و حافظه‌ی کاری رویکرد کنترل^۱ است. رویکرد کنترل علت اصلی عملکرد متفاوت افراد در حافظه‌ی کاری و استدلال سیال را کنش‌های اجرایی^۲ در نظر می‌گیرد و نگهداری کارآمد اطلاعات شناختی در حافظه‌ی کاری و استدلال سیال را به واسطه‌ی کنش‌های اجرایی می‌داند (Rey-Mermet et al., 2019).

کیم و پارک (Kim & Park, 2018) نقص در کنش‌های اجرایی را با نارساخوانی در ارتباط می‌دانند و بر این باور هستند که کودکان نارساخوان در چندین مولفه اجرایی مشکلات اساسی دارند؛ از این رو آنها قادر به نگهداری، بازیابی و بازداری اطلاعات شناختی مربوط به تکالیف خواندن نیستند. در مطالعه‌ی کورسو و همکاران (Corso et al., 2016) که با هدف بررسی نقش میانجی کنش‌های اجرایی در رابطه‌ی بین درک مطلب و هوش انجام شد تأثیر مستقیم استدلال سیال بر درک مطلب معنی‌دار نبود و تنها این تأثیر از طریق غیر مستقیم و با میانجی کارکردهای اجرایی معنادار بود. از طرف دیگر و در یک نقطه‌ی مقابل، پژوهش بیزما، سالدوما و رودریگز (Bizama et al., 2019) تأثیر مستقیم استدلال سیال و حافظه‌ی کاری را بر درک مطلب نشان داد.

پژوهش‌های زیادی تأثیر تقویت کنش‌های اجرایی را بر عملکردهای شناختی پیچیده نشان داده‌اند. به

1 Control approach

2 Executive Function

عنوان مثال مادر وگا، گومز و ویلا (García-Madruga et al., 2016) نشان داد که آموزش کنش های اجرایی باعث بهبود عملکرد خواندن، برنامه ریزی و تصمیم گیری، حافظه ی کاری و سیالی کلامی می شود. پارتانن (Partanen et al., 2020) در پژوهشی تحت عنوان « نقش کنش های اجرایی بر حافظه کاری و استراتژی های فراشناختی » دریافت که آموزش کنش های اجرایی باعث بهبود حافظه کاری، پردازش دیداری - فضایی، سیالی کلام و درک و فهم در دانش آموزان با اختلالات ویژه یادگیری می شود. باربوسا و همکاران (Barbosa et al., 2019) نقایص شناختی حافظه ی کاری کودکان نارساخوان را بررسی کردند. نتایج پژوهش آنان به وضوح نشان داد که کودکان نارساخوان در حافظه ی کاری کلامی و آن هم در قسمت دستکاری آواشناختی و نه نگهداری آواشناختی مشکل داشتند. با این وجود، عملکرد حافظه ی کاری غیر کلامی در آنان بهنجار بود.

در باب نقش میانجی کنش های اجرایی در رابطه ی حافظه ی کاری و استدلال سیال، ملا، فاگوت، لکرف و ریباپایر (Mella et al., 2015) بازداری پاسخ را مهمترین عامل پیوند دهنده ی حافظه ی کاری و استدلال سیال معرفی کردند. نتایج مطالعه ی پارتانن، جنسون و سوندین (Partanen et al., 2020) با تاکید بر همبسته بودن حافظه ی کاری، استدلال سیال و کنش های اجرایی در فرایندهای شناختی پیچیده، بر نقش میانجی برنامه ریزی، بازداری و انعطاف پذیری تأکید کردند. پژوهش اسلاتری و همکاران (Slattery et al., 2021) که بر روی ۱۰۴ نفر دانش آموز پایه سوم و چهارم انجام شد، عملکرد موثر حافظه ی کاری را تنها در خواندن کلمات و نه در درک مطلب نشان داد. آنان سطوح پیشرفته خواندن را با استدلال سیال در ارتباط دانستند. پژوهش یوهان و همکاران (Johann et al., 2020) نشان داد در تکالیف رمزگشایی و سرعت خواندن، بازداری و حافظه ی کاری و در تکالیف درک مطلب انعطاف پذیری و استدلال سیال بیشترین نقش را داشتند. اگرچه پژوهش های اخیر رابطه ی قدرتمندی بین حافظه ی کاری، کنش های اجرایی و استدلال سیال نشان می دهند (Harrison et al., 2015). اما دیگر پژوهش ها این چنین نیستند (Nęcka & Lulewicz, 2016). پژوهش مرمت و همکاران (Rey-Mermet et al., 2019) در باب بررسی نقش کنترل اجرایی به عنوان متغیر پنهان در رابطه ی حافظه ی کاری و استدلال سیال که بر روی ۲۰۰ دانشجوی دانشگاه های سوئیس انجام شد نشان داد که کنترل اجرایی در این رابطه به عنوان متغیر پنهان عمل نمی کند. نتایج پژوهش کیم و پارک (Kim & Park, 2018) که با هدف بررسی میزان تأثیر حافظه ی کاری و سرعت پردازش بر استدلال سیال انجام شد، نشان داد که حافظه ی کاری پیش بینی کننده بهتری برای استدلال سیال است و همچنین حافظه ی کاری غیر کلامی با استدلال سیال ارتباط معنی داری دارد.

پژوهش‌های زیادی ارتباط مبتنی بر کارکردهای اجرایی حافظه‌ی کاری و استدلال سیال را بررسی کرده‌اند. با این وجود، دلایل زیربنایی، ماهیت و مبنای منطقی و میزان تأثیر کنش‌های اجرایی در پدیده‌های شناختی پیچیده نظیر خواندن همچنان مبهم باقی مانده است. اکثر این پژوهش‌ها به مطالعه‌ی بزرگ‌سالان و در جمعیت‌های بهنجار روی آورده‌اند و از کنش‌های اجرایی به عنوان میانجی استفاده نکرده‌اند و صرفاً به تفاوت کنش‌های اجرایی در جمعیت‌های بهنجار و نارساخوان پرداخته‌اند. تعیین نقش کنش‌های اجرایی در رابطه‌ی حافظه‌ی کاری و استدلال سیال بسیار حائز اهمیت است. کنش‌های اجرایی بهترین پیش‌بینی کننده موفقیت تحصیل هستند و چنانچه میزان نقش و مشارکت آنها در رابطه‌ی حافظه‌ی کاری و استدلال سیال مشخص گردد، تقویت این کارکردها همزمان حافظه‌ی کاری و استدلال سیال کودکان نارساخوان را تقویت می‌کند و به توانبخشی شناختی این کودکان بسیار کمک می‌کند. از این رو اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر مشخص می‌گردد. مسأله‌ی پژوهش حاضر این است که آیا کنش‌های اجرایی در رابطه بین استدلال سیال و حافظه‌ی کاری کودکان نارساخوان نقش میانجی دارد؟

روش

پژوهش حاضر با توجه به عدم مداخله در به وجود آمدن داده‌ها از حیث روش توصیفی و از نوع همبستگی و تحلیل مسیر است.

جامعه، نمونه و روش آماری

این پژوهش در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ انجام شد. پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی نیشابور^۱ مورد تصویب واقع گردیده است. جامعه‌ی مورد پژوهش کلیه‌ی دانش‌آموزان نارساخوان پایه‌ی سوم ابتدایی مشهد (۴۴۰ نفر) بود. انتخاب نمونه‌ها (۲۰۵ نفر) به شیوه در دسترس و از میان مراجعینی صورت گرفت که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند. در همین راستا پس از مراجعه به مراکز آموزش و توانبخشی مشکلات ویژه یادگیری شهر مشهد، بعد از بیان اهداف پژوهش و تأکید بر محرمانه ماندن اطلاعات شرکت‌کنندگان و اخذ رضایت آگاهانه از آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار افراد قرار داده شد تا در حضور محقق به آن‌ها پاسخ دهند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، در نهایت داده‌های گردآوری شده به روش همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر در نرم افزارهای SPSS-24 و AMOS-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود به پژوهش: تشخیص اختلال یادگیری از نوع نارساخوان توسط ویراست پنجم مقیاس هوشی استنفورد-بینه و فرم‌های موجود در پرونده‌های دانش‌آموزان (مقیاس هوشی استنفورد-بینه مجموعه ویژه تشخیص اختلال یادگیری از نوع نارساخوان را داراست که تشخیص نارساخوانی را در دو سن پیش از دبستان و دبستان می‌سنجد. مجموعه تشخیصی نارساخوانی در مقیاس هوشی استنفورد-بینه- ویراست پنجم با تکیه بر عملکرد آزمودنی در حافظه‌ی کاری کلامی، حافظه‌ی کاری غیر کلامی، دانش کلامی و دانش غیر کلامی تشخیص اختلال نارساخوانی را برآورد می‌کند. علاوه بر ارزیابی رسمی تشخیص نارساخوانی، محقق در ارزیابی‌های خود از ابزارهای غیر رسمی نظیر عملکرد آزمودنی‌ها در فرم‌های ارزیابی آگاهی واج‌شناسی مندرج در پرونده‌ی دانش‌آموزان نیز استفاده نموده است)، تحصیل در پایه سوم ابتدایی، داشتن حداقل سن ۸ سال، داشتن هوش‌بهر ۸۵ به بالا.

ابزارها

مقیاس هوشی استنفورد - بینه (ویراست پنجم):^۱ از آزمون مقیاس هوشی استنفورد-بینه (ویراست پنجم) جهت سنجش حافظه ی کاری و استدلال سیال استفاده شد. ویراست پنجم این مقیاس توسط روید^۲ در سال ۲۰۰۳ ساخته شد. ویراست پنجم این آزمون توسط افروز و کامکاری در سال ۱۳۸۷ تدوین شد (Kamkari, 2011). این آزمون در دو حیطه کلامی و غیر کلامی ۵ عامل استدلال سیال، حافظه‌ی کاری، پردازش دیداری فضایی، استدلال کمی و دانش را می‌سنجد. در این مقیاس هوشی ابتدا دفترچه‌ی شماره ۱ (رهنمون)، سپس دفترچه شماره ۲ (غیر کلامی) و در نهایت دفترچه شماره ۳ (کلامی) اجرا می‌شود. آزمودنی پس از تعیین سطح در دفترچه شماره ۱ وارد دفترچه شماره ۲ و سپس دفترچه شماره ۳ می‌شود (Agahi & Asadi, 2017). دفترچه شماره ۲ نمرات خام غیر کلامی و دفترچه شماره ۳ نمرات خام کلامی را ارائه می‌دهد. و در نهایت با تراز کردن نمرات هوش‌بهرها در هر عامل قابل محاسبه است. این ابزار در ایران، توسط افروز، کامکاری، شکرزاده و دوایی ابتدا در شهر تهران با حجم نمونه ۷۲۰ نفر و پس‌از آن، در شهرستان‌های تهران با حجم نمونه ۱۸۰۰ نفر و سپس در کل کشور با حجم نمونه ۲۴۰۰ نفر استاندارد شده و ویژگی‌های روان‌سنجی منطبق با نسخه اصلی را نشان داده است و پایایی هوش‌بهر کل، هم در نسخه اصلی و هم در مقیاس هوشی تهران-استنفورد بینه (ویراست پنجم) ۰/۹۸ گزارش شده است (Aminlou et al., 2013).

1 stanford binet intelligence scales

2 Roid

آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین^۱: از نسخه رایانه ای آزمون دسته‌بندی برگه‌های ویسکانسین به همراه آزمون رنگ - واژه استروپ جهت سنجش کنش‌های اجرایی استفاده شد. نسخه اولیه آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین توسط برگ (Berg, 1948) به وجود آمد. این آزمون چهار خرده‌مقیاس را مورد بررسی قرار می‌دهد که شامل مقوله‌های دست یافته، خطای درجاماندگی سایر خطاها و خطای کل است. در این آزمون، به شرکت‌کننده دوبار مجموعه‌ای از ۶۴ کارت ارائه می‌شود که بر روی آنها ۱ الی ۴ نماد به صورت مثلث، دایره، صلیب و ستاره به رنگ‌های قرمز، سبز، آبی و زرد نقش بسته است و آزمودنی باید به مرتب‌سازی آنها بپردازد (Mokhtari et al., 2014). نمره‌گذاری آزمون به تعداد دسته‌های صحیح مرتب شده در دو دور اجرا می‌باشد. اعتبار این آزمون در پژوهش لزاک (Lezak, 2004) ۰/۸۶ و پایایی آن در پژوهش اسپرین و استراوس ۰/۸۳ اعلام شد. پایایی این آزمون را در جمعیت ایرانی ۰/۸۵ اعلام شده (Geyvi et al., 2014).

آزمون رنگ - واژه استروپ^۲: این آزمون را برای اولین بار در سال ۱۹۳۵ توسط ریدلی استروپ ساخته شد و یکی از پرکاربردترین آزمون‌هایی است که برای ارزیابی توجه انتخابی به کار می‌رود. در این پژوهش از نسخه نرم‌افزاری آزمون استروپ استفاده شد که از سه مرحله تشکیل شده است: در مرحله مقدماتی از آزمودنی خواسته می‌شود تا با فشار دادن دکمه منطبق با رنگ دایره‌های که روی صفحه می‌بیند، پاسخ دهد (دایره‌ها در چهار رنگ آبی، سبز، قرمز و زرد نشان داده می‌شود). هدف این مرحله، تنها تمرین و شناخت رنگ‌ها و جای کلیدها در صفحه کلید است و در نتیجه نهایی، تأثیر ندارد. مرحله آزمایشی بر اساس شیوه مرحله اصلی اجرا (مرحله سه) عمل می‌شود. دقیقاً هدف این مرحله تنها تمرین و آشنایی با شیوه پاسخ و جای کلیدها در صفحه کلید است و در نتیجه نهایی نیز تأثیر ندارد. در مرحله سوم یا مرحله اجرای آزمون استروپ ۴۸ کلمه رنگی همخوان و ۴۸ کلمه رنگی ناهمخوان با رنگ‌های قرمز، آبی، سبز و زرد به آزمودنی نشان داده می‌شود. منظور از کارت همخوان یکسان نبودن رنگ کلمه با معنای کلمه و منظور از کلمات ناهمخوان متفاوت بودن رنگ کلمه با معنای کلمه (مثال رنگ قرمز با کلمه آبی یا زرد است). مجموعه ۹۶ کلمه همخوان و ناهمخوان به صورت تصادفی و مقوله‌ای نشان داده می‌شود. تکلیف آزمودنی این است که بدون توجه به معنای کلمات و فقط بر اساس رنگ ظاهری آن، کلید تعبیه شده روی صفحه کلید را فشار دهد. زمان ارائه هر محرک روی صفحه نمایشگر ۲ ثانیه و فاصله بین ارائه دو محرک ۸۰۰ هزارم ثانیه است.

1 Wisconsin Card Sorting Test

2 Stroop Color and Word Test

در این آزمون تعداد پاسخهای صحیح، پاسخهای غلط، موارد بی پاسخ و زمان واکنش فرد در پاسخدهی به کلمه ای همخوان و ناهمخوان به صورت دقیق توسط رایانه محاسبه می شود. پژوهشهای انجام شده پیرامون این آزمون نشانگر اعتبار و روایی مناسب آن در سنجش بازداري در بزرگسالان و کودکان است. اعتبار این آزمون از طریق بازآزمایی در دامنه ای از ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (Musazadeh Moghaddam et al., 2019).

یافته ها

تجزیه و تحلیل داده های این پژوهش در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفت. در بخش آمار توصیفی از شاخص های آماری نظیر فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. در بخش آمار استنباطی از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف به منظور نرمال بودن متغیرها و از آزمون اسپیرمن جهت همبستگی متغیرهای پژوهش استفاده شد. در ادامه تحلیل مسیر اجرا شد. در جدول ۱ ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها آورده شده است.

جدول ۱. ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها

متغیرها	تعداد	درصد
جنسیت	دختر	۳۶/۵۸
	پسر	۶۳/۴۲
هوشبهر	۸۵ تا ۱۰۰	۵۷/۵۶
	۱۱۵ تا ۱۰۰	۴۲/۴۳
تحصیلات پدر	زیر دیپلم	۱۰/۲۴
	دیپلم	۴۲/۹۲
	فوق دیپلم	۲۵/۸۵
	لیسانس	۱۷/۵۶
	فوق لیسانس	۳/۴۱
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۱۳/۱۷
	دیپلم	۴۶/۸۳
	فوق دیپلم	۱۸/۵۳
	لیسانس	۲۰/۰۰
	فوق لیسانس	۱/۴۶

بر اساس نتایج جدول ۱ بیشتر آزمودنی‌ها مذکر، دارای هوشبهر ۸۵-۱۰۰ بوده و تحصیلات والدین اغلب آزمودنی‌های پژوهش دیپلم می‌باشد.

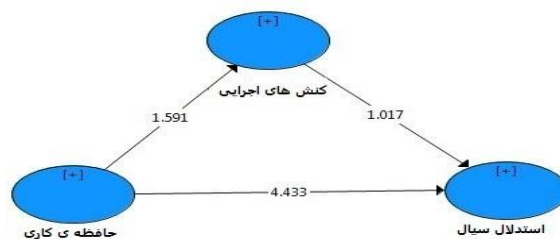
شاخص‌های توصیفی، بررسی نرمال بودن متغیرها و نتایج همبستگی اسپیرمن بین متغیرهای پژوهش (با توجه به غیر نرمال بودن توزیع تمام متغیرهای پژوهش) در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش، نتایج آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف و نتایج همبستگی اسپیرمن بین متغیرهای پژوهش

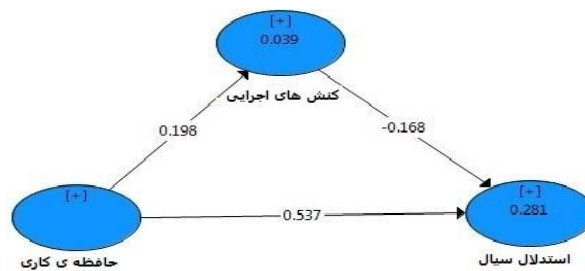
متغیر	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون کلموگروف- اسمیرنوف	P-آزمون کلموگروف- اسمیرنوف	همبستگی اسپیرمن	
					استدلال سیال	کنش‌های اجرایی
استدلال سیال	۱۳/۹۳۶	۳/۳۴۴	۰/۱۶۴	<۰/۰۰۱	۱	۰/۰۳
کنش‌های اجرایی	۳۹/۵۳۹	۱/۱۵۰	۰/۲۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۰۳	۱
حافظه‌ی کاری	۱۳/۲۳۵	۳/۲۴۰	۰/۱۰۸	<۰/۰۰۱	۰/۱۳ ^۰	۰/۱۰

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین استدلال سیال و حافظه‌ی کاری همبستگی مثبت و معنی‌دار با شدت ۰/۱۳ وجود دارد ($p=0/049 < 0/05$).

در این بخش در مدل تحلیل مسیر به بررسی روابط بین حافظه‌ی کاری و استدلال سیال با میانجی‌کنش‌های اجرایی با استفاده از نرم‌افزار اسمارت پی‌ال‌اس پرداخته شد.



شکل ۱. مدل کلی تحلیل مسیر به همراه آماره‌های t



شکل ۲. مدل کلی تحلیل مسیر به همراه ضرایب استاندارد شده

با توجه به شکل ۲، ضریب تعیین استدلال سیال ۰/۲۸ است که این عدد بیان می کند که ۰/۲۸ درصد از تغییرات متغیر استدلال سیال تحت تأثیر کنش های اجرایی و حافظه کاری است و مابقی عواملی هستند که در مدل در نظر گرفته نشده است برای بررسی نیکویی برازش مدل فوق، از شاخص GOF استفاده شد. تنها شاخص برازش مدل در تکنیک حداقل مجزورات جزئی شاخص GOF است. مقادیر ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای این شاخص معرفی شده است (تن هاوس و همکاران، ۲۰۰۵). این شاخص با استفاده از میانگین هندسی شاخص R^2 و میانگین مقادیر اشتراکی^۱ قابل محاسبه است. ضرایب تعیین برای متغیر درون زای استدلال سیال و کنش های اجرایی و میانگین متغیر درون زای ترتیب ۰/۲۸، ۰/۰۳ و ۰/۱۶ هست. مقدار اشتراکی برای متغیر استدلال سیال، کنش های اجرایی و میانگین متغیر درون زای ۱ هست. بنابراین مقدار نیکویی برازش در این مطالعه برابر است:

$$GOF = \sqrt{\text{Communality} \times R^2} = \sqrt{1 \times 0.1600} = 0.400$$

با توجه به مقدار نیکویی برازش در این مطالعه که برابر با ۰/۴۰ به دست آمد، نتایج نشان می دهد برازش مدل در حد مطلوب است. همچنین در جدول زیر معنی داری مسیرهای بین متغیرهای پژوهش از نظر آماری توسط مقادیر t به عنوان آماره آزمون بررسی شده است.

جدول ۳. نتایج ضرایب مسیر در مدل کلی تحلیل مسیر

مسیر	ضریب استاندارد شده	خطای معیار	آماره t	مقدار P
حافظه ی کاری ← استدلال سیال	۰/۵۱	۰/۰۹	۴/۴۳	۰/۰۴
حافظه کاری ← کنش های اجرایی	۰/۱۹	۰/۱۱	۱/۵۹	۰/۱۲
کنش های اجرایی ← استدلال سیال	-۰/۱۶	۰/۱۵	۱/۰۱	۰/۶۴
حافظه کاری ← کنش های اجرایی ← استدلال سیال	-۰/۰۳	۰/۰۴	-۰/۸۱	۰/۶۷

1 Communality

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد مسیر حافظه‌ی کاری به استدلال سیال معنادار هست ($p=0/04$) و ضریب مسیر مثبت است ($0/51$) بدین معنا که با افزایش حافظه‌ی کاری، استدلال سیال افزایش می‌یابد. به منظور بررسی نقش میانجی کنش‌های اجرایی در رابطه بین استدلال سیال و حافظه‌ی کاری لازم است دو مسیر حافظه‌ی کاری به کنش‌های اجرایی و مسیر کنش‌های اجرایی به استدلال سیال مورد بررسی قرار گیرد. مسیر متغیر مستقل (حافظه‌ی کاری) به متغیر میانجی (کنش‌های اجرایی) معنادار نیست. همچنین مسیر متغیر میانجی به وابسته نیز معنادار نیست. به‌منظور تصمیم‌گیری نهایی معناداری مسیر غیرمستقیم در سطر آخر جدول به کمک آزمون سوبل درج شده است معنادار نبوده و لذا نقش میانجی کنش‌های اجرایی رد می‌شود. به بیان دیگر نقش میانجی کنش‌های اجرایی در رابطه بین استدلال سیال و حافظه‌ی کاری، در سطح اطمینان ۹۵ درصد رد می‌شود.

نتیجه

هدف اصلی در پژوهش حاضر تعیین نقش میانجی کنش‌های اجرایی در رابطه‌ی بین حافظه‌ی کاری و استدلال سیال کودکان نارساخوان بود. اولین یافته‌ی پژوهش حاضر ارتباط معنادار حافظه‌ی کاری با استدلال سیال بود. این یافته با نتایج پژوهش (Rey-Mermet et al., 2019). همخوان است. نتایج پژوهش آنها نشان داد حافظه‌ی کاری و استدلال سیال با هم ارتباط معنی‌داری دارند و کنش‌های اجرایی منبع اصلی این ارتباط در نظر گرفته شد. نتایج پژوهش حاضر همچنین با یافته‌های پژوهش ملا و همکاران (Mella et al., 2015) همخوان است؛ آنها ضمن تایید ارتباط معنی‌دار حافظه‌ی کاری با استدلال سیال بر نقش بازداری پاسخ به عنوان پیونددهنده‌ی حافظه‌ی کاری و استدلال سیال تاکید کردند. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش چودرسکی و همکاران (Nęcka & Lulewicz, 2016). ناهمخوان است به صورتیکه در پژوهش آنان ظرفیت نگهداری و نه حافظه‌ی کاری تا ۷۰ درصد واریانس استدلال سیال را تشکیل می‌داد.

در تبیین نتایج این یافته که حافظه‌ی کاری در بیش از پنجاه درصد واریانس استدلال سیال سهم است و در واقع بهترین پیش‌بینی کننده‌ی استدلال سیال است (Wang & Gathercole, 2013). می‌توان گفت استدلال سیال در واقع مسئول استدلال بر روی اطلاعات شناختی جدید و در حال اجراست. ساختاری که به بهترین وجه این اطلاعات شناختی جدید را به صورت فعال حفظ می‌کند حافظه‌ی کاری است. در واقع استدلال سیال بر روی تکالیف نگهداری شده در حافظه‌ی کاری صورت می‌پذیرد. از این رو کارآمدی و نگهداری موثر اطلاعات شناختی در حافظه‌ی کاری بهترین پیش‌بینی کننده برای توانایی استدلال سیال است.

یافته دوم پژوهش حاضر نقش میانجی کنش‌های اجرایی را در رابطه بین حافظه‌ی کاری و استدلال سیال کودکان نارساخوان معنی‌دار نشان نمی‌دهد؛ و نتایج حاکی از آن هستند که تنها ۲۸/۱ درصد از تغییرات

متغیر استدلال سیال تحت تأثیر کنش های اجرایی و حافظه ی کاری است. این یافته با نتایج پژوهش مرمت و همکاران (Rey-Mermet et al., 2019) همخوان است. آنان رابطه ی حافظه ی کاری و استدلال سیال را به صورت مستقیم و نه از طریق میانجی کنش های اجرایی در نظر گرفتند. این یافته با نتایج پژوهش کورسو و همکاران (Corso et al., 2016) ناهمخوان است. آنان کنش های اجرایی را عامل پیونددهنده ی حافظه ی کاری با کارکردهای سطوح بالای شناختی نظیر استدلال سیال در نظر می گیرند. همچنین این یافته با نتایج پژوهش پارتان و همکاران (Partanen et al., 2020) ناهمخوان است. آنان با تأکید بر همبسته بودن حافظه ی کاری، استدلال سیال و کنش های اجرایی در فرایند های شناختی پیچیده، بر نقش میانجی کنش های اجرایی تأکید کردند.

در تبیین این یافته و بر پایه پژوهش باربوسا (Barbosa et al., 2019) که بر روی کودکان نارساخوان انجام شد می توان گفت تنها حافظه ی کاری کلامی و آن هم در قسمت دستکاری آواشناختی و نه نگهداری ذهنی با کنش های اجرایی مرتبط است. از این رو پیوند حافظه ی کاری و استدلال سیال با واسطه گری کنش های اجرایی تنها در حوزه ی حافظه ی کاری کلامی تأیید شده است. همچنین پژوهش کیم و پارک (Kim & Park, 2018) ارتباط حافظه ی کاری با استدلال سیال را تنها از طریق حافظه ی کاری غیر کلامی در نظر می گیرد که با توجه به این یافته ها می توان گفت حافظه ی فعال در قسمت کلامی با کنش های اجرایی و در قسمت دیداری با استدلال سیال در ارتباط است. از این رو پژوهش حاضر با این که نقش میانجی کنش های اجرایی را معنادار نشان نمی دهد اما به درک بهتر و گسترش ادبیات پژوهش در حوزه پیوند این سه ساختار مهم در کودکان نارساخوان کمک زیادی می کند.

با توجه به رابطه ی نزدیک حافظه ی کاری و استدلال سیال و همچنین نقش پیشایندی حافظه ی کاری بر استدلال سیال پیشنهاد می شود درمانگران کودکان نارساخوان ابتدا به تقویت حافظه ی کاری این کودکان بپردازند. پژوهش حاضر دارای محدودیت هایی بود. از جمله اینکه تعمیم نتایج این پژوهش به کودکان بهنجار امکان پذیر نیست. انجام این پژوهش بر روی آزمودنی های بهنجار، می تواند به درک ما از میانجی کنش های اجرایی در رابطه ی بین حافظه ی کاری و استدلال سیال کمک کند. همچنین در پژوهش های آتی به سبب پیشینه قوی حافظه ی دیداری در رابطه ی بین استدلال سیال و حافظه ی کاری، اجرای مدل ساختاری این پژوهش با نقش میانجی حافظه ی دیداری مغز پیشنهاد می شود ضمن اینکه بررسی سایر مولفه های کنش های اجرایی می تواند به درک بهتری از نقش کنش های اجرایی در رابطه ی حافظه ی کاری و استدلال سیال در کودکان نارساخوان بیانجامد. همچنین، استفاده از مدل مفهومی معکوس با نقش پیشایندی استدلال سیال می تواند نوع و میزان رابطه بر کنش های اجرایی و حافظه ی کاری را مشخص کند. با توجه به موضوع

نارساخوانی چنانچه در پژوهش‌های آتی متغیر هوش مورد کنترل دقیق‌تری قرار گیرد و فقط هوش بهر متوسط بالا مورد پژوهش واقع شود احتمالاً داده‌های مطلوب‌تری به دست خواهد آمد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه مدیران مراکز آموزش و توانبخشی مشکلات ویژه یادگیری شهر مشهد و همچنین کلیه والدین و مراجعین که در انجام این پژوهش، محققان را یاری کردند تقدیر و تشکر می‌کنیم.

References

- Agahi, A., & Asadi, F. (2017). *Interpretation of Tehran-Stanford-Binet Intelligence Scale*. Fara Angizesh Publications.
- American Psychiatric Association, D. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5). American psychiatric association Washington, DC.
- Aminlou, M., Kamkari, K., & Shikrzadeh, S. (2013). Concurrent validity of the new version of Tehran-Stanford-Binet intelligence test and Wechsler Intelligence Scale-Second Edition for children with learning disabilities. *Exceptional Education*, 13(7), 50-60.
- Barbosa, T., Rodrigues, C. C., Mello, C. B. d., Silva, M. C. d. S. e., & Bueno, O. F. A. (2019). Executive functions in children with dyslexia. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 77(4), 254-259. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20190033>
- Berg, E. A. (1948). A simple objective technique for measuring flexibility in thinking. *The Journal of general psychology*, 39(1), 15-22.
- Bizama, M., Saldaño, D., & Rodríguez, C. (2019). *Fluid intelligence, working memory, reading fluency and comprehension in chilean school children* Universidad de Almería (Spain).
- Butterfuss, R., & Kendeou, P. (2018). The role of executive functions in reading comprehension. *Educational Psychology Review*, 30, 801-826. <https://doi.org/10.1007/s10648-017-9422-6>
- Corso, H. V., Cromley, J. G., Sperb, T., & Salles, J. F. (2016). Modeling the relationship among reading comprehension, intelligence, socioeconomic status, and neuropsychological functions: The mediating role of executive functions. *Psychology & Neuroscience*, 9(1), 32. <https://doi.org/10.1037/pne0000036>
- García-Madruga, J. A., Gómez-Veiga, I., & Vila, J. Ó. (2016). Executive functions and the improvement of thinking abilities: The intervention in reading comprehension. *Frontiers in psychology*, 7, 58.
- Geyvi, H., Naderi, M., & Dehghani, F. (2014). Investigating the effectiveness of cognitive rehabilitation in executive performance reconstruction in patients with obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Studies*, 16(4), 101-128.
- Harrison, T. L., Shipstead, Z., & Engle, R. W. (2015). Why is working memory capacity related to matrix reasoning tasks? *Memory & cognition*, 43, 389-396. <https://doi.org/10.3758/s13421-014-0473-3>
- Jastrzębski, J., Ociepka, M., & Chuderski, A. (2020). Fluid reasoning is equivalent to relation processing. *Intelligence*, 82, 101489. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2020.101489>

- Johann, V., Könen, T., & Karbach, J. (2020). The unique contribution of working memory, inhibition, cognitive flexibility, and intelligence to reading comprehension and reading speed. *Child Neuropsychology*, 26(3), 324-344. <https://doi.org/10.1080/09297049.2019.1649381>
- Kamkari, K. (2011). *The new version of Tehran-Stanford-Binet intelligence test*. Tehran: Madares-e Karamad Publication.
- Kim, S., & Park, E. H. (2018). Relationship of working memory, processing speed, and fluid reasoning in psychiatric patients. *Psychiatry investigation*, 15(12), 1154. <https://doi.org/10.30773/pi.2018.10.10.2>
- Lezak, M. D. (2004). *Neuropsychological assessment*. Oxford University Press, USA.
- Mano, Q. R., Jastrowski Mano, K. E., Guerin, J. M., Gibler, R. C., Becker, S. P., Denton, C. A., Epstein, J. N., & Tamm, L. (2019). Fluid reasoning and reading difficulties among children with ADHD. *Applied Neuropsychology: Child*, 8(4), 307-318. <https://doi.org/10.1080/21622965.2018.1466706>
- Mella, N., Fagot, D., Lecerf, T., & de Ribaupierre, A. (2015). Working memory and intraindividual variability in processing speed: A lifespan developmental and individual-differences study. *Memory & cognition*, 43, 340-356. <https://doi.org/10.3758/s13421-014-0491-1>
- Mokhtari, M., Yaryari, F., Hassanabadi, H., & Abdollahi, M. (2014). Mental flexibility and memory in students with high functioning autism, educable down syndrome and normal students. *Journal of Exceptional Children*, 14(1), 5-18.
- Musazadeh Moghaddam, H., Arjmandnia, A., & Afrooz GhA, G.-B. B. (2019). Prospective Memory Based Cognitive Rehabilitation: Active Attention and Memory in Children With Hyperactivity Disorder. *Archives of Rehabilitation*, 20(2), 174-189. <https://doi.org/10.32598/rj.20.2.174>
- Nęcka, E., & Lulewicz, A. (2016). Capacity, control, or both—which aspects of working memory contribute to children's general fluid intelligence? *Polish Psychological Bulletin*, 47(1), 21-28. <https://doi.org/10.1515/ppb-2016-0003>
- Orzechowski, J., Śmieja, M., Lewczuk, K., & Nęcka, E. (2020). Working memory updating of emotional stimuli predicts emotional intelligence in females. *Scientific Reports*, 10(1), 20875. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-77944-9>
- Partanen, P., Jansson, B., & Sundin, Ö. (2020). Fluid reasoning, working memory and planning ability in assessment of risk for mathematical difficulties. *Educational Psychology in Practice*, 36(3), 229-240. <https://doi.org/10.1080/02667363.2020.1736518>
- Rey-Mermet, A., Gade, M., Souza, A. S., Von Bastian, C. C., & Oberauer, K. (2019). Is executive control related to working memory capacity and fluid intelligence? *Journal of Experimental Psychology: General*, 148(8), 1335.
- Slattery, E. J., Ryan, P., Fortune, D. G., & McAvinue, L. P. (2021). Contributions of working memory and sustained attention to children's reading achievement: A commonality analysis approach. *Cognitive Development*, 58, 101028. <https://doi.org/10.1016/j.cogdev.2021.101028>
- Wang, S., & Gathercole, S. E. (2013). Working memory deficits in children with reading difficulties: Memory span and dual task coordination. *Journal of experimental child psychology*, 115(1), 188-197.

Counseling After Traumatic Loss: Effects on Self-Compassion, Post-Traumatic Growth, and Depression

Zahra Asgari 

PhD in Counseling, Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran. (Corresponding Author), Email: za.asgari@edu.ui.ac.ir

Azam Naghavi 

Associate professor, Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Email: az.naghavi@edu.ui.ac.ir

Mohammad Reza Abedi 

Professor, Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Email: m.r.abedi@edu.ui.ac.ir

Received: 2023-10-10	Revised: 2024-05-30	Accepted: 2024-06-09	Published: 2024-06-19
Citation: Asgari, Z., Naghavi, A., & Abedi, M. R. (2024). Counseling after traumatic loss: Effects on self-compassion, post-traumatic growth, and depression among among Mourners in Isfahan city. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 14(1), 147-168. doi: 10.22067/tpccp.2024.84737.1576			

Abstract

Introduction: One of the challenges associated with traumatic loss is the intensity and duration of grief experienced by survivors (Shear et al., 2013). The nature of losses can become significantly more complicated when they occur in the context of emergency situations and under some social circumstances. In such situations, traditional funerals and collective mourning ceremonies may be hindered or even prevented, further complicating the grieving process (Kozu & Gibson, 2021). As a result, survivors may receive diminished social support, leading to increased feelings of isolation and depression (Wallace, et al., 2020). On the other hand, numerous studies have acknowledged that some mourners can experience positive changes despite the adverse effects of traumatic loss, particularly regarding depression. This phenomenon, known as post-traumatic growth, refers to a set of positive psychological changes that can arise after extremely stressful events (Tedeschi & Moore, 2021). Such growth is often driven by a person's reconstruction of their self-perception, their views of others, and the meaning they attribute to the traumatic experience. It can manifest in various dimensions, including increased gratitude for life, personal strength, enhanced social relationships, spiritual changes, and the creation of new opportunities (Calhoun & Tedeschi, 2014). Additionally, the factor of self-compassion plays a significant role in helping bereaved individuals achieve post-traumatic growth (Sperandio et al., 2022). Therefore, the present study aims to investigate the impact of traumatic loss counselling on increasing self-compassion and post-traumatic growth, while simultaneously decreasing depression and its associated components in bereaved individuals.

Method: The present study employed an experimental design featuring pre-test, post-test, and follow-up assessments, incorporating experimental and control groups with random assignment. Data analysis was conducted using SPSS 22, utilizing descriptive statistics (including frequency counts, percentage frequencies, means, standard deviations, and confidence intervals) and inferential statistics (specifically, repeated measures ANOVA). The statistical population comprised all bereaved men and women in the city of Isfahan who experienced a traumatic loss. Thirty participants were selected through convenience sampling



©2024 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.

and randomly assigned to either the experimental or control group (Delavar, 2022). The counseling package, consisting of six phases and comprising 6 to 10 in-person sessions of up to 90 minutes each, was delivered solely to the experimental group. The criteria for participation in the research included experiencing a traumatic loss of a close individual, such as a family member or close friend, due to various reasons including war (Christ, et al., 2021), explosions and terrorist attacks (Johnson & Armour, 2016), suicide (Tal, et al., 2017), homicide (Huggins & Hinkson, 2022), accidents (Djelantik, et al., 2020), natural disasters (Kozu & Gibson, 2021), and sudden deaths caused by illnesses (Faust & Del Rio, 2020). Participants also had to have experienced an emergency situation within the two years preceding the study, have waited more than six months since the loss event, to be between the ages of 19 and 40, and not be taking psychiatric medications. Exclusion criteria included a participant's unwillingness to continue with the study and absenteeism from more than three counseling sessions. Data was collected using self-compassion questionnaires, post-traumatic growth scale, and Beck depression inventory.

Results: The results demonstrated a statistically significant difference in self-compassion, post-traumatic growth, and depression scores between the experimental and control groups at the post-test stage ($P < 0.05$), which remained consistent after one month of follow-up. The traumatic loss counseling package has been demonstrated to be an effective intervention for increasing self-compassion and post-traumatic growth while reducing depression in bereaved individuals during emergencies. This package can be used to facilitate the mourning process for individuals who have experienced traumatic loss.

Discussion and conclusion: The current research indicates that the traumatic loss counseling package in emergency situations has had a positive impact on self-compassion, post-traumatic growth, and depression. By fostering self-compassion, individuals develop a better relationship with themselves, enabling them to adopt a more positive outlook. This transformation allows them to employ supportive coping strategies, reducing symptoms of depression and facilitating post-traumatic growth.

The current research aligns with findings of Laranjeira, et al. (2022), which highlighted the challenges faced by individuals dealing with bereavement during crises, such as the COVID-19 pandemic, emphasizing the necessity for specialized interventions for complex bereavement. Such interventions are of paramount importance in order to avert future psychological crises (Goveas & Shear, 2020; Johannsen, et al., 2019). Jerome, et al. (2018) focused on sudden losses due to cancer and observed improvements in self-compassion and reductions in depressive symptoms among those treated, mirroring the present study's outcomes. A variety of psychological treatments, including cognitive-behavioral therapy (Tur, et al., 2021), mindfulness-based approaches (Alonso-Llácer, et al., 2020), and compassion-focused therapy (Harris, 2021; Johannsen, et al., 2019), have also shown promise in enhancing self-compassion among mourners. A key factor in these treatments is the provision of a secure environment for emotional expression, allowing clients to process intense emotions without fear of being subjected to judgment (Winders, et al., 2020).

In conclusion, the research indicates that the effectiveness of traumatic loss counseling in enhancing self-compassion and post-traumatic growth while reducing depression. Therefore, it is recommended that psychologists and counselors working in counseling centers, crisis and injury prevention organizations, and other psychological service providers implement this counseling approach to mitigate traumatic grief and its negative psychological effects. While the overall findings indicate the effectiveness of this counseling package, it is

suggested that future studies evaluate its efficacy with diverse grieving populations, such as children and the elderly, to improve its impact or inform the development of alternative protocols. Like any research, this study had certain limitations. For instance, it was conducted exclusively with mourners in Isfahan, so caution is warranted when generalizing the findings to other populations. Additionally, the socio-economic status of the experimental and control groups was not accounted for, and all participants had at least a high school diploma. Consequently, the effectiveness of this treatment may vary for individuals with lower educational attainment.

Keywords: traumatic loss counseling, grief, self-compassion, post-traumatic growth, depression

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

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

دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی



مشاوره پس از فقدان تروماتیک: تأثیر بر خودشفقتی، رشد پس از تروما و افسردگی

زهرا عسگری

دکترای مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)، za.asgari@edu.ui.ac.ir

اعظم نقوی

دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. az.naghavi@edu.ui.ac.ir

محمدرضا عابدی

استاد، گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. m.r.abedi@edu.ui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۱۸	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۳/۱۰	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۲۰	تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۳۰
استناد: عسگری، زهرا؛ نقوی، اعظم؛ عابدی، محمدرضا. (۱۴۰۳). مشاوره پس از فقدان تروماتیک: تأثیر بر خودشفقتی، رشد پس از تروما و افسردگی در سوگواران شهر اصفهان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۴(۱)، ۱۴۷-۱۶۸. doi: 10.22067/tpccp.2024.84737.1576			

چکیده

هدف: یکی از چالش‌ها در ارتباط با فقدان‌های تروماتیک موضوع سوگ پس از آنها است، چراکه بازماندگان آنها نشانگان سوگ را با شدت و مدت بیشتری تجربه می‌کنند. پدیده‌ی سوگ، تجربه‌ای درونی و مانند سایر پيشامدها نیازمند طی شدن فرآیندی است تا بازماندگان بتوانند پس از آن به جریان عادی زندگی بازگردند. این پژوهش به بررسی اثربخشی بسته‌ی مشاوره‌ی فقدان تروماتیک بر خودشفقتی، رشد پس از تروما و افسردگی در سوگواران انجام شد.

روش: این پژوهش از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری شامل تمامی زنان و مردان سوگوار با تجربه‌ی فقدان آسیب‌زا در بازه‌ی ۱۹ تا ۴۰ سال در شهر اصفهان و سال ۱۴۰۱ بود. طبق ملاک‌های ورودی و تمایل افراد، تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. بسته‌ی مشاوره تنها برای افراد گروه آزمایش در ۶ مرحله و با تعداد ۶ تا ۱۰ جلسه‌ی حضوری تا ۹۰ دقیقه اجرا شد و جهت رعایت اصول اخلاقی، در پایان پژوهش، جلسات برای گروه کنترل نیز انجام گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های خودشفقتی، رشد پس از تروما و افسردگی استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر به وسیله‌ی نرم افزار SPSS22 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، تفاوت معناداری در نمرات خودشفقتی، رشد پس از تروما و افسردگی بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون وجود دارد ($P < 0.05$) و بعد از یک ماه پیگیری نتایج نیز ماندگار بود. با توجه به اثر معنادار بسته‌ی مشاوره‌ی فقدان تروماتیک برای افزایش خودشفقتی و رشد پس از تروما و کاهش افسردگی سوگواران می‌توان این بسته را جهت تسهیل فرآیند سوگواری افراد استفاده کرد.

واژگان کلیدی: مشاوره فقدان تروماتیک، سوگ، خودشفقتی، رشد پس از تروما، افسردگی

مقدمه

طبق بررسی سازمان بهداشت جهانی^۱ در یکی از پایش‌های مرتبط با سلامت روان، حدود ۷۰ درصد از افراد سراسر دنیا سالانه به طور متوسط سه بار در معرض وقایع تروماتیک قرار می‌گیرند. از این تعداد حدود ۱۲ درصد آنها با مرگ تروماتیک^۲ عزیزان خود مواجه می‌شوند که شیوع بالایی را در بین اینگونه وقایع دارد (Kessler et al., 2017). واقعه‌ی فقدان تروماتیک شامل مرگ شخصی عزیز به شیوه‌ای کاملاً ناگهانی، دور از انتظار، بدون هشدار قبلی، به شیوه‌ای سخت و گاهی پر از رنج برای متوفی است که از نظر بازماندگان، این نوع فقدان و نحوه‌ی وقوع آن برای فرد از دست‌رفته امری ناعادلانه و برای آنها دلخراش‌ترین تجربه تلقی می‌شود (Benjet et al., 2018).

یکی از چالش‌ها در ارتباط با فقدان‌های تروماتیک موضوع سوگ پس از آن‌ها است، چراکه بازماندگان آنها نشانگان سوگ را با شدت و مدت بیشتری تجربه می‌کنند (Shear et al., 2013). پدیده‌ی سوگ، تجربه‌ای درونی است و مانند سایر پیشامدها نیازمند طی شدن فرآیندی است تا بازماندگان بتوانند پس از آن به جریان عادی زندگی بازگردند (Bosco et al., 2021). در این میان، سوگ پس از فقدان‌های تروماتیک به خودی خود چالش‌برانگیز است چراکه در شدت و نوع فقدان نسبت به سوگ پس از مرگ‌های طبیعی متفاوت است. حال، این نوع فقدان زمانی که در بستری از شرایط اضطراری ایجاد شده در جامعه رخ دهد، بسیار پیچیده‌تر می‌شود. به عنوان مثال، فرد سوگوار در شرایطی پس از وقایع طبیعی مانند سیل، زلزله، طوفان و سونامی و یا همه‌گیری برخی بیماری‌ها شاهد صحنه‌های وخیم جراحات‌های اطرافیان، مرگ عزیزان، تخریب منازل و مدارس، از دست رفتن اموال و عدم خدمت‌رسانی کافی بیمارستان‌ها است (Kozu & Gibson, 2021). در این شرایط ممکن است انجام مراسم تدفین و سوگواری جمعی با مانع رو به‌رو و یا از آن جلوگیری شود که در این زمان میزان دریافت حمایت اجتماعی بازماندگان نیز کاهش می‌یابد (Wallace et al., 2020). در این شرایط بافت زندگی فرد از لحاظ خانوادگی و حتی سایر روابط شخصی او به ناگهان دگرگون می‌شود (Azim Oghlui Oskooi et al., 2021) و گاهی این تغییرات اجتماعی همزمان با تغییرات فیزیکی در محیط مثل محدودیت‌های رفت‌وآمدی خواهد بود (Jordan et al., 2022).

در کنار همه‌ی موارد مذکور، گروهی نیز ممکن است مهارت‌ها و توانایی‌های لازم برای رویارویی با چالش‌های ایجاد شده در پی سوگ را نداشته باشند که همین امر می‌تواند منشأ بسیاری از مشکلات دیگر از جمله پیامدهای مخرب روانشناختی شود. در چنین شرایطی می‌توان گفت فرد سوگوار قادر به تشخیص

1. World Health Organization (WHO)

2 traumatic loss

نیازهای خود و رفع آنها به شیوه‌ای مطلوب نبوده و در نتیجه، دچار عدم سازگاری می‌گردد (Parkes & Prigerson, 2013). همچنین، دشواری در مواجهه با فقدان‌های تروماتیک در شرایط اضطرار، فرآیند سوگ از جمله انکار، خشم، چانه‌زنی، افسردگی تا مرحله‌ی پذیرش را پیچیده و طولانی‌تر می‌کند (Djelantik et al., 2020) و معمولاً افراد سوگوار در این شرایط، افسردگی را در مدت زمان بیشتری تجربه می‌کنند (Komischke-Konnerup et al., 2021). کریستیانسن و همکاران (Kristiansen et al., 2019) در فراتحلیلی پیرامون میزان شیوع اختلالات روانشناختی در زنان سوگوار دریافتند که ۴۱ درصد آنها افسردگی را با علائم عمده‌ای مانند عدم علاقه به امور لذت‌بخش قبلی، احساس پوچی و بی‌معنایی زندگی و انرژی کم برای انجام امور روزمره تجربه کرده‌اند. پژوهش فرومکین و همکاران (Frumkin et al., 2021) در خصوص درد روانی ناشی از سوگ پیچیده و ارتباط آن با سطح افسردگی و افکار خودکشی بازماندگان نیز بیانگر آن بود که شدت افسردگی پس از این نوع فقدان‌ها بیشتر بوده و پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی رفتار خودکشی در سوگواران است.

