



پژوهش‌های

روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

دوره ۱۵، شماره ۱، سال ۱۴۰۴

شاپا الکترونیک: ۴۶۶۵-۴۴۲۳

شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

دو فصلنامه علمی

۲۹

- ۵ مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه، با طرح‌واره درمانی همراه با مواجهه، بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری
مهنار قطره‌سامانی، محمود نجفی
- ۲۵ بررسی اثربخشی القای خلق بر کنش‌های اجرایی و نظریه ذهن دانشجویان دختر
آلاله عطاران خراسانی، ایمان الله بیگدلی، علی مشهدی
- ۵۵ اثربخشی زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر بر خودتنظیمی هیجانی و خودشفقتی زوج‌های دچار تعارض
روجا تقی زاده، علی مهدی زاده
- ۷۹ اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی و انعطاف
پذیری شناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر
کبری غنی زاده بالدرلو، نعیمه محب، مرضیه علیوندی وفا، معصومه آزموده
- ۹۷ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم از خود و ناگویی هیجانی در زنان متقاضی طلاق
حوریه حقیقی، هادی غلام محمدی، جعفر طالبیان شریف
- ۱۱۵ بررسی نقش خودکنترلی و شفقت به خود در پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس استرس ادراک شده و
ناگویی هیجانی در پرستاران
الهه گرامی پور، شیدا سوداگر، مریم بهرامی هیدجی
- ۱۳۵ اثربخشی مداخله گروهی روابط ابژه کوتاه مدت بر خودآگاهی، اضطراب اجتماعی و آلکسی تایمیا در
بیماران مبتلا به آسم
نگار سرلک، غلامرضا طالبی

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دوفصلنامه علمی

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دانشگاه فردوسی مشهد

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

دوره ۱۵، شماره ۱، سال ۱۴۰۴

شاپا چاپی: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

شاپا الکترونیک: ۴۲۶۵-۲۴۲۳

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

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

این مجله در پایگاه‌های زیر نمایه می‌شود:

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

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

هیأت تحریریه :

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

داوران این شماره :

منصوره ابوالحسنی، معصومه اسلامی، جلیل باباپور، مسعود خاکپور، محسن رضائی، فرزانه طیرانی نجاران، هادی غلام محمدی، سید ایمان قطب، آزاده محولاتی، علی مشهدی، محمدرضا وداد مفرد.

مدیر اجرایی و کارشناس مجله : سجاد کمالی نیا

ویراستار: دکتر شهربانو عالی، دکتر عباس فیروز آبادی

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 مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه، با طرح‌واره درمانی همراه با مواجهه، بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری مهناز قطره‌سامانی، محمود نجفی
- ۲۵ بررسی اثربخشی القای خلق بر کنش‌های اجرایی و نظریه ذهن دانشجویان دختر آلاله عطاران خراسانی، ایمان الله بیگدلی، علی مشهدی
- ۵۵ اثربخشی زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر بر خودتنظیمی هیجانی و خودشفقتی زوج‌های دچار تعارض روجا تقی زاده، علی مهدی زاده
- ۷۹ اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی و انعطاف پذیری شناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کبری غنی زاده بالدرلو، نعیمه محب، مرضیه علیوندی وفا، معصومه آزموده
- ۹۷ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم از خود و ناگویی هیجانی در زنان متقاضی طلاق حوریه حقیقی، هادی غلام محمدی، جعفر طالبیان شریف
- ۱۱۵ بررسی نقش خودکنترلی و شفقت به خود در پیش‌بینی تاب‌آوری براساس استرس ادراک شده و ناگویی هیجانی در پرستاران الهه گرامی پور، شیدا سوداگر، مریم بهرامی هیدجی
- ۱۳۵ اثربخشی مداخله گروهی روابط ابژه کوتاه مدت بر خودآگاهی، اضطراب اجتماعی و آلکسی تایمیا در بیماران مبتلا به آسم نگار سرلک، غلامرضا طالبی



Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with Exposure and Schema Therapy with Exposure on Depression, Anxiety and Stress in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Mahnaz Ghatreh Samani

Ph.D Student in Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. Email: mahnaz.samani@gmail.com

Mahmoud Najafi

Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. (Corresponding author), Email: m_najafi@semnan.ac.ir