از طرفی، پژوهش‌های بسیاری اذعان داشته‌اند که برخی سوگواران با وجود پیامدهای نامطلوب فقدان تروماتیک به ویژه افسردگی تغییرات مثبتی را نیز تجربه می‌کنند (Tedeschi & Moore, 2021). رشد پس از تروما^۱، مجموعه‌ای از تغییرات مثبت روانشناختی پس از وقایع فوق‌استرس‌زا بوده که ناشی از بازسازی ادراک فرد از خود، دیگران و معنای واقعی تروماتیک در زندگی است و در ابعاد مختلف از جمله افزایش قدردانی از زندگی، توانمندی شخصی، گسترش و بهبود روابط اجتماعی، تغییرات معنوی و همچنین، ایجاد فرصت‌های تازه رخ می‌دهد (Calhoun & Tedeschi, 2014).

فراهم شدن زمینه‌ی رشد پس از فقدان تروماتیک بستگی به عواملی دارد (Coles, 2021). به باور سیکولند و همکاران (Siqueland et al., 2012)، تجربه‌ی افسردگی و آشفتگی روانی پیش‌نیاز اساسی برای رشد پس از تروما است؛ زیرا افراد با دیدگاه‌های مختلفی نسبت به جهان پیرامون در مواجهه با مرگ تروماتیک عزیزانشان، به یکباره درگیر فروپاشی جهان‌بینی‌هی قبلی و آشفتگی می‌شوند. در هر صورت این تجربه، عنصری حیاتی برای رسیدن به رشد است. به این معنا که تا فقدان منجر به ارزیابی مجدد باورها و درک معنای چنین رنج‌هایی نشود، رشدی هم‌اتفاق نخواهد افتاد (Augustat, 2023).

در این میان طبق پژوهش‌ها، عامل خودشفقتی^۲ در فرد سوگوار نیز نقش موثری در رسیدن او به تجربه‌ی رشد پس از تروما دارد (Sperandio et al., 2022). بر اساس نظر نف (Sperandio et al., 2022)

1 Post-traumatic growth

2 Self-compassion

خودشفقتی را می‌توان به صورت پذیرا بودن رنج‌های خود همراه با داشتن حسی از مراقبت و مهربانی تعریف کرد. همچنین، به میزان درک خود در رویارویی با چالش‌های دشوار زندگی گفته می‌شود (Khursheed & Shahnawaz, 2020). پژوهش‌های مختلفی به بررسی رابطه‌ی بین خودشفقتی، تجربه‌ی رشد پس از تروما و افسردگی پرداخته‌اند. به عنوان مثال، وارا و تیم (Vara & Thimm, 2020) به این نتیجه رسیدند که کاهش خودشفقتی منجر به کاهش انطباق محیطی و در پی آن رشد پس از تروما و افزایش افسردگی در سوگواران می‌شود. همچنین، وانگ و یانگ (Wong) در نمونه‌ای از دانشجویان دریافتند که میزان بالای خودشفقتی با سطوح بالاتر رشد پس از تروما مرتبط است و توسط فرآیندهای شناختی از جمله پذیرش، چارچوب‌بندی مجدد و جستجوی معنا میانجی‌گری می‌شود.

با توجه به ماهیت پیچیده‌ی تروما و سوگ به ویژه در فقدان‌های رخ داده در شرایط اضطراب به نظر می‌رسد که دریافت خدمات مشاوره‌ای برای کاهش علائم افسردگی و افزایش خودشفقتی و رشد پس از تروما حائز اهمیت است؛ زیرا مداخلات روانشناختی ویژه‌ی سوگ به کاهش واکنش‌های سوگ‌نا سازگار و حل تعارضات ناشی از فقدان می‌پردازند (Worden, 2018). از همین رو، آمادگی متخصصان این حوزه برای رویارویی با چنین پدیده‌ای در حرفه‌ی خود ضروری است (Montague et al., 2020). یکی از این مداخلات، انجام مشاوره‌ی سوگ است که به تسهیل تکلیف سوگواری و رسیدن فرد سوگوار به التیام به ویژه در شرایط اضطراب کمک می‌کند (Mosher, 2018).

در همین راستا، بسته‌ی مشاوره‌ی ویژه‌ی فقدان تروماتیک در شرایط اضطراب تدوین شده است که گویای آن بوده که هر فرد به شیوه‌ی خود سوگواری کرده و دوران سوگش را طی می‌کند. در این نوع مشاوره، نقش مشاور به عنوان یک تسهیل‌گر شناخته شده که مداخلات هر جلسه را متناسب با شرایط مراجع تنظیم می‌کند. این بسته‌ی مشاوره توسط عسگری (Asgari et al., 2022) طراحی شده و روایی محتوایی (CVR)^۱ و شاخص روایی محتوایی (CVI)^۲ با مقدار ۰/۹۹ و ۱ به طور مطلوب مورد بررسی قرار گرفته است.

با توجه به آنچه ذکر شد و گسترده‌ی مداخلات در پیشینه‌های پژوهشی موجود، تا کنون مطالعه‌ای به بررسی اثر بسته‌ی مشاوره ویژه فقدان تروماتیک در شرایط اضطراب آن هم در زمینه‌ی مؤلفه‌های مهم مدنظر در این پژوهش انجام نشده است. بنابراین، مقاله حاضر در جهت بررسی فرضیه‌ی زیر انجام گرفت:

فرضیه: مشاوره‌ی فقدان تروماتیک بر افزایش خودشفقتی و رشد پس از تروما و کاهش افسردگی و

مؤلفه‌های آنها در سوگواران مؤثر است.

سؤالات:

۱. میزان اثربخشی بسته‌ی مشاوره‌ی فقدان تروماتیک بر خودشفقتی سوگواران چه میزان است؟
۲. میزان اثربخشی بسته‌ی مشاوره‌ی فقدان تروماتیک بر رشد پس از ترومای سوگواران چه میزان است؟
۳. میزان اثربخشی بسته‌ی مشاوره‌ی فقدان تروماتیک بر افسردگی سوگواران چه میزان است؟
۴. آیا اثر ناشی از مشاوره‌ی فقدان تروماتیک بر افزایش خودشفقتی و رشد پس از تروما و کاهش افسردگی و مؤلفه‌های آنها در سوگواران تا مرحله‌ی پیگیری یک ماهه ماندگار است؟

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، آزمون پیگیری با گروه آزمایش و کنترل و گمارش تصادفی بود. جامعه آماری، شامل کلیه‌ی زنان و مردان سوگوار مواجه شده با فقدان تروماتیک در شهر اصفهان و در سال ۱۴۰۱ بود. از این جامعه ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارش شدند (Tal et al., 2017)، جهت یافتن نمونه، فراخوانی در خصوص شرکت در پژوهش در فضاهای مجازی ارسال و سپس، لیستی از افراد متمایل به همکاری تهیه شد. از بین آنها با در نظر گرفتن معیارهای ورود به پژوهش تعداد مذکور برگزیده شدند. از جمله معیارهای ورود به پژوهش شامل تجربه‌ی فقدان تروماتیک اطرافیان نزدیک مانند اعضای خانواده و دوستان صمیمی و آن هم به دلایل تروماتیک اعم از جنگ (Christ et al., 2021)، انفجار و حملات تروریستی (Johnson & Armour, 2016)، خودکشی (Tal et al., 2017)، دگرکشی (Huggins & Hinkson, 2022)، تصادفات (Djelantik et al., 2020)، بلایای طبیعی (Kozu & Gibson, 2021) و مرگ‌های ناگهانی ناشی از بیماری‌ها (Faust & Del Rio, 2020)، تجربه‌ی شرایط اضطرار در دو سال قبل، گذشت بیش از شش ماه از واقعه‌ی فقدان و افراد بازه‌ی سنی جوان ۱۹ تا ۴۰ سال بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل عدم تمایل مشارکت‌کننده به تداوم همکاری در پژوهش و غیبت بیش از سه دفعه در جلسات مشاوره بود.

افراد گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. سپس، جلسات مشاوره به صورت حضوری بر اساس بسته‌ی مشاوره‌ی ویژه‌ی فقدان تروماتیک ارائه گردید. این بسته در پژوهش حاضر هر مرحله در دو جلسه انجام گردید. به صورت فرآیندی بوده و در ۶ مرحله و با تعداد ۶ تا ۱۰ جلسه‌ی تا ۹۰ دقیقه برای موضوعات آن و هفته‌ای یکبار برای گروه آزمایش اجرا شد. از طرف دیگر،

گروه و کنترل هیچگونه مشاوره‌ای دریافت نکرد. پس از آن برای پس آزمون اعضای دو گروه به پرسشنامه - های مذکور پاسخ دادند. همچنین، پس از یک ماه نیز جهت پیگیری مجدداً دو گروه به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. شرح جلسات مشاوره در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ساختار جلسات مشاوره‌ی فقدان آسیب‌زا (Azadi, 2011)

مرحله	هدف	مداخلات
۱	آشنایی، ساخت تاریخچه، اتحاد درمانی با تأکید بر مراقبت و کمک در تمام جلسات	معارفه: تماس تلفنی یا پیامک مشاور برای معرفی و یادآوری زمان و مکان مشاوره، آشنایی و برقراری ارتباط در جهت ایجاد اعتماد اتحاد درمانی: اشتیاق، دلگرمی، تعامل مراقبت: مکان مشاوره، پوشش مشاور، نوشیدنی و خوراکی لازم، دستمال کاغذی، رازداری، تنظیم هیجانی مشاور کمک: احترام، خلوص، همدلی، پذیرش، توجه مثبت، همخوانی، اعتباربخشی ساخت تاریخچه: دریافت شرحی از واقعه، مکان، مدت زمان و علائم مراجع، چالش‌ها و مشکلات، موقعیت زندگی کنونی، بررسی سابقه‌ی فقدان‌ها و منابع مقابله‌ای
۲	به سوی فهم سوگ با تأکید بر پشتیبانی، حمایت و در صورت لزوم ارجاع	پشتیبانی: رفع کردن موانع انجام جلسه‌ی مشاوره، ارتباط و پیگیری مداوم، در دسترس بودن، ارائه‌ی اطلاعات لازم، بررسی و رفع موانع التیام مانند تسکین کاذب حمایت: آموزش روانی سوگ، ذهن آگاهی و تن آرامی ارجاع: موارد بالینی جهت دارودرمانی همزمان با مشاوره
۳	به سوی پردازش شناختی- هیجانی تروما با تأکید بر دیالوگ	گفتگوهای چندوجهی: گوش دادن تأملی و سؤال پرسیدن از جزئیات داستان و مرور زندگی، نوشتن خاطرات و دلنوشته‌ی کاغذی و متن پیام، خاطره‌گویی مراجع چه به صورت حضوری و چه در فضای مجازی (پیام، پست و...)، گفتن از رؤیاها، جمع‌آوری یادگاری‌های متوفی و صحبت در مورد آنها
۴	به سوی ساخت شرایط سوگواری با تأکید بر دیالوگ	دیالوگ جهت‌دار نسبت به شرایط: سوق دادن فرد به شیوه‌های مختلف سوگواری در شرایط اضطرار دیالوگ جهت‌دار نسبت به نوع و اجرای سوگواری: ضرورت اعمال فرآیند مراقبت و پشتیبانی مشاور همزمان با سوگواری مراجع، انجام مشاوره‌ی انگیزشی برای شرکت در مراسم سوگواری در زمانی که شرایط وجود ندارد.
۵	به سوی بازسازی و تعادل خود با تأکید بر ذهنی‌سازی	خودشناسی، خودتنظیمی هیجان، خودشفقتی، خوداندیشی، خودکارآمدی، مهارت‌های ارتباطی، دگرشفقتی
۶	پیگیری	تماس تلفنی در طول جلسات/ دیدار حضوری: بررسی یک ماهه

جهت رعایت اصول اخلاقی، بعد از مرحله‌ی پیگیری، گروه کنترل نیز به بسته به میزان تمایل خود به مدت ۶ جلسه تحت مشاوره بر اساس این بسته قرار گرفت.

ابزارها

پرسشنامه‌ی خودشفقتی

این پرسشنامه توسط ریس و همکاران (Raes et al., 2011) برای اندازه‌گیری مؤلفه‌هایی مانند مهربانی به خود در برابر قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی در برابر انزوا و ذهن آگاهی در برابر همانندسازی افراطی تدوین شده است. این مقیاس شامل ۱۲ ماده است که پاسخ‌های آن در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می‌گیرند. نمره‌ی نهایی بالاتر بیانگر میزان خودشفقتی بیشتر است. شهبازی و همکاران (Shahbazi et al., 2015) ضریب آلفای کرونباخ را در ایران (۰/۹۱) به دست آوردند. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برابر با (۰/۷۱۳) به دست آمد.

پرسشنامه‌ی رشد پس از تروما

این پرسشنامه توسط تدسکی و کالهن (Tedeschi & Calhoun, 1996) برای اندازه‌گیری تجارب مثبت افراد پس از وقایع تروماتیک طراحی شده است. این ابزار خودسنجی متشکل از ۲۱ ماده مرتبط با پنج مقیاس احتمالات جدید، ارتباط با دیگران، توان شخصی، قدردانی از زندگی و تغییر معنوی است. نمره-گذاری این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای و به صورت نمره ۰ (اصلاً) تا ۵ (خیلی زیاد) انجام می‌گیرد. دامنه‌ی نمرات آزمودنی بین ۰ تا ۱۰۵ است و نمره‌ی نهایی این مقیاس از جمع نمرات در هر مؤلفه محاسبه می‌شود و نمره‌ی بالاتر نشان دهنده‌ی رشد پس از ترومای بالاتر در فرد است. ضریب همبستگی خرده مقیاس‌ها در مطالعه‌ی (Tedeschi & Calhoun, 1996) ضریب همبستگی خرده مقیاس‌ها برابر با (۰/۸۸) و ضریب الفای کرونباخ برابر با (۰/۹۲) بود. روایی این پرسشنامه در ایران از طریق ضریب همبستگی نمرات حاصل از اجرای دو بار اندازه‌گیری (۰/۹۴) به دست آمد و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون (۰/۹۲) و دامنه‌ی ضریب آلفای کرونباخ برای عوامل بین (۰/۶۶) تا (۰/۹۰) قرار دارد (Seyed Mahmoudi et al., 2012). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برابر با (۰/۹۳۹) به دست آمد.

پرسشنامه‌ی افسردگی

این پرسشنامه توسط بک (Beck, 1972) برای تشخیص علائم بالینی افسردگی در زمینه‌ی عاطفی، شناختی، انگیزشی و فیزیولوژیکی تدوین شده است. این ابزار خودسنجی شامل ۱۳ ماده‌ی مرتبط با نشانگان خاص افسردگی است که در یک مقیاس چهار درجه‌ای و به صورت نمره ۰ تا ۳ مرتب شده است. دامنه‌ی

نمرات آزمودنی بین ۰ تا ۳۹ است که پس از جمع نمرات نهایی، نمره‌ی بالاتر حاکی از میزان افسردگی بیشتر است. لیتفوت و الیور (Lightfoot & Oliver, 1985) ضریب آلفای کرونباخ را (۰/۸۷) و پایایی بازآزمایی را به فاصله‌ی دو هفته (۰/۹۰) گزارش دادند. رجبی (Rajabi, 2005) ضرایب آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن برای کل پرسشنامه (۰/۸۹) و (۰/۸۲) و ضریب همبستگی بین فرم ۱۳ سؤال و فرم ۲۱ سؤال پرسشنامه‌ی افسردگی بک را (۰/۶۷) در ایران به دست آورد. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برابر با (۰/۸۹۵) به دست آمد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS 22 با به کارگیری آمار توصیفی (محاسبه‌ی فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار و فاصله اطمینان) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه گیری-های مکرر) استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های آمار توصیفی، دامنه سنی کل نمونه بین ۲۰ تا ۴۰ سال با میانگین و انحراف معیار سنی به ترتیب ۳۱/۶ سال و ۵/۰۳ سال بود؛ اما دامنه سنی گروه کنترل بین ۲۵ تا ۴۰ سال با ۳۲ سال بود. دامنه سنی گروه آزمایش نیز بین ۲۰ تا ۴۰ سال بود. از بین ۳۰ نفر نمونه پژوهش ۱۵ نفر معادل ۵۰ درصد از نمونه را گروه آزمایش و ۱۵ نفر، گروه کنترل را تشکیل می‌دادند. از بین ۱۵ نفر گروه آزمایش ۶ نفر معادل ۴۰ درصد مرد و ۹ نفر زن بوده‌اند و در گروه کنترل نیز ۶ نفر مرد و ۶ نفر زن بوده‌اند؛ همچنین از بین گروه آزمایش ۶ نفر معادل ۴۰ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بوده‌اند که بیشترین فراوانی را دارا هستند، ۵ نفر معادل ۳۳/۳ درصد دارای تحصیلات کارشناسی، ۳ نفر معادل ۲۰ درصد دارای تحصیلات دکترا و ۱ نفر معادل ۱۳/۳ درصد با مدرک دیپلم بودند؛ اما در گروه کنترل ۵ نفر معادل ۳۳/۳ درصد دارای تحصیلات کارشناسی و همچنین کارشناسی ارشد و ۴ نفر معادل ۲۶/۷ درصد دارای تحصیلات دیپلم و ۱ نفر معادل ۶/۷ درصد دارای تحصیلات دکترا را شامل می‌شدند. از نظر واقعیهی منجر به مرگ، در گروه آزمایش ۶ نفر معادل ۴۰ درصد بیماری کووید-۱۹، ۴ نفر معادل ۲۶/۷ درصد تصادف، ۳ نفر معادل ۲۰ درصد سکته قلبی/مغزی و ۲ نفر معادل ۱۳/۳ درصد خودکشی را تجربه داشتند. در گروه کنترل نیز ۸ نفر معادل ۵۳/۳ درصد بیماری کووید-۱۹، ۶ نفر معادل ۴۰ درصد تصادف و ۱ نفر معادل ۶/۷ درصد سکته قلبی/مغزی را تجربه داشتند.

برای توزیع نرمال یا عدم نرمال بودن داده‌های پژوهش از آزمون شاپیرو ویلکز استفاده شد که برای همه متغیرها توزیع طبیعی بود. سطوح معناداری برای همه متغیرها بزرگتر از ۰/۰۵ بود که از لحاظ آماری هیچ کدام

معنادار نیستند، به عبارت دیگر فرض نرمال بودن داده‌ها تأیید می‌شود. همچنین، برای آزمون همگنی واریانس‌های از آزمون لون استفاده شد. با مشاهده یافته‌های جدول زیر ($p < 0/05$) و عدم معناداری آزمون لون نتیجه می‌گیریم می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد. این بدان معناست که قبل از مداخله درمانی، گروه کنترل و آزمایش از نظر واریانس‌ها تجانس دارند.

جدول ۲. نتایج آزمون شاپیرو ویلکز و آزمون مفروضه همگنی واریانس‌های لون متغیرهای پژوهش

متغیر	زمان مطالعه	گروه	آزمون شاپیرو ویلکز		آزمون لون	
			آماره آزمون	سطح معناداری	آماره آزمون	سطح معناداری
رشد پس از تروما	پیش آزمون	گواه	۰/۹۲۴	۰/۲۲۴	۲/۳۴۵	۰/۱۳۷
		آزمایش	۰/۹۶۸	۰/۸۲۷		
	پس آزمون	گواه	۰/۹۵۸	۰/۶۵۱	۰/۷۶۰	۰/۳۹۱
		آزمایش	۰/۹۶۳	۰/۷۵۱		
	پیگیری	گواه	۰/۹۶۷	۰/۹۳۲	۱/۱۸۸	۰/۳۰۱
		آزمایش	۰/۸۹۴	۰/۰۷۸		
خودشفقتی	پیش آزمون	گواه	۰/۹۰۳	۰/۱۰۴	۱/۹۲۸	۰/۳۰۰
		آزمایش	۰/۹۵۸	۰/۶۵۰		
	پس آزمون	گواه	۰/۹۳۷	۰/۳۵۱	۰/۷۸۵	۰/۳۸۳
		آزمایش	۰/۹۱۲	۰/۱۴۵		
	پیگیری	گواه	۰/۹۲۳	۰/۲۱۲	۱/۵۶۷	۰/۲۲۱
		آزمایش	۰/۹۵۸	۰/۶۵۹		
افسردگی	پیش آزمون	گواه	۰/۹۲۲	۰/۲۰۳	۲/۴۹۵	۰/۱۲۵
		آزمایش	۰/۹۶۲	۰/۷۲۳		
	پس آزمون	گواه	۰/۹۶۰	۰/۷۰۱	۱/۵۵۹	۰/۲۲۲
		آزمایش	۰/۹۸۵	۰/۶۵۸		
	پیگیری	گواه	۰/۹۶۰	۰/۷۰۱	۳/۶۶۳	۰/۰۶۰
		آزمایش	۰/۹۲۳	۰/۲۰۲		

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

جدول ۳. میانگین و خطای معیار متغیر خودشفقتی، رشد پس از تروما و افسردگی در گروه‌های کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر مورد بررسی	گروه	زمان مطالعه	تعداد	میانگین	خطای معیار
خودشفقتی	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۲۹/۸۷	۱/۵۴
		پس‌آزمون	۱۵	۲۸/۸۷	۰/۸۱
		پیگیری	۱۵	۲۸/۴۷	۰/۶۴
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۳۰/۲۷	۱/۵۴
		پس‌آزمون	۱۵	۴۹/۲۰	۰/۸۱
		پیگیری	۱۵	۵۱/۰۷	۰/۶۴
رشد پس از تروما	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۳۶/۹۳	۳/۶۲
		پس‌آزمون	۱۵	۳۷/۷۳	۲/۷۵
		پیگیری	۱۵	۳۶/۵۳	۲/۲۹
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۳۸/۴۷	۳/۶۲
		پس‌آزمون	۱۵	۸۳/۱۳	۲/۷۵
		پیگیری	۱۵	۹۰/۶۷	۲/۲۹
افسردگی	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۱۳/۳۳	۲/۲۲
		پس‌آزمون	۱۵	۱۲/۸۷	۰/۸۵
		پیگیری	۱۵	۱۲/۸۷	۰/۷۴
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۱۶/۹۳	۲/۲۲
		پس‌آزمون	۱۵	۱/۹۳	۰/۸۵
		پیگیری	۱۵	۰/۴۷	۰/۷۴

در جدول زیر نتایج آزمون فرض کورویت برای مؤلفه‌های مورد بررسی ارائه شده است؛ به طوری که این پیش فرض قبل از انجام آزمون اندازه‌های مکرر بررسی شده است. همانطور که مشاهده می‌شود فرض کورویت برای هر سه مؤلفه رد شده است. بنابراین، از نتایج مربوط به آزمون گرین هوس گیسر در مدل اندازه‌های مکرر برای مؤلفه‌ها استفاده شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون فرض کورویت، رشد پس از تروما و افسردگی

متغیر	آماره ماچلی دبلو	تقریب کای-اسکور	درجه آزادی	سطح معناداری
رشد پس از تروما	۰/۱۳۹	۵۳/۳۴۸	۲	<۰/۰۰۰۱
خودشفقتی	۰/۱۹۱	۴۴/۶۲۹	۲	<۰/۰۰۰۱
افسردگی	۰/۰۶۰	۷۵/۹۶۱	۲	<۰/۰۰۰۱

در جدول شماره ۵ نتایج آزمون اندازه‌های مکرر در بررسی اثربخشی بسته‌ی مشاوره‌ی فقدان تروماتیک بر خودشفقتی، رشد پس از تروما و افسردگی در طی زمان ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج اندازه‌های مکرر تأثیر مشاوره‌ی فقدان تروماتیک بر خودشفقتی، رشد پس از تروما و افسردگی

متغیر	اندازه گیری	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اتا	توان آزمون
رشد پس از تروما	اثر زمان	۱۱۱۴۶/۱۹۴	۶۸/۸۹۷	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۱	۱/۰۰۰
	اثر گروه	۲۵۵۳۶/۱۷۸	۱۱۸/۵۱۵	<۰/۰۰۰۱	۰/۸۰۹	۱/۰۰۰
	اثر متقابل	۱۱۰۹۲/۰۹۱	۶۸/۵۶۲	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۰	۱/۰۰۰
خودشفقتی	اثر زمان	۱۵۸۲/۷۰۶	۸۴/۷۷۶	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۵۲	۱/۰۰۰
	اثر گروه	۴۶۹۴/۴۴۴	۱۵۲/۵۹۸	<۰/۰۰۰۱	۰/۸۴۵	۱/۰۰۰
	اثر متقابل	۲۰۲۳/۹۸۲	۱۰۸/۴۱۳	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۵	۱/۰۰۰
افسردگی	اثر زمان	۱۲۸۰/۶۵۷	۲۵/۷۸۶	<۰/۰۰۰۱	۰/۴۷۹	۰/۹۹۹
	اثر گروه	۹۷۳/۵۱۱	۲۳/۲۰۳	<۰/۰۰۰۱	۰/۴۵۳	۰/۹۹۶
	اثر متقابل	۱۱۳۸/۲۱۸	۲۲/۹۱۸	<۰/۰۰۰۱	۰/۴۵۰	۰/۹۹۷

همانطور که مشاهده می‌شود در مؤلفه‌ی رشد پس از تروما، خودشفقتی و افسردگی اثر گروه در سطح ۰/۰۱ معنادار بوده است. همچنین، اثر متقابل زمان و گروه نیز در سطح ۰/۰۱ معنادار بوده است که نتیجه می‌شود مشاوره‌ی انجام شده بر روی این دو متغیر در طی زمان اثر معنادار داشته است. رشد پس از تروما ($P < ۰/۰۰۰۱$, $F = ۱۱۸/۵۱۵$)، خودشفقتی ($P < ۰/۰۰۰۱$, $F = ۱۵۲/۵۹۸$) و افسردگی ($P < ۰/۰۰۰۱$, $F = ۲۳/۲۰۳$) با توجه به میانگین نمره‌ی سه متغیر مذکور در دو گروه در طی زمان اینگونه نتیجه گرفته می‌شود که بسته‌ی مشاوره‌ی فقدان تروماتیک بر افزایش رشد پس از تروما و خودشفقتی و کاهش افسردگی مؤثر بوده است. توان آماری آزمون برای هر سه متغیر مورد بررسی بسیار بالا به دست آمده است که نشان دهنده‌ی قدرت تشخیصی بالای آزمون در درک تفاوت‌های گروه‌ها است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی بسته‌ی مشاوره‌ی فقدان تروماتیک بر خودشفقتی، رشد پس از تروما و افسردگی و مؤلفه‌های آنها در سوگواران بود. نتایج نشان داد که فرآیند این مشاوره بر افزایش خودشفقتی و رشد پس از تروما و کاهش افسردگی تأثیر معنی‌دار داشته و این اثر تا مرحله‌ی پیگیری نیز ماندگار بوده است. با توجه به اینکه اثربخشی این بسته برای اولین بار و آن هم برای فقدان‌های تروماتیک مورد بررسی قرار گرفته است، مقایسه‌ی نتایج سایر پژوهش‌ها جهت تبیین یافته‌های پژوهش حاضر تا کنون در دسترس نبود. بنابراین، تنها به مطالعات مشابه در این خصوص پرداخته می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر با مطالعه‌ی لارانجریا (Laranjeira et al., 2022) درباره‌ی اثربخشی کاربرد مداخلات روانی- اجتماعی برای سوگ افراد در شرایط اضطراب بیماری کووید-۱۹ همسو است. هر چند این مطالعه به مرور ادبیات پژوهش در خصوص اثر مثبت استفاده از مشاوره بر کاهش ناهنجاری‌های روانشناختی سوگ پس از فقدان تروماتیک در شرایط اضطراب همه‌گیری پرداخته بود. در تبیین این یافته می‌توان فهمید فقدان تروماتیک به خودی خود دردناک بوده و محدودیت‌های شرایط اضطراب مانند وجود یک همه‌گیری باعث برهم خوردن نظم سوگواری‌های رایج و دشواری عبور از مراحل سوگ می‌شود. بنابراین، پیچیده شدن سوگ مداخلات خاص خود را می‌طلبد تا از ایجاد بحران‌های روانی آتی برای فرد پیشگیری کند (Goveas & Shear, 2020; Johannsen et al., 2019).

مطالعه‌ای دیگر از جروم (Jerome et al., 2018) با هدف بررسی اثربخشی درمان سوگ ناشی از فقدان ناگهانی بر اثر سرطان انجام گرفت. نتایج بیانگر افزایش خودشفقتی و کاهش علائم افسردگی سوگواران بوده که از این منظر همسو با پژوهش حاضر است. سایر مداخلات روانشناختی مانند درمان شناختی- رفتاری (Tur et al., 2021)، مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی (Alonso-Llácer et al., 2020) و درمان متمرکز بر شفقت (Harris, 2021; Johannsen et al., 2019) نیز نتایج امیدوارکننده‌ای در افزایش خودشفقتی سوگواران نشان داده‌اند. در تبیین این یافته می‌توان گفت بسته‌ی مشاوره به ایجاد فضای امن برای ابراز احساسات پرداخته است. معمولاً سوگ همراه با طیفی از احساسات شدید مانند غم، خشم، گناه و سردرگمی است و این نوع مشاوره با تأکید بر فرآیندهای مشاوره‌ای محیطی بدون قضاوت ارائه می‌دهد که در آن افراد می‌توانند آشکارا بدون ترس از سوء تفاهم یا انتقادی به اشتراک بگذارند. در این میان مشاور به عنوان یک تسهیل‌گر با تصدیق و اعتبار بخشیدن به این احساسات، به مراجع کمک می‌کنند با درک و

پذیرش احساساتشان خودشفقتی ایجاد کنند. در واقع، مشاور به مراجع کمک می‌کند تا او بفهمد که افکار، رفتارها و احساساتش بخشی از سفر التیام او از فقدان تروماتیک است (Winders et al., 2020).

مطالعه‌ی رحمانی و منصوری (Rahmani & Mansouri, 2020) در زمینه‌ی بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سوگواران بر افزایش رشد پس از تروما نیز همسو با نتایج این پژوهش است. در پژوهش روپکه (Roepke et al., 2018) به بررسی اثر مشاوره‌ی روایت محور بر افسردگی و رشد پس از تروما در بزرگسالان سوگوار پرداخته شد. نتایج همانند یافته‌ی این پژوهش حاکی از آن بود که این سبک مشاوره به کاهش علائم افسردگی در افراد منجر شده اما باعث تفاوت معناداری در رشد پس از تروما نشده بود که از این نظر ناهمسو با نتایج اثربخشی پژوهش حاضر است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مداخلات موجود در بسته‌ی مشاوره با پردازش علائم مرتبط با تروما و ترویج راهبردهای مقابله سازگارانه منجر به تغییرات مثبت در ادراکات سوگواران از خود، دیگران و جهان، تقویت توان شخصی، بهبود روابط و قدردانی بیشتر از زندگیشان در بین آشوب‌های شرایط اضطراب شده است.

مطالعه‌ای مروری برین (Breen et al., 2023) با بررسی ادبیات پژوهش در زمینه‌ی اثربخشی انجام مشاوره بر اساس پروتکل‌های شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی بازماندگان فقدان‌های تروماتیک با نتایج پژوهش حاضر همسو است. همچنین، مطالعه‌ی رینگولد و همکاران (Rheingold et al., 2015) نیز از لحاظ اینکه به بررسی اثر بسته‌ی درمانی ویژه‌ی بازماندگان مرگ‌های تروماتیک بر کاهش افسردگی آنها پرداخته بود، با نتایج این پژوهش همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت مشاوره‌ی سوگ به افراد کمک می‌کند تا با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سالم‌تری با فقدان تروماتیک خود روبه‌رو شوند. همین امر منجر به مدیریت شرایط ناشی از اضطراب و بازگشت سریع‌تر به زندگی معمولی شود که کاهش علائم افسردگی را به همراه دارد (Currier et al., 2006). با توجه به پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که بسته‌ی مشاوره‌ی فقدان تروماتیک در شرایط اضطراب اثرات مثبتی بر خودشفقتی، رشد پس از تروما و افسردگی نشان داده است. با افزایش خودشفقتی به افراد کمک می‌شود تا رابطه‌ی مهربانتری با خود ایجاد کنند. در نتیجه، می‌توانند با اتخاذ دیدگاهی مثبت و استفاده از راهبردهای حمایتی و مقابله‌ای به کاهش علائم افسردگی و تجربه‌ی رشد پس از تروما برسند.

به‌طور کلی نتایج این پژوهش از تأثیر مشاوره فقدان تروماتیک بر افزایش خودشفقتی و رشد پس از تروما

و کاهش افسردگی حمایت می‌کند؛ بنابراین، به روان‌شناسان و مشاورانی که در مراکز مشاوره، انجمن‌های پیشگیری از آسیب و بحران و سایر ارگان‌هایی که در حیطه موضوعات روانشناختی فعالیت می‌کنند، پیشنهاد می‌شود از این فرایند مشاوره در جهت پیشگیری از سوگ تروماتیک و پیامدهای روانشناختی ناگوار آن استفاده نمایند. اگرچه نتایج کلی یافته‌های این تحقیق حاکی از اثربخشی این بسته‌ی مشاوره است، اما به مشاوران و درمانگران این حیطه توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی اثربخشی این بسته برای سایر گروه‌های درگیر سوگ از جمله کودکان و سالمندان بپردازند تا باعث افزایش اثربخشی این مشاوره شده و یا پروتکل‌های دیگری را تدوین کنند. به‌علاوه، مانند هر پژوهش دیگری، این پژوهش نیز با محدودیت‌هایی همراه بود. از جمله آنکه این پژوهش منحصر به سوگواران شهر اصفهان بود؛ بنابراین توصیه می‌شود برای سایر افراد با احتیاط عمل شود. همچنین در این پژوهش وضعیت اجتماعی-اقتصادی گروه آزمایش و کنترل، کنترل نشد. به علاوه تحصیلات افراد حاضر در نمونه دیپلم و بالاتر از دیپلم بود؛ بنابراین ممکن است اثربخشی این درمان بر افراد دارای تحصیلات پایین‌تر از دیپلم متفاوت باشد.

سپاسگزاری

در پایان محققان از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی خود را ابراز می‌دارند. ضمناً هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد و بدون حمایت مالی سازمان خاصی انجام گرفته است.

تعارض منافع

بر اساس اظهار نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

References

- Alonso-Llácer, L., Barreto Martín, P., Ramos-Campos, M., Mesa Gresa, P., Lacomba Trejo, L., & Pérez Marín, M. A. (2020). Mindfulness and grief: The maded program mindfulness for the acceptance of pain and emotions in grief. *Psicooncologia*, 17(1), 105-116. <https://doi.org/10.5209/psic.68244>
- Asgari, Z., Naghavi, A., & Abedi, M. R. (2022). Grief interventions: A qualitative review of systematic reviews. *Journal of Loss and Trauma*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/15325024.2022.2102304>
- Augustat, O. (2023). Finding meaning after prolonged trauma: Is the construct of post-traumatic growth relevant for survivors with elevated symptoms of complex posttraumatic stress disorder? *North Texas Journal of Undergraduate Research*, 3(1). <https://doi.org/10.12794/journals.ntjur.v3i1.238>
- Azadi, Z. (2011). *Comparing the effectiveness of rational-emotive-behavior therapy and solution-focused therapy for divorcing couples on reducing their marital problems and maladjustment* Ferdowsi University of Mashhad].
- Azim Oghlui Oskooi, P. B., farahbakhsh, k., & moradi, o. (2021). Effective fields the experience of mourning after the death of a family member: A phenomenological study. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 12(45), 117-160. <https://doi.org/10.22054/qccpc.2020.48664.2275>
- Beck, A. T. (1972). Measuring depression: The depression inventory. *Recent advances in the psychobiology of the depressive illnesses*, 299-302.
- Benjet, C., Lépine, J.-P., Piazza, M., Shahly, V., Shalev, A., & Stein, D. J. (2018). Cross-national prevalence, distributions, and clusters of trauma exposure. *Trauma and posttraumatic stress disorder: Global perspectives from the WHO World Mental Health surveys*, 43-71. <https://doi.org/10.1017/9781107445130.004>
- Bosco, C., Tattoli, L., Di Vella, G., Ventura, F., Verde, A., & Rocca, G. (2021). The mourning process and “living with the dead”: Two case reports and a review of the literature. *Journal of Forensic Sciences*, 66(1), 407-412. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.14565>
- Breen, L. J., Greene, D., Rees, C. S., Black, A., Cawthorne, M., & Egan, S. J. (2023). A co-designed systematic review and meta-analysis of the efficacy of grief interventions for anxiety and depression in young people. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.032>
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2014). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In *Handbook of posttraumatic growth* (pp. 3-23). Routledge.
- Christ, G. H., Kane, D., & Horsley, H. (2021). Grief after terrorism: Toward a family-focused intervention. In *Grief and bereavement in contemporary society* (pp. 203-221). Routledge.
- Coles, R. (2021). *The madness of grief: A memoir of love and loss*. Weidenfeld & Nicolson.

- Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death studies*, 30(5), 403-428. <https://doi.org/10.1080/07481180600614351> (In Persian)
- Djelantik, A. M. J., Robinaugh, D. J., Kleber, R. J., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2020). Symptomatology following loss and trauma: Latent class and network analyses of prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in a treatment-seeking trauma-exposed sample. *Depression and Anxiety*, 37(1), 26-34. <https://doi.org/10.1002/da.22880>
- Faust, J. S., & Del Rio, C. (2020). Assessment of deaths from covid-19 and from seasonal influenza. *JAMA internal medicine*, 180(8), 1045-1046. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.2306>
- Frumkin, M. R., Robinaugh, D. J., LeBlanc, N. J., Ahmad, Z., Bui, E., Nock, M. K., Simon, N. M., & McNally, R. J. (2021). The pain of grief: Exploring the concept of psychological pain and its relation to complicated grief, depression, and risk for suicide in bereaved adults. *Journal of clinical psychology*, 77(1), 254-267. <https://doi.org/10.1002/jclp.23024>
- Goveas, J. S., & Shear, M. K. (2020). Grief and the covid-19 pandemic in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1119-1125. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.021>
- Harris, D. (2021). Compassion-focused grief therapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 49(6), 780-790. <https://doi.org/10.1080/03069885.2021.1960948>
- Huggins, C., & Hinkson, G. (2022). Signs of traumatic grief, lack of justice, magnitude of loss, and signs of resilience following the homicidal loss of their adult child among caribbean black mothers. *OMEGA-Journal of death and dying*, 84(3), 914-934. <https://doi.org/10.1177/0030222820921013>
- Jerome, H., Smith, K. V., Shaw, E. J., Szydlowski, S., Barker, C., Pistrang, N., & Thompson, E. H. (2018). Effectiveness of a cancer bereavement therapeutic group. *Journal of Loss and Trauma*, 23(7), 574-587. <https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1518772>
- Johannsen, M., Damholdt, M., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 253, 69-86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065>
- Johnson, S. K., & Armour, M. P. (2016). Finding strength, comfort, and purpose in spirituality after homicide. *Psychology of Religion and Spirituality*, 8(4), 277. <https://doi.org/10.1037/rel0000090>
- Jordan, T. R., Wotring, A. J., McAfee, C. A., Polavarapu, M., Cegelka, D., Wagner-Greene, V. R., & Hamdan, Z. (2022). The covid-19 pandemic has changed dying and grief: Will there be a surge of complicated grief? *Death studies*, 46(1), 84-90. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1929571>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., & Ferry, F. (2017). Trauma and ptsd

- in the who world mental health surveys. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Khurshed, M., & Shahnawaz, M. G. (2020). Trauma and post-traumatic growth: Spirituality and self-compassion as mediators among parents who lost their young children in a protracted conflict. *Journal of religion and health*, 59, 2623-2637. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-00980-2>
- Komischke-Konnerup, K. B., Zachariae, R., Johannsen, M., Nielsen, L. D., & O'Connor, M. (2021). Co-occurrence of prolonged grief symptoms and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in bereaved adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 100140. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100140>
- Kozu, S., & Gibson, A. (2021). Psychological effects of natural disaster: Traumatic events and losses at different disaster stages. *The Intersection of Trauma and Disaster Behavioral Health*, 85-101. https://doi.org/10.1007/978-3-030-51525-6_6
- Kristiansen, C. B., Kjær, J. N., Hjorth, P., Andersen, K., & Prina, A. M. (2019). Prevalence of common mental disorders in widowhood: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 1016-1023. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.088>
- Laranjeira, C., Moura, D., Salci, M. A., Carreira, L., Covre, E., Jaques, A., Cuman, R. N., Marcon, S., & Querido, A. (2022). A scoping review of interventions for family bereavement care during the covid-19 pandemic. *Behavioral Sciences*, 12(5), 155. <https://doi.org/10.3390/bs12050155>
- Lightfoot, S. L., & Oliver, J. (1985). The beck inventory: Psychometric properties in university students. *Journal of Personality Assessment*, 49(4), 434-436. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4904_12
- Montague, K. T., Christensen, K., & Furr, S. (2020). Counselor preparation in crisis, trauma, grief, and neurocounseling. *Journal of Counselor Preparation and Supervision*, 13(4), 1. https://repository.wcsu.edu/jcps/vol13/iss4/1?utm_source=repository.wcsu.edu%2Fjcps%2Fvol13%2Fiss4%2F1&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages
- Mosher, P. J. (2018). Everywhere and nowhere: Grief in child and adolescent psychiatry and pediatric clinical populations. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 27(1), 109-124. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.08.009>
- Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2013). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. Routledge.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 250-255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
- Rahmani, N., & Mansouri, A. (2020). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the rumination and posttraumatic growth in bereaved women. *Clinical Psychology and Personality*, 17(1), 23-32. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2880> (In Persian)

- Rajabi, G. R. (2005). Psychometric properties of beck depression inventory short form items (bdi-13). https://jip.stb.iau.ir/article_512442.html?lang=en (In Persian)
- Rheingold, A. A., Baddeley, J. L., Williams, J. L., Brown, C., Wallace, M. M., Correa, F., & Rynearson, E. K. (2015). Restorative retelling for violent death: An investigation of treatment effectiveness, influencing factors, and durability. *Journal of Loss and Trauma*, 20(6), 541-555. <https://doi.org/10.1080/15325024.2014.957602>
- Roepke, A. M., Tsukayama, E., Forgeard, M., Blackie, L., & Jayawickreme, E. (2018). Randomized controlled trial of secondstory, an intervention targeting posttraumatic growth, with bereaved adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(6), 518. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/ccp0000307>
- Seyed Mahmoudi, S., Rahimi, K., & Mohammadi, J. (2012). Psychometric properties of post-traumatic growth questionnaire (ptgi). *Psychological methods and models*, 12(3), 93-108. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_294.html?lang=en (In Persian)
- Shahbazi, M., Rajabi, G., Maghami, E., & Jelodari, A. (2015). Confirmatory factor analysis of the persian version of the self-compassion rating scale-revised. *Psychological methods and models*, 6(19), 31-46. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_849_3bbe0bb15fda37601e8a2f09c6da5cb7.pdf (In Persian)
- Shear, M. K., Ghesquiere, A., & Glickman, K. (2013). Bereavement and complicated grief. *Current psychiatry reports*, 15, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0406-z>
- Siqueland, J., Hafstad, G. S., & Tedeschi, R. G. (2012). Posttraumatic growth in parents after a natural disaster. *Journal of Loss and Trauma*, 17(6), 536-544. <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.678778>
- Sperandio, K. R., Gutierrez, D., Kirk, M., Lopez, J., & Nathaniel Mason, W. (2022). Post-traumatic growth after the drug-related death of a loved one: Understanding the influence of self-compassion and hope. *The Family Journal*, 30(3), 390-400. <https://doi.org/10.1177/10664807211052479>
- Tal, I., Mauro, C., Reynolds III, C. F., Shear, M. K., Simon, N., Lebowitz, B., Skritskaya, N., Wang, Y., Qiu, X., & Iglewicz, A. (2017). Complicated grief after suicide bereavement and other causes of death. *Death studies*, 41(5), 267-275. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1265028>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9, 455-471. <https://doi.org/10.1007/BF02103658>
- Tedeschi, R. G., & Moore, B. A. (2021). Posttraumatic growth as an integrative therapeutic philosophy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 31(2), 180. <https://doi.org/10.1037/int0000250>
- Tur, C., Campos, D., Herrero, R., Mor, S., López-Montoyo, A., Castilla, D., & Quero, S. (2021). Protocol: Internet-delivered cognitive-behavioral therapy (icbt) for adults with prolonged grief disorder (pgd): A study protocol for a randomized feasibility trial. *BMJ open*, 11(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046477>

- Vara, H., & Thimm, J. C. (2020). Associations between self-compassion and complicated grief symptoms in bereaved individuals: An exploratory study. *Nordic Psychology*, 72(3), 235-247. <https://doi.org/10.1080/19012276.2019.1684347>
- Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A., & White, P. (2020). Grief during the covid-19 pandemic: Considerations for palliative care providers. *Journal of pain and symptom management*, 60(1), e70-e76. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>
- Winders, S. J., Murphy, O., Looney, K., & O'Reilly, G. (2020). Self-compassion, trauma, and posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(3), 300-329. <https://doi.org/10.1002/cpp.2429>
- Wong, C. Yeung. Ncy (2017). Self-compassion and posttraumatic growth: Cognitive processes as mediators. In: Mindfulness.
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. springer publishing Company.



The Mediating Role of Job Stress on the Relationships between Mindfulness, Cognitive Ability, and Stress related to Covid-19 with Job Performance-Related Outcomes: A Cross-Sectional Study on Bank Managers

Nasrin Sharifi



Master's degree in General Psychology, Department of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran. Email: Nsrnsharifi@gmail.com

Javad Salehi Fadardi



Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. (Corresponding Author), Email: j.s.fardidi@um.ac.ir

Abbas Firoozabadi



Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. Email: a.firoozabadi@um.ac.ir

Received: 2023-04-05

Revised: 2024-04-08

Accepted: 2024-05-25

Published: 2024-06-19

Citation: Sharifi, N., Salehi Fadardi, J., & Firoozabadi, A. (2024). The Mediating Role of Job Stress on the Relationships between Mindfulness, Cognitive Ability, and Stress related to Covid-19 with Job Performance-Related Outcomes: A Cross-Sectional Study on Bank Managers. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 14(1), 169-198. doi: 10.22067/tpccp.2024.81697.1480

Abstract

Introduction: During the outbreak of Covid-19, work and its related issues have become one of the most basic and major sources of stress in people's life. This stress could have adverse effects on the way of working and the occupational and organizational performance of employees. During the Covid-19 epidemic, banks were among the organizations that were less likely to include remote working conditions. Moreover, because of providing social services to a large group of people, bank employees were at a higher risk of contracting the Corona virus. In this era, organizations need to apply creativity and innovation in their organizational environment to keep pace with global changes and developments. The phenomenon of innovation, which means finding new methods and integrating different information to create a new idea, plays an important role in improving organizations. Moreover, job performance, which refers to the extent to which an employee successfully complete his work activities and duties at a certain time, and organizational citizenship behavior, which refers to the voluntary and discretionary actions that an employee engage in to contribute to the functioning and effectiveness of an organization, are among other issues that need to be considered in organizations. Therefore, considering the importance of these job performance outcomes more especially under the condition Corona virus spread, it is necessary to examine the psychological factors related to these variables. The aim of the current research was to examine the relationships between mindfulness, cognitive abilities and stress related to Covid-19 with innovative behavior, job performance, and organizational citizenship behavior through the mediating role of occupational stress. The related hypotheses were examined using a sample of bank managers during the Covid-19 pandemic.

Method: The current research method was a cross-sectional correlational study with the Structural Equation Modeling (SEM) method. The statistical population of the current



©2024 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.

research consisted of all private and non-private bank managers in Iran. Among them, 318 managers were selected using the convenience sampling method. Due to the absence of access to particular lists of bank employers, sampling was conducted using the "non-probability convenience" method. The subjects were asked to complete a series of questionnaires, including the mindfulness at work scale (Hülshager & Alberts, 2021), cognitive ability questionnaire (Najati, 2013), innovative work behavior questionnaire (Krause, 2004), job performance scale (Williams & Anderson, 1991), organizational citizenship behavior questionnaire (Organ & Kanofsky, 1978), HSE occupational stress scale of the Health and Safety Institute of England Steinmetz (1990), and the questionnaire of stress related to Corona (Alipour, et al., 2018). The study sample consisted of 57 women and 261 men, with a female participation rate of 18% and a male participation rate of 82%. The data were analyzed using the Structural Equation Modeling (SEM) technique in Amos software.

Results: The results of the structural analysis indicate that the model exhibits a satisfactory fit. The results demonstrated that all relationships between predictor variables and the mediator were statistically significant. The results indicated a significant relationship between mindfulness and job stress ($\beta=-0.43$ and $P=0.000$), between cognitive ability and job stress ($\beta=-0.3$ and $P=0.003$), and between stress related to Covid-19 and job stress ($\beta=0.09$ and $P=0.026$). There was a significant relationship between job stress and innovative work behavior ($\beta=-0.78$ and $P=0.000$), job stress and job performance ($\beta=-0.69$ and $P=0.000$), and job stress and organizational citizenship behavior ($\beta=-0.74$ and $P=0.000$). Furthermore, the mediating variable demonstrated a notable correlation with the predictor and dependent variables. Specifically, the mediating role of job stress was found to influence the relationship between mindfulness with job performance ($\beta=0.29$ and $P=0.002$) and organizational citizenship behavior ($\beta=0.31$ and $P=0.002$). Additionally, the mediating role of job stress is significant in the relationships between cognitive ability with innovative work behavior ($\beta=0.25$ and $P=0.005$) with job performance ($\beta=0.22$ and $P=0.007$) and organizational citizenship performance ($\beta=0.24$ and $P=0.006$), and also in the relationship between stress related to Covid-19 with organizational citizenship behavior ($\beta=-0.06$ and $P=0.033$).

Discussion and Conclusion: The present study was designed to investigate the relationship between mindfulness, cognitive ability, and stress related to Covid-19 with innovative work behaviors, job performance, and organizational citizenship behaviors of bank managers with the mediation of job stress during Covid-19 pandemic condition. The findings of the present study regarding the relationship between mindfulness and job stress of bank managers confirm the findings of previous studies by Badeleh Shamooshaki (2021) and Conversano et al. (2020). In elucidating this finding, it can be posited that mindfulness targets the specific type of focus and attention, as well as the manner in which individuals perceive and experience their environment, with the objective of thereby reducing their level of psychological tension. Another finding demonstrated that cognitive abilities exhibited a negative and significant correlation with job stress among bank managers, aligning with the findings of Mehrabi et al. (2021). Cognitive ability enhances the level of mental processes, enabling individuals to engage in more rational thinking and action in emotionally charged and emotionally influenced situations (Benedek & Neubauer, 2013).

Additionally, the findings indicated a positive correlation between stress related to Covid-19 and job stress, which is consistent with the results of previous studies (Kumar & Navneet Badoni, 2020; Dehghani et al., 2020). In light of the aforementioned evidence, it can be posited that the advent of the novel coronavirus has precipitated a climate of heightened anxiety and caution among managerial personnel, prompting them to adopt more risk-averse strategies to mitigate the risk of

infection. This, in turn, has led to an increase in work-related tension (job stress). Additionally, the findings suggest that job stress in the context of the Corona outbreak is negatively and significantly associated with innovative work behaviors, job performance, and organizational citizenship behaviors among bank managers. These findings align with those of Roohafzaei (2021). The detrimental emotional impact of job stress impedes the ability of individuals to utilize organizational information for the purpose of fostering creativity and innovation. Furthermore, the creation of intellectual conflict impedes the ability to demonstrate optimal performance, prompting individuals to disengage from the work environment (Dehghani et al., 2020).

Another finding demonstrated that job stress plays a mediating role in the relationship between mindfulness with job performance and organizational citizenship behavior. This finding aligns with those of previous studies conducted by Dehghani et al. (2020) and Conversano et al. (2020). A heightened state of mindfulness facilitates a greater degree of attention to the present moment, thereby reducing the experience of tension and the overall level of mental stress. The resulting relaxation also has the effect of improving people's activities in the work environment (Conversano et al., 2020). Furthermore, job stress serves to moderate the relationship between cognitive ability and a number of key performance indicators, including job performance, organizational citizenship behavior, and innovative work behavior. This finding aligns with the conclusions of the study by Conversano et al. (2020). Cognitive ability leads to intellectual engagement and further analysis of information, which reduces the level of emotions and increases the capacity of reasoning and logic of individuals. Having more logic leads to improved job performance (Mehrabi et al., 2021).

Finally, the results showed that stress related to Covid-19 is related to the mediation of job stress on organizational citizenship behavior. This study is also consistent with the findings of the research conducted by Kumar and Navneet Badoni (2020) and Dehghani et al. (2020). In elucidating this finding, it can be posited that the psychological stress and physiological tension associated with getting infected by Coronavirus can precipitate disruptions in an individual's functioning within the workplace.

In light of the identified relationships, it is recommended that the level of mindfulness among managers in the country's banking network be evaluated initially. Subsequently, in order to facilitate the most effective management of challenging circumstances, it is recommended that techniques, strategies, and methodologies designed to enhance mindfulness be taught to banking sector leaders. Moreover, it is recommended that individuals who have undergone training be subject to periodic reviews and evaluations. Additionally, the cross-sectional nature of the current research introduces a limitation in that it generates common variance. Furthermore, the correlational nature of the data, rather than its causal nature, represents another limitation of the research. It is therefore recommended that future researchers investigate this issue in a longitudinal study.

Keywords: Mindfulness, Cognitive Ability, Job Performance, Organizational Citizenship Behavior, Job Stress.

پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره

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

دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی



نقش میانجی گسترش شغلی بر رابطه بین ذهن آگاهی، توانمندی شناختی و استرس مرتبط با کووید-۱۹ با پیامدهای مرتبط با عملکرد شغلی: یک مطالعه مقطعی درمورد مدیران بانکی

نسرین شریفی ^{ID}دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. nsmsharifi@gmail.comجواد صالحی فردی ^{ID}استاد گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)، j.s.fardidi@um.ac.irعباس فیروزآبادی ^{ID}استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. a.firoozabadi@um.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۱۶	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۲۰	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۰۵	تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۳۰
استناد: شریفی، نسرین؛ صالحی فردی، جواد؛ فیروزآبادی، عباس. (۱۴۰۳). نقش میانجی گسترش شغلی بر رابطه بین ذهن آگاهی، توانمندی شناختی و استرس مرتبط با کووید-۱۹ با پیامدهای مرتبط با عملکرد شغلی: یک مطالعه مقطعی درمورد مدیران بانکی. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۱۴(۱)، ۱۶۸-۱۹۸. doi: 10.22067/tpccp.2024.81697.1480			

چکیده

هدف: هدف از این پژوهش، بررسی رابطه ذهن آگاهی، توانمندی شناختی و استرس مرتبط با کووید-۱۹ با رفتار نوآورانه کاری، عملکرد شغلی و رفتار شهروندی سازمانی مدیران بانکی با میانجی گری استرس شغلی در شرایط همه گیری ویروس کرونا بود.

روش: روش تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر ماهیت و روش، توصیفی از نوع مطالعات همبستگی به روش تحلیل معادلات ساختاری بود. جامعه آماری تحقیق حاضر شامل تمامی مدیران بانکی خصوصی و غیرخصوصی در کشور ایران بودند که تعداد ۳۱۸ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. آزمودنی ها به پرسشنامه های ذهن آگاهی هالشگر و آلبرتس (۲۰۲۱)، توانمندی شناختی نجاتی (۱۳۹۳)، رفتار نوآورانه کاری کراس (۲۰۰۴)، عملکرد شغلی ویلیام و اندرسون (۱۹۹۱)، رفتار شهروندی سازمانی اورگان و کانوسکی (۱۹۷۸)، استرس شغلی HSE (۱۹۹۰) و استرس مرتبط با کرونا علی پور و همکاران (۱۳۹۸) پاسخ دادند. داده ها با مدل ساختاری برآورد شده در نرم افزار ایموس مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان داد که در مدیران بانکی مورد مطالعه، رابطه معنی دار بین ذهن آگاهی، توانمندی شناختی و استرس کرونا با متغیر استرس شغلی وجود دارد. همچنین رابطه معنی دار بین متغیر میانجی استرس شغلی با متغیرهای وابسته یعنی رفتار نوآورانه کاری، عملکرد شغلی و رفتار شهروندی سازمانی مورد تایید قرار گرفت. علاوه بر این، نقش میانجی گری استرس شغلی در رابطه بین ذهن آگاهی با عملکرد شغلی و رفتار شهروندی سازمانی و همچنین در رابطه بین توانمندی شناختی با عملکرد شغلی، رفتار شهروندی سازمانی و رفتار نوآورانه کاری و در رابطه بین استرس کرونا با رفتار شهروندی سازمانی، بررسی و معناداری آن تایید شد.

واژه های کلیدی: ذهن آگاهی، توانمندی شناختی، عملکرد شغلی، رفتار شهروندی سازمانی، استرس شغلی

مقدمه

در دوران شیوع کووید ۱۹^۱، شغل و موضوعات مربوط به آن تبدیل به یکی از اساسی‌ترین و عمده‌ترین منابع استرس و تنش در زندگی شده‌است، مسئله‌ای که توانسته بر شیوه کارکرد و عملکرد شغلی و سازمانی کارمندان اثرات نامطلوب و منفی داشته باشد. در حقیقت کرونا توانسته است به واسطه تنش و فشارهای روانی، شغلی، خانوادگی، اجتماعی و بهداشتی، شیوه فعالیت تمامی کارمندان در ادارات مختلف دنیا را متأثر سازد و به همین دلیل نحوه فعالیت در محیط‌های شغلی در حال حاضر تبدیل به یک معضل و موضوع اساسی برای پژوهشگران شده‌است. لازم به ذکر است که این عملکردها می‌توانند ابعاد گسترده‌تری داشته باشند و علاوه بر نحوه کارکرد، مولفه‌هایی همچون نوآوری و رفتارهای شهروندی سازمانی را دربرگیرند (Kumar & Navneet Badoni, 2020).

در عصر فعلی، سازمان‌ها و شرکت‌ها برای همگام شدن با تغییرات و تحولات جهانی نیازمند اعمال کردن خلاقیت و نوآوری در محیط سازمانی خود هستند. پدیده خلاقیت و نوآوری که به معنای یافتن روش‌های جدید و ادغام اطلاعات مختلف برای ایجاد یک ایده نو می‌باشد، نقش مهمی در ارتقای سازمان دارد (Bauwens et al., 2019) و باعث حفظ مزیت رقابتی^۲ آن‌ها می‌شود (Shanker et al., 2017). در این بین آمارهای جهانی در حیطه نوآوری نشان می‌دهد که خلأ جدی در بین شرکت‌ها و سازمان‌های ایرانی برای توسعه و افزایش قابلیت و رفتارهای نوآورانه وجود دارد (Miryousefi & Darekordi, 2020) و به همین دلیل ضرورت بررسی دقیق آن و مولفه‌های مرتبط با این پدیده احساس می‌شود. علاوه بر نوآوری در کار، موضوع عملکرد شغلی و رفتار شهروندی سازمانی از جمله موضوعات دیگر است که لازم است در سازمان‌ها مورد توجه قرار گیرند.

عملکرد شغلی، کوشش و رفتارهای اشخاص (مدیران) را برای تحقق هدف‌های سازمانی می‌سنجد. این پدیده به معنی شیوه و نحوه فعالیت اشخاص (مدیران) در محیط سازمانی و شرکتی و برآوردن انتظارات مدیران با انجام برخی از فعالیت‌ها و کارها در زمان مقرر شده می‌باشد (Peng et al., 2020). رفتار شهروندی سازمانی هم به معنی عملکرد و رفتاری شخصی و داوطلبانه است که مستقیماً به واسطه سیستم‌های رسمی پاداش در محیط شرکتی و سازمانی طراحی نگردیده، اما با این وجود باعث افزایش و ارتقای اثربخشی و کارایی کارکرد و عملکرد محیط سازمانی و شغلی می‌شود (Ku et al., 2019).

1. COVID-19

2. Competitive Advantage

رفتارهای نوآورانه کاری و عملکردهای شغلی و رفتار شهروندی سازمانی^۱ شغلی در دوران شیوع ویروس کرونا با افت زیاد و قابل توجهی روبرو گردیده‌اند. در مطالعه‌ای که محققان بر روی برخی از اشخاص شاغل همچون مدیران و پرسنل انجام دادند، دریافتند که سطح و شیوه عملکرد شغلی و سازمانی در اپیدمی کرونا تا ۲۰٪ کاهش پیدا کرده‌است و در شرایط فعلی نیز این افت در عملکرد یک بحران اساسی و جدی در کشور به حساب می‌آید. به همین دلیل ضروری است که اقدامات مورد نیاز و لازم در این زمینه اتخاذ گردد (Kumar & Navneet Badoni, 2020). لذا، با توجه به اهمیت نوآوری در کار، عملکرد شغلی و رفتار شهروندی سازمانی و تاثیری که از شیوع ویروس کرونا گرفته‌اند، ضروری است که عوامل مرتبط با آن‌ها با هدف بهبود هر چه بیشتر این پدیده‌ها، مورد بررسی قرار گیرند.

از جمله این عوامل می‌توان به ذهن آگاهی^۲، توانمندی شناختی، استرس شغلی و استرس کرونا اشاره کرد. ذهن آگاهی شامل هشیاری و آگاهی باز و پذیرا نسبت به امور درونی و بیرونی مختلف و توجه به لحظه فعلی بدون درگیری و نشخوار فکری و یا غوطه ور گردیدن در وقایع و رویدادهای مربوط به گذشته و یا برنامه‌ریزی، استرس و نگرانی برای زمان آینده است (Chen et al., 2020). پدیده ذهن آگاهی در طول سال‌ها و دهه‌های اخیر از محبوبیت و توجه بالایی برخوردار بوده و کاربرد بسیاری در طیف گسترده و وسیعی از اختلالات و بیماری‌های روان پزشکی دارد و همچنین، تاثیرات مثبت و مفیدی در کاهش تنش و استرس‌های ناشی از شیوع ویروس کرونا، بهبود کارکرد، رفتار و بهبود کیفیت زندگی و آرامش داشته‌است. ذهن آگاهی همچنین باعث بهبود و پرورش توجه باز و آگاهی و هشیاری نسبت به تجربه‌های کنونی شده که در نهایت باعث تقویت و بهبود خودتنظیمی و عملکرد شخص در شرایط مختلف بیماری و ... خواهد شد. بدین صورت که تمرکز افراد را بر جنبه‌های مثبت زندگی معطوف می‌سازد و از توجه به چیزهای منفی (همچون بیماری) دور می‌کند. این نوع توجه بر احساسات و عملکرد اشخاص در زندگی کاری و غیر کاری تاثیر می‌گذارد (Kumar & Navneet Badoni, 2020).

از عوامل مرتبط دیگر با عملکردهای شغلی، مولفه توانمندی شناختی است. توانمندی شناختی به تعمق و تفکر، عمل و فعالیت مطابق با برنامه‌های ذهنی، آگاهی و هوشیاری، توجه و تمرکز، فعالیت‌های سلسله مراتبی (فعالیت‌هایی که نیازمند یکسری سلسله‌مراتب و مرحله هستند)، حافظه کاری، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی و استدلال مربوط می‌شود. همچنین توانمندی شناختی، طیف گسترده و وسیعی از فرایندهای رفتاری-

1. Organizational citizenship behavior

2. Mindfulness

عملکردی و شناختی-ذهنی را دربرمی‌گیرد و در حقیقت یک شاخص اساسی برای بررسی نحوه و زمان کارها و فعالیت‌ها (فعالیت‌های کاری در شرایط مختلف بیماری و غیربیماری) است (Diamond & Ling, 2020). همچنین توانمندسازی شناختی را می‌توان به نوعی انگیزش درونی کاری و شغلی در نظر گرفت که شامل چهار حیطه و حوزه احساس اثرگذاری، شایستگی (صلاحیت)، معنادار بودن و حق‌گزینش یا انتخاب می‌شود (Kim et al., 2017) که سطح پردازش اطلاعات را بالا و میزان هیجانات منفی همچون استرس و اضطراب را در افراد کاهش می‌دهد (Mehrabani et al., 2021). در این راستا شواهد و مدارک علمی نشان می‌دهد که توانایی و قدرت خلاقیت کارمندان و مدیران مربوط به بخشی از مهارت‌های اجرایی شناختی می‌باشد (Benedek & Neubauer, 2013). تحقیقات و مطالعات دیگر نیز نشان می‌دهند که محیط‌های سازمانی و شغلی امروزی، نیاز به مدیران و کارمندانی دارند که بتوانند تصمیم‌های نو و جدید اتخاذ کنند و در جهت محقق کردن اهداف شغلی و سازمانی گام بردارند (Yadav & Rangnekar, 2015). شخصی که رابطه و تعامل مثبتی با سازمان و شرکت خود برقرار نماید، آن را پشتیبان و حامی خویش می‌بیند و همین امر سبب ارتقا و بهبود کارکرد شغلی‌اش خواهد شد. پدیده توانمندی شناختی همچنین یکی از اصلی‌ترین و اساسی‌ترین متغیرها برای شکل‌گیری و ایجاد رفتار شهروندی سازمانی است. هنگامی که کارمندی در برابر شرکت یا سازمان متبوع خویش حس تعهد داشته باشد، علاوه بر اینکه وظایف و کارهای محوله را به خوبی و به شکل مورد انتظار انجام می‌دهد، در صدد نشان دادن و نمایش رفتارهای شهروندی سازمانی نیز خواهد بود (Akgunduz & Sanli, 2017).

مولفه دیگری که به آن اشاره شد، استرس کرونا است. این پدیده به معنای ترس و اضطراب ناشی از ابتلا به بیماری کرونا می‌باشد و نشانگانی همچون اختلالات اضطرابی را نشان می‌دهد. این علایم در صورت تشدید می‌توانند عملکرد اشخاص را در موقعیت‌های کاری و غیرکاری به شکلی منفی متاثر سازند و اجازه فعالیت به شیوه نوین، نوآوری در کار و همچنین ماندن طولانی مدت در محیط کاری (جزو مولفه‌های رفتار شهروندی سازمانی) به دلیل ترس از ابتلا به بیماری را از اشخاص بگیرد (Kumar & Navneet Badoni, 2020).

مولفه دیگری که به آن اشاره شد، استرس شغلی است که به منزله متغیر میانجی، می‌تواند واسطه بین عوامل فوق (یعنی ذهن‌آگاهی، توانمندی‌های شناختی و استرس کرونا) با رفتارها و عملکردهای نوآورانه کاری، کارکرد شغلی و رفتارهای شهروندی سازمانی شود. استرس شغلی یک عامل منفی و نامطلوب در رفاه کارمندان می‌باشد و می‌تواند منجر به افزایش و بالا رفتن فراوانی غیبت از محل کار، کم‌کاری، اختلال در کارکرد شغلی و سازمانی و کاهش سطح بهره‌وری گردد (Dehghani et al., 2020). این نوع استرس به

صورت منفرد و در ارتباط با استرس کرونا در محیط کاری سبب می شود که پرسنل به دلیل ترس از آسیب و بیماری عملکرد مطلوبی را از خود نشان ندهند، به خلاقیت و ابداع کارهای جدید نپردازند، از اطلاعات مفید استفاده نمایند و زودتر از موعد سازمان را ترک کنند (Chin et al., 2019). سطوح بالای تنش و استرس کاری و سازمانی، پیامدهای نامطلوب و منفی بسیاری برای پرسنل و کارفرما دارد (Roohafzaei, 2021). با این حال این پدیده (استرس شغلی) می تواند متاثر از ذهن آگاهی و توانمندی شناختی شود. بدین صورت که ذهن آگاهی به واسطه ارتقا و افزایش ظرفیت شخص جهت روبرو شدن و مقابله با موقعیت ها و شرایط استرس زا سبب بهبود و افزایش تنظیم توجه گردد و از این طریق موجبات مدیریت صحیح و کنترل استرس و تنش در محیط های کار را برای شخص فراهم می آورد که در نهایت به کاهش میزان فشار شغلی و سازمانی و بهبود عملکردهای کاری می انجامد (Badeleh Shamooshaki, (Bostock et al., 2019 (2021). همچنین در ذهن آگاهی، کارمندان و مدیران به زمان اکنون توجه می نمایند و درگیر خاطره ها و اتفاقات استرس زا نمی گردند و بدین ترتیب روان و بدن خویش را در حالت آرامش و آسودگی نگه می دارند (Conversano et al., 2020).

علاوه بر این، توانمندی شناختی بالا، سطح پردازش های اطلاعاتی را بالا می برد و سبب می شود که هیجانات منفی همچون استرس کاهش یابد. با کاهش استرس، عملکرد اشخاص در محیط کاری بهبود پیدا می کند (Mehrabi et al., 2021). علیرغم میزان اهمیت و تاثیر ذهن آگاهی، توانمندی های شناختی و استرس کاری بر عملکردهای شغلی، نوآوری کاری و رفتار شهروندی سازمانی، تا به حال مطالعات و پژوهش های محدودی در موردشان انجام شده است و در این رابطه در حقیقت نوعی خلاء تحقیقاتی و مطالعاتی احساس می شود. لذا با در نظر گرفتن این خلاء، هدف پژوهش حاضر این است که ارتباط ذهن آگاهی و توانمندی های شناختی با رفتار و عملکردهای نوآورانه، کارکردهای شغلی و رفتارهای شهروندی سازمانی با میانجی گری استرس و تنش شغلی در شرایط شیوع ویروس کرونا را در مدیران بانکی بررسی نماید.

گزینش مدیران بانکی برای مطالعه و پژوهش حاضر از این جهت اهمیت و ضرورت دارد که بانک ها معمولاً یکی از نهادها و ارگان های تاثیرگذار بر جامعه به شمار می آیند و کارکرد و شیوه فعالیت مدیران آنها می تواند بعد مالی و اقتصادی جامعه را به میزان زیادی بهبود دهد که البته با توجه به شیوع کرونا و تلاش برای رعایت پروتکل های بهداشتی، این عملکرد به شکلی منفی متاثر شده است و انجام این پژوهش می تواند زمینه را برای بهبود این نوع عملکردها فراهم آورد. همچنین با توجه به اینکه تاکنون پژوهش و تحقیقی با این محوریت و موضوع در بانک ها انجام نشده است، اهمیت و ضرورت انجام چنین پژوهشی بیشتر احساس می شود.

روش

از نظر هدف، روش تحقیق حاضر، کاربردی و از لحاظ ماهیت و روش، تحقیق توصیفی از نوع مطالعات همبستگی و به روش تحلیل معادلات ساختاری بود.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی آماری تحقیق حاضر شامل تمامی مدیران بانکی خصوصی و غیرخصوصی در کشور ایران بودند که تعداد دقیق آن‌ها برای محقق حاضر به دلیل دشواری دسترسی به آمار کارکنان تمامی بانک‌های کشور نامعلوم بود. در تحقیق حاضر، با استفاده از جدول کرجسی و مورگان (Krejcie & Morgan, 1970)، تعداد ۳۸۴ نفر به عنوان حجم نمونه در نظر گرفته شد. به دلیل عدم دسترسی به لیست‌های مشخصی از آزمودنی‌ها، نمونه‌گیری به روش «غیر احتمالی در دسترس» انجام شد. در این پژوهش، دسترسی به نمونه‌ها از دو روش مراجعه حضوری به سرپرستی و شعب بانک‌ها و روش الکترونیکی وجود داشته‌است. بر این اساس، برای نمونه‌گیری هم به سرپرستی و شعب بانک‌ها به صورت حضوری مراجعه شد و هم پیام الکترونیکی که حاوی لینک پرسشنامه در پراسلین بود در گروه‌ها و کانال‌های تخصصی مدیران شبکه بانکی که از قبل با آن‌ها هماهنگ شده بود توزیع گردید. نمونه‌گیری پژوهش به صورت حضوری در بانک‌های ملت، صادرات، سامان، پاسارگاد، اقتصاد نوین، رفاه کارگران، کشاورزی، تجارت و ملی شهر مشهد انجام گرفت. همچنین لینک پرسشنامه توسط دیگر مدیران همین بانک‌ها در مشهد و شهرهای مختلف کشور از جمله تهران، شیراز، اصفهان، رشت، تبریز، سمنان، بجنورد، یزد و.... که در کانال‌ها و گروه‌های تلگرامی و واتس‌آپی تخصصی که ویژه مدیران بانکی بود تکمیل گردید. این گروه‌ها به دلیل برگزاری دوره‌های آموزشی متعدد برای مدیران بانک‌ها توسط محققان در دسترس بود. تعداد ۶۲ پرسشنامه به صورت حضوری و الباقی آن به خاطر شدت گرفتن بیماری کرونا به صورت مجازی انجام شد. لازم به ذکر است که محققان آشنایی قبلی با مدیران بانکی داشتند و به همین دلیل مدیران توانستند همکاری مطلوب‌تری (به صورت حضوری و مجازی) با وی داشته باشند. همچنین به منظور انتخاب دقیق مخاطب، در حالت حضوری ابتدا از فرد پرسیده شد که آیا حداقل سه سال سابقه کار مدیریتی در بانک را دارد یا خیر؟ همچنین در حالت الکترونیکی، در ابتدای پیام و قبل از ورود به لینک پرسشنامه از مخاطب خواسته شد در صورتی که حداقل سه سال سابقه مدیریتی در حوزه خدمات بانکی دارد به پرسشنامه پاسخ دهد. بنابراین، در این پژوهش مدیرانی که بالای سه سال سابقه مدیریتی در بانک داشتند پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. پس از جمع‌آوری داده‌ها ۳۱۸ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

پژوهشگر در مرحله اول و برای گزینش نمونه آماری از دو طریق استفاده نمود. در ابتدا به صورت حضوری به سرپرستی‌ها و شعب بانکی مراجعه شد و پس از ارائه دادن فرم اطلاعات مربوط به پژوهش و توضیحات دقیق، منسجم و جامع در خصوص روند اجرای مطالعه و کسب اجازه و موافقت از مدیران، پرسشنامه در اختیارشان قرار گرفت. به آزمودنی‌ها (مدیران) گفته شد که نیازی به ذکر کردن نام و نام خانوادگی خویش ندارند و به جای آن از کدهای اختصاصی برای شناسایی و پیگیری پرسشنامه‌ها استفاده شد. همچنین با توجه به شیوع و همه‌گیری بیماری کرونا، جمع‌آوری اطلاعات و داده‌ها هم به صورت الکترونیکی و با استفاده از پلتفرم پرس‌لاین صورت گرفت. در این راستا، پیام الکترونیکی که حاوی لینک پرسشنامه در پرس‌لاین بود در گروه‌ها و کانال‌های تخصصی مدیران شبکه بانکی که از قبل با آنها هماهنگ شده بود توزیع گردید. در نهایت پرسشنامه‌ها پس از گردآوری، مورد تجزیه و تحلیل از لحاظ آماری قرار گرفتند.

در این تحقیق، از برخی شاخص‌های مرکزی و پراکندگی برای توصیف متغیرها در نرم‌افزار SPSS استفاده شده‌است. در بخش آمار استنباطی نیز از تکنیک مدلسازی معادلات ساختاری در نرم‌افزار Amos استفاده شد. لازم به ذکر است که پیش از برآورد مدل آزمون فرضیه اعتبار داده‌های میدانی هم از نظر روایی و هم پایایی مورد بررسی قرار گرفته‌است. روایی داده‌ها با اجرای تحلیل عاملی تأییدی، و پایایی آنها با محاسبه ضرایب آلفای کرونباخ بررسی شده‌است.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش جهت دستیابی به داده‌های مورد نیاز از پرسشنامه‌های ذیل استفاده گردید:

الف) پرسشنامه رفتار نوآورانه کاری^۱: این پرسشنامه توسط کروس (Krause, 2004) طراحی شده و دارای ۸ ماده می‌باشد (از ۱ = کاملاً مخالفم تا ۵ = کاملاً موافقم). در پرسشنامه مذکور هر چه نمره و امتیاز بالاتر باشد، بدین معنا است که رفتارهای نوآورانه بیشتر است. این ابزار شامل ۲ زیرمقیاس تولید و پیاده‌سازی ایده‌های جدید می‌باشد. در این راستا پایایی هر کدام از زیرمقیاس‌های مذکور هم به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۱ و روایی نیز ۰/۸۳ است (Salili et al., 2022).

ب) پرسشنامه عملکرد شغلی^۲: این پرسشنامه توسط محقق به نام ویلیامز و اندرسون (Williams & Anderson, 1991) تدوین و طراحی شده‌است و دارای ۸ سوال یا ماده با طیف نمره گذاری ۱ تا ۵ (یعنی خیلی کم=۱ تا خیلی زیاد=۵) می‌باشد. نمره بالاتر نشانگر عملکرد شغلی بهتر و نمره پایین‌تر نشانگر عملکرد

1. Innovative work behavior questionnaire

2. Job Performance Questionnaire

شغلی ضعیف است. در این راستا مطالعات نشان دادند که آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۱ و روایی آن ۰/۷۱ تا ۰/۷۹ می‌باشد (Naami & Mohammadhosseini, 2020).

ج) پرسشنامه رفتار شهروندی سازمانی^۱: این مقیاس توسط (Organ & Konovsky, 1989) اورگان و کانفسکی تدوین شده است. و دارای ۱۵ ماده یا سوال با طیف نمره گذاری لیکرتی ۵ گزینه‌ای از ۱ تا ۵ یعنی کاملاً مخالف هستم=۱ تا کاملاً موافقم=۵ می‌باشد. زیرمقیاس‌ها و ابعاد این پرسشنامه عبارت هستند از: نوع دوستی (سوالات ۱ تا ۳)، وجدان (سوالات ۴ تا ۶)، جوانمردی (ماده‌های ۷ تا ۱۰)، رفتارهای مدنی (سوالات ۱۱ تا ۱۳) و ادب و ملاحظه (ماده‌های ۱۴ و ۱۵). در این بین آلفای کرونباخ این پرسشنامه نیز ۰/۸۶ گزارش گردیده است (Arshad et al., 2021).

د) پرسشنامه ذهن آگاهی^۲: پرسشنامه ذهن آگاهی دارای ۲۲ ماده یا سوال می‌باشد که به شکل لیکرتی ۵ گزینه‌ای از ۱ تا ۵ نمره گذاری می‌شود. در پرسشنامه مذکور هر چه نمره و امتیاز بالاتر باشد، بدین معناست که اشخاص ذهن آگاه‌تر هستند. در این بین زیرمقیاس‌ها و ابعاد این ابزار نیز شامل توصیف کردن، عدم واکنش (عدم پاسخ)، عدم قضاوت (قضاوت نکردن) و عمل است. همچنین آلفای کرونباخ این پرسشنامه بر اساس مطالعات ۰/۹۱ و روایی آن نیز ۰/۷۲ به بالا گزارش گردیده است (Hülshager & Alberts, 2021).

ه) پرسشنامه توانمندی شناختی^۳: این پرسشنامه توسط محققى به نام نجاتی (Nejati, 2013) تدوین و طراحی شده است و شامل ۳۰ ماده یا سوال با طیف نمره گذاری لیکرتی از ۱=یعنی تقریباً هرگز تا ۵=یعنی تقریباً همیشه می‌باشد (Nejati, 2013). این مقیاس شامل ابعادی همچون حافظه (ماده‌های ۱ تا ۶)، کنترل مهارى و توجه گزینشی یا انتخابی (ماده‌های ۷ تا ۱۲)، تصمیم‌گیری‌ها (ماده‌های ۱۳ تا ۱۷)، برنامه‌ریزی کردن (ماده‌های ۱۸ تا ۲۰)، توجه ثابت یا پایدار (ماده‌های ۲۱ تا ۲۳)، شناخت‌های اجتماعی (ماده‌های ۲۴ تا ۲۶)، انعطاف‌پذیری شناختی (ماده‌های ۲۷ تا ۳۰) می‌باشد. در این راستا آلفای کرونباخ این ابزار نیز ۰/۸۳ گزارش گردیده است (Nejati, 2013).

و) پرسشنامه استرس شغلی^۴: پرسشنامه استرس شغلی یا HSE (۱۹۹۰)، شامل ۳۵ سوال با طیف نمره گذاری ۵ گزینه‌ای از هرگز=۱ تا همواره=۵ می‌باشد. این مقیاس توسط سازمان اجرایی سلامت و ایمنی شغلی کشور انگلستان^۵ طراحی شده است و دارای ابعاد نیازها (تقاضا)، کنترل، حمایت کارمندان، ارتباطات

1 . Organizational Citizenship Behavior Questionnaire

2 . Mindfulness Questionnaire

3 . Cognitive ability Questionnaire

4 . General occupational stress Questionnaire

5 . occupational stress questionnaire of the Health and Safety Institute of England Steinmetz (HSE) (1990)

(روابط)، حمایت‌های مدیریتی، تغییر و نقش می‌باشد. در این راستا روایی این پرسشنامه در مطالعات ۰/۸۴ و پایایی آن نیز ۰/۹۲ گزارش شده است (Azad & Gholami, 2011).

(ز) پرسشنامه استرس مرتبط با کرونا^۱: پرسشنامه استرس مرتبط با کرونا توسط علی پور و همکاران (Alipour et al., 2020) طراحی و تدوین گردیده است و دارای ۱۸ سوال یا عبارت می‌باشد. پرسشنامه مذکور طیف نمره گذاری لیکرتی دارا است و مولفه‌های جسمی و روانی استرس را در شرایط شیوع کرونا می‌سنجد. در این راستا آلفای کرونباخ این پرسشنامه نیز ۰/۹۵ گزارش شده است.

یافته‌ها

در این قسمت، نتایج تجزیه و تحلیل آماری داده‌های تحقیق ارائه شده است. ابتدا اعتبار داده‌ها بررسی شده، و سپس، نتایج تحلیل‌های توصیفی و استنباطی گزارش شده‌اند.

در ابتدای امر، روایی سازه‌های تحقیق با اجرای تکنیک تحلیل عاملی تأییدی بررسی شده است. با توجه به چندبعدی بودن تمامی سازه‌ها، ابتدا برای هر سازه یک مدل عاملی مرتبه اول اجرا و نتایج آن در جدول شماره ۱ گزارش شد. در جدول مزبور، نشانگرهای غیرمعنادار با هاشور مشخص شده و از تحلیل‌های آتی حذف شده‌اند؛ چراکه بار عاملی متناظر آنها کوچکتر از ۰/۴۰ بود (Fornell, 1981). ضمناً برخی نشانگرها نیز به دلیل نرمال نبودن شکل توزیع داده‌هایشان از تحلیل‌های آتی مستثنی شده‌اند؛ چراکه برای شاخص‌های چولگی و کشیدگی مقادیری بزرگتر از ± 3 گزارش کردند (Kim, 2013).

جدول ۱- نتایج بررسی روایی سازه‌های مجزا

شاخص‌های برازش	کشیدگی	چولگی	t-value	بار عاملی	مؤلفه	سازه	نشانگر
CMIN = 652.016 DF = 192 CMIN/DF = 3.396 PGFI = 0.645 IFI = 0.810 CFI = 0.807 RMR = 0.084 RMSEA = 0.087	۰/۵۶۲-	۰/۳۴۹	-	۰/۶۸۲	توصیف	فرد آگاهی	M1
	۰/۱۹۷-	۰/۶۳۷	۸/۱۹	۰/۶۹۱			M2
	۰/۷۰۸-	۰/۴۷۰	۱۲/۰۴	۰/۷۳۲			M3
	۰/۸۳۸-	۰/۴۰۶	۸/۵۶	۰/۷۳۱			M4
	۰/۴۴۳	۰/۷۰۱	۸/۸۷	۰/۶۸۱			M5
	۰/۱۳۶-	۰/۷۶۲-	-	۰/۵۳۷	عدم واکنش		M6
	۰/۹۳۶-	۰/۰۶۹	۸/۵۵	۰/۶۹۶			M7

1. stress related to Corona

شاخص‌های برازش	کشیدگی	چولگی	t-value	بار عاملی	مؤلفه	سازه	نشانگر
	-۱/۰۸۸	۰/۰۹۹	۸/۹۹	۰/۷۷۰			M8
	-۰/۴۷۳	۰/۴۷۸	۸/۷۹	۰/۷۳۳			M9
	-۰/۷۳۶	۰/۳۶۰	۵/۷۸	۰/۳۹۴			M10
	-۱/۱۲۵	-۰/۱۹۵	-	۰/۶۴۵	عدم قضاوت		M11
	-۱/۰۲۵	-۰/۱۰۱	۷/۵۳	۰/۵۸۳			M12
	-۱/۱۳۲	-۰/۰۰۱	۶/۳۳	۰/۴۴۹			M13
	-۰/۸۱۲	-۰/۴۸۹	۷/۸۹	۰/۷۴۹			M14
	۱/۶۶۵	۱/۱۷۰	-	۰/۵۷۰	عمل با آگاهی		M15
	۲/۰۵۹	۰/۹۹۸	۷/۵۷	۰/۴۵۳			M16
	-۰/۰۲۳	۰/۶۹۲	۸/۱۱	۰/۶۷۸			M17
	۱/۴۴۰	۰/۹۶۹	۶/۱۴	۰/۴۵۸			M18
	-۰/۸۲۲	۰/۲۴۷	۲/۴۲	۰/۱۶۳			M19
	-۰/۱۱۹	۰/۷۶۰	۰/۴۱۰	۰/۰۲۶			M20
	-۰/۱۵۱	۰/۵۷۷	۷/۴۸	۰/۶۱۷			M21
	-۰/۶۵۹	-۰/۵۴۶	۷/۰۹	۰/۵۸۹			M22
CMIN = 1252.645 DF = 368 CMIN/DF = 3.404 PGFI = 0.643 IFI = 0.824 CFI = 0.821 RMR = 0.074 RMSEA = 0.087	۰/۰۷۹	۰/۷۵۸	-	۰/۵۳۸	حافظه	توانمندی شناختی	CA1
	۰/۰۶۰	۰/۹۰۱	۱۲/۰۲	۰/۷۰۸			CA2
	۱/۱۰۳	۱/۱۵۳	۸/۴۳	۰/۶۴۲			CA3
	۰/۲۵۷	۰/۸۸۸	۸/۶۹	۰/۶۷۵			CA4
	۳/۶۷۳	۱/۶۸۰	۹/۱۵	۰/۷۳۹			CA5
	۳/۶۲۷	۱/۷۵۰	۹/۹۰	۰/۸۸۱			CA6
	-۰/۰۲۴	۰/۷۸۰	-	۰/۶۹۵	توجه انتخابی		CA7
	-۰/۵۷۹	۰/۳۴۲	۱۱/۵۴	۰/۶۹۶			CA8
	۰/۷۵۲	۰/۹۳۵	۱۲/۶۳	۰/۷۷۰			CA9
	۰/۲۱۱	۰/۸۵۵	۱۲/۱۳	۰/۷۳۷			CA10
	۰/۱۸۲	۰/۷۲۴	۱۲/۸۰	۰/۷۷۹			CA11
	-۱/۰۱۶	۰/۰۷۲	۸/۸۴	۰/۶۰۳			CA12
	-۰/۹۷۴	۰/۳۱۸	-	۰/۲۳۰	تصمیم‌گیری		CA13
	۰/۶۰۹	۰/۹۱۶	۳/۱۳	۰/۳۱۱			CA14
	۰/۲۱۳	۰/۸۴۳	۳/۶۶	۰/۵۶۶			CA15

شاخص های برازش	کشیدگی	چولگی	t-value	بار عاملی	مؤلفه	سازه	نشانهگر
	-۰/۶۶۸	۰/۵۵۸	۳/۶۶	۰/۵۶۰			CA16
	۱/۳۵۷	۱/۲۴۰	۳/۷۸	۰/۷۳۷			CA17
	-۰/۳۵۶	۰/۵۵۵	-	۰/۹۰۳	برنامه ریزی		CA18
	-۰/۷۵۷	۰/۴۵۹	۱۴/۳۱	۰/۶۹۱			CA19
	۰/۴۹۲	۰/۸۴۳	۱۷/۷۴	۰/۸۰۰			CA20
	-۱/۰۲۱	۰/۰۷۹	-	۰/۶۲۷	توجه پایدار		CA21
	۰/۵۱۲	۰/۹۰۲	۷/۹۹	۰/۵۰۷			CA22
	-۱/۰۷۵	-۰/۱۹۱	۸/۴۵	۰/۵۴۰			CA23
	۰/۳۰۸	۰/۶۰۵	-	۰/۴۹۰	شناخت اجتماعی		CA24
	۱/۷۳۹	۰/۴۸۹	۶/۸۸	۰/۷۸۱			CA25
	۰/۹۹۴	۰/۵۷۹	۷/۱۱	۰/۷۰۸			CA26
	۰/۶۱۲	۰/۹۶۵	-	۰/۶۹۸	انعطاف پذیری شناختی		CA27
	-۰/۳۵۰	۰/۵۹۹	۱۰/۹۷	۰/۶۳۳			CA28
	۰/۰۸۰	۰/۷۵۳	۱۰/۶۸	۰/۶۱۴			CA29
	۰/۰۱۸	۰/۸۵۳	۹/۶۹	۰/۵۶۲			CA30
CMIN = 449.345 DF = 112 CMIN/DF = 4.012 PGFI = 0.568 IFI = 0.941 CFI = 0.941 RMR = 0.086 RMSEA = 0.097	-۱/۰۷۹	۰/۲۵۷	-	۰/۸۴۳	استرس روانی	استرس کرونا ویروس	CS1
	-۱/۰۴۵	۰/۲۵۶	۲۸/۳۳	۰/۸۷۰			CS2
	-۱/۱۰۱	۰/۰۲۹	۱۷/۰۴	۰/۷۹۲			CS3
	-۱/۰۹۱	۰/۲۷۹	۲۴/۲۲	۰/۹۰۵			CS4
	-۱/۰۸۳	۰/۳۵۳	۱۸/۰۵	۰/۸۱۱			CS5
	-۰/۸۳۱	۰/۴۱۳	۱۶/۱۸	۰/۷۶۱			CS6
	-۰/۰۶۶	-۰/۸۷۳	۹/۰۲	۰/۴۸۸			CS7
	-۰/۵۱۷	۰/۹۹۲	۱۷/۲۳	۰/۷۹۰			CS8
	-۰/۸۹۸	۰/۲۷۲	۱۴/۴۱	۰/۷۰۷			CS9
	۲/۳۴۹	۱/۸۰۵	-	۰/۷۱۶	استرس جسمی		CS10
	-۰/۶۴۸	۰/۶۷۱	۱۴/۹۸	۰/۸۲۰			CS11
	۰/۳۴۷	۰/۹۹۵	۱۷/۸۱	۰/۸۵۳			CS12
	۰/۶۴۸	۱/۰۹۷	۱۷/۳۷	۰/۹۴۲			CS13
	۱/۲۴۷	۱/۲۶۶	۱۷/۸۰	۰/۹۷۱			CS14
	۰/۶۸۵	۱/۲۵۸	۱۴/۳۶	۰/۷۸۸			CS15

شاخص‌های برازش	کشیدگی	چولگی	t-value	بار عاملی	مؤلفه	سازه	نشانه‌گر
	۰/۴۶۰-	۰/۸۵۵	۱۱/۵۷	۰/۶۴۴			CS16
	۱/۶۱۸	۱/۱۴۲	۱۲/۲۸	۰/۶۶۳			CS17
	۰/۹۶۷	۱/۲۵۰	۱۶/۰۷	۰/۸۹۸			CS18
CMIN = 1522.872 DF = 501 CMIN/DF = 3.040 PGFI = 0.637 IFI = 0.846 CFI = 0.843 RMR = 0.082 RMSEA = 0.080	۴/۱۴۲	-۱/۵۳۴	-	۰/۴۲۱	نقش	استرس شغلی	JS1
	۲/۷۴۸	-۰/۹۱۵	۶/۰۸	۰/۵۱۷			JS2
	۱/۰۴۰	-۰/۶۶۹	۶/۳۱	۰/۵۶۱			JS3
	۱/۷۰۹	-۰/۸۹۲	۶/۵۱	۰/۶۱۶			JS4
	۳/۰۷۳	-۱/۱۷۹	۷/۰۸	۰/۷۷۰			JS5
	-۱/۲۰۵	۰/۲۱۷	-	۰/۴۸۵	ارتباط		JS6
	-۰/۹۹۴	-۰/۱۸۰	۷/۴۷	۰/۴۷۲			JS7
	-۰/۸۹۷	-۰/۴۰۵	۹/۰۶	۰/۸۷۹			JS8
	-۰/۸۹۹	-۰/۲۲۵	۸/۵۹	۰/۷۵۹			JS9
	۲/۳۷۰	-۰/۹۳۸	-	۰/۴۶۷	حمایت مدیران		JS10
	-۰/۸۷۱	-۰/۵۰۷	۸/۰۶	۰/۷۵۴			JS11
	-۰/۸۵۵	-۰/۴۳۰	۷/۹۳	۰/۷۲۵			JS12
	-۰/۷۰۱	-۰/۳۹۵	۷/۸۵	۰/۶۹۹			JS13
	-۰/۸۲۸	-۰/۵۰۲	۶/۹۵	۰/۶۷۲	حمایت همکاران		JS14
	۰/۴۳۵	-۰/۹۶۹	-	۰/۶۴۶			JS15
	۱/۲۳۳	-۱/۰۹۲	۱۶/۶۶	۰/۸۰۴			JS16
	۲/۶۲۳	-۱/۲۲۷	۱۰/۹۳	۰/۷۱۵			JS17
	-۰/۲۴۹	-۰/۵۸۷	۱۱/۸۶	۰/۸۲۰	کنترل		JS18
	-۰/۸۲۹	-۰/۵۷۲	-	۰/۶۴۰			JS19
	-۱/۰۳۶	-۰/۲۱۴	۸/۹۷	۰/۵۷۳			JS20
	-۱/۰۲۰	-۰/۰۲۱	۱۱/۲۹	۰/۷۶۶			JS21
	-۰/۸۴۰	۰/۳۵۹	۱۰/۰۵	۰/۸۰۶			JS22
	۵/۶۸۹	-۱/۲۸۶	۴/۳۲	۰/۲۴۹			JS23
	-۱/۲۳۳	۰/۳۷۳	۵/۶۳	۰/۳۴۰			JS24
	-۰/۸۹۴	۰/۲۰۸	-	۰/۴۴۲	تقاضا		JS25
	-۱/۱۵۷	-۰/۱۱۶	۷/۸۳	۰/۷۳۵			JS26
	-۰/۱۰۳	۰/۸۳۲	۵/۵۳	۰/۳۸۵			JS27

شاخص های برازش	کشیدگی	چولگی	t-value	بار عاملی	مؤلفه	سازه	نشانهگر
	-۱/۱۵۲	-۰/۳۶۸	۷/۲۳	۰/۶۰۰			JS28
	-۱/۲۱۹	۰/۲۵۱	۸/۰۴	۰/۷۸۷			JS29
	-۱/۱۹۴	۰/۰۹۱	۸/۱۳	۰/۸۱۷			JS30
	-۰/۲۷۴	۰/۷۴۲	۷/۳۷	۰/۶۳۶			JS31
	-۱/۱۱۲	۰/۰۱۴	۸/۰۷	۰/۷۹۷			JS32
	-۰/۹۲۵	-۰/۲۹۴	-	۰/۸۲۵	تغییرات		JS33
	-۱/۲۴۰	-۰/۱۰۴	۱۱/۱۱	۰/۵۸۱			JS34
	-۰/۲۱۴	-۰/۴۹۴	۱۲/۱۳	۰/۶۱۹			JS35
CMIN = 5.664 DF = 15 CMIN/DF = 3.378 PGFI = 0.601 IFI = 0.978 CFI = 0.978 RMR = 0.022 RMSEA = 0.087	۱/۲۲۷	-۰/۸۸۷	-	۰/۷۸۶	خلق ایده	رفتار کاری نوآورانه	IB1
	۰/۳۷۷	-۰/۶۴۲	۱۸/۳۸	۰/۹۱۸			IB2
	۰/۸۵۴	-۰/۷۸۰	۱۶/۳۵	۰/۸۳۳			IB3
	-۰/۱۵۲	-۰/۳۴۸	۱۲/۰۹	۰/۶۵۲			IB4
	۰/۲۵۸	-۰/۶۱۵	-	۰/۷۷۲	پیاپی سازی ایده		IB5
	۰/۵۴۶	-۰/۶۴۷	۱۴/۳۹	۰/۷۷۴			IB6
	۰/۶۰۶	-۰/۷۶۹	۱۰/۸۸	۰/۶۰۸			IB7
	-۰/۱۶۵	-۰/۳۷۱	۹/۷۱	۰/۵۰۴			IB8
CMIN = 48.914 DF = 16 CMIN/DF = 3.057 PGFI = 0.630 IFI = 0.967 CFI = 0.967 RMR = 0.017 RMSEA = 0.081	۱/۲۲۵	-۰/۹۷۰	-	۰/۸۰۹	وظایف سطح پایین	عملکرد شغلی	JP1
	۰/۷۶۲	-۰/۶۵۵	۱۵/۵۴	۰/۸۳۸			JP2
	۱/۲۳۲	-۰/۸۰۵	۱۳/۵۷	۰/۷۳۴			JP3
	۰/۴۷۴	-۰/۳۹۸	۱۲/۲۸	۰/۶۷۳			JP4
	۰/۸۴۲	-۰/۵۲۹	-	۰/۷۴۷	وظایف سطح بالا		JP5
	۰/۲۸۵	-۰/۴۱۶	۹/۴۶	۰/۶۰۳			JP6
	۱/۰۰۷	-۰/۵۱۴	۸/۳۱	۰/۵۱۷			JP7
	-۰/۶۰۱	-۰/۱۰۱	۱۱/۶۵	۰/۷۵۸			JP8
CMIN = 232.828 DF = 76 CMIN/DF = 3.064 PGFI = 0.578 IFI = 0.883 CFI = 0.881 RMR = 0.052 RMSEA = 0.081	-۰/۴۱۱	۰/۰۱۱	-	۰/۷۶۸	نوع دوستی	رفتار شهروندی سازمانی	CB1
	-۰/۲۸۵	۰/۰۹۵	۱۳/۸۸	۰/۹۳۲			CB2
	-۰/۶۹۷	-۰/۳۰۴	۱۰/۷۴	۰/۶۰۳			CB3
	۲/۳۷۰	-۱/۵۲۵	-	۰/۷۲۱	وجدان کاری		CB4
	۰/۵۴۷	-۰/۹۷۱	۹/۰۸	۰/۷۳۷			CB5
	۱/۱۱۵	-۰/۹۵۴	۷/۲۶	۰/۴۹۸			CB6