Received: 2024-10-30

Revised: 2025-02-17

Accepted: 2025-06-30

Published: 2025-08-25

Citation: Ghatreh Samani, M., & Najafi, M. (2025). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with Exposure and Schema Therapy with Exposure on Depression, Anxiety and Stress in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 15(1), 5-24.
doi: 10.22067/tpccp.2025.92212.1764

Abstract

Introduction

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is characterized by the presence of obsessions and compulsions. The majority of patients diagnosed with this disorder have been observed to demonstrate a higher degree of self-control over their compulsions (Stein et al., 2019). Depression frequently co-occurs with this disorder, leading to the intensification of obsessive-compulsive thoughts (Jones et al., 2018). Conversely, obsessive-compulsive disorder (OCD) frequently co-occurs with anxiety symptoms. Intolerance of ambiguity in these individuals has been shown to cause anxiety, prompting the person to engage in compulsions to reduce ambiguity (Sharma et al., 2021). In this regard, stress in this disorder is significantly related to the severity of obsessive symptoms but not to the severity of compulsions. In fact, while obsessions are stressful, compulsions act as a stress-reducing mechanism (Sousa-Lima et al., 2019). For this purpose, acceptance and commitment therapy with exposure utilizes three primary processes: acceptance, thought defusion, and values, for the treatment of this disorder (Twohig et al., 2015). Conversely, schemas cause psychological distress through cognitive distortions, destructive life patterns, and maladaptive coping styles. Schema therapy involves the substitution of healthy coping responses with the modification of schemas (Thiel et al., 2014). Consequently, the examination and comparison of these two integrated approaches can yield novel evidence in an efficient field and contribute to a more profound understanding of the factors that influence the persistence of OCD symptoms by focusing on variables such as anxiety, stress, and depression. The objective of this study is to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy with exposure and schema therapy with exposure on depression, anxiety, and stress in patients with OCD.

Method

This study employed a quasi-experimental pretest-posttest design with both experimental and



control groups. Participants were selected through convenience sampling. Using GPower software, we determined a required sample size of 54 participants (18 per group). To account for potential attrition, we initially enrolled 20 participants in each group, resulting in a total sample of 60 individuals. The inclusion criteria for the groups encompassed the following: a diagnosis of obsessive-compulsive disorder, a minimum age of 18 years, and a minimum education level equivalent to middle school. The exclusion criteria encompassed the presence of psychotic disorders, other comorbid disorders, concurrent psychiatric treatments, and absence of more than three sessions. In this study, the Lovibond Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) (1995) was utilized to assess three scales of depression, anxiety, and stress. The first experimental group engaged in acceptance and commitment therapy with exposure sessions, as outlined by (Lee et al., 2018). The second experimental group participated in schema therapy with exposure sessions, as described by (Thiel et al., 2016). The control group did not receive any therapeutic interventions. These treatments were administered on a weekly basis, with each session lasting for a duration of 60 minutes.

Findings

The findings of multivariate covariance analysis demonstrated that there was a significant discrepancy between the groups with respect to the components of depression, anxiety, and stress ($F=30.133$ and $P=0.001$), anxiety ($F=37.557$ and $P=0.001$), and stress ($F=25.044$ and $P=0.001$) in the two experimental and control groups. The post hoc test results indicated that both treatments had a significant and equal effect on depression in patients with obsessive-compulsive disorder ($p > 0.05$). A significant body of research has demonstrated that schema therapy with exposure has a greater effect on reducing anxiety ($p < 0.05$). Similarly, acceptance and commitment therapy with exposure has been shown to have a greater effect on reducing stress in participants ($p < 0.05$).

Discussion & Conclusion

The objective of this study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy with exposure therapy in reducing depression, anxiety, and stress in patients diagnosed with OCD. The findings of the study demonstrate the efficacy of acceptance and commitment therapy with exposure in addressing depression, anxiety, and stress in patients diagnosed with OCD. This finding aligns with the observations reported by Han and Kim (2022), and previous studies have demonstrated the efficacy of this therapeutic approach in enhancing psychological flexibility and alleviating symptoms of stress (Brinkborg et al., 2011) and depression (Twohig & Levin, 2017). This therapeutic modality aims to mitigate negative emotions by modifying the patient's relationship with their thoughts, cognitive processes, and their perception of suffering and harm in life. It assists patients in acknowledging the harm caused by their suffering while facilitating the adoption of steps towards their life values. The study's findings indicate that schema therapy with exposure is effective in addressing depression, anxiety, and stress in patients diagnosed with OCD. This hypothesis aligns with the findings reported by (Priemer et al., 2015) and (Ansari et al., 2020). Schema therapy demonstrates efficacy in alleviating depression, anxiety, and stress symptoms by targeting and modifying maladaptive schemas. This therapeutic approach proves particularly relevant for individuals with OCD, as their characteristic schemas often maintain depressive cognitions, anxiety patterns, and stress responses. Through schema restructuring, patients develop more adaptive cognitive frameworks that reduce pathological symptoms. A potential pivotal mechanism for the alteration of symptoms within the framework of schemas is the modification in distinctive negative core beliefs. That is to say,