شاخص‌های برازش	کشیدگی	چولگی	t-value	بار عاملی	مؤلفه	سازه	نشانهگر
	-۰/۵۹۰	-۰/۵۵۳	-	۰/۵۰۱	جوانمردی		CB7
	-۰/۵۶۳	۰/۴۰۱	۲/۸۸	۰/۲۰۶			CB8
	-۰/۲۶۸	-۰/۳۴۳	۵/۹۹	۰/۷۰۹			CB9
	۰/۰۸۸	-۰/۷۵۲	۵/۲۳	۰/۴۳۷			CB10
	۰/۸۰۳	-۰/۶۹۸	-	۰/۶۸۰	رفتار مدنی		CB11
	۰/۹۱۶	-۱/۰۳۸	۷/۸۶	۰/۵۳۸			CB12
	۱/۱۸۵	-۱/۰۹۸	۹/۸۲	۰/۷۵۲			CB13
	-۰/۸۹۶	-۰/۳۲۷	-	۰/۶۸۸	ادب و ملاحظه		CB14
	-۰/۶۷۷	-۰/۴۲۳	۷/۷۷	۰/۸۲۵			CB15

پس از حذف نشانه‌های ناروا و به منظور ارزیابی روایی همگرایی و واگرایی، یک مدل عاملی مرتبه اول برای تمامی سازه‌های تحقیق برآورد شد (جدول ۲). همان‌طور که مشخص است، تمامی نشانه‌های مدل کلی معنادار هستند و کمیت آنها نیز از حد بحرانی ۰/۴۰ بزرگتر است. همچنین، مقدار متوسط واریانس استخراج شده (AVE) برای همه‌ی متغیرهای پنهان نیز از ۰/۴۰ بزرگتر است، که نشان‌دهنده‌ی احراز روایی همگرایی است (Fornell, 1981). به علاوه، پایایی متغیرها نیز به وسیله ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردیده و در جدول مربوطه گزارش شده‌است. از آنجا که مقدار ضریب پایایی برای متغیرهای تحقیق از ۰/۷۰ بزرگتر بود، دقت ابزار اندازه‌گیری نیز مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۲- نتایج بررسی روایی کلی سازه‌ها

شاخص‌های برازش	Alpha	AVE	t-value	بار عاملی	نشانه	سازه
CMIN = 1282.486 DF = 319/0 CMIN/DF = 4.020 PGFI = 0.577 IFI = 0.831 CFI = 0.829 RMR = 0.053 RMSEA = 0.098	۰/۸۶۳	۰/۴۷۳	-	۰/۵۳۹	توصیف	ذهن آگاهی
			۸/۸۸	۰/۶۲۳	عدم واکنش	
			۱۰/۷۵	۰/۸۳۴	عدم قضاوت	
			۸/۰۳	۰/۷۲۲	عمل با آگاهی	
	۰/۹۲۹	۰/۵۳۹	-	۰/۶۱۵	حافظه	توانمندی شناختی
			۱۲/۴۶	۰/۸۲۷	توجه انتخابی	
			۱۰/۳۵	۰/۷۹۴	تصمیم‌گیری	
			۱۰/۶۷	۰/۷۵۶	برنامه‌ریزی	
			۱۰/۳۴	۰/۷۲۱	توجه پایدار	
			۶/۸۵	۰/۴۴۷	شناخت اجتماعی	

سازه	نشانهگر	بار عاملی	t-value	AVE	Alpha	شاخص های برازش
استرس کرونا	انعطاف پذیری شناختی	۰/۸۹۱	۱۲/۴۹	۰/۶۹۰	۰/۹۵۱	
	استرس روانی	۰/۹۹۹	-			
استرس شغلی	استرس جسمی	۰/۶۱۹	۴/۹۷	۰/۵۸۳	۰/۹۳۱	
	نقش	۰/۹۹۹	-			
	ارتباط	۰/۶۳۹	۸/۰۶			
	حمایت مدیران	۰/۷۰۵	۸/۴۵			
	حمایت همکاران	۰/۶۰۵	۷/۸۸			
	کنترل	۰/۸۳۸	۱۰/۰۱			
	تقاضا	۰/۶۷۲	۷/۹۶			
	تغییرات	۰/۸۱۲	۹/۳۱			
رفتار کاری نوآورانه	خلق ایده	۰/۷۶۹	-	۰/۷۹۴	۰/۹۱۰	
	پیاده سازی ایده	۰/۹۹۹	۱۵/۵۹			
عملکرد شغلی	وظایف سطح پایین	۰/۷۰۸	-	۰/۵۳۶	۰/۸۴۶	
	وظایف سطح بالا	۰/۷۵۶	۱۲/۱۹			
رفتار شهروندی سازمانی	نوع دوستی	۰/۵۹۴	-	۰/۴۴۶	۰/۷۴۸	
	وجدان کاری	۰/۵۹۱	۸/۷۰			
	جوانمردی	۰/۸۹۴	۱۲/۵۲			
	رفتار مدنی	۰/۶۸۴	۹/۷۱			
	ادب و ملاحظه	۰/۵۱۳	۷/۲۱			

روایی واگرایی داده ها به وسیله اطلاعات جدول شماره ۳ ارزیابی شد. وجود روایی واگرایی به این معناست که نشانگرهای هر سازه همبستگی بیشتری با سازه مربوط به خود داشته باشند تا با سایر سازه های مدل. اگر مجذور مقدار AVE هر سازه از واریانس اشتراکی آن سازه با سایر سازه ها بیشتر باشد، داده ها حائز روایی واگرایی هستند. مقادیر روی قطر جدول مذکور مبین جذر AVE سازه ها هستند و سایر مقادیر این جدول نشان دهنده مربع همبستگی بین آنهاست. همان گونه که مشاهده می شود، تمامی مقادیر روی قطر جدول از مقادیر سطر و ستون متناظر خود بزرگتر هستند. لذا، روایی واگرایی داده ها نیز مورد تأیید است (Fornell, 1981). بر این اساس، به اعتبار داده های جمع آوری شده می توان مدل آزمون فرضیه را برآورد کرده و ضرایب آن را تفسیر نمود.

جدول ۳- نتیجه بررسی روایی و اگرای داده‌ها

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- ذهن آگاهی	۰/۶۸۷						
۲- توانمندی شناختی	۰/۳۱۱	۰/۷۳۴					
۳- استرس مرتبط با کرونا	۰/۰۶۱	۰/۰۹۰	۰/۸۳۰				
۴- استرس شغلی	۰/۲۴۲	۰/۲۲۶	۰/۰۲۰	۰/۷۶۳			
۵- رفتار کاری نوآورانه	۰/۰۵۸	۰/۲۶۲	۰/۰۰۶	۰/۱۲۶	۰/۸۹۱		
۶- عملکرد شغلی	۰/۱۱۴	۰/۲۷۰	۰/۰۲۶	۰/۱۳۸	۰/۳۷۰	۰/۷۳۲	
۷- رفتار شهروندی سازمانی	۰/۲۳۲	۰/۳۷۳	۰/۰۱۷	۰/۴۲۲	۰/۳۳۷	۰/۳۷۸	۰/۶۶۷

در این پیمایش، مشارکت‌کنندگان با سه متغیر جنسیت، سن و وضعیت تأهل توصیف شدند. بررسی داده‌ها نشان داد که تقریباً ۱۸ درصد مشارکت‌کنندگان را زنان (۵۷ نفر) و ۸۲ درصد را مردان (۲۶۱ نفر) تشکیل داده‌اند. بنابراین، اکثریت افراد از جنس مذکر بودند. از نظر سن و سال، بیشترین تعداد مشارکت‌کنندگان (۱۴۸ نفر) در بازه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال قرا داشتند، که معادل ۴۶/۵ درصد کل نمونه آماری بود. طبقات سنی ۳۰-۲۰ سال، ۵۰-۴۱ سال، و ۵۰ سال و بیشتر نیز به ترتیب ۲۶، ۱۲۰ و ۲۴ نفر را در خود جای دادند. از نظر وضعیت تأهل، اکثریت قریب به اتفاق با متأهلین بود که بیش از ۸۹ درصد اعضای نمونه بودند (۲۸۵ نفر). تعداد مجردان مشارکت‌کننده تنها ۳۳ نفر بود. علاوه بر متغیرهای جمعیت‌شناختی، متغیرهای اصلی تحقیق نیز با شاخص‌های میانگین و انحراف معیار توصیف شده‌اند (جدول ۴). بر این اساس، عملکرد شغلی دارای بزرگ‌ترین میانگین، و رفتار شهروندی سازمانی دارای کوچک‌ترین انحراف معیار بود. به علاوه، بررسی ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که به جز رابطه بین استرس کروناویروس و رفتار کاری نوآورانه، سایر روابط از نظر آماری معنادار می‌باشند. بررسی ضرایب رگرسیونی بین متغیرها به منظور آزمون فرضیه‌های تحقیق با تکنیک‌های آمار استنباطی انجام شد.

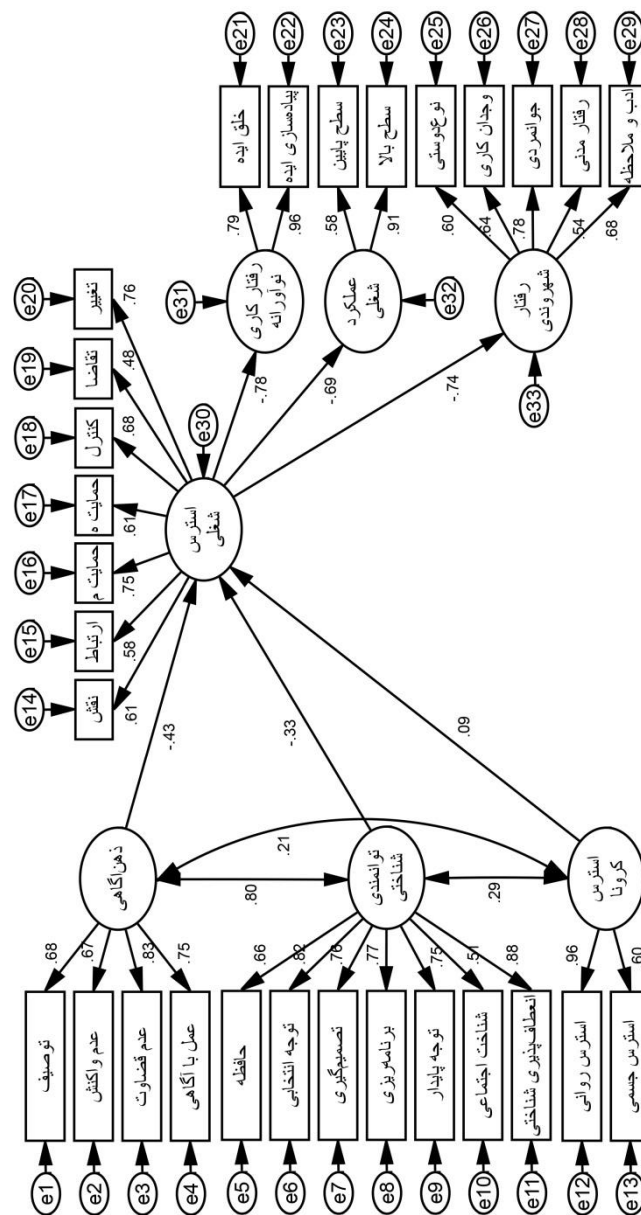
جدول ۴- میانگین، انحراف معیار، و همبستگی متغیرها

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱- ذهن آگاهی	۲/۷۳۳	۰/۵۶۴						
۲- توانمندی شناختی	۲/۳۳۵	۰/۵۸۷	۰/۵۵۸**					
۳- استرس مرتبط با کرونا	۲/۲۴۴	۰/۷۵۸	-۰/۲۴۸**	-۰/۳۰۱**				
۴- استرس شغلی	۳/۳۴۶	۰/۶۲۸	-۰/۴۹۲**	-۰/۴۷۶**	۰/۱۴۳*			
۵- رفتار کاری نوآورانه	۳/۸۳۱	۰/۶۶۰	۰/۲۴۷**	۰/۵۱۲**	-۰/۰۷۸	-۰/۳۵۶**		
۶- عملکرد شغلی	۴/۱۴۵	۰/۴۵۸	۰/۳۳۹**	۰/۵۲۰**	-۰/۱۶۲**	-۰/۳۷۲**	۰/۶۰۹**	
۷- رفتار شهروندی سازمانی	۳/۸۰۹	۰/۴۴۷	۰/۴۸۲**	۰/۶۱۱**	-۰/۱۳۱*	-۰/۶۵۰**	۰/۵۸۱**	۰/۶۱۵**

**معنادار در سطح اطمینان ۹۹ درصد؛ *معنادار در سطح اطمینان ۹۵ درصد

برای برآورد مدل آزمون فرضیه از تکنیک تجزیه و تحلیل چندمتغیره مدل سازی معادلات ساختاری استفاده شد. با توجه به کفایت حجم نمونه و نیز احراز نرمال بودن توزیع داده ها در قسمت قبل، بدین منظور از مدل سازی ساختاری کوواریانس محور به روش حداکثر درست نمایی استفاده شده است. نتیجه مدل سازی در شکل ۱ مشاهده می شود $[CMIN/DF = 4/27; PGFI = 0/55; IFI = 0/82; CFI = 0/81; RMR = 0/05; RMSEA = 0/10]$. براساس شاخص های گزارش شده و پیچیدگی بالای مدل و با استناد به منابع معتبر، مدل برآوردی از برازش قابل قبولی برخوردار است (Byrne, 2012; Hooman, 2017; Hooper, 2010; Qasemi, 2013). بر اساس مدل برآورد شده و ضرایب ساختاری آن، در ادامه فرضیه های تحقیق آزمون شده اند.

بر اساس نتایج حاصله، هر سه متغیر پیش بین ذهن آگاهی ($\beta = -0/43, t = -3/512$)، توانمندی شناختی ($\beta = -0/33, t = -2/991$) و استرس کرونا ($\beta = 0/09, t = 2/259$) بر استرس شغلی اثر گذار بودند. از طرفی، استرس شغلی بر متغیرهای ملاک یعنی رفتار کاری نوآورانه ($\beta = -0/78, t = -7/182$)، عملکرد شغلی ($\beta = -0/69, t = -6/195$) و رفتار شهروندی سازمانی ($\beta = -0/74, t = -6/339$) اثر داشت. بنابراین، هر ۶ فرضیه مستقیم مورد تأیید قرار گرفتند.



شکل ۱- مدل ساختاری برآورد شده

به منظور آزمون میانجی‌گری استرس شغلی باید معناداری ضرایب اثر غیرمستقیم را محاسبه کرد. اما پیش‌نیاز بررسی میانجی‌گری، وجود رابطه مستقیم بین متغیرهای مستقل و وابسته است. در این راستا، همانطور

که توسط محققان پیشنهاد شده است (Hair Jr et al., 2021)، معناداری روابط مستقیم با حذف متغیر میانجی از مدل مسیر بررسی شد. در مدل جایگزین، اثر مستقیم ذهن آگاهی بر رفتار کاری نوآورانه ($\beta = 0/13$)، $t = 1/114$ غیر معنادار اما بر عملکرد شغلی ($\beta = 0/29$, $t = 2/018$) و رفتار شهروندی ($\beta = 0/38$, $t = 2/777$) معنادار بود. تأثیر متغیر توانمندی شناختی بر متغیرهای رفتار کاری نوآورانه ($\beta = 0/48$, $t = 4/035$)، عملکرد شغلی ($\beta = 0/41$, $t = 2/974$) و نیز بر رفتار شهروندی سازمانی ($\beta = 0/43$, $t = 3/271$) معنادار بود. تأثیر متغیر سوم یعنی استرس کرونا تنها بر رفتار شهروندی سازمانی ($\beta = -0/13$, $t = -3/665$) معنادار بود و اثر آن بر رفتار کاری نوآورانه ($\beta = -0/04$, $t = -1/475$) و عملکرد شغلی ($\beta = -1/165$, $t = -0/04$) غیر معنادار شده است. بنابراین، شش مورد میانجی گری قابل بررسی بود که در ادامه با رویه سوبل آزمون شده است.

هر ضریب اثر غیرمستقیم از طریق ضرب کردن ضرایب مستقیم مربوطه در یکدیگر محاسبه شد و برای برآورد معناداری آن‌ها از آزمون سوبل استفاده گردید. بر این اساس، متغیر ذهن آگاهی با ضریب غیرمستقیم $0/29$ بر عملکرد شغلی ($t = 3/055$) و با ضریب $0/31$ ($t = 3/072$) بر رفتار شهروندی سازمانی تأثیر گذار بود. متغیر توانمندی شناختی با ضریب غیرمستقیم $0/25$ ($t = 2/761$)، $0/22$ ($t = 2/693$) و $0/24$ ($t = 2/705$) بر متغیرهای ملاک اثر گذاشت. ضریب اثر غیرمستقیم استرس کرونا بر رفتار شهروندی سازمانی ($\beta = -$) $0/06$ ($t = -2/127$) نیز از نظر آماری معنادار بود. بنابراین، نقش میانجی استرس شغلی در این روابط مورد تأیید قرار گرفت. جدول شماره نتیجه آزمون فرضیه‌های تحقیق را به‌طور خلاصه نشان می‌دهد.

جدول ۵- خلاصه نتایج آزمون فرضیه‌های تحقیق

فرضیه	مسیر	ضریب	t-value	p-value	نتیجه
۱	ذهن آگاهی $\rightarrow$ استرس شغلی	-۰/۴۳	-۳/۵۱۲	۰/۰۰۰	تأیید
۲	توانمندی شناختی $\rightarrow$ استرس شغلی	-۰/۳۳	-۲/۹۹۱	۰/۰۰۳	تأیید
۳	استرس کرونا $\rightarrow$ استرس شغلی	۰/۰۹	۲/۲۵۹	۰/۰۲۴	تأیید
۴	استرس شغلی $\rightarrow$ رفتار کاری نوآورانه	-۰/۷۸	-۷/۱۸۲	۰/۰۰۰	تأیید
۵	استرس شغلی $\rightarrow$ عملکرد شغلی	-۰/۶۹	-۶/۱۹۵	۰/۰۰۰	تأیید
۶	استرس شغلی $\rightarrow$ رفتار شهروندی سازمانی	-۰/۷۴	-۶/۳۳۹	۰/۰۰۰	تأیید
۷	ذهن آگاهی $\rightarrow$ استرس شغلی $\rightarrow$ عملکرد شغلی	۰/۲۹	۳/۰۵۵	۰/۰۰۲	تأیید
۸	ذهن آگاهی $\rightarrow$ استرس شغلی $\rightarrow$ رفتار شهروندی سازمانی	۰/۳۱	۳/۰۷۲	۰/۰۰۲	تأیید
۹	توانمندی شناختی $\rightarrow$ استرس شغلی $\rightarrow$ رفتار کاری نوآورانه	۰/۲۵	۲/۷۶۱	۰/۰۰۵	تأیید

فرضیه	مسیر	ضریب	t-value	p-value	نتیجه
۱۰	توانمندی شناختی ← استرس شغلی ← عملکرد شغلی	۰/۲۲	۲/۶۹۳	۰/۰۰۷	تأیید
۱۱	توانمندی شناختی ← استرس شغلی ← رفتار شهروندی سازمانی	۰/۲۴	۲/۷۰۵	۰/۰۰۶	تأیید
۱۲	استرس کرونا ← استرس شغلی ← رفتار شهروندی سازمانی	-۰/۰۶	-۲/۱۲۷	۰/۰۳۳	تأیید

نتیجه

هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط ذهن آگاهی، توانمندی شناختی و استرس مرتبط با کووید-۱۹ با رفتارهای نوآورانه کاری، عملکرد شغلی و رفتارهای شهروندی سازمانی مدیران بانکی با میانجی‌گری متغیر استرس شغلی در شرایط شیوع و همه‌گیری بیماری کرونا بود. نتایج به‌دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که متغیر ذهن آگاهی با استرس شغلی مدیران بانکی ارتباط منفی و معنی‌داری دارد. نتایج تحقیق حاضر در رابطه با ارتباط بین ذهن آگاهی و استرس شغلی مدیران بانکی، یافته‌های بادل‌ه شاموشاکی (Badeleh Shamooshaki, 2021) و کانورسانو (Conversano et al., 2020) را تأیید می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که ذهن آگاهی نوع تمرکز و توجه، شیوه نگاه و احساسات افراد را هدف قرار می‌دهد تا بدین وسیله سطح تنش‌های روانی آنان را کاهش دهد. در این راستا در صورتی که مدیران، ذهن آگاهی بالایی داشته باشند، قادر خواهند بود توجه خود را به سمت ابعاد مثبت زندگی و نه بیماری معطوف کنند و تلاش نمایند از شرایط فعلی برای خود فرصتی جهت رشد بیشتر بسازند و با احساس مثبت به سمت اهداف خویش هدایت شوند (Bostock et al., 2019) (Badeleh Shamooshaki, 2021). در این راستا زمانی که مدیران بانکی بتوانند در محیط سازمانی و کاری، احساسات و هیجانات ناخوشایند و منفی خودشان را بیان نمایند و ذهن آگاهی بالایی داشته باشند، موقعیت‌ها و شرایط تنش‌زا کمتر می‌تواند آرامش ذهنی و روانی آنان را به هم بریزد.

نتایج دیگر نشان داد که توانمندی‌های شناختی با استرس شغلی مدیران بانکی ارتباط منفی و معناداری دارد. یافته‌های این تحقیق در مورد رابطه بین توانمندی شناختی و استرس شغلی، یافته‌های تحقیق مهرابی (Mehrabi et al., 2021) را تأیید می‌کند. توانمندی شناختی سطح پردازش‌های ذهنی را بالا می‌برد و به افراد کمک می‌کند تا در شرایط احساسی و هیجانی، منطقی‌تر فکر و عمل کنند (Benedek & Neubauer, 2013). در این بین مدیران بانکی هنگامی که بتوانند وظایف و کارهایشان را به خوبی و به شیوه مطلوبی مدیریت کنند، مرور وقایع و رویدادهای کاری و شخصی برایشان چالشی و مشکل نباشد، در تصمیم‌گیری جوانب و ابعاد مختلف را در نظر بگیرند و تصمیم‌های عجولانه و شتاب زده نگیرند و

توانمندی های شناختی مطلوبی داشته باشند، قادر می شوند تا برای وظایف و کارهایشان برنامه ریزی بلندمدت داشته باشند. همچنین اگر در دستیابی به هدف های شغلی و کاری پشتکار و توانمندی خوبی داشته باشند، چنین مدیرانی تنش و استرس شغلی کمتری را تجربه می کنند و به ویژه در شرایط و موقعیت شیوع گسترده بیماری کرونا، بهتر می توانند شرایط تنشی و استرس را مدیریت نمایند.

نتایج دیگر این تحقیق نشان داد که استرس کرونا توانست به صورت معناداری بر استرس شغلی تاثیر بگذارد. نتایج این پژوهش با تحقیقات دهقانیو همکاران، کومار و ناوینیت بادونی (Kumar & Navneet Badoni, 2020) (Dehghani et al., 2020) همسو است. بر این اساس باید گفت که بیماری کرونا تنش های زیادی را برای مدیران ایجاد می نماید و آنان را برانگیخته می سازد تا برای پیشگیری از ابتلا، فعالیت های محافظه کارانه تری نشان دهند و این مطلب میزان تنش کاری (استرس شغلی) را افزایش می دهد. نتایج دیگر نیز بیانگر آن می باشد که استرس های شغلی در شرایط شیوع کرونا با رفتارهای نوآورانه کاری، عملکرد شغلی و رفتارهای شهروندی سازمانی مدیرهای بانکی ارتباط منفی و معناداری دارد. نتایج تحقیق حاضر نتایج تحقیق روح افزائی (Roohafzaei, 2021) را تایید می کند. استرس شغلی به دلیل بار هیجانی قوی و منفی که برای اشخاص دارد، اجازه استفاده از اطلاعات سازمانی برای ایجاد خلاقیت و نوآوری را به افراد نمی دهد. همچنین به دلیل ایجاد درگیری فکری نمی گذارد که اشخاص عملکرد بهتری را از خود نشان دهند و گرایش آنان را به دوری از محیط شغلی فراهم می آورد (Dehghani et al., 2020). به همین خاطر می توان نتیجه گرفت که هنگامی که مدیران بانکی در محیط سازمانی و کاری اضطراب، تنش و استرس زیادی در انجام وظایف و کارها، برخورد با ارباب رجوع ها و همکاران داشته باشند و نتوانند مدیریت اثربخش بر تنش و استرس به ویژه در شرایط و موقعیت همه گیری بیماری کرونا داشته باشند، افت چشمگیری در عملکرد و کارکرد شغلی آن ها در طول روز ایجاد می شود. همچنین مدیران بانکی در چنین حالت و شرایطی نمی توانند وظایف شغلی و کارهای خود را به موقع، در زمان مقرر و با دقت مطلوب و مورد انتظار انجام دهند و خلاقیت و دیگر رفتارهای مربوط به رفتار شهروندی سازمانی مطلوبی داشته باشند.

یافته های دیگر تحقیق نشان داد که استرس شغلی توانسته در رابطه ذهن آگاهی با عملکرد شغلی، رفتار شهروندی سازمانی نقش میانجی گرانه داشته باشد. یافته مذکور با نتایج تحقیق دهقانی و همکاران (Dehghani et al., 2020) و کانورسانو (Conversano et al., 2020) نسبتاً همراستا می باشد. داشتن ذهن آگاهی بالا به افزایش تمرکز افراد بر زمان حال، دوری از تنش و کاهش استرس روانی می انجامد. آرامش حاصله نیز سبب بهبود فعالیت های افراد در محیط کاری می شود (Conversano et al., 2020). در حقیقت در تبیین این یافته می توان گفت که ذهن آگاهی بالا در مدیران باعث می شود توجه و تمرکز بیشتری بر ابعاد مثبت زندگی داشته باشند و بدین ترتیب احساس مطلوب تر و استرس کمتری را تجربه نمایند. در نهایت این کاهش تنش در حیطه کاری سبب بهبود عملکرد شغلی و بهبود رفتار شهروندی سازمانی می شود.

در نهایت، یافته‌های دیگر نشان داد که که استرس شغلی توانسته‌است در رابطه توانمندی شناختی با عملکرد شغلی، رفتار شهروندی سازمانی و رفتار نوآورانه کاری، نقش میانجی‌گرایانه داشته باشد. نتایج این مطالعه با تحقیقات کانورسانو (Conversano et al., 2020) همسو می‌باشد. توانمندی شناختی به درگیری فکری و تجزیه و تحلیل بیشتر اطلاعات می‌انجامد که این مورد سطح هیجانات را کاهش و ظرفیت تعقل و منطق اشخاص را افزایش می‌دهد. داشتن منطق بیشتر به بهبود عملکرد شغلی می‌انجامد (Mehrabian et al., 2021). در حقیقت توانمندی شناختی مطلوب باعث برنامه‌ریزی و پردازش بهتر موقعیت و شرایط کاری می‌شود و بدین ترتیب سطح هیجانات منفی و استرس شغلی را کم می‌سازد (Yadav & Rangnekar, 2015). در نتیجه، وجود این شرایط سبب بهبود عملکرد شغلی و دیگر مولفه‌های مرتبط با شغل همچون رفتار شهروندی سازمانی و نوآوری در کار می‌شود. چرا که میزان فکر و تعمق اشخاص را نسبت به محیط سازمانی بهبود می‌دهد.

در نهایت نتایج دیگر نشانگر این مطلب بود که استرس کرونا با میانجی‌گری استرس شغلی بر رفتار شهروندی سازمانی تأثیر گذاشته‌است. این مطالعه نیز همسو با تحقیقات دهقانی و همکاران و پژوهشهای کومار و ناوینیت بادونی (Kumar & Navneet Badoni, 2020) (Dehghani et al., 2020) است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تنش و استرس ناشی از ابتلا به کرونا می‌تواند سبب اختلال در کارکرد افراد در زمان حضور در محیط شغلی شود. بدین صورت که تنش کاری آنان را ازدیاد بخشد، ترس مدیران را از مبتلا شدن به بیماری در حین کار افزایش دهد و بدین ترتیب تلاش آنان را برای بهتر فعالیت کردن و نشان دادن رفتارهای شهروندی سازمانی کم کند.

در جمع‌بندی می‌توان گفت که بر اساس نتایج این پژوهش مشخص شد که در مدیران بانکی مورد مطالعه، رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری بین استرس کرونا و استرس شغلی وجود دارد، بین ذهن‌آگاهی و توانمندی شناختی با استرس شغلی آن‌ها رابطه‌ی منفی و معناداری وجود دارد و همینطور استرس شغلی با رفتار نوآورانه کاری، عملکرد شغلی و رفتار شهروندی سازمانی رابطه‌ی منفی و معنی‌داری نشان می‌دهد. در ارتباط با روابط میانجی هم ذهن‌آگاهی توانست به صورت مستقیم و غیر مستقیم (با واسطه‌گری استرس شغلی) بر عملکرد شغلی و رفتار شهروندی سازمانی تأثیر معنادار بگذارد، نتایج همچنین نشان داد که توانمندی شناختی به صورت مستقیم و همینطور با میانجی‌گری استرس شغلی توانست به صورت معناداری بر رفتار نوآورانه کاری، عملکرد شغلی و رفتار شهروندی سازمانی اثر بگذارد و در نهایت استرس کرونا به صورت مستقیم و همینطور با میانجی‌گری استرس شغلی توانست بر رفتار شهروندی سازمانی اثر بگذارد.

افزون بر این، با توجه به روابط شناسایی شده، پیشنهادات کاربردی به شکل زیر قابل ارائه می‌باشد: در وهله اول پیشنهاد می‌گردد که میزان ذهن‌آگاهی مدیرهای شبکه بانکی کشور مورد ارزیابی اولیه قرار بگیرد. سپس جهت

مدیریت بهینه شرایط استرس‌زا، تکنیک‌های، راهبردها و روش‌های بهبود ذهن آگاهی به مدیرهای بانکی آموزش داده شوند. علاوه بر این، اشخاص پس از دریافت آموزش‌ها، به صورت دوره‌ای مورد بررسی و ارزشیابی قرار گیرند. در این راستا و به عنوان مثال از پروتکل ۸ جلسه‌ای آموزش ذهن آگاهی کابات زین و نظیر آن می‌توان استفاده نمود.

در ادامه پیشنهاد می‌گردد، بانک‌ها به برگزاری کلاس، دوره‌ها یا ورکشاپ‌هایی برای مدیران و پرسنل با هدف مدیریت تنش و استرس در شرایط همه‌گیری ویروس کرونا اقدام نمایند و شرایطی در بانک‌ها فراهم شود تا مدیران بانکی به شکل دوره‌ای از لحاظ توانمندی‌های شناختی مورد ارزیابی قرار گیرند و بازخورد نتیجه ارزیابی‌ها گزارش شود. همچنین در جهت افزایش مهارت‌ها، ظرفیت و توانمندی‌های شناختی می‌توان کارگاه‌ها، دوره‌ها و تمارینی هدفمند را طراحی و اجرا کرد. برای ارتقای رفتارهای خلاقانه و نوآورانه مدیران بانکی، برگزاری جلسات خلاقیت برای ایجاد راهکارهای نو و جدید نظیر جلسات طوفان فکری توصیه می‌شود. علاوه بر این، از انواع تکنیک‌ها و فنون خلاقیت نظیر: اسکمپر، ارتباط اجباری، بیست ایده و ... می‌توان در جلسه‌های کاری استفاده کرد. در دوران شیوع بیماری‌های مختلف همچون کرونا برای مدیرانی که استرس و تنش شدیدی ناشی از همه‌گیری دارند، مرخصی دوره-ای در نظر گرفته شود و در طی این مدت آن‌ها از طریق دوره‌های مشاوره بتوانند نسبت به مدیریت کردن بهینه استرس در محیط شغلی اقدام کنند.

علاوه بر این پیشنهاد می‌شود در جهت کنترل استرس کرونا و جلوگیری از اثرات منفی آن و ارتقای احساس امنیت مدیران در محیط کار، از انواع راهبردها و فناوری‌های جدید جهت اقدامات پیشگیرانه در فضای فیزیکی شعب استفاده شود. برای مثال از انواع دستگاه‌های تهویه هوا، مواد ضدعفونی‌کننده و ... و نیز از انواع روش‌های کاربردی برای رعایت نمودن فاصله‌های اجتماعی و پروتکل‌های جدی و سختگیرانه برای ورود مراجعان به بانک‌ها استفاده کرد و در نهایت در دوره شیوع پاندمی به مدیرهای بانکی در زمینه خطرات واقعی و ریسک‌های (تهدیدهای) واقعی و بالقوه، آگاهی و اطلاعات کاملی ارائه شود تا آن‌ها دچار استرس و هراس زیاد و مضاعف نشوند و بتوانند در شرایط و موقعیت اضطراری و همه‌گیری عملکرد مطلوب‌تر و بهتری داشته باشند.

در انتها با وجود یافته‌های تحقیق می‌توان گفت که این مطالعه دارای محدودیت‌هایی نیز بود. یکی از محدودیت‌ها، ماهیت مقطعی پژوهش می‌باشد که واریانس مشترک را به همراه دارد. همچنین ماهیت همبستگی داده‌ها به جای ماهیت علی نیز دیگر محدودیت انجام پژوهش حاضر محسوب می‌گردد. پیشنهاد می‌شود که در آینده محققان و پژوهشگران، به بررسی موضوع این پژوهش به صورت طولی اقدام نمایند.

تشکر و قدردانی

از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش مدیران و مسئولین بانک‌ها که امکان انجام این پژوهش را فراهم آوردند، سپاسگزاری می‌شود.

References

- Akgunduz, Y., & Sanli, S. C. (2017). The effect of employee advocacy and perceived organizational support on job embeddedness and turnover intention in hotels. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 31, 118-125. <https://doi.org/10.1016/j.jhtm.2016.12.002>
- Alipour, A., Ghadami, A., Alipour, Z., & Abdollahzadeh, H. (2020). Preliminary validation of the Corona Disease Anxiety Scale (CDAS) in the Iranian sample. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 8(32), 163-175. <https://doi.org/10.30473/hpj.2020.52023.4756> (In Persian)
- Arshad, M., Abid, G., Contreras, F., Elahi, N. S., & Athar, M. A. (2021). Impact of prosocial motivation on organizational citizenship behavior and organizational commitment: The mediating role of managerial support. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 11(2), 436-449. <https://doi.org/10.3390/ejihpe11020032> (In Persian).
- Azad, M. E., & Gholami, F. M. (2011). Reliability and validity assessment for the HSE job stress questionnaire. (In Persian).
- Badeleh Shamooshaki, M. T. (2021). The relationship between Mindfulness and job stress in nurses. *Occupational Medicine Quarterly Journal*, 13(1), 53-61. <https://doi.org/10.18502/tkj.v13i1.6578> (In Persian).
- Bauwens, R., Audenaert, M., Huisman, J., & Decramer, A. (2019). Performance management fairness and burnout: implications for organizational citizenship behaviors. *Studies in Higher Education*, 44(3), 584-598. <https://doi.org/10.1080/03075079.2017.1389878>
- Benedek, M., & Neubauer, A. C. (2013). Revisiting Mednick's model on creativity-related differences in associative hierarchies. Evidence for a common path to uncommon thought. *The Journal of creative behavior*, 47(4), 273-289. <https://doi.org/10.1002/jocb.35>
- Bostock, S., Crosswell, A. D., Prather, A. A., & Steptoe, A. (2019). Mindfulness on-the-go: Effects of a mindfulness meditation app on work stress and well-being. *Journal of occupational health psychology*, 24(1), 127. . <https://doi.org/10.1037/ocp0000118>
- Byrne, B. M. (2012). *A primer of LISREL: Basic applications and programming for confirmatory factor analytic models*. Springer Science & Business Media.
- Chen, Z., Allen, T. D., & Hou, L. (2020). Mindfulness, empathetic concern, and work–family outcomes: A dyadic analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 119, 103402.

- <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103402>
- Chin, B., Slutsky, J., Raye, J., & Creswell, J. D. (2019). Mindfulness training reduces stress at work: A randomized controlled trial. *Mindfulness*, 10, 627-638. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1022-0>
- Conversano, C., Di Giuseppe, M., Miccoli, M., Ciacchini, R., Gemignani, A., & Orrù, G. (2020). Mindfulness, age and gender as protective factors against psychological distress during COVID-19 pandemic. *Frontiers in psychology*, 11, 1900. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01900>
- Dehghani, A., Bahariniya, S., & Servat, F. (2020). The relationship between job stress and job performance in staff staff of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences in Yazd in 2019. *Tolooebehdasht*, 19(2), 72-84. <https://doi.org/10.18502/tbj.v19i2.3397> (In Persian).
- Diamond, A., & Ling, D. S. (2020). Review of the evidence on, and fundamental questions about, efforts to improve executive functions, including working memory. *Cognitive and working memory training: Perspectives from psychology, neuroscience, and human development*, 143-431. <https://doi.org/10.1093/oso/9780199974467.003.0008>
- Fornell, C. (1981). Structural equation models with unobservable variables and measurement error: Algebra and statistics. *Publications Sage*. <https://doi.org/10.2307/3150980>
- Hair Jr, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., Sarstedt, M., Danks, N. P., & Ray, S. (2021). *Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM) using R: A workbook*. Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-80519-7>
- Hooman, H. A. (2017). Modeling structural equations using Lisrel software. In. Samt Publications.
- Hooper, D. C. (2010). J. & Mullen, MR (2008). *Structural equation modeling. Guidelines for determining model fit. The Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53-60.
- Hülshager, U. R., & Alberts, H. J. (2021). Assessing facets of mindfulness in the context of work: The mindfulness@ work scale as a work-specific, multidimensional measure of mindfulness. *Applied Psychology*, 70(4), 1728-1783. <https://doi.org/10.1111/apps.12297>
- Kim, H.-Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative dentistry & endodontics*, 38(1), 52-54. <https://doi.org/10.5395/rde.2013.38.1.52>
- Kim, P. B., Lee, G., & Jang, J. (2017). Employee empowerment and its contextual determinants and outcome for service workers: A cross-national study. *Management Decision*. <https://doi.org/10.1108/MD-02-2016-0089>
- Krause, D. E. (2004). Influence-based leadership as a determinant of the inclination to innovate and of innovation-related behaviors: An empirical investigation. *The leadership quarterly*, 15(1), 79-102. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2003.12.006>

- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Ku, B., Phillips, K. E., & Fitzpatrick, J. J. (2019). The relationship of body mass index (BMI) to job performance, absenteeism and risk of eating disorder among hospital-based nurses. *Applied Nursing Research*, 49, 77-79. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.05.021>
- Kumar, N., & Navneet Badoni, K. (2020). Mindfulness Based Stress Reduction in Diabetic and Non-Diabetic Frozen Shoulder Conditions. *Physiotherapy and Occupational Therapy Journal*, 13(2). <https://doi.org/10.21088/potj.0974.5777.13220.4>
- Mehrabi, M., Etemadifar, S., Forouzandeh, N., & Sedehi, M. (2021). Effect of Psychological Empowerment on Occupational Stress among Emergency Department Nurses. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 9(4), 800-812. <https://doi.org/sid.ir/paper/953221/fa> (In Persian)
- Miryousefi, S. J., & Darekordi, F. (2020). Effect of psychological empowerment on organizational innovation with the Mediating Role of Knowledge Transfer in Sport Club Employees. *Scientific Journal Of Organizational Behavior Management in Sport Studies*, 7(1), 125-136. <https://doi.org/10.30473/fmss.2020.51684.2098> (In Persian).
- Naami, A., & Mohammadhosseini, A. (2020). The Role of the Strengths-Based Psychological Climate on Productive Job Behaviors with Mediating Role of Strengths Use and Calling at Work. *Positive Psychology Research*, 6(1), 13-30. (In Persian). <https://doi.org/10.22108/PPLS.2020.120009.1833>
- Nejati, V. (2013). Cognitive Abilities Questionnaire: Development and Evaluation of Psychometric Properties. *Advances in Cognitive Sciences*, 15(2), 11-19. <https://doi.org/sid.ir/paper/83027/en> (In Persian).
- Organ, D. W., & Konovsky, M. (1989). Cognitive versus affective determinants of organizational citizenship behavior. *Journal of applied psychology*, 74(1), 157. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.74.1.157>
- Peng, X., Lee, S., & Lu, Z. (2020). Employees' perceived job performance, organizational identification, and pro-environmental behaviors in the hotel industry. *International Journal of Hospitality Management*, 90, 102632. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2020.102632>
- Qasemi, V. (2013). Structural equation modeling in social research using Amos Graphics. *Tehran: Jame'ehShenasan Publications*.
- Roohafzaei, S. A. (2021). The Role of Job Stress on the Productivity of Nurses Working in the Corona Ward of Imam Khomeini Esfaryen Hospital. <https://doi.org/sid.ir/paper/1009257/en> (In Persian).
- Salili, F., Ahmadpour, A., & Shahraki, M. (2022). Analysis of the innovative behavior in

- students of Sari Agricultural College. *Journal of Studies in Entrepreneurship and Sustainable Agricultural Development*, 9(2), 95-112. <https://doi.org/10.22069/JEAD.2022.20248.1600> (In Press).
- Shanker, R., Bhanugopan, R., Van der Heijden, B. I., & Farrell, M. (2017). Organizational climate for innovation and organizational performance: The mediating effect of innovative work behavior. *Journal of Vocational Behavior*, 100, 67-77. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2017.02.004>
- Williams, L. J., & Anderson, S. E. (1991). Job satisfaction and organizational commitment as predictors of organizational citizenship and in-role behaviors. *Journal of management*, 17(3), 601-617. <https://doi.org/10.1177/014920639101700305>
- Yadav, M., & Rangnekar, S. (2015). Supervisory support and organizational citizenship behavior: Mediating role of participation in decision making and job satisfaction. *Evidence-Based HRM: A Global Forum for Empirical Scholarship*, (Vol. 3, No. 3, pp. 258-278). <https://doi.org/10.1108/EBHRM-04-2014-0014>



Comparative the Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Emotional Capital and Meta-Cognition of Women with Generalized Anxiety Disorder in Esfahan City¹

Maryam Najafi

Ph. D Student of Psychology, Department of psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email: ma.najafi20016@gmail.com

Ilmaz Sajjadian

Associate Proffesor, Department of Clinical Psychology, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. (Corresponding author), Email: i.sajjadian@khuif.ac.ir

Gholamreza Manshee

Associate Professor, Department of psychology, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email: smanshaee@yahoo.com

Received: 2023-09-11

Revised: 2024-01-22

Accepted: 2024-04-28

Published: 2024-06-19

Citation: Najafi, M., Sajjadian, I., & Manshaee, G. (2024). Comparison the Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Affective Capital and Meta Emotion in Women with Generalized Anxiety Disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 14(1), 199-222. doi: 10.22067/tpccp.2024.82962.1515

Abstract

Introduction: Generalized anxiety disorder (GAD) as a type of anxiety disorder, is known as excessive anxiety and expectation accompanied by worry on the events, responsibilities, health, and family. People with GAD usually experience changes in their internal conditions because of change in their mind and mood. Emotional capital is viewed as one of the changes that is related to mental health. Emotional capital refers to a state of happiness and positive emotional energy that can be directed and changed. Entailing positive emotion, feeling of energy, and happiness as its components, emotional capital can impact individuals' decisions and behaviors through targeted focusing. Another psychological variable pertaining to anxiety is meta-emotion. The concept refers to organizing a set of thoughts, feelings, and emotions. Anxious people experience such negative emotions as fear, shame, and anger. A therapeutic approach to treat the generalized anxiety is Emotion Efficacy Therapy (EET). Studies have confirmed the impact of treatments based on emotion regulation on mitigating many psychological and emotional problems such as depression, anxiety, and stress. Another effective treatment in this regard is Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT). This treatment aims to decrease the conflict between thoughts and feelings through combining meditation and specific religious orientation towards an experience. The treatment works by becoming aware of the current time in a non-judgmental way. It aims to enable patients to control their attention, the results of which would be identifying their minor mood changes and preventing the reoccurrence of the disease. Considering the issues, this study tried to see whether there is a difference between the effectiveness of EET and MBCT approaches on emotional capital and meta-emotion in women with GAD.

1. Extracted from p.h.d thesis defended in psychology Department, Azad Esfahan University (Branch of Khorasgan)



Method: This study used a semi-experimental design, including a pre-test, a post-test, and a follow-up test with a control group. The participants were divided into two intervention groups and one control group. The statistical population consisted of the women with GAD diagnosis during the fall and winter of 2021 in Isfahan, Iran. Considering the inclusion and exclusion criteria, 45 participants (15 for each group) were selected using purposive sampling method. The participants were randomly assigned to the experiment and control groups and then a pre-test was conducted. The first experimental group underwent eight 90-minute sessions of EET in a period of two months. The second experimental group underwent eight 90-minute sessions of MBCT in a period two months. The control group did not received any treatment during the period. The tools were Golparvar's Emotional Capital Questionnaire (including three subscales: "positive affect", "feeling of energy", and "happiness") and the concise version of Meta-Emotion Scale (including six subscales: "anger", "compassionate care", "interest", "contempt/shame", "control", and "suppression". It indicates individuals' opinions on the experience of different negative and positive emotions. The post-test measurement was conducted in the end of treatment periods and the follow-up measurement was conducted after three months. Data were analyzed through variance analysis of repeated measures using SPSS software version 23.

Results: The results of statistical analysis showed that there is a significant difference in the average scores of emotional capital in the experimental and control groups ($p < 0.01$). The results showed that 19.5% of the individual differences in emotional capital are related to the differences between the three groups. Also, the interaction effect of time and group membership in this variable was also found significant ($p < 0.001$). In other words, the difference between emotional capital scores in the three stages of pre-test, post-test and follow-up in the entire sample was found significant. Moreover, there is a significant difference between the average scores of positive and negative meta-emotion in the experimental group and control group ($p < 0.05$). This means that there is a significant difference between the average scores of the groups from the pre-test, to post-test and follow-up stages. The results showed that 28.7% and 34.3% of the individual differences in positive and negative emotions are related to the difference between the three groups, respectively. The results revealed that the interaction of time and group membership was also significant in these dimensions ($p < 0.001$). Based on this, it can be said that in the intra-group effects in both treatment groups, the scores of emotional capital, positive and negative emotions have improved in the post-test and follow-up phase compared to the pre-test, and the scores showed stability in the follow-up phase compared to the post-test. In terms of the effectiveness of the two treatment methods, this study did not show any significant difference regarding the dependent variables.

Discussion and Conclusion: This study aimed to compare the effectiveness of emotional efficiency therapy and mindfulness-based cognitive therapy on the emotional capital and meta-cognition among the female suffering generalized anxiety disorder. This study showed that both treatments play significant role in increasing the emotional capital and positive meta-cognition and mitigating negative meta-cognition. The effects of the treatments also continued over the follow-up stage. Through improving the belief in controlling annoying emotions such as anxiety, EET pushes women with anxiety to an ability higher than receiving this treatment to monitor, modify, and control annoying emotions. This success appears to be a fundamental issue for improving positive emotions of emotional capital. Moreover, the effectiveness of EET on positive and negative meta-emotions improves understanding skills,

and consequently increases endeavors for identifying the causes of meta-cognitions and the use of cognitive ability for directing the emotions. In addition, through endeavor to change bad cognitions, doing relaxation, getting rid of judgments on the past and future events, and focusing more on the present, MBCT is able to change the mentality of anxious people into a condition full of energy and positive emotions. The situation results in turn in happiness and reduces the anxiety. It also mitigates the anxiety through relaxation, avoiding any worrying thoughts, and controlling any anxiety as symptoms of various emotions.

Keywords: Emotion Efficacy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Emotional Capital, Meta-Emotion, Generalized Anxiety Disorder

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

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

دسترسی آزاد

مقایسه اثر بخشی درمان کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه عاطفی و فراهیجان زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر در شهر اصفهان

مریم نجفی ^{ID}دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. ma.najafi20016@gmail.comایلناز سجادیان ^{ID}دانشیار گروه روانشناسی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)، i.sajjadian@khuisf.ac.irغلامرضا منشی ^{ID}دانشیار گروه روانشناسی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. smanshaee@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۲۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۱/۰۲	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۰۹	تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۳۰
استناد: نجفی، مریم؛ سجادیان، ایلناز؛ منشی، غلامرضا. (۱۴۰۳). مقایسه اثر بخشی درمان کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه عاطفی و فراهیجان زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره ۱۴(۱)، ۱۹۹-۲۲۲. doi: 10.22067/tpccp.2024.82962.1515			

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثر بخشی درمان کارآمدی هیجانی با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه عاطفی و فراهیجان در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون، پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ بودند که با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند و به تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه درمان کارآمدی هیجانی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ی سرمایه عاطفی و پرسشنامه فراهیجان بود. تحلیل داده ها از طریق تحلیل واریانس اندازه های مکرر با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش سرمایه عاطفی و فراهیجان مثبت و کاهش فراهیجان منفی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر موثر بوده است ($p < 0/05$)، اما تفاوت معناداری بین دو مداخله در میزان اثربخشی وجود نداشت.

نتیجه گیری: براساس یافته‌های پژوهش، هر دو درمان می‌تواند به عنوان روشهای مداخله‌ای موثر برای افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر مورد استفاده قرار گیرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که از این دو روش برای بهبود متغیرهای روان‌شناختی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر در کنار سایر روش‌های درمانی استفاده گردد.

کلید واژه‌ها: کارآمدی هیجانی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، سرمایه عاطفی، فراهیجان، اختلال اضطراب فراگیر

مقدمه

مشکلات هیجانی مانند اضطراب^۱ در جامعه امروز از شایع‌ترین اختلالات هیجانی به حساب می‌آیند. زندگی شهرنشینی، دغدغه‌ها و درگیری‌های روزمره، زمینه‌ساز بروز هر چه بیشتر این قبیل مشکلات هیجانی در افراد شده است، به گونه‌ای که این مشکلات گاه می‌توانند فرآیند زندگی فرد را به کلی مختل کنند (Mokhtari et al., 2015). اضطراب به منزله بخشی از زندگی هر انسان، در همه افراد به حدی وجود دارد و این حد، به عنوان پاسخی سازش یافته تلقی می‌شود، اما تا جایی که به اضطراب مرضی تبدیل نشود (Amir et al., 2019). اختلال اضطراب فراگیر^۲ یکی از انواع اختلال‌های اضطرابی است. ویژگی افراد مبتلا، اضطراب مفرط و انتظار توأم با تشویش در مورد وقایع، مسئولیتها، سلامتی و خانواده است که به صورت نگرانی غیرقابل کنترل می‌باشد (DeMartini et al., 2019). این اختلال در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ (DSM5) با نگرانی شدید در مورد چندین رویداد یا فعالیت که در اکثر روزها و حداقل ۶ ماه دوام داشته، کنترل آن مشکل بوده و با علائم جسمانی نظیر تنش عضلانی، تحریک‌پذیری و اشکال در خواب همراه است، تعریف می‌شود (American Psychiatric Association). شیوع این اختلال ۲۳/۷ درصد گزارش شده است که در زنان نسبت به مردان تا دو برابر بیشتر است (Stawinska-Witoszynska et al., 2021). این اختلال هزینه‌ی زیادی را بر جامعه تحمیل می‌کند و یکی از دشوارترین اختلال‌های اضطرابی برای درمان است (Generoso et al., 2017) و می‌تواند منجر به اختلال‌های شدید روانی اجتماعی شود (Tiirikainen et al., 2019).

افراد مضطرب به دلیل دگرگونی‌های روانی، اغلب شرایط تغییر یافته درونی را تجربه می‌کنند. از جمله این تغییرات می‌توان به میزان سرمایه عاطفی^۴ اشاره کرد که ارتباط تنگاتنگی با سلامت روان دارد. سرمایه عاطفی از نظر تعریف، وضعیتی از نشاط و انرژی عاطفی مثبت درونی قابل هدایت و تحول است که با تمرکز هدفمند، قابلیت تاثیرگذاری بر انتخابها و رفتارهای افراد را داشته و دارای سه مؤلفه عاطفه مثبت^۵، احساس انرژی^۶ و شادمانی^۷ است (Golparvar & Enayati, 2018). سرمایه عاطفی حالتی از نشاط و انرژی درونی است که قابلیت هدایت و تاثیرگذاری بر رفتار انسان در موقعیتها و شرایط مختلف را دارد و به همین جهت

1. anxiety

2. General Anxiety Disorder

3. Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder

4. Affective Capital

5. positive affect

6. feeling of energy

7. happiness

توان سرمایه افزایی رفتاری، عملکردی و مهارتی مورد نیاز برای ادامه بقا در قالبی بهینه و اثربخش را برای انسان فراهم می‌آورد (Golparvar & Tabatabaie Nejad, 2021). سرمایه عاطفی دارای کارکردهای متنوعی در سطح روان شناختی و رفتاری می‌باشد. مهم‌ترین کارکردی که برای سرمایه عاطفی مطرح شده زمینه سازی عصب روان شناختی، شناختی و عاطفی جهت گسترش توان ظرفیتی و مهارتی جدید در انسان‌هاست.

این بستر سازی ظرفیتی و مهارتی از یک طرف، توان فرد را برای تعامل با محیط افزایش داده و از طرف دیگر در شرایطی که فرد تحت فشار و استرس قرار می‌گیرد، مهارت‌های مقابله را به شکل عملی برای انسان هموار می‌سازد. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که سرمایه عاطفی با طیف متنوعی از متغیرهای رفتاری و عملکردی مثبت که برای یک زندگی بهینه و کارآمد ضروری هستند، در ارتباط است (Golparvar & Akbari, 2019; Golparvar & Zareiy, 2018). در پژوهشی دیگر گل پرور (Golparvar, 2016) نشان داد که سرمایه عاطفی بالا، با شکایات جسمانی پایین، موفقیت بیشتر و اضطراب کمتر در ارتباط است. این متغیر بستر لازم را برای تبدیل انرژی و توان مثبت انسانی به مهارت‌های پایدار برای مقابله با شرایط مختلف زندگی فراهم می‌نماید (Madadi Zavareh et al., 2019). از منظر نظریه‌پردازی‌های انجام شده، سرمایه عاطفی، احساس هوشیاری، گوش به زنگی و شور و شغف نسبت به زندگی را ارتقاء داده و بر همین اساس نیز در صورت تقویت شدن می‌تواند سطح اضطراب را در افراد تعدیل نماید (Nourian et al., 2021).

یکی از متغیرهای روان شناختی مرتبط با اضطراب هیجانات مثبت و منفی است (Goudarzi et al., 2018). فرایحان^۱ در لغت به معنای آگاهی از هیجان و در اصطلاح به معنای سازماندهی مجموعه‌ای از افکار، احساس‌ها و هیجان‌ها درباره هیجان‌ها می‌باشد (Miceli & Castelfranchi, 2019). فرایحان به عنوان نیروی محرک تنظیم هیجان‌ها تلقی می‌گردد (Mansell et al., 2020). فرایحان‌ها شامل دو بخش مثبت و منفی هستند (Heydapour et al., 2021). فرایحان مثبت^۲ (مانند فراعلاقه یا فرادلسوزی) به معنای آگاهی، شناخت و پذیرش هیجان‌های مثبت و نحوه ابراز مناسب آنها و فرایحان منفی^۳ (مانند فراخشم یا فرانگرانی) به معنای آگاهی، شناخت و پذیرش هیجان‌های منفی و نحوه جلوگیری از وقوع آنها است (Hurrell et al., 2017). به عبارت دیگر واکنش‌های هیجانی افراد نسبت به هیجانات خود فرایحان و یا همان هیجان بعد از تجربه یک هیجان توصیف کرد. به عنوان مثال یک هیجان موقتی مانند اضطراب ممکن است به دنبال یک هیجان اصلی شبیه ترس بیاید.

1. Meta Emotion

2. positive meta emotion

3. negative meta emotion

اما زمان‌های دیگری نیز ممکن است خود هیجان اصلی باعث تجربه فرایه‌جان شود؛ مانند موقعی که یک هیجان اصلی مانند اضطراب فرایه‌جان اضطرابی خود را ایجاد می‌کند. بنابراین عواطفی مانند خشم^۱، اضطراب و افسردگی^۲ چنانچه خودشان موضوع خودشان باشند می‌توانند باعث تجربه فرایه‌جان شوند. اصطلاح فرایه‌جان صرفاً برای هیجانات فرد نسبت به هیجانات خود با دیگران (برای نمونه احساس گناه که ممکن است پس از خشم زیاد بروز کند) به کار نمی‌رود، بلکه به‌طور گسترده‌ای هم هیجانات و هم افکار فرد در مورد هیجانات خود را دربر می‌گیرد (Esteki Azad et al., 2021). درک بهتر مکانیزم‌های درگیر در تنظیم هیجانات مثبت اهمیت دارد، زیرا به بهبود مشکلات شناختی کمک کرده و در کاهش اضطراب تاثیر دارد (Koush et al., 2019). افراد مضطرب تجربه‌های ناخوشایند از هیجانات منفی مانند ترس، شرم، خشم، غمگینی، نفرت و درماندگی را گزارش می‌کنند (Narimani et al., 2012).

برای اختلال اضطراب فراگیر درمان‌های متعددی مطرح شده‌اند. با توجه به افزایش شیوع مشکلات مربوط به تنظیم هیجان، اخیراً پژوهشگران، روان‌شناسان و روان‌درمانگران زیادی به این حوزه علاقه‌مند شده‌اند. بنابراین، اگر با درمانجویانی کار می‌کنید که مبتلا به مشکلات تنظیم هیجانی هستند، مهم است که به آن‌ها کمک کنید تا هیجان‌اتشان را کنترل و بر اساس ارزش‌های زندگی‌شان عمل کنند (McKay & West, 2016). یکی از این درمان‌ها، درمان کارآمدی هیجانی^۳ است. این درمان از دو مؤلفه‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ و رفتار درمانی دیالکتیکی^۵ تشکیل شده و یافته‌های حاصل از درمان شناختی رفتاری سنتی، علوم عواطف، درمان‌های موج سوم و نظریه‌های مرتبط با یادگیری انسان را ترکیب می‌کند (Fassbinder et al., 2016). در این میان، درمان‌جویان بر پایه‌ی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌آموزند به جای تلاش برای کنترل پریشانی، آن را بپذیرند و متعهد شوند تا براساس ارزش‌های خود عمل کنند (Hayes et al., 2004). نتایج حاصل از پژوهشی مبنی بر اثربخشی کارآمدی هیجانی بر اضطراب سخنرانی در جمع، تحمل پریشانی^۶ و انعطاف‌پذیری روانی^۷ نشان می‌دهد، این رویکرد درمانی در افزایش سطح توانایی در مقابله با هیجان‌های منفی و افزایش تحمل پریشانی که خود نوعی توانایی مقاومت در برابر رویدادهای ناخوشایند درونی است (Gallego et al., 2020) موثر می‌باشد (Zareie Faskhudi et al., 2021). پژوهش -

1. anger

2. depression

3. Emotional Efficacy Therapy(EET)

4. Acceptance and Commitment Therapy(ACT)

5. Dialectical behavior therapy(DBT)

6. distress tolerance

7. mental flexibility

های متعددی نشان داده‌اند که درمان‌های مبتنی بر تنظیم هیجان در کاهش بسیاری از آسیب‌های روانشناختی و هیجانی مانند افسردگی، اضطراب و استرس (McKay & West, 2016) مؤثر است (Bayrami et al., 2021). درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی نوعی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ است (Hayes et al., 2004) که بیماران به جای تلاش برای کنترل بیماری، آن را می‌پذیرند و متعهد می‌شوند که مطابق با آن عمل کنند (Bayrami et al., 2021).

با توجه به اینکه عوامل شناختی از تاثیر گذارترین عوامل بر اختلال اضطراب فراگیر هستند، یکی دیگر از درمان‌های مؤثر در این حوزه، رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۲ می‌باشد که در ترکیبی از مراقبه و جهت گیری مذهبی خاص نسبت به یک تجربه، آگاه شدن نسبت به زمان حال به نحوی غیر قضاوتی منجر به کاهش درگیری افکار و احساسات می‌گردد (Kabat-Zinn, 2003). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن - آگاهی ترکیب ابتکاری جنبه‌هایی از ذهن آگاهی و شناخت درمانی^۳ است (Reddy et al., 2020). این درمان از جمله مهمترین درمان‌های موج سوم است که جنبه‌هایی از درمان را با تکنیک‌های مراقبه ترکیب می‌کند که هدفش آموزش کنترل توجه به بیماران است تا بتوانند تغییرات خلقی جزئی خود را شناسایی و از شروع مجدد بیماری جلوگیری کنند. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش شدت علائم اختلال اضطراب فراگیر، کاهش نگرانی و کاهش اضطراب می‌شود (Bayrami et al., 2015). والستد، سیورتنس و نیلسن (Vøllestad et al., 2011) نشان دادند که آموزش ذهن آگاهی موجب تعدیل نشانه‌های اضطراب در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. این درمان نوعی مداخله گروهی کوتاه مدت است که در آن سه هدف اساسی دنبال می‌شود: الف) تنظیم توجه^۴ ب) ایجاد آگاهی فراشناختی^۵ ج) تمرکز زدایی^۶ و ایجاد پذیرش نسبت به حالتها و محتویات ذهنی (Radmehr & Karami, 2022) همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند که درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبودی نشانه‌های استرس و اضطراب منجر می‌شود (Esmaeili et al., 2021).

در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی فنونی نظیر تمرین خوردن کشمش و تمرین مراقبه واریسی بدن، آموزش مراقبه کشمش و مراقبه واریسی بدن، تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند و تمرین مراقبه نشسته، آموزش مراقبه نشسته، توجه به تفسیر ذهنی به عنوان شروع مسئولیت شخصی برای افکار و

1. mindfulness

2. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

3. cognitive therapy

4. attention regulation

5. meta cognitive awareness

6. decentralization

احساسات و تنفس با حضور ذهن، همه و همه سطح آرامش حضور در زمان حال با نگرانی کمتر را برای افراد تحت این درمان به ارمغان می‌آورند (Ajami & Sajjadian, 2022) از این منظر، با توجه به این که آرامش، حس حضور در زمان حال و استفاده از ظرفیت‌های شناختی احساس توانمندی، عناصری مرتبط با سرمایه عاطفی نیز هستند (Golparvar, 2016). راج و همکاران (Raj et al., 2019) در پژوهشی نشان دادند که این درمان نه تنها از کارایی بالایی برای درمان اکثر اختلالات روان شناختی برخوردار است، بلکه نسبت به دیگر انواع روان‌درمانی کوتاه مدت‌تر است. در درمان ذهن‌آگاهی آنچه اهمیت دارد چگونگی احساس آزادی برای درک این موضوع است که بیشتر افکار، فقط افکار هستند و شیء یا واقعیت نیستند (Reddy et al., 2020).

با این وجود مطالعه‌ای که تاکنون اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی یا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن - آگاهی را بر سرمایه عاطفی یا فراهیجان زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر مطالعه کرده باشد، یافت نشد. همچنین میزان اثربخشی هر دو درمان بر سرمایه عاطفی و فراهیجان در این زنان مقایسه نشده است. بنابراین این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سرمایه عاطفی و فراهیجان در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شده است.

روش

روش کار در پژوهش حاضر طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل و دوره پیگیری سه ماهه است. در این پژوهش دو گروه مداخله و یک گروه کنترل وجود داشت. جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در پاییز و زمستان ۱۴۰۰ در شهر اصفهان تشکیل دادند. از جامعه آماری مورد مطالعه، ۴۵ نفر (برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد) بر مبنای ملاکهای ورود و خروج و به شیوه‌ی هدفمند انتخاب شدند. پس از گمارش تصادفی زنان در سه گروه پژوهش و اجرای پیش‌آزمون از طریق پرسشنامه‌های پژوهش، گروه آزمایشی اول تحت ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی و طی دو ماه درمان کارآمدی هیجانی و گروه آزمایش دوم تحت ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی و طی دو ماه درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند. گروه گواه در این مدت در معرض هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت و در لیست انتظار باقی ماند. ملاکهای ورود به پژوهش شامل اخذ تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بر اساس مصاحبه بالینی بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) از سوی روانشناس بالینی یا روانپزشک در افراد مراجعه کننده به کلینیک‌های روانشناختی شهر اصفهان، کسب نمره ۱۶ به بالا در پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر اسپیتزر (SGADQ) و

همکاران^۱، عدم مصرف مواد مخدر و الکل، عدم مصرف داروهای روانپزشکی و عدم ابتلاء به اختلالات روانی حاد یا مزمن (که توسط روانپزشک یا روانشناس بالینی مورد تایید قرار گرفته باشد)، عدم ابتلاء به بیماری جسمی حاد یا مزمن (که توسط پزشک مورد تایید قرار گرفته باشد)، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، عدم استفاده از درمان‌های روانشناختی همزمان. همچنین ملاکهای خروج از پژوهش نیز شامل عدم همکاری و یا عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات، عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان بودند. پس از اتمام جلسات و همچنین سه ماه بعد از آن هر سه گروه مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، داوطلبانه و اختیاری بودن شرکت افراد در جلسات درمانی، تشریح حقوق و وظایف طرفین و محرمانه نگهداشتن اطلاعات بدست آمده و خروج آزاد از پژوهش نیز مدنظر قرار گرفت. در این پژوهش از پرسشنامه‌هایی به شرح ذیل استفاده شده است:

ابزارها

پرسشنامه سرمایه عاطفی

سنجش سرمایه عاطفی با استفاده از پرسشنامه سرمایه عاطفی (ACQ)^۲ گل‌پرور (Golparvar, 2016) با بیست سوال که دارای سه مؤلفه‌ی عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادمانی است، انجام می‌شود. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه پنج درجه‌ای در قالب هرگز=۱ تا همیشه=۵ است و محاسبه امتیازات حاصل از این پرسشنامه در سطح کلی و در سطح سه مؤلفه آن به این صورت است که امتیارات هر فرد در گزینه پاسخ‌های انتخابی با یکدیگر جمع می‌شود. بنابراین دامنه نوسان امتیازات در سطح سرمایه عاطفی کلی بین ۲۰ تا ۱۰۰، در سطح عاطفه مثبت بین ۱۰ تا ۵۰ و در احساس انرژی و شادمانی نیز بین ۵ تا ۲۵ است و افزایش امتیازات به معنای افزایش سرمایه عاطفی و سه مؤلفه‌ی آن است. این پرسشنامه دارای روایی و پایایی مطلوبی است. در مطالعه گل‌پرور و همکار (Golparvar & Akbari, 2019) آلفای کرونباخ عاطفه مثبت، احساس انرژی، شادمانی و کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۸۹، ۰/۹۰ و ۰/۹۷ بدست آمد. تحلیل عاملی اکتشافی انجام شده روایی سازه عاملی این پرسشنامه را مستند نموده و آلفای کرونباخ این پرسشنامه در دامنه بین ۰/۹۳۶ تا ۰/۹۷۸ گزارش شده است (Golparvar, 2016). گل‌پرور و عنایتی در پژوهش خود از طریق تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش از نوع واریماکس، روایی سازه عاملی این پرسشنامه را مجدداً مستند نموده و آلفای کرونباخ آن را برابر با ۰/۹۶۵ گزارش نموده و نشان دادند که امتیازات حاصل از پرسشنامه سرمایه

1. Spitzer Generalized Anxiety Disorder questionnaire et al (SGADQ)

2. Affective Capital questionnaire (ACQ)

عاطفی با امتیازات حاصل از سرمایه گذاری جمعی عاطفی و شکایات روان تنی رابطه معناداری دارد (Golparvar & Enayati, 2018). روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه توسط گل‌پرور (Golparvar, 2016) تأیید شده است. در پژوهش ستارخانی مقدمی در سال ۱۳۹۶ به عنوان شواهدی از روایی و اگرای پرسشنامه سرمایه عاطفی، نشان داده شده که بین سرمایه عاطفی با استرس شغلی رابطه منفی و معنادار وجود دارد. علاوه بر این، روایی همگرا و واگرای این پرسشنامه از طریق بررسی همبستگی امتیازات پرسشنامه با امتیازات متغیرهای رفتاری، نگرشی و ادراکی مثبت و منفی بررسی و همگی در حد قابل قبول و معناداری گزارش شده است (Golparvar & Zareiy, 2018) آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه‌ی حاضر ۰/۸۲ بدست آمد.

فرم کوتاه پرسشنامه دیدگاه فراهیجانی

سازه فراهیجان به وسیله‌ی پرسشنامه دیدگاه فراهیجانی (MEQ)^۱ می‌تمنسگربر و همکاران^۲ (Mitmansgruber et al., 2009) سنجیده شد که دارای ۲۸ گویه و شش خرده مقیاس خشم، همدردی^۳، علاقه^۴، شرمندگی، کنترل فکر^۵ و سرکوبی^۶ است که بر روی نشانگر دیدگاه فرد نسبت به تجربه هیجان‌های مختلف منفی و مثبت است. این پرسشنامه دارای طیف لیکرتی پنج گزینه‌ای از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) است. دامنه نوسان امتیازات بین ۲۸ و ۱۴۰ بوده و افزایش امتیازات به معنای افزایش سطح این متغیر است. ضریب پایایی گزارش شده توسط سازندگان این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای بعد فراهیجان مثبت ۰/۹۱ و برای فراهیجان منفی ۰/۸۵ گزارش شده است. روایی پرسشنامه توسط می‌تمنسگربر و همکاران (Mitmansgruber et al., 2009) به روش تحلیل عاملی نشان داد که پرسشنامه دارای دو بعد فراهیجان مثبت و منفی و یک نمره کلی است که بر روی هم ۰/۵۶ از واریانس کل را تبیین می‌کند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش الماسی (Almasi, 2017) برای بعد فراهیجان مثبت ۰/۸۹ و برای بعد فراهیجان منفی ۰/۸۱ گزارش شده است. این پرسشنامه توسط رضایی و همکاران (Rezaei et al., 2014) برای استفاده در فرهنگ ایرانی، ترجمه، روا و پایا شده است. آنها از ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی و از روش تحلیل عاملی تأییدی و همبستگی مقیاس فراهیجان با هوش عاطفی برای بررسی روایی پرسشنامه استفاده کردند. نتایج پژوهش آنها نشان داد ضریب آلفای کرونباخ در خرده مقیاس فراهیجان مثبت ۰/۸۷ و در خرده

1. Meta Emotion questionnaire (MEQ)

2. Mitmansgruber et al

3. sympathy

4. interest

5. thought control

6. repression

مقیاس فراهیجان منفی ۰/۷۰ است. در پژوهش بهبهانی مندنی زاده و همایی (Behbahani M. & Homaei, 2020) پایایی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ به ترتیب فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی برابر با ۰/۷۳ و ۰/۷۹ بدست آمده است. همچنین در مطالعه رضایی و همکاران (Rezaei et al., 2014) ضریب اعتبار ۰/۸۷ و ۰/۷۰ برای دو بعد مثبت و منفی و ۰/۸۹ برای کل سوالات به دست آمد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه‌ی حاضر در بعد فراهیجان مثبت ۰/۸۳۶ و در بعد فراهیجان منفی ۰/۸۵۵ بدست آمد.

جلسات درمان کارآمدی هیجانی در قالب ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس بسته درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی (مک کی و وست، ۲۰۱۶) ارائه شد. خلاصه جلسات درمانی در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۱: شرح جلسات درمان کارآمدی هیجانی (McKay & West, 2016)

جلسه	محتوای جلسه
اول	معرفی درمان مبتنی بر خودکارآمدی هیجانی، یادگیری برقراری رابطه جدید با هیجان‌ها و آگاهی از هیجانات، معرفی ویژگی‌های درمان، تعیین دستورالعمل‌هایی در رابطه با ساختار جلسه، انتظارات شرکت کنندگان و تمرینات، اجرای پیش‌آزمون، تعیین تکلیف خانگی.
دوم	مرور تمرین مهارتها، آموزش روانی درباره پذیرش ذهن آگاهانه، تمرین پذیرش ذهن آگاهانه، معرفی اجتناب از هیجان و آموزش روانی درباره ی موج سواری بر روی هیجان تعیین تکلیف خانگی.
سوم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارتها، آموزش روانی درباره لحظه انتخاب، معرفی عمل مبتنی بر ارزش‌ها (بخش اول)، تمرین وایت برد با ارزش‌ها و موانع هیجانی، تمرین مبتنی بر ارزش‌ها با استفاده از مواجهه تصویری و بازخورد، تعیین تکلیف خانگی.
چهارم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارتها، تمرین هیولا در اتوبوس، عمل مبتنی بر ارزش‌ها با استفاده از مواجهه تصویری و بازخورد (بخش دوم)، تعیین تکلیف خانگی.
پنجم	آموزش روانی درباره مقابله ذهن آگاهانه، مقابله ذهن آگاهانه از طریق تن آرامی و خودآرام سازی، تمرین مهارتهای تن آرامی همراه با مواجهه هیجانی و بازخورد، تمرین مهارتهای خود آرام سازی همراه با مواجهه هیجانی و بازخورد، تعیین تکلیف خانگی.
ششم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارتها، آموزش روانی در ارتباط با افکار مقابله‌ای، تمرین افکار مقابله‌ای از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد، مقابله ذهن آگاهانه: آموزش روانی درباره پذیرش بنیادین، تمرین پذیرش بنیادین از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد، تعیین تکلیف خانگی.
هفتم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارتها، آموزش روانی درباره توجه برگردانی و وقت استراحت، معرفی طرح کارآمدی هیجان فردی، تعیین تکلیف خانگی.
هشتم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور برنامه کارآمدی هیجانی شخصی، دریافت بازخورد و رفع اشکال، مواجهه تصویری یا هیجانی، درجه بندی کارآمدی هیجانی، جمع بندی و اجرای پس‌آزمون.

جلسات درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در قالب ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس پروتکل درمانی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برگرفته از کتاب راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن سگال و همکاران (Segal et al., 2002) ارائه شد.

جدول ۲: خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (Segal et al., 2002)

جلسه	محتوای جلسه
اول	تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود با یگدیگر، هدایت خودکار، خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه واریسی جسمانی، شکل‌دهی به گروه، تکلیف خانگی: معطوف کردن توجه به فعالیتهای روزمره و پیاده کردن آنچه در خوردن یک دانه کشمش آموخته‌اند، در مورد مسواک زدن یا شستن ظروف
دوم	مقابله با موانع و مشکلات، مراقبه واریسی جسمانی، تمرین افکار و احساسات، تکلیف خانگی: ده دقیقه تنفس با حضور ذهن و معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه‌ای متفاوت، ثبت گزارش روزانه از تجربه یک واقعه خوشایند
سوم	حضور ذهن بر روی تنفس، حرکت به شیوه حضور ذهن، تمرین تنفس و کشش، سه دقیقه فضای تنفس، تکلیف خانگی تمرین تنفس و کشش و حرکت به شیوه حضور ذهن و تمرین سه دقیقه‌ای تنفس سه بار در روز.
چهارم	بودن در زمان حال، پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه نشسته، راه رفتن با حالت حضور ذهن، تکلیف خانگی: مراقبه نشسته، فضای سه دقیقه‌ای تنفس به عنوان راهبرد مقابله‌ای (در زمان تجربه احساسات ناخوشایند).
پنجم	پذیرش و اجازه، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تاکید بر آگاهی یابی از چگونگی واکنش‌دهی در برابر افکار، احساسات و حس‌های جسمانی، تکلیف خانگی مراقبه نشسته و سه دقیقه فضای تنفس.
ششم	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.
هفتم	چگونگی مراقبت از خود، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و احساسات، پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، تکلیف شامل گرینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین‌های دوره برای پیاده سازی بعد از دوره.
هشتم	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیتهای خلقی در آینده، مراقبه واریسی جسمانی، به پایان رساندن مراقبه، مروری بر آنچه در دوره گذشت، تکلیفی به عنوان انتخاب برنامه‌ای برای تمرین خانگی که شرکت کنندگان بتوانند آن را تا ماه بعد ادامه دهند و در نهایت اجرای پس آزمون از گروه آزمایش و کنترل.

یافته ها

یافته‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های مداخله‌ای و کنترل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی نمرات سرمایه عاطفی و فراهیجان به تفکیک سه گروه

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
		میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)
سرمایه عاطفی	کارآمدی هیجانی	(۵/۸۴)۴۷/۲۰	(۶/۱۷)۵۵/۵۳	(۶/۰۶)۵۴/۲۶
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	(۴/۴۷)۴۶/۸۶	(۴/۸۷)۵۴/۲۰	(۴/۸۲)۵۳/۶۰
	کنترل	(۶/۴۱)۴۹/۱۳	(۶/۶۱)۴۸/۲۶	(۶/۷۶)۴۸/۹۳
فراهیجان مثبت	کارآمدی هیجانی	(۸/۵۷)۲۴/۵۳	(۹/۳۷)۳۳/۴۶	(۹/۰۴)۳۲/۲۶
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	(۵/۵۳)۲۴/۷۳	(۵/۸۳)۳۰/۶۶	(۵/۶۵)۲۹/۲۰
	کنترل	(۶/۷۲)۲۵/۶۰	(۶/۲۸)۲۴/۹۳	(۶/۱۱)۲۴/۶۰
فراهیجان منفی	کارآمدی هیجانی	(۶/۷۶)۵۴/۲۰	(۴/۹۴)۳۶/۲۶	(۴/۹۵)۳۷/۳۳
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	(۵/۰۵)۴۹/۴۰	(۶/۰۱)۳۷/۴۶	(۵/۸۲)۳۸/۹۳
	کنترل	(۶/۷۵)۵۲/۰۶	(۷/۵۲)۵۳/۳۳	(۶/۳۶)۵۲/۰۶

اساس پیش فرض نرمال بودن بر آن است که فرض می‌شود توزیع نمره‌ها در جامعه نرمال بوده است. پس فرض نرمال بودن در صورتی رد می‌شود که احتمال تصادفی بودن تفاوت میان توزیع گروه‌های نمونه و توزیع نرمال بودن نمره‌ها در جامعه کمتر از ۰/۰۵ گردد. برای آزمودن این فرضیه از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش

متغیر	اثر	منبع	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
سرمایه عاطفی	بین آزمودنی	گروه	۴/۵۳	۰/۰۰۶	۰/۱۹۵	۰/۸۶۲
	درون آزمودنی	اثرزمان	۹۶۸/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۹۴۵	۱/۰۰۰
		اثرزمان × گروه	۱۳۷/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱/۰۰۰
فراهیجان مثبت	بین آزمودنی	گروه	۷/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۲۸۷	۱/۰۰۰
	درون آزمودنی	اثرزمان	۵۸/۱۶۱	۰/۰۰۱	۰/۹۱۲	۱/۰۰۰
		اثرزمان × گروه	۷۹۷/۲۸۸	۰/۰۰۱	۰/۸۳۷	۱/۰۰۰
فراهیجان منفی	بین آزمودنی	گروه	۹/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۳۴۳	۰/۹۹۶
	درون آزمودنی	اثرزمان	۷۹۷/۲۸۸	۰/۰۰۱	۰/۹۳۴	۱/۰۰۰
		اثرزمان × گروه	۱۱۲/۶۴۹	۰/۰۰۱	۰/۸۵۸	۱/۰۰۰

اساس پیش فرض برابری واریانس‌ها بر این است که فرض می‌شود واریانس نمره‌های دو گروه در جامعه با هم برابرند و از لحاظ آماری تفاوت معناداری ندارند. برای آزمون این فرضیه از آزمون لوین استفاده شد. همچنین هدف از انجام آزمون ماچلی بررسی پیش فرض یکنواختی کوواریانس‌ها یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل است. اگر معنی‌داری در آزمون کرویت ماچلی^۱ بالاتر از ۰/۰۵ باشد به طور معمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم تأیید از آزمون محافظه کارانه‌ای چون گرین هاوس - گیزر^۲ برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده می‌شود. براساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۴ میانگین نمرات سرمایه عاطفی در گروه‌های آزمایش (کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن - آگاهی) و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ($p < ۰/۰۱$). نتایج نشان داده است که ۱۹/۵ درصد از تفاوت‌های فردی در سرمایه عاطفی به تفاوت بین سه گروه مربوط است. همچنین تعامل اثر زمان و عضویت گروهی در این متغیر نیز معنی‌دار به دست آمده است ($p < ۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات سرمایه عاطفی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش برابر با ۹۴/۵ درصد و معنی‌دار است. همچنین تفاوت نمرات این متغیر در سه مرحله از پژوهش در سه گروه معنی‌دار است که نشان می‌دهد روند تغییر نمرات در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه با هم تفاوت معنی‌داری دارند و میزان تفاوت گروه‌ها در مراحل پژوهش در متغیر سرمایه عاطفی برابر با ۰/۸۸ است. براساس یافته‌های جدول مذکور میانگین نمرات فراهیجان مثبت و منفی در گروه‌های آزمایش (کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ($p < ۰/۰۰۵$). نتایج نشان داده است که به ترتیب ۲۸/۷ و ۳۴/۳ درصد از تفاوت‌های فردی در فراهیجان مثبت و منفی به تفاوت بین سه گروه مربوط است. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات فراهیجان مثبت و منفی در مراحل پژوهش به طور کلی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$)، همچنین تعامل اثر زمان و عضویت گروهی در این ابعاد نیز معنی‌دار به دست آمده است ($p < ۰/۰۰۱$). نتایج نشان می‌دهد روند تغییر نمرات در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه با هم تفاوت معنی‌داری دارند و میزان تفاوت گروه‌ها در مراحل پژوهش در فراهیجان مثبت و منفی به ترتیب برابر با ۸۳/۷ و ۸۵/۸ درصد است.

مقایسه میانگین نمرات سرمایه عاطفی و فراهیجان در مراحل پژوهش در هر یک از گروه‌های مداخله با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۵ ارائه شده است.

1. Mauchly Test of Sphericity

2. Greenhouse-Geisser

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین نمرات سرمایه عاطفی و فراهیجان در مراحل پژوهش در هر یک از گروه‌های مداخله

متغیر	گروه	مراحل		تفاوت میانگین	معنی داری
سرمایه عاطفی	کارآمدی هیجانی	پیش آزمون	پس آزمون	۸/۳۳	۰/۰۰۱
			پیگیری	-۷/۰۷	۰/۰۰۱
		پس آزمون		۱/۲۷	۰/۱۲۲
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	پیش آزمون	پس آزمون	-۷/۳۳	۰/۰۰۱
			پیگیری	۶/۷۳	۰/۰۰۱
		پس آزمون		۰/۶	۰/۷۸۹
فراهیجان مثبت	کارآمدی هیجانی	پیش آزمون	پس آزمون	-۸/۸۹	۰/۰۰۱
			پیگیری	-۷/۷۳	۰/۰۰۱
		پس آزمون		۱/۲	۰/۱۲۲
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	پیش آزمون	پس آزمون	-۵/۸۳	۰/۰۰۱
			پیگیری	-۴/۴۷	۰/۰۰۱
		پس آزمون		۱/۴۷	۰/۰۷۸
فراهیجان منفی	کارآمدی هیجانی	پیش آزمون	پس آزمون	۱۷/۹۳	۰/۰۰۱
			پیگیری	۱۶/۸۶	۰/۰۰۱
		پس آزمون		۱/۰۷	۲۷۵
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	پیش آزمون	پس آزمون	۱۱/۹۳	۰/۰۰۱
			پیگیری	۱۰/۴۷	۰/۰۰۱
		پس آزمون		۱/۴۷	۰/۲۱۲

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین نمرات سرمایه عاطفی در سه مرحله به تفکیک دو گروه درمانی در جدول ۵ نشان داده است که تفاوت میانگین نمرات سرمایه عاطفی در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و هم چنین پیش آزمون با پیگیری در هر دو گروه درمان کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی معنی دار است ($p < ۰/۰۰۱$). اما تفاوت میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری در این متغیر در هر سه گروه معنی دار به دست نیامده است ($p > ۰/۰۵$). بر این اساس می‌توان گفت در اثرات درون گروهی در هر دو گروه درمانی، سرمایه عاطفی در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون بهبود داشته است و در مرحله پیگیری نسبت به پس آزمون نیز نمرات ثبات نشان می‌دهند. همچنین نتایج نشان می‌دهند که تفاوت میانگین نمرات فراهیجان مثبت و منفی در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و هم چنین

پیش‌آزمون با پیگیری در هر دو گروه درمان کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی معنی‌دار است ($p < 0.001$). اما تفاوت میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در این متغیرها در هر دو گروه معنی‌دار به دست نیامده است ($p > 0.05$). بر این اساس می‌توان گفت در اثرات درون‌گروهی در هر دو گروه درمانی، فراهیجانات مثبت و منفی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون بهبود داشته است و در مرحله پیگیری نسبت به پس‌آزمون نیز نمرات ثبات نشان می‌دهند.

نتیجه

این مطالعه با هدف مقایسه اثر بخشی درمان کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سرمایه عاطفی و فراهیجان زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. در این مطالعه مشخص شد هر دو درمان بر افزایش سرمایه عاطفی و فراهیجان مثبت و کاهش فراهیجان منفی تاثیر داشته‌اند، البته این تاثیر در مرحله پیگیری نیز تداوم داشت. نتایج نشان دهنده تاثیر مثبت درمان کارآمدی هیجانی بر سرمایه عاطفی است. از آنجایی که درمان کارآمدی هیجانی شامل ترکیبی از درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر مواجهه^۱ است، بنابراین این نتایج در بافتی کلی‌تر با نتایج تحقیقاتی همچون پژوهشی مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه عاطفی نوجوانان پسر مبتلا به سو استفاده جنسی (Golparvar & Akbari, 2019) و پژوهشی مبنی بر مقایسه‌ی اثربخشی روان درمانی مثبت نگر و درمان پذیرش و تعهد بر سرمایه عاطفی زنان افسرده (Burckhardt et al., 2016; Sewart et al., 2019) (Nourian et al., 2021) همسو است. در تبیین اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی، لازم است به آنچه به لحاظ محتوایی و عملی در این درمان مورد تمرکز قرار می‌گیرد توجه شود.

کارآمدی هیجانی به میزان توانایی فرد برای تجربه کردن و پاسخ‌گویی مؤثر به همه هیجان‌ها متناسب با بافت و همسو با ارزش‌ها اطلاق می‌شود. به این ترتیب، کارآمدی هیجانی شامل باورهای افراد در مورد توانایی خود برای هدایت زندگی هیجانی و توانایی آنها در عمل به این کار است. افراد هراندازه بهتر بتوانند هیجان‌های مشکل‌دار خود را به طور مؤثرتری تجربه کنند، آن‌ها را از راه مقابله تنظیم کنند و ارزش‌های خود را بیان نمایند، به همان اندازه از کارآمدی هیجانی بالاتری برخوردار خواهند بود (Bayrami et al., 2021). از چنین منظری درمان کارآمدی هیجانی با تقویت باور به کنترل و مدیریت هیجان‌های آزاردهنده مانند اضطراب، این قابلیت و توان را دارد تا زنان درگیر در اضطراب فراگیر را به توانی سطح بالاتر از قبل

از مشارکت در این درمان در رصد، پالایش و مهار هیجان‌های آزاردهنده رهنمون سازد. این موفقیت عنصری اساسی در ارتقاء عواطف مثبت و احساسات مثبت مطرح در سرمایه عاطفی است. درمان کارآمدی هیجانی این امکان را به افراد می‌دهد که به جای اجتناب از رنج‌ها، هیجان‌ها، افکار آزاردهنده و عواطف منفی، آنها را بپذیرند. بنابراین برای رسیدن به این مهم در جلسات آموزشی، به افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر داشتن دیدی مثبت نسبت به شایستگی‌های خود، تحمل عاطفی، پذیرش مثبت تغییر، تحمل آشفتگی، دوری از خشم و در نهایت داشتن عاطفه مثبت آموزش داده شد. همچنین تمرین‌های عملی درون جلسه به صورت گروهی به نحوی مورد بحث قرار داده شد که افراد شرکت کننده به سمتی سوق داده شوند که به نحوی فکر، احساس و عمل نموده که موجب ارتقاء عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادمانی که از مولفه‌های سرمایه‌ی عاطفی هستند، گردد.

نتایج این مطالعه نشان دهنده تاثیر مثبت درمان کارآمدی هیجانی بر فراهیجان نیز هست. این نتایج در بافتی کلی‌تر با پژوهش‌های سالمی خامنه و همکاران (Salemi Khameneh et al., 2018)، محزونی و همکاران (Mahzooni et al., 2019)، توفیقی و همکاران (Tofighi et al., 2020) همسو است. در تبیین تاثیر درمان کارآمدی هیجانی بر فراهیجان نیز می‌توان این گونه گفت که فراهیجان در عمل سازماندهی مجموعه‌ای از افکار و احساسات درباره هیجان‌ها است. بنابراین اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی بر فراهیجان‌های مثبت و منفی به افزایش مهارت درک، و به دنبال آن تلاش برای مشخص نمودن ریشه و علل این فراهیجان‌ها و عاقبت استفاده از توان شناختی برای هدایت این فراهیجان‌ها مانند هیجان‌ها پایه است (Zareie Faskhudi et al., 2021). نگاهی دقیق به محتوای درمان کارآمدی هیجانی، تردیدی باقی نمی‌گذارد که این درمان تمرکز ویژه‌ای بر تنظیم هیجان دارد. لذا اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی بر فراهیجان‌ها، منطقی است.

علاوه بر این نتایج نشان دهنده تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه عاطفی است. این نتایج با پژوهش‌های گل‌پرور و طباطبایی نژاد (Golparvar & Tabatabaie Nejad, 2021) و مددی زواره و همکاران (Ebert et al., 2015; Kazemi et al., 2020; Nourian et al., 2021) همسو است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از نظر گرایش کلی بر نقش باورها، افکار و شناخت‌های معیوب فرد مضطرب تاکید دارد. تلاش برای تغییر این شناخت‌ها و تمرین آرامش و رهایی از قضاوت‌های مربوط به گذشته و آینده و تمرکز بیشتر بر زمان حال، فضای ذهنی افراد مضطرب را به فضایی سرشار از انرژی، عاطفه مثبت و احساس شادمانی تبدیل می‌کند و به این ترتیب سطح اضطراب افراد را کاهش می‌دهد.

همچنین نتایج این مطالعه نشان دهنده تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فرایجان نیز هست. نتایج این مطالعه با پژوهش‌های نریمانی و همکاران (Narimani et al., 2012) و گودرزی و همکاران (Goudarzi et al., 2018) همسو است. در تبیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توان این گونه بیان کرد که فرایجان‌های مثبت و منفی را نیز مانند تنظیم شناختی هیجان‌ها با تمرکز بر فنون آرامش بخش حوزه مراقبه و مقابله با افکار و شناخت‌های منفی بدون نیاز به تقویت نقاط قوت مثبت و انسانی قابل افزایش (برای فرایجان‌های مثبت) و یا تضعیف (برای فرایجان‌های منفی) نیز می‌باشد. تبیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فرایجان، در به نقش توان افزایی معطوف به آرمیدگی و دور نمودن ذهن از افکار نگران کننده و تجربه کنترل اضطراب و علائم آن به عنوان اشکالی از جلوه‌های هیجانی مختلف تجربه شده در اضطراب فراگیر مربوط است. در واقع وقتی زنان مبتلا به اضطراب فراگیر، با تمرین آرمیدگی و مراقبه اقدام به کنترل و مدیریت ذهن و افکار خود بدون قضاوت و پیش‌داوری می‌کنند، اضطراب خود را مدیریت و مهار نموده، همین موفقیت در مدیریت اضطراب و نگرانی‌های مربوطه، به عنوان یک مهارت قابلیت انتقال به کنترل و مدیریت دیگر فرایجان‌ها را نیز خواهد داشت. به طور کلی درمان کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی هر دو بر سرمایه عاطفی و فرایجان تاثیر مثبت داشته و این تاثیر در مرحله پیگیری پایدار بود. از مهمترین محدودیتهای این پژوهش می‌توان به مقطعی بودن، تک جنسیتی بودن جامعه، محدود شدن جامعه پژوهش به گروه زنان و انجام پژوهش در شهر اصفهان اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از گروه مردان نیز استفاده شده و این درمان با درمان‌های متفاوت دیگر مقایسه گردد.

References

- Ajami, M., & Sajjadian, I. (2022). The effectiveness of yoga and mindfulness-based cognitive therapy on negative and positive emotions and cognitive emotion regulation in people with inflammatory bowel disease. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 19(4), 718-730. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1162-en.html> (In Persian)
- Almasi, N. G. (2017). The relationship of meta-emotion dimensions and positive and negative symptoms in the patients of chronic schizophrenia. *Journal of Behavioral and Brain Science*, 7(02), 62. <https://doi.org/10.4236/jbbs.2017.72007> (In Persian)
- Amir, N., Taboas, W., & Montero, M. (2019). Feasibility and dissemination of a computerized home-based treatment for generalized anxiety disorder: A randomized clinical trial. *Behaviour research and therapy*, 120, 103446. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103446>
- Bayrami, M., Hashme Nosratabad, T., Esmailpour, K., & Shiri, A. (2021). Effectiveness of emotion efficacy therapy on internet dependency and negative cognitive emotion regulation strategies among students addicted to internet: A quasi-experimental design. *Studies in Medical Sciences*, 31(12), 927-933. <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-5279-en.html> (In Persian)
- Bayrami, M., Movahedi, Y., Kazimi Razai, S., & Esmaili, S. (2015). The effect of mindfulness cognitive therapy on pathological worry and anxiety symptoms in students with generalized anxiety disorder. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*, 2(1), 79-90. <http://ijrn.ir/article-1-167-en.html> (In Persian)
- Behbahani M., A., & Homaei, R. (2020). The casual relationship stigma infertility and psychological distress with quality of marital relationship through the mediation of meta-emotion in infertile women. *Journal of Family Research*, 16(1), 55-76. https://jfr.sbu.ac.ir/article_97802.html?lang (In Persian)
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P. J., & Hadzi-Pavlovic, D. (2016). A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive psychology. *Journal of school psychology*, 57, 41-52. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2016.05.008>
- DeMartini, J., Patel, G., & Fancher, T. L. (2019). Generalized anxiety disorder. *Annals of internal medicine*, 170(7), ITC49-ITC64. <https://doi.org/10.7326/AITC201904020>
- Ebert, D. D., Zarski, A.-C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M., & Riper, H. (2015). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: A meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PLoS One*, 10(3), e0119895. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119895>
- Esmaili, A., Gholamrezaee, S., & Gholamrezaee, S. (2021). The aim of this study was to compare the effect of cognitive therapy based on mindfulness, relaxation and

- medication in reducing test anxiety of gifted female students. *Journal of Educational Psychology Studies*, 18(43), 62-36. <https://doi.org/10.22111/jeps.2021.6484>
- Esteki Azad, N., Golparvar, M., & Sajjadian, I. (2021). Effectiveness of cognitive-behavioral art-play therapy and play therapy based on child-parent relationships among single parents' children. *Journal of Pediatric Nursing*, 8(2), 53-63. <http://jpen.ir/article-1-605-en.html> (In Persian)
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2016). Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers in psychology*, 7, 1373. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01373>
- Gallego, A., McHugh, L., Villatte, M., & Lappalainen, R. (2020). Examining the relationship between public speaking anxiety, distress tolerance and psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 128-133. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.003>
- Generoso, M. B., Trevizol, A. P., Kasper, S., Cho, H. J., Cordeiro, Q., & Shiozawa, P. (2017). Pregabalin for generalized anxiety disorder: An updated systematic review and meta-analysis. *International clinical psychopharmacology*, 32(1), 49-55. <https://doi.org/10.1097/YIC.000000000000147>
- Golparvar, M. (2016). Affective capital functions and essentials. In. Tehran: Jungle Javedaneh Press.
- Golparvar, M., & Akbari, M. (2019). The effectiveness of integrative acceptance commitment-cognitive behavioral therapy (act-cbt) and parent management training (pmt) on the affective capital of adolescent boy with sexual abuse. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 10(39), 71-98. <https://doi.org/10.22054/qccpc.2019.41608.2133> (In Persian)
- Golparvar, M., & Enayati, M. (2018). Structural model of the relationship between affective -collective investment with affective capital and psychosomatic complaints among nurses [Quantitative-Research]. 2 *Journal of Nursing Education*, 7(3), 57-64. <http://jne.ir/article-1-913-en.html> (In Persian)
- Golparvar, M., & Tabatabaie Nejad, F. A. (2021). The effect of positive mindfulness therapy, mindfulness based cognitive therapy and cognitive-behavioral therapy on affective capital of female students with depression. *Journal of Pediatric Nursing*, 6(3), 30-38. <http://jpen.ir/article-1-361-fa.html> (In Persian)
- Golparvar, M., & Zareiy, M. (2018). The effect of job success training on affective capital and flow at work in hemophilic patients [Research]. *Health_Based Research*, 3(4), 309-322. <http://hbrj.kmu.ac.ir/article-1-204-en.html> (In Persian)
- Goudarzi, M., Ghasemi, N., Mirderkvand, F., & Gholamrezaei, S. (2018). The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on positive affect, psychological flexibility and mind-awareness components of people with depression symptoms [Research].

- Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 5(5), 53-68.
<https://doi.org/10.29252/shenakht.5.5.53>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Strosahl, K. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science & Business Media.
- Heydapour, H., Zeinali, A., & Hamednia, S. (2021). The role of positive meta-emotions and meta-cognition in predicting subjective well-being of nurses of psychiatric wards nurses. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) Original Article*, 9(1).
<http://ijpn.ir/article-1-1604-en.html> (In Persian)
- Hurrell, K. E., Houwing, F. L., & Hudson, J. L. (2017). Parental meta-emotion philosophy and emotion coaching in families of children and adolescents with an anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45, 569-582. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kazemi, A., Golparvar, M., & Atashpour, H. (2020). Comparison of the effect of mindful self-acceptance therapy and positive psychotherapy on affective capital of female students with depression. *KAUMS Journal (FEYZ)*, 24(2), 198-208.
<http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-4106-en.html> (In Persian)
- Koush, Y., Pichon, S., Eickhoff, S. B., Van De Ville, D., Vuilleumier, P., & Scharnowski, F. (2019). Brain networks for engaging oneself in positive-social emotion regulation. *NeuroImage*, 189, 106-115. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2018.12.049>
- Madadi Zavareh, S., Golparvar, M., & Aghaei, A. (2019). A comparison of the effect of positive existential therapy and iranian-islamic positive therapy on affective capital of female students with social anxiety. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 6(3), 112-125. <https://doi.org/10.29252/jcmh.6.3.11> (In Persian)
- Mahzooni, M., Mazaheri, M., & Nikoofar, M. (2019). Application of acceptance and commitment therapy for emotional control in type ii diabetic patients [Research]. *Journal of Diabetes Nursing*, 7(3), 877-886. <http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-356-fa.html> (In Persian)
- Mansell, W., Barnes, A., Grant, L., & De Sousa, L. M. (2020). Do meta-emotion strategies and their effects vary in students between their family home and their university home? *Current Psychology*, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00996-7>
- McKay, M., & West, A. (2016). *Emotion efficacy therapy: A brief, exposure-based treatment for emotion regulation integrating act and dbt*. New Harbinger Publications.
- Miceli, M., & Castelfranchi, C. (2019). Meta-emotions and the complexity of human emotional experience. *New Ideas in Psychology*, 55, 42-49.
<https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.05.001>
- Mitmansgruber, H., Beck, T. N., Höfer, S., & Schüßler, G. (2009). When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation.

- Personality and Individual Differences*, 46(4), 448-453.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.11.013>
- Mokhtari, S., Khosrav, S., & Nejatbakhse, A. (2015). Comparison of intolerance of uncertainty, worriness, cognitive avoidance, negative problem orientation among people with generalized anxiety disorder, major depression disorder and normal subjects(population) [Research]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 13(2), 188-207. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-396-en.html> (In Persian)
- Narimani, M., Ariapooran, S., Abolghasemi, A., & Ahadi, B. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and emotion regulation training in the affect and mood of chemical weapons victims [Original Atricle]. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 15(2), 107-118. <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-922-en.html> (In Persian)
- Nourian, L., Golparvar, M., & Aghaei, A. (2021). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and positive psychotherapy on depression and affective capital of depressed women. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPn) Original Article*, 9(4). <http://ijpn.ir/article-1-1645-en.html> (In Persian)
- Radmehr, F., & Karami, J. (2022). The effect of mindfulness based cognitive therapy on the students attribution styles of with major depressive disorders. *Journal of Psychological studies*, 18(1), 25-38. <https://doi.org/10.22051/psy.2020.25634.1892>. (In Persian)
- Raj, S., Sachdeva, S. A., Jha, R., Sharad, S., Singh, T., Arya, Y. K., & Verma, S. K. (2019). Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation. *Asian Journal of Psychiatry*, 39, 58-62. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.12.001>
- Reddy, Y. J., Sudhir, P. M., Manjula, M., Arumugham, S. S., & Narayanaswamy, J. C. (2020). Clinical practice guidelines for cognitive-behavioral therapies in anxiety disorders and obsessive-compulsive and related disorders. *Indian journal of psychiatry*, 62(Suppl 2), S230. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_773_19
- Rezaei, N., Parsaei, I., Nejati, E., NikAmal, M., & Hashemi Rezini, S. (2014). Psychometric properties of student meta-emotion scale. *Q Psychol Rese*, 6(23), 111-124. <https://civilica.com/doc/1576221> (In Persian)
- Salemi Khameneh, A., Ghorbani, S., & Motahedi, A. (2018). The effectiveness of dialectical behavior therapy on emotion regulation, positive and negative affect, aggressive and self-injury behavior of 13-16 year old female students [Research]. *journal of medical council of islamic republic of iran*, 36(4), 213-220. <http://jmciri.ir/article-1-2865-fa.html> (In Persian)
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & D., T. J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford.
- Sewart, A. R., Niles, A. N., Burklund, L. J., Saxbe, D. E., Lieberman, M. D., & Craske, M. G. (2019). Examining positive and negative affect as outcomes and moderators of

- cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder. *Behavior therapy*, 50(6), 1112-1124. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.07.001>
- Stawinska-Witoszynska, B., Czechowska, K., Moryson, W., & Wieckowska, B. (2021). The prevalence of generalised anxiety disorder among prisoners of the penitentiary institution in north-eastern poland. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 671019. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.671019>
- Tiirikainen, K., Haravuori, H., Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., & Marttunen, M. (2019). Psychometric properties of the 7-item generalized anxiety disorder scale (gad-7) in a large representative sample of finnish adolescents. *Psychiatry Research*, 272, 30-35.
- Tofighi, Z., Asghar, A., & Golparvar, M. (2020). Comparing the effectiveness of teaching resilience and emotion regulation on the life quality and self-efficacy of the mothers of the children suffering from cerebral paralysis. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 63(4), 2525-2541. <https://doi.org/10.22038/mjms.2020.17169> (In Persian)
- Vøllestad, J., Sivertsen, B., & Nielsen, G. H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(4), 281-288.
- Zareie Faskhudi, B., Karbalaee Mohammad Meigouni, A., Rezabakhsh, H., & Ghelichi, L. (2021). Comparison of the effect of unified transdiagnostic treatment from emotional disorders and emotion efficacy therapy on emotion regulation among adults with stuttering. *Journal of Applied Psychological Research*, 12(2), 185-209.



The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Depression, Health Anxiety, and Physical Symptoms among Patients Recovered from Covid-19

Soheil Jafari

M.A in Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. Email: Soheil.Jafari@psu@gmail.com

Kobra Kazemian Moghadam

Assistant Professor, Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran. (Corresponding Author), Email: K.kazemian@yahoo.com

Fatemeh Ghalavand

M.A in Psychology, Department of Psychology, Andimeshk Branch, Islamic Azad University, Andimeshk, Iran. Email: fatemehghalavand78@gmail.com

Received: 2022-04-10

Revised: 2023-10-14

Accepted: 2023-10-17

Published: 2024-06-19

Citation: Jafari, S., Kazemian Moghadam, K., & Ghalavand, F. (2024). The Effectiveness of Intensive and Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Depression, Health Anxiety and Physical Symptoms in Patients with Improved Coronary Artery. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 14(1), 223-242. doi: 10.22067/tpccp.2024.74889.1244

Abstract

Introduction: This research aimed to explore the effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on depression, health anxiety, and physical symptoms in patients recovered from the Covid-19. Over the last years, with the onset of the Covid-19 pandemic that has been accompanied by the loss of loved ones, quarantine, or infection, most people have suffered psychological injuries. According to the official figures of the World Health Organization in 2020, Iran had the highest number of deaths from the Covid-19 after Italy, Spain, the United States, France and the United Kingdom (Liu et al., 2020). Although the WHO and public health officials across the world endeavored to limit the spread of the Covid-19, the massive crisis has caused anxiety in the entire population, which has early symptoms such as severe pneumonia, fever, muscle aches, and fatigue (Liu et al., 2020), followed by depression, anxiety, insomnia, and distress (Lai et al., 2020).

Depression is one of the most common symptoms of the disease, and according to the National Study of Diseases and Injuries in Iran, depression is the third health problem in this country (Montazeri et al., 2013). It is believed that about 10 to 80 percent of the population older than ten in Iran have some degree of depression that require treatment (Davidian, 2007). Depression refers to a set of symptoms that cause changes in mood, thinking, and activity. Feeling sadness and loss of interest decrease people's individual and social performance, resulting with changes in sleep patterns, nutrition, energy levels, and motivation (Boland, 2022). In addition to apathy and lack of pleasure, depression have other symptoms, including changes in appetite or weight, sleep, and psychomotor tasks, decreased strength, feeling worthless or guilty, difficulty thinking, concentration in deciding recurrent thoughts about death and suicide, schematic design, and attempted suicide.

ISTDP examines various methods of psychotherapy to shorten the duration of treatment. Instead of continuing Freud's approach to resistance, Davanloo (1995) tried to contain them



in a very innovative and effective way. Confrontations were specially designed to evoke feelings of anger or resistance. Here, if the patient wants to curb his strong emotions towards the therapist based on defenses, the challenges and interpretations of the therapist lead to the emergence of the emotions (Ghorbani, 2016). Accepting the patient's negative emotions strengthens the therapeutic relationship and increases motivation.

Method: The study used a semi-experimental design (pre-test, post-test, control group, and follow-up period). The statistical population included all patients recovering from the Covid-19 who had visited a specialist counselling centre in the city of Behbahan in 2021 with symptoms of depression, health anxiety, and physical symptoms. Sampling method was purposive, selecting from among people wishing to receive this type of treatment. One hundred questionnaires were given to applicants and after filling out, 30 people who gained a high score (36 and more) for depression, health anxiety (24 and more), and physical symptoms (12 and more) were selected. The participants were assigned into experimental group (15 participants) and control group (15 participants). Moreover, a written consent was obtained from all the participants. The experimental group received 12 sessions of ISTDP, but the control group did not receive any intervention. Both groups were evaluated at the same time before implementing the independent variable using Goldberg's (1972) depression scale, Short health Anxiety Inventory (SHAI) developed by Salkovskis & Rimes (2002), and Patient Health Questionnaire developed by Scott & Klove. (2003). The status of the two groups was evaluated at the same time after implementing the independent variable again. Their status was also assessed two months after the treatment. Analysis of variance with repeated measures and mock tests were used to analyze the data.

Results: The results obtained on depression ($F=10/120$ and $p=0/001$) showed that ISTDP is effective in improving the symptoms of depression in these patients. The effect indicated that about 71% of the difference between the two groups in the post-test stage in terms of depressive symptoms is related to ISTDP in the experimental group. ISTDP also impacts health anxiety ($F=06/62$ and $p=0/001$). The size of the effect explains 68% of the difference between the two groups in the post-test stage in terms of symptoms of health anxiety related to ISTDP in the experimental group. This treatment also impacts physical symptoms ($F=36/29$ and $p=0/001$). The size of the effect explains 51% of the difference between the two groups in the post-test stage in terms of symptoms of health anxiety related to ISTDP in the experimental group. All three hypotheses of this study are therefore confirmed.

Discussion and Conclusion: Considering the results we can conclude that ISTDP has taken into account the cause and continuation of symptoms of depression. In this regard Davanloo (1995) sees it vital to experience anger in a transitional relationship to recover from the symptoms. One of the techniques of short-term dynamic psychotherapy is emotional expression. Emotional expression involves a form of verbalization, refinement, and confession about stressful or contradictory events; that is, talking and becoming empty of anything that causes emotional or psychological pain. Deep emotional expression can regulate cognitive processes and arousal through reducing inhibition, can develop a real understanding of the individual and his abilities, and can modify coping skills and interpersonal relationships. The final conclusion will be the reduction of depression. The participants came to the conclusion that through using right emotions, knowing the emotions and accepting them and expressing the emotion, especially positive emotions, can reduce their negative emotions and improve their emotional and social compatibility.

Keywords: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy, Depression, Health Anxiety, Physical Symptoms, Covid-19

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

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

دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی



اثر بخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر افسردگی، اضطراب سلامت و علائم جسمانی در بیماران بهبود یافته از کرونا

سهیل جعفری ^{ID}

کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. Soheil.Jafaripsy@Gmail.Com

کبری کاظمیان مقدم ^{ID}

استادیار، گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران. (نویسنده مسئول)، k.kazemian@yahoo.com

فاطمه قلاوند ^{ID}

کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد اندیمشک، دانشگاه آزاد اسلامی، اندیمشک، ایران. fatemehghalavand78@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۲۱	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۷/۲۲	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۲۵	تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۳۰
استناد: جعفری، سهیل؛ کاظمیان مقدم، کبری؛ قلاوند، فاطمه. (۱۴۰۳). اثر بخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر افسردگی، اضطراب سلامت و علائم جسمانی در بیماران بهبود یافته از کرونا. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۴(۱)، ۲۲۳-۲۴۲. doi: 10.22067/tpccp.2024.74889.1244			

چکیده

هدف: پژوهش حاضر اثر درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت بر افسردگی، اضطراب سلامت و علائم جسمانی در بیماران بهبود یافته از کرونا را سنجید.

روش: پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی بهبود یافتگان کرونا دارای علائم روان‌شناختی مراجعه کننده به کلینیک روان‌شناسی شهر بهبهان در سال ۱۴۰۰ بود. از میان آن‌ها، ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش درمان پویشی کوتاه مدت را در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. دو گروه با پرسشنامه‌های افسردگی گلدبرگ (Goldberg, 1993)، اضطراب سلامت سالکوسکی و رایمز (Salkovskis et al., 2002) و علائم جسمانی اسکات و لاوی (Schat et al., 2005) در سه مرحله ارزیابی قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین نمرات پس آزمون و پیش آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/05$) و روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت توانست باعث کاهش معناداری در علائم افسردگی، اضطراب سلامت و علائم جسمانی در افراد بهبود یافته از کرونا در گروه آزمایش گردد. نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست آمده، متخصصان روان‌شناسی می‌توانند برای کاهش و درمان نشانه‌های افسردگی، اضطراب سلامت و علائم جسمانی در بیماران بهبود یافته از کرونا از روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بهره ببرند.

کلیدواژه‌ها: روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت، افسردگی، اضطراب سلامت، علائم جسمانی، کرونا ویروس

مقدمه

در دو سال اخیر با شروع همه‌گیری کرونا، که همراه با از دست دادن عزیزان، قرنطینه و یا مبتلا شدن فرد به این بیماری بوده، اکثر افراد دچار آسیب‌های روان‌شناختی شدند. طبق آمار رسمی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰، ایران پس از ایتالیا، اسپانیا، ایالات متحده، فرانسه و بریتانیا بیشترین تعداد جان‌باختگان بر اثر ابتلا به کرونا را داشته است (Liu et al., 2020). با این که سازمان بهداشت جهانی و مقامات بهداشت عمومی در سراسر جهان برای مهار شیوع کووید ۱۹ اقدام کردند؛ این بحران عظیم باعث ایجاد اضطراب در کل جمعیت شد؛ چنین اضطرابی دارای علائم اولیه شامل ذات‌الریه شدید، تب، دردهای عضلانی و خستگی بوده و به دنبال آن افسردگی، اضطراب، بی‌خوابی و پریشانی ایجاد شده‌اند (Lai et al., 2020).

افسردگی یکی از علائم شایعی است که افراد در دوره کرونا با آن مواجه هستند؛ بر اساس مطالعه ملی بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران، افسردگی، سومین مشکل سلامتی کشور است (Montazeri et al., 2013). عقیده بر این است که حدود ۱۰ تا ۸۰ درصد جمعیت بالای ۱۰ سال در ایران مبتلا به درجه‌ای از افسردگی و افکار خودکشی هستند که نیاز به درمان دارند (Davidian, 2007). افسردگی به مجموعه‌ای از نشانه‌ها اطلاق می‌شود که موجب تغییر در خلق، تفکر و فعالیت فرد می‌شود. احساس غمگینی و از دست دادن علاقه، باعث کاهش عملکرد فردی و اجتماعی توأم با تغییر در الگوی خواب، تغذیه، سطوح انرژی و انگیزش می‌شود (Boland et al., 2022). در اختلال افسردگی، فرد علاوه بر بی‌علاقگی و بی‌لذتی باید دست‌کم چهار نشانه دیگر از جمله تغییر در اشتها یا در وزن، خواب و کارهای روانی - حرکتی، کاهش انرژی، احساس بی‌ارزشی یا گناه، مشکل در تفکر، تمرکز در تصمیم‌گیری، افکار عودکننده درباره مرگ و خودکشی و طرح نقشه یا اقدام به خودکشی را نیز داشته باشد (Liew & Gardner, 2015).

از علائم دیگری که افراد در دوره کرونا به آن اشاره می‌کنند اضطراب است. استرس و اضطراب ناشی از حوادث می‌تواند سیستم ایمنی بدن را تضعیف کرده و آن‌ها را در برابر بیماری‌ها از جمله کرونا آسیب‌پذیر کند (Alipour et al., 2020). با توجه به این موضوع که این علائم تجربه شده در طی حالت‌های اضطرابی از علائم و نشانه‌های بیماری کووید ۱۹- نیز به شمار می‌رود، بنابراین در شرایط پراسترس و ملتهب گسترش بیماری کووید ۱۹- ممکن است افراد خود را متهم به آلوده شدن و ویروس Cov2-SARS بدانند بدون اینکه واقعاً به این بیماری ویروسی دچار شده باشند (Yao et al., 2020). این حالت به وجود آمده می‌تواند با یک چرخه معیوب بر میزان شدت اضطراب و بروز علائم اضطرابی بیافزاید (Asmundson & Taylor, 2020). اضطراب سلامت اختلال شناختی گسترده‌ای است که به صورت ادراک نادرست درباره

علائم و تغییرات بدنی که نتیجه باورهای فرد در مورد بیماری یا سلامت است شکل می‌گیرد (Solem et al., 2015). بر اساس مشاهدات بالینی، ممکن است اضطراب سلامتی یک شاخص پیش‌آگهی برای سایر اختلالات اضطرابی باشد. از این رو، اضطراب سلامتی در انواع اختلالات روان‌شناختی تشدید می‌شود (Asmundson & Taylor, 2020). بر اساس نتایج یک تحقیق که در طی شیوع بیماری کووید-۱۹ در سال ۲۰۲۰ گزارش شده است سطح اضطراب سلامتی در اثر مواجهه با اخبار مربوط به بیماری بیشتر شده (Zhou et al., 2020) و در مناطق آلوده به ویروس، میزان آن شدت بالاتری دارد. همچنین بر اساس گزارش تحقیقات، اضطراب سلامتی ممکن است از والدین به کودکان منتقل شود (Wright et al., 2017).

در افرادی که اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند، اغلب شکایت جسمانی نیز مطرح می‌شود. در چند دهه اخیر، طبقه‌ای از اختلالات روانی تحت عنوان اختلال علائم جسمی، شیوع یافته‌اند که عوامل هیجانی و روانی در بروز آن‌ها نقش دارند. اختلال علائم جسمی در ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (DSM-5)¹، طبقه جدیدی از اختلالات است که رویکرد بالینی مفیدتری را برای توصیف افرادی ارائه می‌دهد که در گذشته تشخیص اختلال جسمانی‌سازی دریافت می‌کردند. مبتلایان به اختلال علائم جسمی به طور معمول علائم جسمی شایع و متعددی دارند که ناراحت‌کننده بوده و یا منجر به گسیختگی قابل توجه در زندگی روزانه می‌شود و ممکن است از لحاظ پزشکی قابل توجه نباشد (Association, 2013). پژوهش‌ها حاکی از این است که حدود ۱۰ درصد از جمعیت مراجعه‌کننده به مراکز درمانی، نشانه‌های فیزیکی را در خود گزارش می‌دهند که اغلب در غربالگری‌ها و بررسی‌های بالینی گسترده‌ای که در این زمینه انجام می‌شود، هیچ دلیل منطقی جسمی در مورد آن‌ها یافت نمی‌شود (Rief et al., 2001). آسیب‌شناسی‌های روانی نشان می‌دهد که این دسته از بیماران اغلب از عدم تنظیم احساسات و عواطف رنج می‌برند و در آن‌ها ثبات هیجانی کمتری مشاهده می‌شود. لازم است که برای شناسایی این اختلال تنها به نشانه‌های جسمی بدون دلیل اکتفا نشود و نشانه‌های رفتاری و شناختی هم مورد توجه قرار گیرد (Rief & Broadbent, 2007).

مطالعه‌ای روی پزشکان و پرستاران بیمارستانی در ووهان چین طی انتشار بیماری کووید ۱۹ انجام شده و نتایج نشان داده است که کارکنان مراقبت‌های پزشکی شدت بالایی از علائم افسردگی (۵۰/۴ درصد)، اضطراب (۴۴/۶ درصد)، بی‌خوابی (۳۴ درصد) و دردمندی (۷۱/۵ درصد) را تجربه کرده‌اند. نتایج مهم‌تر این تحقیق نشان داده است که زنان و افراد در تماس مستقیم با بیماران آلوده به کووید ۱۹ میزان بالاتری از

1 Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders(DSM)

علائم روان‌شناختی ذکر شده را گزارش کرده‌اند (Lai et al., 2020).

روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت فشرده، با بررسی شیوه‌های مختلف روان‌درمانگری برای کوتاه کردن طول مدت درمان، تمرکز بر فرمول‌بندی روان‌پویشی فروید و نقش فعال در مواجهه بیمار با مواد سرکوب شده، سعی در بهبود بیماران برای غلبه بر نابهنجاری‌ها داشته است. دوانلو به‌جای تداوم روش فروید در مواجهه با مقاومت‌ها، به شیوه‌ای بسیار بدیع و مؤثر، سعی در مهار آن داشته است. مواجهه‌ها به ویژه برای بیرون کشیدن احساسات خشم یا مقاومت طرح ریزی می‌شوند. اگر بیمار بخواهد هیجانات قوی خود نسبت به درمانگر را بر اساس دفاع‌ها مهار کند، چالش‌ها و تفسیرهای درمانگر موجب ظهور آن‌ها در درمان می‌شود. پذیرش احساسات منفی بیمار موجب قوی شدن رابطه درمانی و افزایش انگیزه بیمار می‌شود. بیمار مسئول درمان است و احساسات و رفتارهای دفع شده در درمان، به طور فعال به بیمار خاطر نشان می‌شود. بر اساس آسیب‌شناسی روانی و پیچیدگی کانون مشکلات درمان تا ۴۰ جلسه طول می‌کشد. برای دوانلو فعال‌بودن به معنای هدایت‌کننده بودن نیست، درمانگر می‌تواند بسیار فعال اما بدون جهت‌دهی باشد (Fredericksn, 2014).

تقوی و همکاران (Taghavi et al., 2019) در پژوهش خود تأثیر روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت را بر اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به اضطراب فراگیر آزمایش کردند؛ نتایج نشان داد که نشانه‌های افسردگی و اضطراب کاهش معناداری داشتند. همچنین در پژوهشی دیگر اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت را بر افراد افسرده آزمایش کردند که نتایج حاصل نشان داد روان‌درمانی پویشی اثرگذار است (Khoryaniyan et al., 2012). یک پژوهش موردی نشان داده است که درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت بر اختلالات اضطرابی تأثیر گذار است و باعث تغییر شاخص‌های ساختار شخصیت در آزمون swap-200 می‌شود (Rocco et al., 2014). همچنین پژوهش‌های موردی تأکید کرده‌اند درمان پویشی فشرده و کوتاه برای طیف وسیعی از اختلالات جسمانی، شامل سردرد (Abbass et al., 2008)، درمانی تأثیرگذار است. با توجه به آنچه بیان شد، به دلیل ماهیت بسیار مهم کوید-۱۹ که مشکلات بسیاری در زمینه سلامت روان فرد، خانواده و جامعه به وجود آورده، توجه به درمان افراد آسیب دیده یکی از چالش‌های پیش روی متخصصان بهداشت روان است. درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت درمان جامعی است که می‌توان آن را برای درمان اختلالات روانی و مشکلات شخصیتی به کار برد و به نظر می‌رسد در زمینه افسردگی، اضطراب سلامت و علائم جسمانی در بیماران بهبود یافته از کرونا مؤثر واقع شود. در زمینه روان‌درمانی بر ابعاد کرونا در ایران و خارج، خلأ پژوهشی وجود دارد این پژوهش در راستای پر کردن خلأ

پژوهشی انجام شده است. بر این اساس، سؤال اصلی پژوهش این است آیا روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر افسردگی و اضطراب سلامت و علائم جسمانی بیماران بهبود یافته از کرونا اثرگذار است؟

روش

در این پژوهش از طرح نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری) استفاده شده است. جامعه مورد نظر تمام بیماران بهبود یافته از کرونا بودند که با علائم افسردگی، اضطراب سلامت و علائم جسمانی به مرکز مشاوره تخصصی در شهر بهبهان در سال ۱۴۰۰ مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند در بین افرادی که مایل به دریافت این نوع درمان بودند انجام شد. ۱۰۰ پرسش‌نامه به متقاضیان داده شد و پس از پر کردن ۳۰ نفر از افرادی که نمره بالا (۳۶ به بالا) در پرسش‌نامه افسردگی، اضطراب سلامت (۲۴ به بالا)، علائم جسمانی (۱۲ به بالا) گرفته بودند، در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. از تمام کسانی که وارد پژوهش شدند رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. گروه آزمایش ۱۲ جلسه روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت و فشرده دریافت کردند؛ ولی گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. به منظور رعایت اخلاق، گروه کنترل بعد از پایان پژوهش در صف انتظار درمان قرار گرفتند. هر دو گروه در یک‌زمان و قبل از اجرای متغیر مستقل (روان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت) با استفاده از پرسش‌نامه‌های افسردگی، اضطراب سلامت و علائم جسمانی مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. دو گروه در یک‌زمان پس از اجرای متغیر مستقل، مجدد اندازه‌گیری شدند. همچنین به مدت ۲ ماه بعد از درمان نیز اندازه‌گیری شدند. ملاک ورود به پژوهش، نداشتن سابقه اختلالات روانی قبل از همه‌گیری کرونا، نداشتن بیماری پزشکی، دریافت نکردن داروهای روان‌پزشکی، سن بالای ۱۸ سال، حداقل مدرک تحصیلی سیکل و ملاک خروج، غیبت ۳ جلسه پشت‌سرهم و تمایل نداشتن به ادامه درمان بود. لازم به ذکر است آزمون‌ها توسط روانشناس بالینی (دانشجو کارشناسی‌ارشد بالینی) و مصاحبه تشخیصی توسط روان‌درمانگر، عضو تیم پژوهشی مطالعه حاضر، انجام شد. درمان چون از مداخلات جدید است، پژوهشگر (کارشناسی-ارشد بالینی) در این زمینه آموزش دیده بود و توسط روانشناس بالینی این پژوهش اجرا شد. پژوهشگر دوره تخصصی و جامع کارورزی را در بیمارستان و کارگاه مربوطه را گذرانده بود و این مطالعه سوپروایزر (استادیار، عضو تیم پژوهشی) نیز داشت و هر هفته گزارش‌ها توسط سوپروایزر تیم ارزیابی و بحث شد. همچنین جهت کاهش مدت زمان انتظار گروه کنترل، نمونه‌های انتخابی بلافاصله در گروه مورد نظر قرار می‌گرفتند و درمان آغاز می‌شد. در ضمن با کسب رضایت آگاهانه و اطلاع‌رسانی به آزمودنی‌های گروه کنترل، آن‌ها در لیست انتظار خدمات روان‌شناسی قرار گرفتند. لازم به ذکر است به این افراد اطلاع‌رسانی

شد که هر زمان تمایل داشتند می‌توانند از این مطالعه خارج شده و اقدام به دریافت خدمات روان‌شناختی کنند. ضمناً روان‌شناس مطالعه حاضر، شماره تماسی را در اختیار آزمودنی‌های گروه کنترل که تمایل به حضور در مطالعه را داشتند قرار داد که در صورت لزوم می‌توانند با روان‌شناس پژوهش گفتگو کنند. بعد از خاتمه مطالعه، آزمودنی‌های گروه کنترل به طور رایگان خدمات روان‌شناختی رایگان توسط روان‌شناس بالینی دریافت کردند. لازم به ذکر است مراجعان، همزمان درمان دیگری غیر از روان‌پویشی کوتاه مدت و فشرده دریافت نکردند.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-26 استفاده شد. پروتکل روان‌درمانی کوتاه مدت در پژوهش حاضر طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد. خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

ملاحظات اخلاقی

- از تمام شرکت کنندگان رضایت‌نامه کتبی گرفته شد.
- شرکت کنندگان از نتایج پژوهش آگاه شدند.
- هر زمان هر کدام از شرکت کنندگان مایل به ادامه درمان نبودند، می‌توانستند از گروه خارج شوند.
- گروه کنترل در صف درمان قرار گرفتند، به این منظور که بعد از اتمام پژوهش، روان‌درمانی دریافت کنند.

محتوای جلسات

مطابق دستورنامه روان‌پویشی کوتاه مدت، مراحل هفت‌گانه پرسش در خصوص مشکلات، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، دستیابی مستقیم به ناهشیار، به شرح جدول ۱ و مطابق با کتابچه راهنمای روان‌درمانی پویشی (Davanloo, 1995) انجام شد.

جدول ۱. دستورنامه روان‌پویشی کوتاه مدت

سرفصل محتوای جلسات روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه مدت فشرده (Ghorbani, 2016)	
جلسه	محتوای جلسه
۱	در جلسه اول برای ارزیابی اولیه مشکل شرکت کنندگان، به بیان قواعد اجرای جلسات درمانی و مصاحبه اولیه با اجرای توالی پویشی که درمانگری آزمایشی نام دارد، پرداخته شد.
۲	کار با دفاع‌های تاکتیکی واژه‌های سر بسته (در لفافه سخن گفتن)، واژه‌های فراگیر - پوششی. مداخله مؤثر: شک کردن، چالش کردن، چالش با دفاع
۳	بررسی واژه‌های تخصصی مورد استفاده شرکت کنندگان، دفاع‌های تاکتیکی گفتار غیر مستقیم و افکار مرضی و احتمالی. مداخله مؤثر: چالش با دفاع‌ها و مشخص کردن گفتار، چالش با دفاع و تردید در دفاع

۴	بررسی دفاع نشخوار ذهنی و دلیل تراشی. مداخله‌های مؤثر به ترتیب: روشن کردن، درخواست پاسخ قطعی، تردید در دفاع، چالش با دفاع، چالش، مسدود کردن دفاع
۵	دفاع‌های عقلی‌سازی و کلی‌گویی و تعمیم دادن. مداخله مؤثر: روشن سازی، سد کردن، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع
۶	تاکتیک‌های منحرف‌سازی و فراموش کردن. مداخلات مؤثر: روشن کردن، تردید در دفاع و چالش با دفاع
۷	انکار و تکذیب کردن. مداخلات مؤثر: روشن کردن، تردید در دفاع و چالش با دفاع
۸	بیرونی‌سازی و ابهام. مداخلات مؤثر: روشن کردن، چالش با دفاع
۹	طفره رفتن، تردید و سواسی. مداخلات مؤثر: روشن کردن، چالش با دفاع
۱۰	بدنی‌سازی و عمل کردن به عنوان دفاعی بر ضد احساسات. مداخله مؤثر: روشن سازی
۱۱	سرکشی، نافرمانی، مقدمه چینی و گریه کردن و استفاده از دفاع‌های واپس رونده. مداخلات مؤثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن سازی
۱۲	صحبت کردن به جای لمس کردن احساسات، علایم غیر کلامی. تبعیت - انفعال. مداخلات مؤثر: روشن کردن، تردید در دفاع، چالش با دفاع، روشن کردن، چالش

ابزار پژوهش

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های افسردگی مزمن در DSM-5 (Scid-5-cv): این مصاحبه ابزاری جهت تشخیص‌گذاری است که در این پژوهش از نسخه مایکل (First et al., 2016)، استفاده شد. پایایی SCID از طریق بازآزمایی ۰/۷ گزارش شد. به‌طور کلی مطالعات مختلف حاکی از اعتبار و روایی مطلوب در مصاحبه بالینی ساختاریافته بوده است (Grant et al., 2004). در مطالعه‌ای ضریب پایایی بازآزمایی آن را به فاصله سه روز تا یک هفته از ۰/۷۴ تا ۰/۹۸ گزارش نمودند و مشخص شد این ابزار، از ضریب حساسیت (۰/۵۴ تا ۰/۸۶) و ضریب اختصاصی (۰/۶۳ تا ۰/۹۶) مناسبی برخوردار است (Amini H et al., 2008).

پرسش‌نامه افسردگی^۱: این پرسش‌نامه توسط گلدبرگ (Goldberg, 1993) تهیه شد و دارای ۱۸ ماده است. در دستورالعمل پرسش‌نامه، از فرد خواسته می‌شود تا به سؤالات پاسخ دهد. نمره‌گذاری آن به‌صورت لیکرت شش‌گزینه‌ای (اصلاً: نمره صفر تا خیلی زیاد: نمره پنج) است. کمترین نمره در این پرسش‌نامه صفر و بیشترین نمره ۹۰ است. هرچه نمره فرد در آن زیادتر باشد، نشانگر افسردگی بیشتر او است. در پژوهشی در ایران، پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ برای افراد دارای تحصیلات دبیرستان ۰/۹۰، برای افراد دارای تحصیلات دانشگاهی ۰/۸۶ و برای سایر افراد ۰/۸۱ و برای کل نمونه ۰/۸۶ به دست آمد؛ همچنین میزان روایی آن نیز مطلوب گزارش شد. میزان پایایی پرسش‌نامه در پژوهش امین پور و همکاران با استفاده از

1 Goldberg's depression scale

ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد (Aminpoor et al., 2012). در این پژوهش نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسش‌نامه اضطراب سلامت^۱: برای سنجش اضطراب سلامت از فرم کوتاه پرسش‌نامه اضطراب سلامت که توسط سالکوسکی و رایمز (Salkovskis et al., 2002) طراحی شده است، استفاده شد. این پرسش‌نامه مشتمل بر ۱۸ سؤال است و در رابطه با هریک از عبارات مذکور، چهار گزینه مطرح شده و عبارتی را که به بهترین وجه وضعیت فرد را در طی شش ماه گذشته توصیف می‌کند، انتخاب می‌نماید. به هنگام نمره‌گذاری به گزینه‌هایی مطرح شده، نمره‌هایی بین ۰ تا ۳ تعلق می‌گیرد. ۱۴ سؤال مربوط به عامل احتمال ابتلای به بیماری است و بخش اصلی پرسش‌نامه، یعنی ۴ سؤال آخر، مربوط به عامل پیامدهای منفی ابتلای به بیماری است. دامنه نمرات این آزمون بین صفر تا ۵۴ است که نمرات بالاتر بیانگر اضطراب بیشتر است. این پرسش‌نامه دارای سه عامل به نام ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی کلی سلامتی است (Karimi et al., 2015). ضریب آلفای کرونباخ با مقدار ۰/۷۵ اعتبار پرسش‌نامه را مطلوب نشان داد. پرسش‌نامه اضطراب سلامت کفایت لازم را دارد و در پژوهش‌های مختلف و مراکز درمانی قابل استفاده است (Nargesi et al., 2017). در پژوهش حاضر پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

پرسش‌نامه جسمانی سازی^۲: در پژوهش اسکات و لاوی (Schat et al., 2005) یک مقیاس ۱۵ ماده‌ای بر اساس ماده‌های به کاررفته توسط اسپنس (Spence et al., 1987) جهت اندازه‌گیری سلامت جسمی در ۴ بُعد تدوین شد. مجموع نمرات نشان‌دهنده میزان اختلال جسمانی کردن در فرد مورد نظر است به این صورت که کسب نمره کمتر از ۴ در این پرسش‌نامه نشان‌دهنده ابتلای خیلی کم، نمره بین (۵-۹) ابتلای کم، (۱۰-۱۴) ابتلای متوسط، و نمره (۱۵-۳۰) ابتلای شدید به اختلال علائم جسمانی را نشان می‌دهد (Kroenke et al., 2007). در واقع این پرسش‌نامه ۱۵ سؤالی برای اندازه‌گیری علائم جسمی و غربالگری اختلال جسمانی کردن است. این مقیاس قسمتی از پرسش‌نامه کامل بوده و میزان بروز ۱۵ علائم جسمانی آزاردهنده را از پاسخ‌دهنده‌ها می‌پرسد. ۱۴ مورد از این ۱۵ مورد، شایع‌ترین علائم جسمانی کردن است که در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) مطرح شده است. هنجاریابی این پرسش‌نامه در ایران توسط عبدالمحمدی و همکاران (Abdolmohammadi et al., 2018) صورت گرفته

1 Short health Anxiety Inventory (SHAI)

2 Patient Health Questionnaire

است. روایی هم‌زمان این پرسش‌نامه با مقیاس جسمانی کردن پرسش‌نامه SCL-90، ۰/۷۴ است و همسانی درونی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۶ درصد گزارش شده است (Kato et al., 2010). در پژوهش حاضر پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در این بخش به صورت توصیفی و استنباطی گزارش شده‌اند که در بخش توصیفی جدول جمعیت‌شناختی، میانگین و انحراف معیار گزارش شده است و در بخش استنباطی نرمال بودن داده‌ها و همچنین آزمون تحلیل واریانس مکرر برای اثبات اثربخشی درمان گزارش شده است.

جدول ۲. مشخصات جمعیت شرکت کنندگان در پژوهش

متغیر	گروه	تعداد	درصد
مدت زمان بهبودی از کرونا	۶ ماه تا ۱۲ ماه	۲۰	۶۰/۶۶
	۱۲ تا ۱۸ ماه	۱۰	۳۹/۳۳
سن	۲۰ تا ۳۰ سال	۷	۲۳/۳۳
	۳۰ تا ۴۰ سال	۱۵	۵۰
	۴۰ سال به ۵۰	۸	۲۶/۶۶
وضعیت تأهل	متاهل	۹	۳۰
	مجرد	۲۱	۷۰
تحصیلات	دیپلم	۵	۲۷/۰۰
	کاردانی	۳	۱۶/۶۶
	کارشناسی	۱۲	۴۰/۰۰
	کارشناسی ارشد	۸	۲۶/۶۶
	دکتری	۲	۶/۶۶

جدول ۲ فراوانی و درصد جمعیت شناختی شرکت کنندگان را به تفکیک سن، جنسیت، تحصیلات و سابقه بهبود یافتگان از کرونا را نشان می‌دهد، بیشترین فراوانی سن ۳۰ تا ۴۰ سال بود که ۵۰ درصد جامعه پژوهش را تشکیل داد، نتایج آزمون خی‌دو نشان داد گروه‌ها از لحاظ سنی همگن بودند ($\chi^2=2/85, P>0/05$). همچنین مدت ابتلای آزمودنی‌ها به بهبود یافتگان از کرونا ۶ تا ۱۲ ماه (۶۰/۶۶ درصد)

بیشترین درصد در جامعه پژوهش بود. تعداد ۲۱ نفر مجرد (۷۰ درصد) بیشترین جمعیت جامعه را تشکیل دادند. آزمودنی‌های دارای مدرک کارشناسی به تعداد ۱۲ نفر (۴۰ درصد) بیشترین مدرک تحصیلی را در جامعه پژوهش دارا بودند، نتایج آزمون خی‌دو نشان داد گروه‌ها از لحاظ سنی همگن هستند ($P > 0.05$)، $\chi^2 = 0.987$.

در جدول ۳ به آمار توصیفی شرکت کنندگان پرداخته شده است.

جدول ۳. ویژگی‌های توصیفی مربوط به متغیرهای مورد پژوهش

متغیرها	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	آزمایش	۱۵	۴۱/۵۳	۴/۶۷	۲۵/۲۰	۲/۹۳	۲۲/۵۳	۴/۱۰
	کنترل	۱۵	۳۹/۹۳	۴/۵۳	۳۶/۸۳	۴/۲۷	۳۸/۹۳	۴/۴۳
اضطراب	آزمایش	۱۵	۲۵/۶۰	۳/۳۳	۱۴/۲۶	۲/۵۷	۱۴/۴۰	۲/۵۰
	کنترل	۱۵	۲۶/۴۶	۲/۷۴	۲۶/۲۶	۲/۸۴	۲۶/۴۰	۲/۶۱
علائم جسمانی	آزمایش	۱۵	۱۴/۴۶	۲/۹۲	۸/۱۳	۱/۳۵	۸/۰۶	۱/۱۶
	کنترل	۱۵	۱۵/۶۶	۲/۶۹	۱۵/۴۶	۲/۶۴	۱۵/۳۳	۲/۸۷

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین نمرات و انحراف استاندارد در پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش معناداری داشته؛ ولی در پیگیری نسبت به پس آزمون این فاصله ناچیز است که به ما نشان می‌دهد مداخله به طور کلی اثرگذار بوده است. همچنین این جدول نشان می‌دهد که نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در متغیر افسردگی، اضطراب سلامت و علائم جسمانی در مراحل پس آزمون و پیگیری تغییراتی داشته است. بررسی معنادار بودن این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت. پیش از استفاده از این آزمون، پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها، خطی بودن و کرویت بررسی شده است. برای بررسی نرمال بودن از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. پیش‌فرض همگنی واریانس‌های گروه‌ها نیز با استفاده از آزمون لوین برای سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بررسی شد برای پیش‌فرض کرویت نیز از آزمون موچلی استفاده شد که نتایج این آزمون نشان داد این پیش‌فرض تأیید شده است ($p > 0.05$). بنابراین برای تفسیر نتایج، از نمره آزمون کرویت استفاده شده است. براین اساس، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۵ ارائه شده است. جدول ۴ به بررسی نرمال بودن داده‌های می‌پردازد که به شرح زیر گزارش شده است.

جدول ۴. آزمون کولمگروف - اسمیرنوف برای بهنجار بودن داده‌ها

متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	کولمگروف - اسمیرنوف	معنا داری	کولمگروف - اسمیرنوف	معنا داری	کولمگروف - اسمیرنوف	معنا داری
افسردگی	۰/۴۳۸	۰/۹۹۱	۰/۶۴۷	۰/۷۹۶	۰/۸۲۳	۰/۵۰۷
اضطراب سلامت	۰/۶۸۵	۰/۷۳۷	۰/۷۹۹	۰/۵۴۶	۰/۸۶۰	۰/۴۵۰
علائم جسمانی	۰/۷۰۸	۰/۶۹۷	۰/۸۹۶	۰/۳۹۸	۰/۷۶۲	۰/۶۰۶

نتایج بررسی این مفروضه نشان داد در فرضیه صفر داده‌های ما بهنجار است؛ یعنی اختلافی نسبت به هم ندارند. فرض خلاف داده‌ها از بهنجار بودن اختلاف دارند. باتوجه به جدول می‌توان گفت فرض صفر در سطح معناداری ۰/۰۵ معنادار است. پس داده‌های ما بهنجار هستند و می‌توان از آزمون‌های استنباطی استفاده کرد.

جدول ۵. نتایج آزمون F لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیرها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
افسردگی	۳/۴۰۶	۱	۲۸	۰/۸۵۴
اضطراب سلامت	۲/۲۱۵	۱	۲۸	۰/۱۴۸
علائم جسمانی	۰/۴۷۱	۱	۲۸	۰/۴۹۸

با توجه به نتایج جدول ۵ سطوح معناداری به دست آمده هر یک از متغیرهای پژوهش که بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است، فرضیه صفر تأیید شده و داده‌های تمام متغیرها نرمال است و برای آزمون هر یک از متغیرها می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

برای فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی از آزمون کرویت موچلی استفاده می‌کنیم که در جدول ۶ گزارش شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون کرویت موچلی در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیرها	کرویت موچلی	معنا داری
افسردگی	۰/۸۳۶	۰/۵۶۱
اضطراب سلامت	۰/۷۹۴	۰/۲۸۲
علائم جسمانی	۰/۹۹۴	۰/۹۶۵

بر اساس آزمون کرویت موچلی متغیرها معنا دار نبوده است، و فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها رعایت شده است.

در جدول ۷ برای بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت بر متغیرهای پژوهش از

تحلیل واریانس مکرر استفاده شده است که به شرح زیر است.

جدول ۷.

منبع	SS	DF	MS	F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
گروه	۱۵۹۴/۴۶	۱	۱۵۹۴/۴۶	۱۲۰/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱/۰۰۰
افسردگی							
اضطراب سلامت	۶۵۰/۸۶	۱	۶۵۰/۸۶	۶۲/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰۰
علائم جسمانی	۱۹۸/۸۶	۱	۱۹۸/۸۶	۲۹/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۱/۰۰۰

همان‌طور که جدول ۷ نشان می‌دهد، با توجه به نتایجی که برای افسردگی ($P=0/001$ و $F=120/10$) به دست آمده، می‌توان بیان کرد روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت بر بهبود علائم افسردگی این بیماران مؤثر بوده است. به علاوه اندازه اثر نشان می‌دهد که حدود ۷۱ درصد از تفاوت دو گروه در مرحله پس آزمون از نظر علائم افسردگی مربوط به روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت در گروه آزمایش است. همچنین روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر اضطراب سلامت ($P=0/001$ و $F=62/06$) مؤثر است. اندازه اثر نشان می‌دهد ۶۸ درصد از تفاوت دو گروه در مرحله پس آزمون از نظر علائم اضطراب سلامت مربوط به روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت در گروه آزمایش است. همچنین روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر علائم جسمانی ($P=0/001$ و $F=29/36$) مؤثر است. اندازه اثر نشان می‌دهد ۵۱ درصد از تفاوت دو گروه در مرحله پس آزمون از نظر علائم اضطراب سلامت مربوط به روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت در گروه آزمایش است. بنابراین هر سه فرضیه پژوهش حاضر تأیید می‌شوند. به منظور مشخص نمودن این که هر کدام از متغیرها در کدام مرحله آزمون با هم تفاوت معنادار دارند، از آزمون‌های تعقیبی استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۸ نشان داده شده است.