when symptoms demonstrate improvement, core beliefs concomitantly exhibit enhancement. The present study was subject to several limitations, including use of a convenience sampling method and the absence of subsequent follow-up. It is recommended that a random sampling method be employed in subsequent research to generalize the results. Additionally, a six-month follow-up period should be incorporated to ascertain the stability of the results over time.

Keywords: Stress, depression, anxiety, acceptance and commitment therapy, schema therapy, obsessive-compulsive.

پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره

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

دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه، با طرحواره درمانی همراه با مواجهه، بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری

مهناز قطره سامانی ^{۱b}

دانشجوی دکتری روان شناسی، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

mahnaz.samani@gmail.com

محمود نجفی ^{۱b}

دانشیار، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران، (نویسنده مسئول).

m_najafi@semnan.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۲۱	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۱	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۰۸	تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۶/۰۳
استناد: قطره سامانی، مهناز؛ نجفی، محمود. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه، با طرحواره درمانی همراه با مواجهه، بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۱۵(۱)، ۲۴-۵. doi: 10.22067/tpccp.2025.92212.1764			

چکیده

هدف: افراد مبتلا به اختلال وسواس-جبری به مرور زمان درگیر اضطراب، استرس و افسردگی می شوند که خود می تواند مانع از پیشرفت درمان باشد. بر این مبنای پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه با طرحواره درمانی همراه با مواجهه بر اضطراب، استرس و افسردگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری به انجام رسید.

روش: روش پژوهش به صورت نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری در سال ۱۴۰۲ در اصفهان بود. شصت نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه (در هر گروه ۲۰ نفر) گمارش تصادفی شدند. گروه های آزمایش هشت جلسه ۶۰ دقیقه ای درمان مبتنی بر پذیرش همراه با مواجهه و طرحواره درمانی همراه با مواجهه دریافت کردند. در این پژوهش از پرسشنامه اضطراب، استرس و افسردگی لایونند (۱۹۹۵) استفاده شد. فرضیه ها از طریق تحلیل کوواریانس چند متغیره ارزیابی شدند.

یافته ها: یافته های حاصل از پژوهش نشان داد که اثربخشی هر دو درمان بر اضطراب، استرس و افسردگی به طور جداگانه، در مقایسه با گروه کنترل معنا دار است ($p < 0/001$). بر اساس یافته های پژوهش طرحواره درمانی همراه با مواجهه تأثیر بیشتر بر کاهش اضطراب و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه تأثیر بیشتر بر کاهش استرس شرکت کنندگان داشته است؛ و تأثیر هر دو درمان بر افسردگی یکسان است. این نتایج بر اهمیت انتخاب درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری تأکید دارد و به بهبود راهبردهای درمانی کمک می کند.

کلیدواژه: استرس، افسردگی، اضطراب، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی، وسواس-جبری