جدول ۸. آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیرها	پیش آزمون - پس آزمون			پیش آزمون - پیگیری			پس آزمون - پیگیری		
	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
افسردگی	۸/۱۶	۰/۶۵	۰/۰۰۱	۹/۵۰	۰/۷۴	۰/۰۰۱	۱/۳۳	۰/۶۳	۰/۱۳
اضطراب سلامت	۵/۷۶	۰/۴۹	۰/۰۰۲	۵/۹۰	۰/۷۰	۰/۰۰۲	۰/۱۳۳	۰/۵۶	۰/۶۴
علائم جسمانی	۳/۲۶	۰/۴۱	۰/۰۰۱	۴/۴۳	۰/۵۶	۰/۰۰۱	۱/۱۶	۰/۴۳	۰/۰۳۵

همان‌طور که جدول ۷ نشان می‌دهد، مقدار سطح معناداری در هر دو مرحله پیش آزمون - پس آزمون

و پیش‌آزمون - پیگیری در متغیرهای مورد پژوهش معنا دار است؛ اما در مرحله پس‌آزمون - پیگیری معنادار نیست و فقط علائم جسمانی در مرحله پس‌آزمون - پیگیری معنا دار شده است و این نشان می‌دهد که مداخله صورت گرفته نیاز به پیگیری پایدارتری پس از آموزش دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر افسردگی، اضطراب سلامت و علائم جسمانی در بیماران بهبود یافته از کرونا انجام شد. نتایج آماری حاکی از آن بود که روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت به طور معناداری میزان افسردگی بیماران گروه آزمایش را کاهش داده و نتایج در دوره پیگیری از ثبات لازم برخوردار بود. این یافته با پژوهش‌های آباس و همکاران (Abbass et al., 2009)؛ دريسن و همکاران (Driessen et al., 2010)؛ تقوی و همکاران (Taghavi et al., 2019) علی‌زاده و همکاران (Alizadeh et al., 2021)، اصلی آزاد و همکاران (Asli Azad et al., 2021) همسو و هماهنگ می‌باشد و یافته‌های پژوهشی آن‌ها را مورد تأیید قرار می‌دهد. به‌طور کلی می‌توان گفت روان‌درمانی در زمینه مشکلات روان‌شناختی در بیماران بهبود یافته از کرونا مؤثر واقع شده است.

در تبیین این نتیجه پژوهشی می‌توان گفت که روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت سبب‌شناسی و تداوم نشانه‌های افسردگی را مورد توجه قرار داده است. از این حیث (Davanloo, 1995) برای بهبودی از نشانه‌ها و درمان مؤثر بیماران، تجربه خشم در رابطه‌ی انتقالی را حیاتی می‌داند. یکی از تکنیک‌های مورد توجه در روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت، ابراز هیجانی است. ابراز هیجانی، شامل نوعی کلامی سازی، پالایش و اعتراف در مورد رویدادهای تنش‌زا یا تعارض‌آمیز است؛ یعنی صحبت کردن و تخلیه‌ی هر آنچه که درد هیجانی یا روان‌شناختی (بنیادی‌ترین ایده‌ی مورد تأکید درمان‌های پویشی) ایجاد می‌کند. تجربه عمیق هیجانی و بیان آن می‌تواند از طریق کاهش بازداري، فرایندهای شناختی و نیز برانگیختگی را تنظیم نماید و درکی واقعی از فرد و توانمندی‌هایش رقم بزند و مهارت‌های مقابله‌ای و نیز روابط میان‌فردی را اصلاح نماید و از این طریق بر کاهش افسردگی تأثیر بگذارد. افراد حاضر به این باور رسیدند که با کاربرد صحیح هیجانات، آگاهی از هیجانات و پذیرش آن‌ها و ابراز هیجانات مخصوصاً هیجانات مثبت در موقعیت زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند که به دنبال آن میزان سازگاری آن‌ها در ابعاد سازگاری اجتماعی، هیجانی بهبود پیدا خواهد کرد.

همچنین نتایج آماری حاکی از آن بود که روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر اضطراب سلامت مؤثر است. این یافته با پژوهش‌های روکو (Rocco et al., 2014) و سودنجانی و شریفی (Ranjbar Sudejani & Sharifi, 2017) همسو و هماهنگ است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت در روان‌درمانی‌های روان‌پویشی، تعارض هیجانی ریشه اختلالات روانی فرض می‌شود. در این روش با استفاده از تکنیک رویارویی که فنون تجسم هدایت شده و حساسیت زدایی تدریجی زیرمجموعه‌ی این تکنیک هستند به طور سالم و همدلانه موجب می‌شود تا بیمار با تعارضات ناشی از روابط گذشته، حال و در ارتباط با درمانگر رویارو شود و با بازشناسی و تجربه عواطف فعال‌ساز و بازدارنده، تعارضات هیجانی‌اش را حل و فصل کند. به این ترتیب در روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده درک فرد از خود، رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن‌سازی، حس کفایت و مهارت‌های مسئله‌گشایی، کسب استقلال، مهارت‌های مقابله با موقعیت‌های خطرآفرین و فشار روانی و بسیاری از مهارت‌ها برای بهبود وضعیت روان، آموزش داده می‌شود. افراد بیمار با شرکت در این جلسات به شناخت احساسات و هیجان‌ها و افکار خود پرداخته و آزمونگر با تغییر افکار آن‌ها را به شناخت رسانده است و نیز آن‌ها را به سمت شیوه‌های مقابله منطقی و عاقلانه با هیجان در جهت کنترل استرس و اضطراب رهنموده است؛ در واقع آن‌ها را به این باور رسانده که می‌توان در مواجهه با مسائل و رویدادهایی که باعث ناراحتی‌شان می‌شوند با به چالش کشیدن فکر خود، خطرهای فکری، باورها و افکار غیرمنطقی و نامعقول خود را شناسایی و از بروز مسائل و مشکلات استرس، اضطراب، افسردگی و وسواس جلوگیری کنند (Fredericksn, 2014).

نتیجه دیگر پژوهش این بود که روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت بر کاهش علائم جسمانی اثربخش است. یافته این پژوهش با تحقیقات آباس و همکاران (Abbass et al., 2009)، آباس و همکاران (Abbass et al., 2008) و جانسون و همکاران (Johansson et al., 2014) همسو بود.

در روان‌درمانی پویشی به سطح اضطراب در بدن توجه می‌شود؛ هنگامی که اضطراب در بدن بازنمود پیدا می‌کند، درمانگر با روبه روکردن بیمار با اضطراب بدنی خود و دفاعی که انجام می‌دهد، بیمار را نسبت به دفاع بدنی و اضطراب بدنی خود آگاه می‌سازد. در این درمان به علت مواجهه فرد با احساسات ناخواسته، اضطرابش در ابتدا افزایش می‌یابد که این امر می‌تواند به نوبه خود باعث افزایش علائم گردد، اما پس از چند جلسه، احساسات برون ریزی شده و مورد پردازش و کنترل قرار می‌گیرند و علائم جسمانی سازی رو به کاهش می‌گذارند. محورهای این روش درمانی بر نوع رابطه درمانی و ماهیت افشا استوار است و موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می‌شود تا بیمار یا مراجع در کوتاه‌ترین زمان، عمق

احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نماید و از این روی، اصلی‌ترین نوع ارتباط و عمیق‌ترین شکل از فرهنگ و صداقت و اصالت در تعامل درمانگر و بیمار متجلی شود. این اصول در جلسات روان‌درمانی پژوهش حاضر نیز به کار گرفته شد. در طول جلسات درمانی وقتی ناهشیار بازگشایی و احساسات برون‌ریزی می‌شود، به طور چشم‌گیری احساسات رسوب شده در وجود فرد کاهش می‌یابد و با تنظیم اضطراب و تجربه احساسات، اضطراب سلامت و علائم جسمانی‌سازی در این بیماران از بین می‌رود (Ghorbani, 2016).

در این پژوهش مطابق با روند روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت و بر اساس نظریه دوانلو، دفاع‌ها که منجر به نشانه‌های مرضی می‌شوند، روشن‌سازی شده و مورد چالش قرار گرفتند و به تدریج آن‌ها توانستند در تماس با درد هیجانی و جراحات‌های گذشته قرار بگیرند و بعد از تخلیه هیجانی، احساسات و هیجانات آن‌ها ملایم‌تر شود. افراد با به چالش کشیدن فکر خود، خطرهای فکری، باورها و افکار غیرمنطقی و نامعقول خود را شناسایی و از بروز استرس، ترس، اضطراب، افسردگی و ناامیدی جلوگیری کنند که مانع از بروز ابزارگری هیجانی می‌شود.

بنابراین پیشنهاد می‌شود بعد از بهبودی از کرونا افرادی که نشانه‌های بیماری روان‌شناختی دارند هنگام مراجعه به مراکز روان‌شناسی از این روان‌درمانی برای بهبودی آن‌ها استفاده شود. این پژوهش، با محدودیت‌هایی روبرو بوده است؛ همچون جامعه آماری آن که مراجعه‌کنندگان به کلینیک تخصصی مشاوره در شهر بهبهان بودند، در نتیجه برای تعمیم نتایج به جوامع دیگر باید احتیاط کرد. دوره پیگیری طولانی امکان ارزیابی بهتر تأثیرات درمانی را فراهم می‌آورد که در این پژوهش با توجه به محدودیت زمانی، حداقل دوره پیگیری برای بیماران در نظر گرفته شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده گردیده که جنبه خود گزارش‌دهی دارد و این شیوه ممکن است تحت تأثیر عوامل متعدد مانند گرایش پاسخ دهندگان به ارائه پاسخ‌های افراطی-تفریطی قرار گیرد.

پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش میزان تعمیم‌پذیری نتایج، پژوهش‌های مشابه در نمونه‌های بیشتر، متنوع‌تر و با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متفاوت اجرا شود. مطالعاتی با پیگیری‌های بلندمدت‌تر، نتایج کامل‌تری را در زمینه میزان پایداری تغییرات در طول زمان در اختیار قرار می‌دهد.

در پایان محققان، از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی خود را ابراز می‌دارند. ضمناً هیچ گونه تعارض منافع بین نویسندگان وجود ندارد. لازم به ذکر است، این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.D.REC.1402.086 می‌باشد و بدون حمایت مالی سازمان خاصی انجام گرفته است.

References

- Abbass, A., Campbell, S., Magee, K., & Tarzwell, R. (2009). Intensive short-term dynamic psychotherapy to reduce rates of emergency department return visits for patients with medically unexplained symptoms: Preliminary evidence from a pre-post intervention study. *Cjem*, 11(6), 529-534. <https://doi.org/10.1017/s1481803500011799>
- Abbass, A., Lovas, D., & Purdy, A. (2008). Direct diagnosis and management of emotional factors in chronic headache patients. *Cephalalgia*, 28(12), 1305-1314. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2008.01680.x>
- Abdolmohammadi, K., Ghadiri Sourman Abadi, F., Sadat Seyed Pourmand, N., & Falsafinejad, M. R. (2018). The validation of somatization inventory in the students of tabriz universities (iran) [Original Article]. *Qom University of Medical Sciences Journal*, 11(12), 61-67. <http://journal.muq.ac.ir/article-1-1237-fa.html>
- Alipour, A., Ghadami, A., Alipour, Z., & Abdollahzadeh, H. (2020). Preliminary validation of the corona disease anxiety scale (cdas) in the iranian sample. *QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*, 8(32), 163-175.
- Alizadeh, S., Taklavi, S., Mahmoud Alilou, M., & Feizipour, H. (2021). The effectiveness of existential therapy on death anxiety and meaning of life in recovered patients of covid-19 [Clinical trials]. *Studies in Medical Sciences*, 32(5), 388-398. <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-5557-en.html>
- Amini H, Sharifi V, Asaadi S.M, Mohammadi M.R, Kaviani H, Semnani Y, Shabani A, Shahrivar Z, Hakim Shooshtari M, Seddigh A, & Jalali-Roodsari M. (2008). Validity of the iranian version of the structured clinical interview for DSM-IV (scid-i) in the diagnosis of psychiatric disorders [Research]. *Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*, 7(1), 0-0. <http://payeshjournal.ir/article-1-675-en.html>
- Aminpoor, H., Afshinfar, J., Mostafaei, A., & Ostovar, S. (2012). Validation of goldberg's depression scale in academic and non-academic peoples. *Annals of Biological Research*, 3, 4564-4573.
- Asli Azad, M., Khaki, S., & Farhadi, T. (2021). Efficiency of online reality therapy on anxiety and psychological distress in the covid-19 improved. *Psychological Achievements*, 28(2), 1-20. <https://doi.org/10.22055/psy.2021.35651.2620>
- Asmundson, G. J. G., & Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like covid-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *J Anxiety Disord*, 71, 102211. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102211>
- Association, A. P. (2013). *American psychiatric association. Diagnostic and statistical manuel of mental disorder(dsm) 5th ed.* American Psychiatric Association.
- Boland, R., Verduin, M. I., & Ruiz, P. (2022). *Kaplan & sadock's synopsis of psychiatry.* Wolters kluwer.
- Davanloo, H. (1995). *Unlocking the unconscious: Selected papers of habib davanloo.* Wiley.
- Davidian, H. (2007). *Diagnosis and treatment of depression in iranian culture.* . Farhangestan Olum Pezeshki..
- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. C., Abbass, A. A., de Jonghe, F., & Dekker, J. J. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 30(1), 25-36. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.010>

- First, M. B., Williams, J. B., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). *Structured clinical interview for dsm-5 disorders: Scid-5-cv clinician version*. American Psychiatric Association Publishing Washington, DC.
- Fredericksn, J. (2014). *Co-creating change: Effective dynamic therapy techniques* (E. k. sigarudi, Trans.). Arjmand. (In Persian)
- Ghorbani, N. (2016). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Basics and techniques*. Samt.
- Goldberg, I. K. (1993). *Questions & answers about depression and its treatment: A consultation with a leading psychiatrist*. Charles Press Pubs (PA).
- Grant, J. E., Steinberg, M. A., Kim, S. W., Rounsaville, B. J., & Potenza, M. N. (2004). Preliminary validity and reliability testing of a structured clinical interview for pathological gambling. *Psychiatry Res*, 128(1), 79-88. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.05.006>
- Johansson, R., Town, J. M., & Abbass, A. (2014). Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: Overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. *PeerJ*, 2, e548. <https://doi.org/10.7717/peerj.548>
- Karimi, J., Homayuni Najafabadi, A., & Homayuni Najafabadi, F. (2015). Evaluation of psychometric properties of the health anxiety inventory [Original]. *Hakim Health System Research Journal*, 17(4), 297-305. <http://hakim.hbi.ir/article-1-1457-fa.html>
- Kato, K., Sullivan, P. F., & Pedersen, N. L. (2010). Latent class analysis of functional somatic symptoms in a population-based sample of twins. *J Psychosom Res*, 68(5), 447-453. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.010>
- Khoryaniyan, M., Heidari nasab, L., Tayebi, Z., & Aghamohammadiyan Shearbaf, H. R. (2012). Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy in decreasing the symptoms of depression and increasing emotional disclosure in patients suffering from depression. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 7(26), 37-46. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_29_3888be225f48c9d92c739a0bfd5d5e55.pdf
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med*, 146(5), 317-325. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Liew, H., & Gardner, S. (2015). The interrelationship between smoking and depression in indonesia. *Health Policy and Technology*, 5. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2015.10.003>
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., Wu, L., Sun, Z., Zhou, Y., Wang, Y., & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of ptss during covid-19 outbreak in china hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Res*, 287, 112921. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>
- Montazeri, A., Mousavi, S. J., Omidvari, S., Tavousi, M., Hashemi, A., & Rostami, T. (2013). Depression in iran: A systematic review of the literature (2000-2010). *PAYESH*, 12(6), -. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=333346>

- Nargesi, F., Izadi, F., Kariminejad, K., & Rezaii Sharif, A. (2017). The investigation of the reliability and validity of persian version of health anxiety questionnaire in students of lorestan university of medical sciences. *Quarterly of Educational Measurement*, 7(27), 147-160. <https://doi.org/10.22054/jem.2017.19621.1495>
- Ranjbar Sudejani, y., & Sharifi, K. (2017). Effectiveness of intensive short term dynamic psychotherapy (istdp) on social anxiety of children with mental disability and visual perception disorder [Original Article]. *Journal of Exceptional Education (J Except Educ)*, 1(144), 15-22. <http://exceptionaleducation.ir/article-1-947-en.html>
- Rief, W., & Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clin Psychol Rev*, 27(7), 821-841. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.005>
- Rief, W., Hessel, A., & Braehler, E. (2001). Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosom Med*, 63(4), 595-602. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00012>
- Rocco, D., Abbas, A., Agrosi, V., Bergomi, F., Maria, B., luce martin, S., Giovanna, P., Rossi, L., Zuccotti, L., & Zanelli, D. (2014). The efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy for anxiety disorders when provided by psychologists in training. *Ad hoc bulletin of short-term dynamic psychotherapy –practice and theory. ad hoc bulletin of short-term dynamic psychotherapy –practice and theory*, 18, 5-15.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M., & Clark, D. M. (2002). The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med*, 32(5), 843-853. <https://doi.org/10.1017/s0033291702005822>
- Schat, A. C. H., Kelloway, E. K., & Desmarais, S. (2005). The physical health questionnaire (phq): Construct validation of a self-report scale of somatic symptoms. *J Occup Health Psychol*, 10(4), 363-381. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.10.4.363>
- Solem, S., Borgejordet, S., Haseth, S., Hansen, B., Håland, Å., & Bailey, R. (2015). Symptoms of health anxiety in obsessive-compulsive disorder: Relationship with treatment outcome and metacognition. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 5, 76-81. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.002>
- Spence, J. T., Helmreich, R. L., & Pred, R. S. (1987). Impatience versus achievement strivings in the type a pattern: Differential effects on students' health and academic achievement. *J Appl Psychol*, 72(4), 522-528.
- Taghavi, F., Mirzaie, P., Azandariani, M., & Rezaei Shojaei, S. (2019). The effectiveness of short-term dynamic psychotherapy on anxiety, depression and happiness in women with generalized anxiety. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 62(December), 456-466. <https://doi.org/10.22038/mjms.2019.15075>
- Wright, K. D., Reiser, S. J., & Delparte, C. A. (2017). The relationship between childhood health anxiety, parent health anxiety, and associated constructs. *J Health Psychol*, 22(5), 617-626. <https://doi.org/10.1177/1359105315610669>
- Yao, H., Chen, J. H., & Xu, Y. F. (2020). Patients with mental health disorders in the covid-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, 7(4), e21. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30090-0)
- Zhou, X., Snoswell, C. L., Harding, L. E., Bambling, M., Edirippulige, S., Bai, X., & Smith, A. C. (2020). The role of telehealth in reducing the mental health burden from covid-19. *Telemed J E Health*, 26(4), 377-379. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0068>



Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Integrated Transdiagnostic Treatment on Sexual Self Concept, Sexual Intimacy and Sexual Function in Women with Premenstrual Dysphoric Disorder¹

Shima Khorram

Ph.D. student in Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran. Email: shimakhoram173@gmail.com

Habib Hadian Fard

Professor, Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran. (Corresponding Author), Email: Hadianfd@shirazu.ac.ir

Abdulaziz Aflakseir

Associate Professor, Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran. Email: aafakseir@shirazu.ac.ir

Javad Molazadeh

Associate Professor, Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran. Email: Molazade@shirazu.ac.ir

Received: 2023-08-26

Revised: 2024-02-27

Accepted: 2024-06-09

Published: 2024-06-19

Citation: Khorram, S., Hadianfard, H., Aflakseir, A., & Mollazadeh, J. (2024). Comparison of the effect of Cognitive Behavioral Therapy and Integrated Transdiagnostic Treatment on Sexual Self Concept, Sexual Intimacy, and Sexual Function in women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 14(1), 243-268. doi: 10.22067/tpccp.2024.83367.1521

Abstract

Introduction: Menstruation is a natural cycle in every woman's body. Today, informing everyone about the challenges of menstruation and understanding the needs of women during this period is more important than ever. Menstruation creates special conditions before or during this period. This may lead to annoying symptoms and disrupt some of daily activities. One of the most common menstrual mental disorders is Pre-Menstrual Dysphoric Disorder (PMDD), which is associated with behavioral, physical, and emotional symptoms. One of the basic points in the assessment of PMDD is sexual issues (Nowosielski et al., 2010). In each phase of sexual activity, sexual dysfunction is experienced depending on the psychological-physiological changes.

Sexual self-concept significantly influences sexual performance at both intrapersonal and interpersonal levels (Guyon et al., 2020). Another significant issue is sexual intimacy, including the expression of feelings, thoughts, fantasies, and making romantic experiences with the partner (Masoumi et al., 2017). Most women with PMDD do not embark on treating the disorder, the result of which might be destructive impacts on personal and marital relationships. So far, only pharmacotherapy has been prescribed for PMDD, though no medication can alleviate all symptoms of the disorder. Therefore, over the immediate past, one of the most significant issues for investigating the disorder has been psychological treatments for alleviating the symptoms through actively managing of the individuals.

1. Extracted from Ph.D's thesis defended in Department of Clinical Psychology, Shiraz University of Shiraz



Considering the necessity of seeking the most effective method in this regard, this study tried to compare the effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) with Integrated Transdiagnostic Therapy (ITT) on sexual self-concept, sexual intimacy, and sexual function among women with PMDD.

Method: This semi-experimental study applied a quantitative design, including a pre-test, post-test, and a two-month follow-up assessment. The statistical population included all married women aged 25 to 45 years who experienced menstrual issues. These women had visited one of the psychiatry or psychology clinics, specialized gynecology and obstetrics clinics, or midwifery clinics of Larestan in 2021-2022. Applying a purposive sampling, 60 participants were selected and randomly categorized into three groups of 20 people (two experimental groups and one control group). Research tools for collecting data consisted of the Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire (MSSCQ) (Snell, 1992), the Female Sexual Function Index (FSFI) (Rosen and et al., 2000) and the Sexual Intimacy Questionnaire (SIQ) (Bagarozzi, 2013). Before implementing the intervention, a pre-test was run for all three groups. The first and second experimental groups underwent the unified transdiagnostic intervention and cognitive-behavioral therapy, respectively, in nine 90-minute sessions, while the control group received no intervention. At the end of the treatment period, all participants were given a post-test, and finally, two months later, the participants were re-evaluated in the follow-up stage. For analyzing the data, descriptive statistics, statistical assumptions test, mixed analysis of variance, and Bonferroni test were applied, using spss-24.

Results: The results indicated that the integrated transdiagnostic therapy and cognitive-behavioral therapy significantly enhanced the average scores on sexual self-concept, sexual intimacy, and sexual function and the impacts remained to the follow-up stage. Cognitive-behavioral therapy significantly outperformed integrated transdiagnostic therapy in its effects on sexual self-concept, but the latter had a greater impact on sexual intimacy. The results indicated an average difference of 10.933 ($p < 0.001$) in sexual self-concept between the cognitive behavioral therapy group and the control group, a difference of -6.05 ($p < 0.001$) in sexual performance, and an average difference of 8.133 ($p < 0.001$) in sexual intimacy between the integrated metadiagnostic treatment group and the control group. This research confirms the effectiveness of cognitive behavioral therapy on sexual intimacy, aligning with the findings of Braga et al. (2022) and Rodriguez-Moreno et al. (2022). As sexual self-concept, and sexual intimacy are considered the cognitive-emotional variables, one can conclude that both therapies can play an effective role in improving the scores of all of the three variables. However, in regard with the greater impact of cognitive-behavioral therapy compared to integrated transdiagnostic therapy on the sexual self-concept and sexual function, one can say that in cognitive-behavioral therapy, emotions are influenced by cognitive factors; that is, the inability of experiencing, identifying, and controlling the improper emotions is the result of negative thoughts and beliefs as well as the application of ineffective methods. Thus resorting to cognitive-behavioral therapy can be effective through modifying biases and ineffective cognitions and through decreasing cognitive errors and challenging them. The therapy focuses on the impacts of beliefs, thoughts, and attitudes on the way of interpreting information, triggers effective coping responses, and controls negative emotions. In general speaking, one can say that sexual self-concept and sexual function, as the factors characterized by more cognitive elements, are influenced and improved.

Integrated transdiagnostic therapy has a greater impact on sexual intimacy than cognitive-behavioral therapy because it specifically focuses on emotions. This approach includes techniques for handling emotions, such as observing and recognizing them, understanding problematic strategies such as experiential avoidance, teaching emotional awareness, identifying emotion-triggered behaviors, and addressing the negative effects of experiential avoidance (Steele et al., 2018). The difference between the two treatments in terms of their effectiveness might be because of special attention of transdiagnostic treatment to emotions, since sexual intimacy as a significant issue in marital life not only is significantly related to the emotional aspect but also to the cognitive aspect.

Discussion and Conclusion: The results showed that through implementing specific strategies and techniques, the cognitive-behavioral and transdiagnostic therapies improved the sexual indicators among married women with PMDD, and the effects the treatments continued over two months after the intervention. Considering the findings, the researchers suggest that officials and psychotherapists implement both of the therapies as effective means towards improving the health of people, designing treatment programs, offering training programs for the health of women, and enhancing the mental health of women with PMDD.

Keywords: Cognitive-behavioral Therapy, Integrated Transdiagnostic Therapy, Sexual Self-Concept, Sexual Intimacy, Premenstrual Dysphoric Disorder

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

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

دسترسی آزاد

مقایسه تأثیر درمان‌های شناختی-رفتاری و فراتشخیصی یکپارچه بر خودپنداره جنسی، صمیمیت جنسی و عملکرد جنسی در زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی

شیما خرم ^{ID}دانش جوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. shimakhoram173@gmail.comحبیب هادیان فرد ^{ID}استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)، Hadianfd@shirazu.ac.irعبدالعزیز افلاک سیر ^{ID}دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. aaflakseir@shirazu.ac.irجواد ملازاده ^{ID}دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. Molazade@shirazu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۰۴	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۲/۰۸	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۲۰	تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۳۰
استناد: خرم، شیما؛ هادیان فرد، حبیب؛ افلاک سیر، عبدالعزیز؛ ملازاده، جواد. (۱۴۰۳). مقایسه تأثیر درمان‌های شناختی-رفتاری و فراتشخیصی یکپارچه بر خودپنداره جنسی، صمیمیت جنسی و عملکرد جنسی در زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۴(۱)، ۲۴۳-۲۶۸. doi: 10.22067/tpccp.2024.83367.1521			

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با فراتشخیصی یکپارچه بر سه متغیر خودپنداره جنسی، صمیمیت جنسی و عملکرد جنسی در زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی است.

روش: روش پژوهش بر مبنای هدف، کاربردی و از نظر روش، کمی و از نوع نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پی‌گیری ۲ ماهه بود.

جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان متأهل با دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی مراجعه کننده به مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و بهداشتی شهرستان لار در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود که حداقل شش ماه تا یک سال از زمان مشکلات قاعدگی آن‌ها می‌گذشت و بیماری جسمی خاصی نداشتند که با روش نمونه‌گیری هدفمند از بین آن‌ها تعداد ۶۰ نفر انتخاب و به شیوه انتصاب تصادفی در سه گروه مساوی ۲۰ نفری جایگزین شدند.

یافته‌ها: گروه‌های آزمایش و کنترل پرسشنامه چندوجهی خودپنداره جنسی (MSSCQ)، پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI) و پرسشنامه صمیمیت جنسی (SIQ) را در مراحل مختلف سنجش تکمیل کردند. هر دو درمان فراتشخیصی و شناختی-رفتاری طی ۹ جلسه برای آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش (نه افراد گروه کنترل) اجرا شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، آزمون

پیش‌فرض‌های آماری، آنالیز واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بن‌فرونی تحلیل شد. نتایج نشان داد هر دو درمان بر بهبود میانگین نمره خودپنداره جنسی، صمیمیت جنسی و عملکرد جنسی تأثیر معناداری داشته‌اند. اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خودپنداره جنسی و عملکرد جنسی نسبت به درمان فراتشخیصی یکپارچه بیشتر بوده است اما تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر صمیمیت جنسی بالاتر بوده است. یافته‌های پژوهش حاضر حمایتی تجربی برای دو روش درمانی در جهت بهبود شاخص‌های جنسی در زنان متأهل بود. آگاهی روان‌درمانگران حوزه سلامت و بهداشت خانواده از این رویکردها می‌تواند کمک‌کننده باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، درمان فراتشخیصی یکپارچه، خودپنداره جنسی، صمیمیت جنسی، عملکرد جنسی، اختلال ملال پیش از قاعدگی.

مقدمه

زندگی زنان تا حد بسیاری متأثر از چرخه‌های زیستی و هورمونی آن‌هاست. یکی از چرخه‌های زیستی مهم در بدن هر زن قاعدگی^۱ است. تخلیه خون، موکوس و بقایای سلولی از رحم را قاعدگی گویند که به دنبال فعالیت‌های محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-گناد اتفاق می‌افتد که در زنان بارور جهت تولیدمثل جنسی به طور ماهیانه رخ می‌دهد (Chumpalova et al., 2020). امروزه آگاه‌سازی همگان در مورد چالش‌های دوران قاعدگی و درک نیازهای زنان در این دوران، بیش از پیش مورد توجه است. قاعدگی، برای هر زن شرایط خاصی را در قبل یا طول این دوره ایجاد می‌کند که می‌تواند نشانه‌هایی آزاردهنده را به همراه داشته باشد و حتی بخشی از کارهای روزمره را مختل کند. یکی از شدیدترین موارد مرتبط با سیکل‌های ماهیانه، اختلال ملال پیش از قاعدگی^۲ (PMDD) است که با نشانه‌های رفتاری، جسمانی و عاطفی همراه است. از نکات اساسی در ارزیابی زنان PMDD مسائل جنسی و اختلال‌ها آن می‌باشد (Nowosielski et al., 2010). در هر مرحله از فعالیت جنسی، اختلال عملکرد جنسی بر حسب تغییرات روانی فیزیولوژیک مشکلی است که تجربه می‌شود. خودپنداره جنسی^۳ که در عملکرد جنسی نقش مهمی دارد، ادراک فرد درباره طبیعت وجود خودش در بعد جنسی اطلاق می‌شود که مستلزم ادراک و استنباط هم در سطح درون‌فردی و هم در سطح میان‌فردی است (Guyon et al., 2020). یکی دیگر از عوامل مهم درباره‌ی عملکرد جنسی صمیمیت جنسی^۴ است که بیان احساسات و افکار و خیال‌پردازی‌های شهوانی و خلق تجارب عاشقانه با شریک زندگی را شامل می‌شود (Masoumi et al., 2017).

1. menstruation

2. premenstrual dysphoric disorder

3. sexual self concept

4. sexual intimacy

از آنجایی که قاعدگی یک امر طبیعی و غیرقابل گریز است، اکثر زنان مبتلا به PMDD اقدامی برای درمان انجام نمی‌دهند و خود و خانواده‌شان درباره علائم این اختلال نه تنها اطلاعات کافی ندارند بلکه اثرات منفی و شدید آن را می‌پذیرند. این عدم شناخت و مباحث فرهنگی باعث می‌شود به غیر از خود فرد، همسرانشان نیز بازخورد مناسبی به فرد مبتلا نشان نداده و این را از خصوصیات شخصیتی فرد بدانند. از طرفی در مرحله لوتئال^۱ افزایش اضطراب و بی‌قراری به خودپنداره منفی فرد دامن زده که باعث تداوم اثرات مخرب در تمام روزها می‌شود. بنابراین اگر فرد راه‌هایی برای آگاهی و کاهش علائم نیابد، اثرات مخربی را در زندگی فردی و زناشویی به‌جا می‌گذارد.

تا به حال اولین گزینه درمان PMDD دارو درمانی^۲ بوده است؛ اما تاکنون دارویی که بتواند همه علائم PMDD را کاهش دهد و یا متناسب با تغییر علائم در طول زمان باشد، عرضه نشده است. بنابراین پژوهشگران و حوزه‌های بهداشت و سلامت روان، آگاه‌سازی زنان را در جهت کاهش علائم، مورد توجه قرار داده‌اند که باعث می‌شود درمان‌های غیردارویی و روان‌شناختی یکی از شاخص‌ترین حوزه‌های پژوهشی شوند. یکی از مدل‌های درمانی در حال پیشرفت، درمان شناختی-رفتاری^۳ است. درمان شناختی رفتاری با تمرکز بر تأثیر باورها، افکار و نگرش‌های فرد در چگونگی تفسیر اطلاعات در خودپنداره جنسی فرد و صمیمیت جنسی و چرخه پاسخ جنسی نقش مهمی برعهده دارد (Guyon et al., 2020). و یکی از بهترین شیوه‌های درمانی است که پاسخ‌های مقابله‌ای کارآمد را راه‌اندازی می‌کند و هیجان‌های منفی را مهار می‌کند (Cho & Na, 2019). بنابراین افراد آموزش می‌بینند تا با شناسایی افکار خودآیند منفی و توجه به تحریف‌های شناختی و در ادامه با به چالش کشیدن آن‌ها افکار جدیدی بازسازی کنند و در نهایت احساسات بهتری تجربه کرده و رفتارهای مناسب‌تری از خود نشان دهند. در این رویکرد درمانی هم از راهبردهای رفتاری از قبیل آرام‌سازی عضلانی، ایفای نقش، مواجهه‌سازی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، افزایش خودکنترلی و تکالیف رفتاری سازمان‌یافته و هم از راهبردهای شناختی از قبیل شناسایی تحریف‌های شناختی، بازسازی شناختی و به دنبال آن تقویت خودگویی‌های مقابله‌ای استفاده می‌شود (Lerner et al., 2022).

درمان شناختی - رفتاری دستورالعمل‌های درمانی ویژه برای هر اختلال منتشر کرده و مطالعات متعددی بر تأثیرگذاری این روش درمانی اذعان نموده‌اند (Kane et al., 2019). لیکن پروتکل‌های درمانی بسیار برای هر کدام از این اختلال‌ها، نفع نداشتن از لحاظ زمان و هزینه برای کارشناسان متبحر در کاربرد

1. luteal phase

2. pharmacotherapy

3. cognitive behavioral therapy

پروتکل‌های درمانی گوناگون، پشت سرگذاشتن دوره‌های کاروزی عدیده، آشفته‌گی و مردد بودن در انتخاب پروتکل قابل و در انتها بغرنج بودن مراحل مدون کردن پروتکل‌ها محدودیت‌هایی برای مداخله‌های شناختی رفتاری به وجود آورده است (Eserdag et al., 2021). بارلو (۲۰۱۱) بر این باور است که تمرکز بر عوامل ویژه هر اختلال، فهم ما را از عوامل مشترک آن اختلال محدود کرده است (Barlow et al., 2017). در صورتی که مؤلفه‌های زیربنایی تری مسبب دامنه گسترده‌ای از اختلال‌های روان‌شناختی است. این امر باعث پدیدایی درمان فراتشخیصی شد. درمان فراتشخیصی یکپارچه علی‌رغم این که مبتنی بر رویکردهای شناختی - رفتاری است اما در اشخاص با اختلال هیجانی در تمرکز بر شیوه آزمودن و پاسخ‌دهی، بی‌نظیر و بی‌مانند است. این درمان اساساً هدفش تلاش در شناخت و بازیابی کوشش‌های ناسازگارانه برای تنظیم هیجان است. بدین‌سان به افراد کمک می‌کند تا علاوه بر درک بهتر از تعامل افکار، احساسات و رفتارهای خود، بتوانند پیامدهای تجارب هیجانی رفتار خویش را پیش‌بینی و در صورت لزوم رفتارهای نشأت گرفته از هیجانات را اصلاح کنند از این رو این درمان مغایر با درمان‌های شناختی رفتاری اختصاصی، برای بهبودی همانندی اختلال‌های روانی پدید آمده است و به سمت عوامل مشترک هر اختلال هیجانی سوق پیدا کرده است (Bakhshipour Roodsari et al., 2014). که با تأکید ویژه بر ماهیت سازگارانه هیجان‌ها و آگاهی‌دادن هرچه بیشتر فرد از نقش شناخت‌ها و هیجان‌ها و رفتارها با ارائه فنونی جامع در تلاش است صرف نظر از تشخیص به تمام مشکلات افراد بپردازد. از محاسن این درمان فراگیری سهل و بسط سریع این درمان و کاربرد بالای آن به شکل گروهی و بهره‌جویی برای اختلال‌هایی که بنیان مشترک دارند، می‌باشد. بدین‌سان اگر درمان‌های فراتشخیصی به میزان درمان‌های اختصاصی تأثیرگذار باشد، منطقی است که در صدر درمان‌های اثربخش قرار بگیرد (Steele et al., 2018).

با توجه به مطالعات انجام شده، ۸۵ درصد از زنان دست کم یکی از علائم قبل از قاعدگی و حدوداً ۹ درصد بانوان تداخل علائم شدید خلقی قبل قاعدگی PMDD را در زندگی روزانه تجربه می‌کنند (American Psychiatric Association & Association, 2013). بررسی‌ها در ایران نشان می‌دهد که بانوان ایرانی حدود ۱۰ الی ۱۴ درصد، با اختلال PMDD مواجه می‌شوند (mohammad Bakhshani et al., 2012). از طرفی مهم‌ترین تأثیرات مخرب PMDD شامل مشکلات در عملکرد جنسی، تعارضات زناشویی، انزوای اجتماعی و افزایش مشکلات روان‌تنی می‌باشند. اخیراً بیش از گذشته به کاهش علائم، درمان و کاستن پیامدهای اختلال PMDD توجه می‌شود. به همین دلیل مراجعه به متخصصین به سبب علایم پیش از قاعدگی و همچنین ماهیت گردشی و مزمن بودن آن، هم‌چنین شناخت کم زنان از تأثیر مخرب آن در تمام

جنبه‌های زندگی افزایش یافته است.

- بنابراین باتوجه به اهمیت سلامت جامعه و بانوان و نقش غیرقابل انکار آن در سلامت روانی اعضای خانواده در شکل‌گیری جامعه‌ای سالم، مقاله حاضر برای پاسخ‌گویی به فرضیه‌های زیر انجام گرفت:
- (۱) بین اثربخشی مداخله فراتشخیصی یکپارچه و مداخله شناختی-رفتاری بر خودپنداره جنسی در زنان دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی تفاوت وجود دارد.
 - (۲) بین اثربخشی مداخله فراتشخیصی یکپارچه و مداخله شناختی-رفتاری بر صمیمیت جنسی در زنان دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی تفاوت وجود دارد.
 - (۳) بین اثربخشی مداخله فراتشخیصی یکپارچه و مداخله شناختی-رفتاری بر عملکرد جنسی در زنان دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی تفاوت وجود دارد.
- فرضیه: درمان‌های شناختی-رفتاری و فراتشخیصی یکپارچه بر خودپنداره جنسی، صمیمیت جنسی و عملکرد جنسی در زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی مؤثر است.

روش

روش پژوهش بر مبنای هدف، کاربردی و از نظر روش، کمی و از نوع نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پی‌گیری ۲ ماهه خواهد بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی زنان متأهل با دامنه سنی ۴۵ تا ۲۵ سال مبتلا به مشکلات قاعدگی مراجعه‌کننده به یکی از کلینیک‌های روانپزشکی، روانشناسی، درمانگاه‌های تخصصی زنان و زایمان و کلینیک‌های مامایی لارستان در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل دادند. تعداد اعضای نمونه در پژوهش‌های مداخله در هر گروه حداقل ۱۵ نفر توصیه شده است. بنابراین در این مطالعه به منظور افزایش توان تعمیم نتایج و به دلیل این که احتمال ریزش در نمونه‌ها وجود دارد، ۶۰ نفر انتخاب و با انتصاب تصادفی در سه گروه مساوی ۲۰ نفری (گروه آزمایش اول ۲۰ نفر= درمان فراتشخیصی یکپارچه؛ گروه آزمایش دوم ۲۰ نفر= درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل ۲۰ نفر) تعیین شدند. ملاک‌های ورود به این پژوهش، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، کسب نمره بالاتر از ۲۸ و بالاتر در پرسشنامه غربال‌گری پیش از قاعدگی (Steiner et al., 2003)، گذشتن حداقل شش ماه الی یک سال از زمان مشکل فرد شرکت‌کننده، نداشتن بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی و داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم می‌باشند. ملاک‌های خروج از این پژوهش مصرف داروهای روان‌پزشکی^۱

و روان‌گردان^۱، غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی، شرکت هم‌زمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی هم‌زمان با پژوهش، ابتلا به سوءمصرف مواد مخدر و سیگار، مبتلا بودن به اختلال‌ها روان‌پزشکی می‌باشند.

۶۰ نفر که واجد شرایط بودند به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی^۲ (درمان شناختی رفتاری و فراتشخیصی) و گروه گواه^۳ انتخاب شدند. گروه گواه پس از اجرای پیش‌آزمون^۴ (پاسخ به پرسشنامه‌های عملکرد جنسی، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی) از فرایند مداخله خارج شدند. پس از آن در جلسه‌ای جداگانه پیش‌آزمون‌های گروه‌های مداخله توزیع شدند تا تکمیل کنند. جلسات مداخله در سالن مشاوره واقع در شهرستان لارستان برگزار می‌شد. هریک از گروه‌های مداخله فراتشخیصی یکپارچه و مداخله شناختی-رفتاری طی جلسات تنظیم شده ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی تحت درمان قرار گرفتند. در انتهای درمان هر سه گروه پس‌آزمون^۵ دادند و آزمودنی‌ها به منظور مرحله پی‌گیری دو ماه بعد از درمان ارزیابی مجدد شدند.

ابزارها

پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی (PSST)^۶: این پرسشنامه توسط استینر و همکاران (Steiner et al., 2003) و به منظور شناسایی زنانی که از نشانگان پیش از قاعدگی رنج می‌برند طراحی و تدوین شد. شامل ۱۹ سؤال است. نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف ۴ درجه‌ای (از شدید=۳ تا اصلاً=۰) نمره‌گذاری می‌شود. جهت تشخیص اختلال ملال پیش از قاعدگی سه شرط باید با هم وجود داشته باشد. از پرسش ۱ تا ۴ حداقل یک مورد شدید وجود داشته باشد. از پرسش ۱ تا ۴ حداقل ۴ مورد متوسط یا شدید وجود داشته باشد. از پرسش ۱۵ تا ۲۰ حداقل یک مورد شدید وجود داشته باشد. نمرات بالاتر، نشانگر فرد مبتلا به سندرم نشانگان پیش از قاعدگی است (Chumpalova et al., 2020). در خارج کشور ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمده است (Câmara et al., 2016). در پژوهش دیگر ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۴ تا ۰/۸۹ محاسبه شده است (Henz et al., 2018). در داخل ایران بررسی پایایی^۷ پرسشنامه از روش همسانی درونی^۸ استفاده شده است که آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و روایی محتوایی^۹ ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ به دست آمده است

1. psychedelic drugs
2. experimental group
3. control group
4. pretest
5. posttest
6. premenstrual symptoms screening tool
7. reliability
8. internal consistency
9. content validity

(Saghebi Saeedi et al., 2020). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه چندوجهی خودپنداره جنسی (MSSCQ): این پرسشنامه توسط شاور طراحی شده است و در اسنل بازنویسی شده است (Shaver & Mikulincer, 2010). که نسخه فارسی آن ۷۸ سؤال و ۱۸ حیطه دارد که در ایران توسط ضیائی هنجاریابی شده است. در این آزمون ۱۸ حیطه خودپنداره جنسی مثبت و منفی مورد بررسی قرار خواهد گرفت که خودپنداره مثبت عبارتند از خودکارآمدی جنسی^۲، آگاهی جنسی، انگیزه برای اجتناب از روابط جنسی پرخطر، اشتیاق جنسی^۳، شهامت و جرات جنسی، خوشبینی جنسی، نظارت و پایش جنسی، انگیزش جنسی، اعتبار و ارزشمندی جنسی، مدیریت مسائل جنسی، پیشگیری از مشکلات جنسی و رضایت جنسی است. همچنین خودپنداره منفی شامل اضطراب جنسی، خودسرزنی در مشکلات جنسی، ترس از رابطه جنسی، افسردگی جنسی، کنترل درونی مسائل جنسی و الگوهای فردی جنسی است. حداقل نمره در دو بعد صفر و حداکثر نمره در خودپنداره مثبت ۱۷۶ و خودپنداره منفی ۶۴ است. نمره‌گذاری سوالات در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از به هیچ وجه در مورد من صدق نمی‌کند = ۰ تا کاملاً در مورد من صدق می‌کند = ۴) می‌باشد. در این پرسشنامه ۴ عبارت به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. هر حیطه از ۳ تا ۵ گویه تشکیل شده است. گویه‌های متعلق به هر حیطه در سراسر پرسشنامه توزیع شده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه توسط سازنده ابزار برای زیرمقیاس‌های خودپنداره جنسی منفی، مثبت و موقعیتی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۹ و ۰/۷۷ گزارش شده است (Sandín et al., 2020). در پژوهش داخل کشور پایایی زیرمقیاس‌های پرسشنامه در حد قابل قبولی گزارش شده است و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ با دامنه اطمینان ۹۵٪ بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ به دست آمد (Naeinian et al., 2021). در پژوهش دیگر داخل کشور ضریب پایایی پرسشنامه از طریق محاسبه همسانی درونی و روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد (Kakanezhadifard et al., 2021). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI):^۴ این پرسشنامه به وسیله روزن و همکارانشان، (Rosen, 2000) جهت اندازه‌گیری عملکرد جنسی زنان تدوین شد. شامل ۱۹ سؤال با ۶ زیرمقیاس میل جنسی، برانگیختگی جنسی^۵، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت‌مندی و درد جنسی است. نمره‌گذاری در طیف پاسخ‌دهی از ۱ تا ۵ می‌باشد. با جمع نمرات ۶ زیرمقیاس با هم، نمره کل ابزار به دست می‌آید و نمره بالاتر نشان‌دهنده کارکرد

1. multi-dimensional sexual self-concept questionnaire
2. sexual self efficacy
3. sexual desire
4. female sexual function inventory
5. sexual arousal

بهرتر جنسی است. حداقل نمره اکتسابی ۱۹ و حداکثر آن ۹۵ می‌باشد و نقطه برش برای کل ابزار ۲۸ در نظر گرفته شده است و نمره کمتر از ۲۸ بیانگر وضعیت اختلال در عملکرد جنسی است. نمره گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر تا ۵ می‌باشد. پایایی کل پرسشنامه توسط سازندگان ابزار با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شد (Rosen, 2000). در پژوهش داخل کشور به منظور پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد و آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد (Tarnas et al., 2021) که در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه صمیمیت جنسی (SIQ):^۱ در این پژوهش برای سنجش صمیمیت جنسی از پرسشنامه صمیمیت جنسی باگاروزی^۲ (Bagarozzi, 2013) بعد جنسی استفاده شده است. باگاروزی این پرسشنامه را تهیه کرده است و نیازهای صمیمیت را در ۸ بعد عاطفی، بعد روان‌شناختی، بعد عقلانی، بعد جنسی، بعد فیزیکی، بعد معنوی، بعد زیبایی شناختی و بعد تفریحی- اجتماعی را مورد سنجش قرار می‌دهد. در این پژوهش فقط بعد جنسی که شامل ۵ سؤال می‌باشد، مورد استفاده قرار می‌گیرد. نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت ده درجه‌ای (از به هیچ وجه چنین چیزی وجود ندارد= ۱ تا نیاز بسیار زیادی وجود دارد= ۱۰) است؛ حاصل جمع نمره بین ۵ تا ۵۰ خواهد بود. نمره بالاتر نشان‌دهنده نیاز بیشتر پاسخ‌دهنده به صمیمیت جنسی از طرف همسر خود خواهد بود. به منظور بررسی پایایی پرسشنامه در پژوهش خارج از کشور، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و پایایی ابعاد پرسشنامه صمیمیت جنسی در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۴ گزارش شد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه می‌باشد (Garrison & Curtis, 2019). در داخل کشور نیز به منظور بررسی پایایی پرسشنامه از روش آزمون- باز آزمون و ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای استفاده شد. ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای برای این پرسشنامه ۰/۹۹۵ گزارش شد که حاکی از پایایی مناسب پرسشنامه می‌باشد (Hasanpour et al., 2019). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

1. sexual intimacy questionnaire

2. Bagarozzi

جدول ۱. محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری (Kate, 2007)

جلسه	شرح جلسات
۱	جلسه توجیحی شامل خوش آمدگویی، ایجاد انگیزه، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه، بیان انتظارات از آن‌ها در جلسات درمانی، مدت زمان جلسه، اقدام برای شناخت یکدیگر، آموزش سیکل قاعدگی طبیعی، سندرم ملال پیش از قاعدگی، شیوع و تشخیص افتراقی و انواع راهبردهای درمانی به ویژه درمان روان‌شناختی آن، ارائه بازخورد به هر یک از اعضای گروه توسط سایر اعضا، پیش‌آزمون.
۲	آموزش خودبازنگری، تلاش برای اتحاد بین اعضای گروه برای شکستن مقاومت‌ها و خودفاش‌سازی از طریق یادآوری قوانین اخلاقی گروه مانند رازداری، رعایت حقوق اعضای گروه و بحث در زمینه درمانگری شناختی-رفتاری و بیان تعامل بین افکار، احساسات و رفتار از طریق ABC
۳	ادامه تمرینات جلسه قبل، تجزیه و تحلیل رخ داده‌های فعال‌کننده، باورها و واکنش‌های عاطفی از دیدگاه درمانجویان، شناسایی باورهای بنیادین ناکارآمد و دسته‌بندی کردن آن‌ها، آموزش آرام‌سازی و تصویرپردازی ذهنی
۴	آموزش مدل سه سیستمی ABC، بحث در زمینه خودگویی‌های مثبت و نقش آن در کنترل هیجانات و تعیین تکلیف برای جلسه آینده در زمینه شناسایی باورهای بنیادین ناکارآمد در زمینه رفتارهای اضطراب‌انگیز و هم‌چنین، تمرین خودگویی‌های مثبت و بررسی تأثیرات آن بر رفتار.
۵	توضیح خطاهای شناختی، زیرسؤال بردن باورهای بنیادین ناکارآمد و تکمیل توالی ABC با اضافه کردن مولفه D به توالی به منظور به چالش کشیدن و زیرسؤال بردن باورهای ناکارآمد پایداری که در مقابل تغییر مقاومت می‌کنند.
۶	تغییر نگرش‌های اولیه، اطمینان از اینکه توالی ABC به درستی آموزش داده شده است. آموزش علمی آرامش عضلانی، تعیین تکلیف برای جلسه بعدی در زمینه ایجاد آرامش عضلانی.
۷	ایجاد طرحواره‌های متفاوت و انعطاف‌پذیر، بحث در زمینه مهارت حل مساله، و مرور تمرینات جلسات قبل.
۸	مرور جلسات قبل و تأثیرات حل مساله بر رفتارهای مرتبط با سلامت روان، آموزش بیرون کشیدن شناخت‌ها و استفاده از مقیاس ذهنی ناراحتی و ارائه مثال‌های مختلف درباره حل مساله و مراحل آن.
۹	آموزش رفتارها و مهارت‌های جدید جهت پیشگیری، کنترل و کاهش علائم، جمع‌بندی کلی نکات ارائه شده طی جلسات درمان، تبیین احتمال عود علائم پس از دوره درمان، واکنش صحیح در زمان عود، پس‌آزمون.

جدول ۲. محتوای جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه (Kate, 2007)

جلسه	شرح جلسات
۱	افزایش انگیزه و آموزش روان شناختی
۲	آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی
۳	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده هیجانی با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی
۴	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناخت؛ ایجاد آگاهی از تأثیر متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودآیند و دام‌های شایع تفکر و ارزیابی شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر
۵	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان
۶	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی و شناسایی EDBs ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه رویارو شدن با رفتارها
۷	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه و رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم.
۸	رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویارویی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب
۹	مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی و اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری شامل روش‌های آمار توصیفی مانند فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها، آزمون کالموگوف اسمیروف جهت بررسی به هم‌بستگی بودن توزیع نمره‌ها، تحلیل چندمتغیری مانکوا^۱ و تک متغیری^۲ جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون و پی‌گیری با کنترل اثر پیش‌آزمون استفاده شده است. کلیه تحلیل‌ها با نرم افزار SPSS-24 انجام شدند.

1. mancova

2. ancova

جدول ۳. فراوانی و درصد ویژگی‌های دموگرافیک در زنان دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی

متغیر	سطوح	گروه شناختی-رفتاری	گروه فراتشخصی	گروه کنترل	آماره	سطح
		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	کای دو	معناداری
سن	۲۰-۳۰ سال	۱۳ نفر (۶۵٪)	۱۱ نفر (۵۵٪)	۱۰ نفر (۵۰٪)	۸/۷۶۵	۰/۳۰۷
	۳۱ سال و بالاتر	۷ نفر (۳۵٪)	۹ نفر (۴۵٪)	۱۰ نفر (۵۰٪)		
تحصیلات	دیپلم	۶ نفر (۳۰٪)	۴ نفر (۲۰٪)	۶ نفر (۳۰٪)	۱۱/۰۵۴	۰/۱۸۶
	کاردانی-کارشناسی	۸ نفر (۴۰٪)	۹ نفر (۴۵٪)	۱۰ نفر (۵۰٪)		
	کارشناسی ارشد	۶ نفر (۳۰٪)	۷ نفر (۳۵٪)	۴ نفر (۲۰٪)		
شغل	خانه دار	۱۴ نفر (۷۰٪)	۱۲ نفر (۶۰٪)	۱۱ نفر (۵۵٪)	۶/۳۲۲	۰/۴۱۲
	شاغل	۶ نفر (۳۰٪)	۸ نفر (۴۰٪)	۹ نفر (۴۵٪)		

نتایج جدول مشاهده می‌شود که افراد نمونه از نظر ویژگی‌های سن ($M=۸/۶۷۵$ آزمون کای دو و $M=۰/۳۰۷$ سطح معناداری)، سطح تحصیلات ($M=۱۱/۰۵۴$ آزمون کای دو و $M=۰/۱۸۶$ سطح معناداری) و وضعیت شغلی ($M=۶/۳۲۲$ آزمون کای دو و $M=۰/۴۱۲$ سطح معناداری) با هم یکسان بوده و از نظر آماری دارای اختلاف معناداری نیستند. هم چنین نتایج این جدول حاکی از آن است که بیشترین فراوانی تحصیلات مربوط به مقطع تحصیلی کاردانی-کارشناسی است و محدوده سنی گروه نمونه، بیشتر افراد ۲۰ تا ۳۰ سال را شامل شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار خودپنداره جنسی به تفکیک گروه و مراحل سنجش

متغیر وابسته	گروه	تعداد	پیش آزمون	پس آزمون	پی گیری
			M ± SD	M ± SD	M ± SD
خودپنداره جنسی مثبت	شناختی-رفتاری	۲۰ نفر	۱۰/۸۵ ± ۵/۰۲	۱۶/۳۵ ± ۳/۸۲	۱۵/۸۵ ± ۳/۱۸
	فراتشخصی یکپارچه	۲۰ نفر	۹/۸۵ ± ۵/۳۱	۱۵/۳۰ ± ۳/۸۶	۱۵/۰۵ ± ۳/۶۶
	کنترل	۲۰ نفر	۹/۷۰ ± ۴/۶۳	۹/۶۴ ± ۴/۲۶	۹/۴۷ ± ۳/۲۳
خودپنداره جنسی منفی	شناختی-رفتاری	۲۰ نفر	۱۲/۳۵ ± ۳/۹۱	۷/۸۰ ± ۴/۱۷	۷/۱۰ ± ۳/۹۸
	فراتشخصی یکپارچه	۲۰ نفر	۱۱/۲۰ ± ۳/۲۵	۷/۲۵ ± ۳/۹۵	۶/۹۸ ± ۲/۵۴
	کنترل	۲۰ نفر	۱۱/۸۶ ± ۳/۳۳	۱۱/۷۷ ± ۲/۸۴	۱۱/۸۳ ± ۳/۰۶
خودپنداره جنسی موقعیتی	شناختی-رفتاری	۲۰ نفر	۱۰/۱۵ ± ۲/۹۰	۱۵/۲۰ ± ۴/۶۷	۱۷/۱۰ ± ۲/۶۳
	فراتشخصی یکپارچه	۲۰ نفر	۹/۹۰ ± ۴/۱۶	۱۳/۲۳ ± ۱/۲۹	۱۳/۵۰ ± ۲/۶۲
	کنترل	۲۰ نفر	۸/۳۵ ± ۴/۹۴	۸/۷۵ ± ۲/۸۸	۸/۶۰ ± ۱/۹۷
خودپنداره جنسی	شناختی-رفتاری	۲۰ نفر	۳۳/۳۵ ± ۱۱/۸۳	۳۹/۳۵ ± ۱۲/۶۶	۴۰/۰۵ ± ۹/۷۹
	فراتشخصی یکپارچه	۲۰ نفر	۳۰/۹۵ ± ۱۲/۷۲	۳۵/۷۸ ± ۹/۱۰	۳۵/۵۳ ± ۸/۸۲
	کنترل	۲۰ نفر	۲۹/۹۱ ± ۱۲/۹۰	۳۰/۱۶ ± ۹/۹۸	۲۹/۹۰ ± ۸/۲۶

جدول شماره ۴ میانگین و انحراف معیار متغیر وابسته خودپنداره جنسی در گروه‌های آزمایش و کنترل به تفکیک مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) را نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج همگنی شیب خط رگرسیون

متغیرهای وابسته	منبع تغییرات	آماره آزمون F	معناداری
خودپنداره جنسی مثبت	پیش‌آزمون × گروه	۱/۲۹۵	۰/۲۸۶
خودپنداره جنسی منفی	پیش‌آزمون × گروه	۰/۴۴۲	۰/۶۴۶
خودپنداره جنسی موقعیتی	پیش‌آزمون × گروه	۳/۳۳۰	۰/۰۵۱
خودپنداره جنسی	پیش‌آزمون × گروه	۱/۹۶۹	۰/۰۸۸
صمیمیت جنسی	پیش‌آزمون × گروه	۰/۱۰۸	۰/۹۸۷
میل جنسی	پیش‌آزمون × گروه	۱/۹۲۲	۰/۱۶۱
برانگیختگی جنسی	پیش‌آزمون × گروه	۲/۷۷۶	۰/۰۷۶
رطوبت مهبل	پیش‌آزمون × گروه	۰/۸۰۹	۰/۴۵۳
ارگاسم	پیش‌آزمون × گروه	۴/۲۴۱	۰/۰۶۶
رضایت جنسی	پیش‌آزمون × گروه	۳/۲۱۵	۰/۲۴۶
درد جنسی	پیش‌آزمون × گروه	۰/۶۷۲	۰/۵۹۲
عملکرد جنسی	پیش‌آزمون × گروه	۰/۷۷۰	۰/۴۸۹

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۵ سطح معناداری اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین فرضیه همگنی شیب خط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش پذیرفته می‌شود.

جدول ۶. نتایج آزمون‌های چندمتغیره پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	معنی داری	اندازه تاثیر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۴۷۲	۲۴/۹۹۲	۰/۰۰۰	۰/۷۷۳	۱/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۵۲۸	۲۴/۹۹۲	۰/۰۰۰	۰/۷۷۳	۱/۰۰۰
اثر هتلینگ	۰/۸۹۳	۲۴/۹۹۲	۰/۰۰۰	۰/۷۷۳	۱/۰۰۰
بزرگترین ریشه روی	۰/۸۹۳	۲۴/۹۹۲	۰/۰۰۰	۰/۷۷۳	۱/۰۰۰

نتایج جدول ۶ بیانگر آن است که لامبدای ویلکز ($\text{Sig}=0/000$ و $F=24/992$) معنادار است. نتایج مؤید آن است که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ پس‌آزمون متغیرهای وابسته مورد پژوهش با کنترل

پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته ایجاد شده است و ضریب تأثیر نشان می‌دهد که $۷۷/۳$ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخلات آزمایشی (درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه) است. بعد از این، به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هریک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه از متغیرهای مستقل اثر پذیرفته است یا خیر؟ بدین منظور از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرری استفاده شده است که نتایج آن در ادامه ارائه شده است.

جدول ۷. نتیجه آزمون کروییت موچلی متغیرهای پژوهش

متغیرهای وابسته	کروییت موچلی	آماره‌ی کای دو	درجه آزادی	سطح معناداری
خودپنداره جنسی	۰/۶۳۶	۲۵/۳۲۴	۲	۰/۰۰۱
صمیمیت جنسی	۰/۳۳۷	۶۰/۹۴۶	۲	۰/۰۰۱
عملکرد جنسی	۰/۸۸۴	۴۲/۰۲۶	۲	۰/۰۰۱

بر اساس جدول شماره ۷ آزمون کروییت موچلی مقدار سطح معناداری برای هر یک از متغیرهای وابسته پژوهش برابر ۰/۰۰۱ به دست آمده است؛ لذا فرض کروییت رد می‌شود. در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس‌ها و به گونه‌ای دقیق‌تر از شرط همگنی ماتریس کوواریانس اطمینان حاصل نشد و تخطی از الگوی آماری F صورت گرفته است. بنابراین از آزمون‌های جایگزین یعنی از آزمون محافظه کارانه گرین هاوس-گیرز برای بررسی اثرات درون آزمودنی درمان استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۸ آمده است.

جدول ۸. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر متغیرهای پژوهش در سه مرحله اجرا

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	سطح معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
خودپنداره جنسی	گروه	۱۶/۵۳۰	۰/۰۰۰	۰/۶۰۵	۰/۹۹۵
	زمان	۲۱/۰۳۱	۰/۰۰۰	۰/۶۱۷	۱/۰۰۰
	زمان×گروه	۳۴/۷۹۹	۰/۰۰۶	۰/۵۸۹	۰/۹۸۴
صمیمیت جنسی	گروه	۱۱/۴۱۳	۰/۰۰۰	۰/۵۶۸	۰/۹۹۱
	زمان	۴۵/۶۶۹	۰/۰۰۰	۰/۶۶۵	۱/۰۰۰
	زمان×گروه	۳۰/۶۵۱	۰/۰۰۰	۰/۵۱۸	۱/۰۰۰
عملکرد جنسی	گروه	۶۶/۴۸۷	۰/۰۰۰	۰/۶۹۴	۱/۰۰۰
	زمان	۱۱۵/۵۵۲	۰/۰۰۰	۰/۶۷۰	۱/۰۰۰
	زمان×گروه	۲۴/۴۱۶	۰/۰۰۰	۰/۵۶۱	۱/۰۰۰

نتایج جدول شماره ۸ نشان می‌دهد که دو روش مداخله (درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه) تفاوت معناداری را در سه مرحله اندازه‌گیری در نمره کل متغیرهای وابسته شامل خودپنداره جنسی، صمیمیت جنسی و عملکرد جنسی ایجاد کرده است. در ادامه مقایسه دو به دوی میانگین تعدیل شده مراحل مختلف آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری) در ادراک درد و سایر متغیرها در جدول شماره ۹ آمده است.

جدول ۹. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی در مراحل مختلف سنجش برای متغیرهای پژوهش

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
خودپنداره جنسی	پیش آزمون	۳۰/۴۱۸	پیش آزمون-پس آزمون	۳/۹۶۷*	۰/۰۰۰
	پس آزمون	۳۴/۳۸۳	پیش آزمون-پیگیری	۵/۴۱۷*	۰/۰۰۰
	پیگیری	۳۵/۸۲۹	پس آزمون-پیگیری	۰/۵۴۵	۰/۱۵۴
صمیمیت جنسی	پیش آزمون	۱۸/۴۸۷	پیش آزمون-پس آزمون	۳/۱۸۳*	۰/۰۰۰
	پس آزمون	۲۱/۵۸۳	پیش آزمون-پیگیری	۳/۳۶۷	۰/۰۰۰
	پیگیری	۲۱/۷۶۷	پس آزمون-پیگیری	۰/۱۸۳	۰/۳۳۶
عملکرد جنسی	پیش آزمون	۳۴/۶۸۳	پیش آزمون-پس آزمون	۱۱/۹۸۳*	۰/۰۰۰
	پس آزمون	۴۶/۶۶۷	پیش آزمون-پیگیری	۹/۳۱۷*	۰/۰۰۰
	پیگیری	۴۶/۰۴۳	پس آزمون-پیگیری	۰/۶۶۷	۰/۳۲۶

به منظور مشخص نمودن این که نمره کل متغیرهای وابسته پژوهش در کدام مرحله با هم تفاوت معناداری دارند، از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد که به مقایسه دو به دوی میانگین‌ها پرداخته شده است. جدول شماره ۹ نشان می‌دهد که دو روش مداخله (درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه) بر نمره کل متغیرهای وابسته پژوهش در هر دو مرحله پس آزمون و پی‌گیری تأثیر معناداری داشته‌اند. همانگونه که نتایج جدول شماره ۹ نشان می‌دهد «تفاوت میانگین پیش آزمون با پس آزمون» و «تفاوت میانگین پیش آزمون با پی‌گیری» بیشتر از «تفاوت میانگین پس آزمون و پی‌گیری» است که این نشان‌دهنده آن است که دو روش مداخله (درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه) بر نمره کل شاخص‌های جنسی مورد مطالعه شامل خودپنداره جنسی، صمیمیت جنسی و عملکرد جنسی در مرحله پس آزمون تأثیر داشته‌اند و این تأثیر معنادار در مرحله پی‌گیری تداوم داشته است. هم‌چنین، از آنجایی که نتایج به‌دست آمده مشخص نکرده است که تأثیر ایجاد شده در مراحل پس آزمون و پی‌گیری مربوط به کدام شیوه مداخله بوده است یا این که کدام روش مداخله اثربخش‌تر بوده است، لذا در ادامه برای بررسی

تفاوت اثربخشی دو روش مداخله مذکور بر نمره کل متغیرهای وابسته مورد پژوهش یعنی شاخص‌های جنسی از آزمون تعقیبی بن فرونی (برای مقایسه اثربخشی گروه‌های مداخله) استفاده شده است، که نتایج آن در جدول شماره ۱۰ ارائه شده است.

جدول ۱۰. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای شناسایی درمان اثربخش‌تر

متغیرهای وابسته	گروه‌های مداخله	گروه مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
خودپنداره جنسی	درمان شناختی-رفتاری	گروه کنترل	۱۰/۹۳۳*	۰/۰۰۰
	درمان فراتشخیصی یکپارچه		۸/۷۵۰*	۰/۰۰۱
صمیمیت جنسی	درمان شناختی-رفتاری	گروه کنترل	۲/۲۶۶*	۰/۰۱۸
	درمان فراتشخیصی یکپارچه		۸/۱۳۳*	۰/۰۰۰
عملکرد جنسی	درمان شناختی-رفتاری	گروه کنترل	-۶/۰۵۰*	۰/۰۰۰
	درمان فراتشخیصی یکپارچه		-۹/۲۳۰*	۰/۰۰۰

با توجه به نتایج جدول ۱۰ نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه با گروه کنترل تنها در متغیر صمیمیت جنسی بیشتر از تفاوت میانگین گروه درمان شناختی-رفتاری با گروه کنترل است؛ که بیانگر آن است که گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه اثربخشی بیشتری نسبت به گروه درمان شناختی-رفتاری بر نمره صمیمیت جنسی داشته است. هم چنین، با توجه به نتایج این جدول مشاهده می‌شود که درمان شناختی-رفتاری بر خودپنداره جنسی و عملکرد جنسی افراد نمونه نسبت به درمان فراتشخیصی یکپارچه اثربخش‌تر بوده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین اثربخشی مداخله فراتشخیصی یکپارچه و مداخله شناختی-رفتاری بر خودپنداره جنسی، صمیمیت جنسی و عملکرد جنسی در زنان دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی تفاوت وجود دارد.

نتیجه

نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر شاخص صمیمیت جنسی زنان دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی مؤثر هستند با این وجود، بین میزان اثربخشی دو روش مداخله از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد. به این صورت که درمان فراتشخیصی در افزایش صمیمیت جنسی زنان اثربخشی بیشتری داشته است. اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر صمیمیت جنسی در این پژوهش همسو با پژوهش‌های بارگا و همکاران (Braga et al., 2022)، رودرگوز-مورنو و همکاران (Rodriguez-Moreno et al., 2022) می‌باشد. در تبیین درمان شناختی رفتاری بر بهبود صمیمیت جنسی

زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی باید گفت تکنیک‌های این نوع درمان همچون بازسازی شناختی، تن آرامی، مهارت ارتباطی و خودآبرازی باعث افزایش خیال‌پردازی‌های جنسی و مهارت‌های جنسی و ایجاد رابطه صمیمانه با همسر و صمیمیت جنسی بیشتر با وی می‌شود. در این روش درمانی به افراد اجازه داده می‌شود که هیجانات خود را بروز دهند. تمرینات در افراد صرفاً اعمال مکانیکی و فیزیکی نیستند بلکه می‌توانند سبب بروز واکنش‌های روانی پیچیده گردند. بنابراین طی این تمرینات ارتباط عاطفی زوجین بیشتر می‌شود و صمیمیت جنسی‌شان نیز افزایش می‌یابد.

در تبیین درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر بهبود صمیمیت جنسی زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی باید گفت این شیوه‌ی درمانی مملو از تکنیک‌هایی است که منجر به تعدیل هیجانات افراد می‌شود، به‌عنوان مثال می‌توان به یادگیری مشاهده هیجانی، بازشناسی هیجان‌ها، آشنایی با راهبردهای مختل اجتناب تجربه‌ای، آموزش آگاهی هیجانی، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان، آگاهی یافتن از تأثیرات منفی اجتناب تجربه‌ای و در نهایت رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت اشاره نمود (Steele et al., 2018). لذا می‌توان گفت این رویکرد درمانی با تمرکز بر تکنیک‌های تنظیم هیجان موجب می‌شود که زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی به بازاریابی هیجانات به خصوص هیجانات منفی خود پردازند. به‌علاوه در درمان فراتشخیصی یکپارچه به زنان نمونه آموزش داده شد که از هیجانات خود آگاهی پیداکنند. درضمن یاد گرفتند که اجتناب از هیجانات می‌تواند منجر به کنترل یا بازداری هیجانات شود (García-Escalera et al., 2020) در نتیجه چگونگی روبرو شدن با هیجانات موجب می‌شود که زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی هیجانات خود را بازداری نکنند و به‌موقع به ابراز آن‌ها پردازند که خود منجر به نزدیکی و تعاملات بیشتر بین زوجین می‌شود و در نهایت سهم شدن هیجانات و درمیان گذاشتن تجارب، صمیمیت‌شان را افزایش می‌دهد. در تبیینی دیگر می‌توان گفت درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر درمانی متمرکز بر هیجان است. و به‌طور عمده سعی در کشف و اصلاح کوشش‌های غیرانطباقی تجارب هیجانی، شناختی، رفتاری دارد بنابراین مداخلات ترکیبی انجام می‌شود که موجب پردازش مجدد تجارب هیجانی، شناختی، رفتاری می‌شود (Grossman & Ehrenreich-May, 2020). با توجه به اینکه صمیمیت جنسی زیربنای هیجانی دارد، درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر برای بهبود سطح این متغیر رویکردی مناسب است. درضمن در این درمان تأکید خاصی به افزایش خودآگاهی هیجانی-شناختی و شناخت روابط بین هیجان، شناخت و رفتار می‌شود. بنابراین این درمان در اصلاح هیجان‌های خودآیند ناکارآمد و نشخوار فکری تأثیر بسیاری دارد (Steele et al., 2018) و سبب می‌شود زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی با تجدید نظر در هیجان و افکار، صمیمیت بیشتری در

رابطه باهمسر از خود نشان دهند. در نتیجه به مرور تماس بدنی و نزدیکی جسمی که برای تحریک و رضایت جنسی است افزایش می‌یابد.

درخصوص تأثیر بیشتر درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در مقایسه با درمان شناختی رفتاری می‌توان بیان نمود که برخلاف درمان شناختی رفتاری، درمان فراتشخیصی تأکید خاصی بر نقش هیجان‌ها دارند و از این جهت تکنیک‌های اختصاصی برای مدیریت هیجانات به کار می‌برند. از این رو تفاوت در میزان اثربخشی دو درمان می‌تواند ناشی از توجه ویژه به هیجانات در رویکرد درمان فراتشخیصی باشد. زیرا صمیمیت جنسی به عنوان یکی از سازه‌های مهم در زندگی زناشویی علاوه بر جنبه شناختی تا حد قابل توجهی با جنبه هیجانی ارتباط دارد. از سویی رویکردهای شناختی-رفتاری تاکنون دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های درمانی بسیاری برای اختلال‌ها رفتاری و هیجانی به ویژه اختلال‌های که با ارتباط بین فردی منتشر کرده‌اند و مطالعات بسیاری اثربخشی این شیوه مداخلاتی را تأیید کرده‌اند. اما یکی از مشکلات جدی که درمان‌های شناختی-رفتاری در درمان این مقوله با آن مواجه بوده است، بحث همبودی بسیار بالای این اختلال‌ها و مشکلات است که سودمندی درمان‌های شناختی و رفتاری را با مشکل مواجه نموده است. رویکرد فراتشخیصی در حوزه درمان‌های شناختی و رفتاری پیش‌قراول چاره‌جویی برای رفع نقص‌های رویکرد شناختی-رفتاری می‌باشد که در این زمینه به طراحی پروتکل‌های فراتشخیصی پرداخته است و این امر می‌تواند نتایج حاصل از مطالعه حاضر را توجیه نماید.

نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر شاخص خودپنداره جنسی زنان دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی مؤثر هستند با این وجود بین میزان اثربخشی دو روش مداخله از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد. به این صورت که درمان شناختی-رفتاری بر خودپنداره جنسی اثربخش‌تر بوده است. اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودپنداره جنسی در این پژوهش همسو با پژوهش گیون (Guyon et al., 2020) می‌باشد. و این بیانگر نقش خطیر آموزش در تغییر نگرش و باورهای افراد می‌باشد. به ویژه در کشور ما که به سبب ناهماهنگی زیاد بین تربیت جنسی افراد از زمان کودکی و عدم برخورد مناسب و علمی با این پدیده خطیر انسانی منجر به شکل‌گیری باورهای غلط شده است.

گذشته از این عدم اطلاع رسانی در زمان مناسب موجب تجارب خودآگاه و تخیلات نامناسب جنسی می‌شود و در نهایت خودپنداره جنسی افراد آسیب می‌بیند. درمان شناختی-رفتاری از طریق اصلاح سوگیری‌ها و شناخت‌های ناکارآمد و کاهش خطاهای شناختی و به چالش کشیدن آن‌ها که پاسخ‌های

رفتاری و هیجانی دارای کارکرد ناسازگارانه را فعال می‌کنند، باعث می‌شود ظرفیت فردی در وارد شدن به رفتارهای جنسی سالم افزایش یابد در نتیجه ارزیابی مثبت از تجربه جنسی بیشتر می‌شود و در ادامه اعتماد به خود جنسی نیز افزون می‌گردد (Guyon et al., 2020).

در تبیین درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر بهبود خودپنداره جنسی زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی باید گفت یکی از تکنیک‌های موجود در این نوع درمان، ارزیابی شناختی است تا با عواطف منفی خود چالش کنند و رفتارهای ناشی از هیجان‌شناسایی کنند و به اصلاح آن بپردازند و تحمل هیجانات منفی در طول مواجهه درون زاد به دست آورند. بنابراین پردازش شناختی و هیجانی به سطح کارکردی بازگردانده می‌شود (de Ornelas Maia et al., 2017) این فرایند سبب می‌شود زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی ادراک و احساسشان نسبت به خود و عملکرد جنسی‌شان افزایش یابد به عبارتی خودپنداره جنسی افزایش می‌یابد.

در تبیین دیگر باید گفت شالوده درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجان استوار است. تنظیم نبودن هیجان، کارکرد مؤثر شناخت را مختل می‌سازد و این اختلال در شناخت خود باعث تشدید آشفتگی هیجانی و رفتاری از جمله خودپنداره جنسی می‌شود (Rodriguez-Moreno et al., 2022).

همچنین، در خصوص تأثیر بیشتر درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان فراتشخیصی یکپارچه می‌توان گفت که درمان فراتشخیصی یکپارچه به نوعی برگرفته از اصول و مبانی نظری رویکرد شناختی-رفتاری است و در خصوص آسیب روانی همانند رویکرد شناختی-رفتاری به عوامل شناختی و هیجانی توجه دارد. در واقع در درمان شناختی-رفتاری هیجانات تحت تأثیر عوامل شناختی قرار می‌گیرد. براین اساس می‌توان گفت خودپنداره به عنوان عاملی که جنبه‌های شناختی بیشتری دارد تحت تأثیر قرار گرفته و خودپنداره جنسی نیز بهبود نشان می‌دهد. به عبارتی دیگر در رویکرد فراتشخیصی یکپارچه تجربه هیجانی و پاسخ به آن‌ها پایه اصلی این شیوه درمانی است که افراد مهارت‌هایی را کسب می‌کنند تا بتوانند به شیوه مؤثر شناخت‌های معیوب و هیجانات منفی خود را مدیریت نمایند. در نتیجه از آن‌جایی که متغیر وابسته مورد پژوهش یعنی خودپنداره جنسی متغیری شناختی-هیجانی است لذا می‌توان انتظار داشت که هر دو شیوه بتوانند نقش مؤثری در بهبود نمره این سازه داشته باشند؛ اما رویکرد شناختی-رفتاری به دلیل توجه بیشتر به عامل شناختی و به دنبال آن عامل هیجانی تأثیر بیشتری داشته است.

نتایج پژوهش نشان داد که هر دو شیوه مداخلاتی بر عملکرد جنسی افراد نمونه اثربخشی داشته‌اند با این حال میزان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری نسبت به درمان فراتشخیصی یکپارچه بالاتر بوده است.

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عملکرد جنسی در این پژوهش همسو با پژوهش‌های کامر و همکاران (Kemerer et al., 2023)، آدام و گریم و همکاران (Adam & Grimm, 2023) می‌باشد. در تبیین درمان شناختی-رفتاری بر بهبود عملکرد جنسی زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی می‌توان به منطق درمان شناختی-رفتاری استناد نمود.

مطابق با این نوع درمان افکار و رفتارهای ناسازگارانه نقش مهمی در آسیب‌شناسی اختلال‌ها روانی دارند که با شناسایی و سپس تعدیل الگوهای مرکزی باورها می‌توان نشانه‌های یک اختلال را کاهش داد. تکنیک‌های شناختی رفتاری باورها و احساساتی که میل و برانگیختگی جنسی را تضعیف می‌کند و نقش بازدارنده دارند را به چالش می‌کشند و قدرت تحریف‌های شناختی جنسی را کاهش می‌دهند و زنان را به رهاکردن این افکار در حین عملکرد جنسی تشویق می‌کنند. از طرفی مداخلاتی مانند آموزش اطلاعات جنسی، آموزش ابراز وجود به شیوه صحیح، آموزش تکنیک‌های تن آرامی، تغییر نگرش منفی نسبت به مسائل جنسی سبب کاهش سطح تنش روابط جنسی می‌شود. از سویی درمان شناختی رفتاری موجب می‌شود افراد از طریق تعبیر و تفسیر صحیح موقعیت استرس‌زا بینش جدیدی به دست آورند و در روابط جنسی عملکرد بهتری داشته و به دنبال این چرخه رابطه جنسی بهبود می‌یابد (Adam & Grimm, 2023).

در واقع تئوری‌های زیرلایه مداخلات شناختی-رفتاری قائل به ارتباط بین افکار، احساسات و رفتار هستند و مداخلاتی که هدف تغییر را در بازنمایی‌های ادراکی دارند بایستی پایه کار خود را بر تکنیک‌های شناختی-رفتاری که منجر به افزایش توان تصمیم‌گیری، مدیریت هیجانات و خودکنترلی، افزایش مهارت حل مساله و کاهش تنش ادراک شده می‌شود، گردند. فرد با شرکت در برنامه شناختی-رفتاری یاد می‌گیرد که باورهای شناختی مخرب خود در زمینه توانایی و رفتار جنسی را مورد بازبینی و اصلاح قرار دهد و همین امر می‌تواند به تعدیل تنش و بهبود رفتار جنسی منجر شود (Eserdag et al., 2021).

پژوهش‌های شور-زاوالا و همکاران (Sauer-Zavala et al., 2020) و ساکیس و برل (Sakiris & Berle, 2019) نشان دادند که درمان فراتشخیصی می‌تواند موجب کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب شود. در تبیین تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر بهبود عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی می‌توان گفت که یکی از تکنیک‌های موجود در این نوع درمان، ارزیابی مجدد شناختی است که از این طریق فرد آگاهی نسبت به ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها پیدا می‌کند و به شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودایند می‌پردازند (Talkovsky et al., 2017). لذا می‌توان گفت این تکنیک موجب می‌شود که زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی به پردازش‌های شناختی ناکارآمد که موجب کاهش

عملکرد جنسی می‌شود آگاهی می‌یابند و با تجدیدنظر در فرایندهای شناختی و روبرو شدن با افکار نشخوارگونه، هیجانات مثبت در روابط زناشویی تجربه می‌کنند که خود باعث افزایش میل جنسی شان شده در نتیجه عملکرد جنسی بهتری تجربه می‌کنند.

به علاوه این شیوه درمانی به افراد چگونگی مواجه شدن با هیجانات و شناخت‌های ناخوشایند را آموزش می‌دهند تا به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌ها و شناخت‌ها پاسخ دهند (Barlow et al., 2017). و فهم بهتری از تعامل افکار، احساس‌ها و رفتارها در به وجود آمدن تجربه‌های هیجانی درونی و جنسی به دست آورند.

در تبیینی دیگر می‌توان گفت مدل درمان فراتشخیصی یکپارچه برپایه مهارت‌های تنظیم هیجان بنا شده است و برای طیف بسیاری از اختلال‌های هیجانی کاربرد دارد (Steele et al., 2018). راهبردهای روان آموزشی، مواجهه، خودکنترلی افکار و مدیریت پاسخ‌ها که در پژوهش‌های قبلی نتایج خوبی را بیان داشتند بخشی از تکنیک‌های آن رویکرد درمانی است. این تکنیک‌ها موجب تسهیل در شناسایی افکار موثر بر هیجانات و رفتارهای اضطراب‌زا می‌شوند. در جلسات درمانی به افراد آموزش داده می‌شود که هم هیجانات مثبت و هم منفی مهم هستند و هدف حذف این هیجانات نیست بلکه شناسایی و کنار آمدن با هیجانات منفی می‌باشد. بنابراین زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی در جلسات درمانی آموختند که به جای فرار از تجربه هیجانی، با افزایش تحمل روانی به دنبال حل مشکل خود باشند. بر این اساس آنان توانستند دلیل هیجانات منفی نسبت به عملکرد جنسی با همسرانشان را بیابند و با مرتفع نمودن آن، روابط جنسی بهتری از خود نشان دهند.

در پایان محققان از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی خود را ابراز می‌دارند. ضمناً هیچ گونه تعارض منافع بین نویسندگان وجود ندارد. لازم به ذکر است، این پژوهش برگرفته از رساله دکتری رشته روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز با کد اخلاق IR.US.REC.1401.022 می‌باشد و بدون حمایت مالی سازمان خاصی انجام گرفته است.

References

- Adam, F., & Grimm, E. (2023). Female sexual dysfunction: Applications of cognitive-behavioral therapy. In *Handbook of Cognitive Behavioral Therapy by Disorder* (pp. 147-161). Elsevier .
- American Psychiatric Association, D., & Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical*

- manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5). American psychiatric association Washington, DC. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/RR-10-2013-0256>
- Bakhshipour Roodsari, A., Mahmood Aliloo, M., Farnam, A., & Abdi, R. (2014). Efficacy evaluation of unified transdiagnostic treatment in symptoms reduction of patients with generalized anxiety disorder and a comorbid emotional disorder. *Journal of Modern Psychological Researches*, 8(32), 41-74. https://doi.org/https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4295_007f76f1fcd3cc1433684c8729fddf9.pdf
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., & Boswell, J. F. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 74(9), 875-884.
- Braga, C., Ferreira, H., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2022). Ambivalence resolution in the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: An exploratory case study. *Psychotherapy Research*, 32(8), 1034-1046. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2062267>
- Câmara, R. d. A., Köhler, C. A., Frey, B. N., Hyphantis, T. N., & Carvalho, A. F. (2016). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) and association of PSST scores with health-related quality of life. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 39, 140-146. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-1953>
- Cho, S.-E., & Na, K.-S. (2019). Questioning the beneficial effects of internet-based cognitive behavioral therapy on premenstrual dysphoric disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88(4), 236-236.
- Chumpalova, P., Iakimova, R., Stoimenova-Popova, M., Aptalidis, D., Pandova, M., Stoyanova, M., & Fountoulakis, K. N. (2020). Prevalence and clinical picture of premenstrual syndrome in females from Bulgaria. *Annals of general psychiatry*, 19(1), 1-7. <https://doi.org/https://annals-general-psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12991-019-0255-1>
- de Ornelas Maia, A. C. C., Sanford, J., Boettcher, H., Nardi, A. E., & Barlow, D. (2017). Improvement in quality of life and sexual functioning in a comorbid sample after the unified protocol transdiagnostic group treatment. *Journal of psychiatric research*, 93, 30-36.
- Eserdag, S., Kurban, D., Yakut, E., & Mishra, P. C. (2021). Insights into the vaginismus treatment by cognitive behavioral therapies: correlation with sexual dysfunction identified in male spouses of the patients. *Journal of Family & Reproductive Health*, 15(1), 61.
- García-Escalera, J., Valiente, R. M., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., Prieto, A., & Chorot, P. (2020). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents (UP-A) adapted as a school-based anxiety and depression prevention program: An initial cluster randomized wait-list-controlled trial. *Behavior therapy*, 51(3), 46. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.08.003>
- Garrison, M. B., & Curtis, S. V. (2019). Marital Conflict, Intimate Partner Violence, and Family Preservation. *Empirically Based Interventions Targeting Social Problems*, 227-245. https://doi.org/10.1007/978-3-030-28487-9_11
- Grossman, R. A., & Ehrenreich-May, J. (2020). Using the unified protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders with youth exhibiting anger and irritability. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(2), 184-201.

- Guyon, R., Fernet, M., Canivet, C., Tardif, M., & Godbout, N. (2020). Sexual self-concept among men and women child sexual abuse survivors: Emergence of differentiated profiles. *Child Abuse & Neglect*, 104, 104481. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104481>
- Hasanpour, V., Keshavarz, Z., Azin, S. A., Ansaripour, S., & Ghasemi, E. (2019). Comparison of Sexual Function and Intimacy in Women with and without Recurrent Miscarriage. *Journal of Isfahan Medical School*, 37(5), ۷۷۴-۷۶۸. <https://doi.org/https://doi.org/10.22122/jims.v37i533.12181>
- Henz, A., Ferreira, C. F., Oderich, C. L., Gallon, C. W., de Castro, J. R. S., Conzatti, M., de Almeida Fleck, M. P., & Wender, M. C. O. (2018). Premenstrual syndrome diagnosis: A comparative study between the daily record of severity of problems (DRSP) and the premenstrual symptoms screening tool (PSST). *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia/RBGO Gynecology and Obstetrics*, 40(01), 020-025. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1608672>
- Kakanezhadifard, M., Heidari, A., & Naderi, F. (2021). The Mediating Role of Infertility Stress in the Relationship Between Sexual Self-Concept, Family Resilience, and Marital Adjustment in Infertile Women. *MIDDLE EASTERN JOURNAL OF DISABILITY STUDIES*, 11(1). <https://sid.ir/paper/1030636/en>
- Kane, L., Dawson, S. J., Shaughnessy, K., Reissing, E. D., Ouimet, A. J., & Ashbaugh, A. R. (2019). A review of experimental research on anxiety and sexual arousal: Implications for the treatment of sexual dysfunction using cognitive behavioral therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*, 10. (۷)
- Kate, H. K., Sulcus, J, Kirk; D, Clark. (2007). Cognitive behavioral therapy. *Translated by Habibullah Qasemzadeh*, 1(1), 1-400 .
- Kemerer ,B. M., Zdaniuk, B., Higano, C. S., Bossio, J. A., Camara Bicalho Santos, R., Flannigan, R., & Brotto, L. A. (2023). A randomized comparison of group mindfulness and group cognitive behavioral therapy vs control for couples after prostate cancer with sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 20(3), 346-366 .
- Lerner, T., Bagnoli, V. R., Pereyra, E. A. G. d., Fonteles, L. P., Sorpreso, I. C. E., Soares Júnior, J. M., & Baracat, E. C. (2022). Cognitive-behavioral group therapy for women with hypoactive sexual desire: A pilot randomized study. *Clinics*, 77 .
- Masoumi, S. Z., Khani, S., Kazemi, F., Kalhori, F., Ebrahimi, R., & Roshanaei, G. (2017). Effect of marital relationship enrichment program on marital satisfaction, marital intimacy, and sexual satisfaction of infertile couples. *International journal of fertility & sterility*, 11(3), 197. <https://doi.org/https://doi.org/10.22074/ijfs.2017.4885>
- mohammad Bakhshani, N., Hasanzadeh, Z., & Raghbi, M. (2012). Prevalence of premenstrual symptoms and premenstrual dysphoric disorder among adolescents students of Zahedan. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 13(8). <https://doi.org/https://sid.ir/paper/84541/fa>
- Naeinian, M. R., Ghannadian, F., & Heydarinasab, L. (2021). The relationship between sexual self-concept and sexual function and self-esteem in women with vaginismus disorder. *Journal of Behdasht dar Arseh*, 8(4). <https://doi.org/https://doi.org/10.22037/jhf.v8i4.33685>
- Nowosielski, K., Drosdzol, A., Skrzypulec, V., & Plinta, R. (2010). Sexual satisfaction in females with premenstrual symptoms. *The journal of sexual medicine*, 7(11), 3589-3597. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01927.x>

- Rodriguez-Moreno, S., Farchione, T. J., Roca, P., Marín, C., Guillén, A. I & ,Panadero, S. (2022). Initial effectiveness evaluation of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders for homeless women. *Behavior Modification*, 46(3), 506-528. <https://doi.org/10.1177/0145445520982562>
- Rosen ,C. B., J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy* ,26(2) 191-208 . <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Saghebi Saeedi, K., Abolghasem, A., & Akbari, B. (2020). The effectiveness of self-compassion training and positive thinking on sleep quality and decrease of pain intensity in girl with primary dysmenorrhea. *Complementary Medicine Journal*, 9(4), 3914-3929. <http://cmja.arakmu.ac.ir/article-1-698-fa.html>
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical psychology review*, 72, 101751 .
- Sandín, B., García-Escalera, J., Valiente, R. M., Espinosa, V., & Chorot, P. (2020). Clinical utility of an internet-delivered version of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents (iUP-A): a pilot open trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8306. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228306>
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Steele, S. J., Tirpak, J. W., Ametaj, A. A., Nauphal, M., Cardona, N., Wang, M., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). Treating depressive disorders with the Unified Protocol: A preliminary randomized evaluation. *Journal of Affective Disorders*, 264, 438 . ۴۴۵-
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2010). New directions in attachment theory and research. *Journal of social and personal relationships*, 27(2), 163-172. <https://doi.org/10.1177/0265407509360899>
- Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders .*Journal of psychiatric research*, 104, 211-216 .
- Steiner, M., Macdougall, M., & Brown, E. (2003). The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 203-209. <https://doi.org/10.1007/s00737-003-0018-4>
- Talkovsky, A. M., Green, K. L., Osegueda, A., & Norton, P. J. (2017). Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 46, 56-64 .
- Tarnas, G., Meshchi, F., Shahnazari, M., Sodagar, S., & Asgharpour, M. (2021). The prediction of women's sexual function based on the role of self-concept, self-efficacy, and sexual awareness. *Journal of Applied Family Therapy*, 2(3), 169-153. <https://doi.org/10.22034/aftj.2021.302163.1179>

Table of Contents

- 1 **The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on the Fear of Negative Evaluation, Anxiety and Family Conflict of Childless Couples**
Abolfazl Bakhshpoor
- 2 **Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Schema Therapy on the Feeling of Loneliness and Emotional Divorce among Infertile Women**
Fatemeh Zamani nia, Mohammadjavad Aqsgari Ebrahimabad, Aliakbar Samari
- 3 **The Effectiveness of Death-Thinking-Based Psychotherapy on Prisoners' Quality of Life, Life Expectancy, and Depression**
Bahramali Ghanbari Hasemabadi, Alireza Attariani, Mahmoud Azadi
- 4 **Comparing the Effectiveness of Schema Therapy in Comparison with Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Psychological Distress of Women with Bulimia Nervosa**
Rozita Goharshahi, Abdollah Mafakheri, Mohammad Mohammadipour
- 5 **Predicting Health Anxiety Through the fear of COVID-19, Neuroticism, Behavioral Inhibition System, and Negative Emotion Regulation Strategies**
Mohammadreza Mazloomzadeh, Ali Mashhadi, Seyyed Ruhollah Hosseini
- 6 **The Effectiveness of Community-Based Treatment with Methadone Agonist on the Executive Functions of Substance Users undergoing Compulsory Treatment in Kerman Province**
Mitra Kamyabi, Khosro Ahmadzadeh Shahidian
- 7 **The Association between Working Memory and Fluid Reasoning among Children with Dyslexia: The Mediating Role of Executive Functions**
Ali Agahi, Hossein Shareh, Hassan Toozandehjani
- 8 **Counseling After Traumatic Loss: Effects on Self-Compassion, Post-Traumatic Growth, and Depression**
Zahra Asgari, Azam Naghavi, Mohammad Reza Abedi
- 9 **The Mediating Role of Job Stress on the Relationships between Mindfulness, Cognitive Ability, and Stress related to Covid-19 with Job Performance-Related Outcomes: A Cross-Sectional Study on Bank Managers**
Nasrin Sharifi , Javad Salehi Fadardi, Abbas Firouzabadi
- 10 **Comparative the Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Emotional Capital and Meta-Cognition of Women with Generalized Anxiety Disorder in Esfahan City**
Maryam Najafi, Ilnaz Sajjadian, Gholamreza Manshee
- 11 **The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Depression, Health Anxiety, and Physical Symptoms among Patients Recovered from Covid-19**
Soheil Jafari, Kobra Kazemian Moghadam, Fatemeh Ghalavand
- 12 **Comparison of the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Integrated Transdiagnostic Treatment on Sexual Self Concept, Sexual Intimacy and Sexual Function in Women with Premenstrual Dysphoric Disorder**
Shima Khorram, Habib Hadian Fard, Abdulaziz Aflakseir, Javad Molazadeh



Manager in Charge and Chief Editor:

Professor, Bahramali Ghanbari Hashemabadi, Ferdowsi University of Mashhad

Editorial Board:

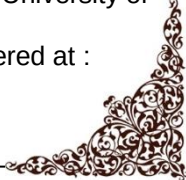
- **Dr. Hamid Reza Aghamohammadian sharbaf**
Professor, Ferdowsi University of Mashhad
- **Dr. Seyed Amir Aminyazdi**
Professor, Ferdowsi University of Mashhad
- **Jalil Babapour kehiroodin**
Professor, University of Tabriz
- **Dr. Noor Mohamad Bakhshani**
Professor, University of Zahedan
- **Ahmad Borjali**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

Excutive Manager : Mohammad Hamidi

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. 14, No. 1, 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. 14, No. 1, 2024

eISSN: 2423-4265

ISSN: 2251-6352

27

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on the Fear of Negative Evaluation ... Abolfazl Bakhshpoor	I
Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Schema Therapy on the ... Fateme Zamani nia, Mohammadjavad Aqsgari Ebrahimabad, Aliakbar Samari	II
The Effectiveness of Death-Thinking-Based Psychotherapy on Prisoners' Quality of ... Bahramali Ghanbari Hasemabadi, Alireza Attariani, Mahmoud Azadi	III
Comparing the Effectiveness of Schema Therapy in Comparison with Acceptance and ... Rozita Goharshahi, Abdollah Mafakheri, Mohammad Mohammadipour	IV
Predicting Health Anxiety Through the fear of COVID-19, Neuroticism, Behavioral ... Mohammadreza Mazloomzadeh, Ali Mashhadi, Seyyed Ruhollah Hosseini	V
The Effectiveness of Community-Based Treatment with Methadone Agonist on ... Mitra Kamyabi, Khosro Ahmadzadeh Shahidian	VI
The Association between Working Memory and Fluid Reasoning among Children with ... Ali Agahi, Hossein Shareh, Hassan Toozandehjani	VII
Counseling After Traumatic Loss: Effects on Self-Compassion, Post-Traumatic Growth ... Zahra Asgari, Azam Naghavi, Mohammad Reza Abedi	VIII
The Mediating Role of Job Stress on the Relationships between Mindfulness, Cognitive ... Nasrin Sharifi, Javad Salehi Fadardi, Abbas Firouzabadi	IX
Comparative the Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy and Mindfulness-Based ... Maryam Najafi, Ilnaz Sajjadian, Gholamreza Manshee	X
The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on ... Soheil Jafari, Kobra Kazemian Moghadam, Fatemeh Ghalavand	XI
Comparison of the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Integrated ... Shima Khorram, Habib Hadian Fard, Abdulaziz Aflakseir, Javad Molazadeh	XII