مقدمه

اختلال وسواس-جبری^۱ با حضور وسواس‌ها و اجبارها شناخته می‌شود. اکثر بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری از نشانه‌های اجبار که طیف وسیعی دارند، آگاهی دارند و تمایل دارند کنترل بیشتری بر روی اجبارها داشته باشند. مجموعه رایج از افکار و اجبارها در بیماران مبتلا به وسواس-جبری شامل نگرانی در مورد آلودگی، آسیب زدن به خود و یا دیگران، افکار جنسی و یا پرخاشگرانه مزاحم و قرینگی است (Stein et al., 2019). اختلال‌هایی که با اختلال وسواس-جبری همبود هستند شامل اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های خلق، اختلال‌های کنترل تکانه و اختلال مصرف مواد است (Russell et al., 2013). یکی از اختلال‌هایی که با اختلال وسواس-جبری همپوشانی بسیار زیاد دارد افسردگی است. افسردگی باعث می‌شود که باورها و افکار مرتبط با وسواس، شدیدتر شوند (Jones et al., 2018). از سوی دیگر، اختلال وسواس-جبری با درمان‌گی آموخته‌شده که در اختلال افسردگی اساسی هم وجود دارد، ارتباط نزدیکی دارد. فردی که اتفاقات منفی را تجربه می‌کند و آن‌ها را غیرقابل کنترل می‌پندارد احساس درماندگی آموخته‌شده دارد. ماهیت این درماندگی، تجربه وقایع به صورت غیرقابل کنترل، استرس‌زا و منفی است (Sun et al., 2015)؛ بنابراین، غالباً اختلال وسواس-جبری همبود با اختلال‌های اضطرابی و یا نشانه‌های اضطراب است. عدم تحمل ابهام در این افراد باعث ایجاد اضطراب می‌شود و فرد مبتلا به اختلال وسواس-جبری با انجام اجبارها سعی در کاهش ابهام دارد (Sharma et al., 2021). در اختلال وسواس-جبری، افراد اغلب خطرات را بیشتر از آنچه واقعاً هستند، ارزیابی کرده و شدت پیامدهای احتمالی را بزرگ‌نمایی می‌کنند. این تفکر اشتباه منجر به ایجاد اضطراب می‌شود، زیرا فرد خود را مسئول جلوگیری از این اتفاق می‌داند و در نتیجه به انجام اجبارها روی می‌آورد. این رفتارها موجب تقویت افکار مزاحم و تداوم این اختلال می‌شود (Moritz & Jaeger, 2018). استرس درک شده ارتباط قابل توجهی با شدت نشانه‌های وسواس دارد ولی با شدت اجبارها ارتباط ندارد؛ درواقع درحالی که وسواس‌ها استرس‌آور هستند اما اجبارها به عنوان مکانیسم کاهنده استرس عمل می‌کنند، ازاین‌رو در اختلال وسواس جبری محور هیپوفیز آدرنال هیپوتالاموس^۲ (HPA) فعالیت بیش از اندازه دارد. در برخی از موارد اختلال وسواس-جبری با وقایع استرس‌زا شروع می‌شوند و نشانه‌های این اختلال در موقعیت‌های استرس‌زا افزایش پیدا کند. وسواس‌ها منجر به پریشانی قابل توجه ای می‌شوند و در نتیجه ممکن است سیستم‌های فیزیولوژیکی مرتبط با استرس، همانند محور HPA را مورد هدف قرار دهند (Sousa-Lima et al., 2019). اضطراب، افسردگی و استرس به مرور زمان باعث تغییر وضعیت

1. Obsessive-Compulsive Disorder

2. Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axes

هیجانی، خلق پایین، عدم سازگاری مؤثر و بروز ناراحتی در فرد می‌شود و باعث اختلال در عملکرد فرد و کاهش کیفیت زندگی می‌شوند (Child & Lawton, 2020). بدین منظور، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه برای درمان اختلال وسواس-جبری، از ۳ فرآیند اصلی پذیرش، همجوشی زدایی افکار و ارزش‌ها (همراه با بودن در زمان حال، خود به‌عنوان زمینه و تعهد رفتاری که مرتبط با تمرین‌های مواجهه است) استفاده می‌کند. همان‌گونه که از این تکنیک‌ها استفاده می‌شود تا به بیماران کمک کند که افکار، شک‌ها، تصاویر و اضطراب وسواسی ناخواسته را بپذیرند؛ مواجهه و جلوگیری از پاسخ از پذیرش استفاده می‌کند. پذیرش به معنی اینکه این تجربیات درونی را بپذیرد، بدون اینکه تلاش کند آن‌ها را تغییر دهد. درواقع به جای کنترل میزان اضطراب فرد در مواجهه (میزان پریشانی ذهنی^۱ SUD)، از بیماران خواسته می‌شود که میزان میل به تجربه اضطراب و وسواس‌ها را در فرآیند مواجهه تهیه کنند (Twohig et al., 2015). تمرین‌های ذهن آگاهی در این درمان باعث بهبود علائم استرس و افزایش میل به تجربه اضطراب‌ها می‌شوند و در نتیجه با تغییر پاسخ‌های مقابله‌ای فرد، اجابرها کاهش پیدا می‌کند. طرح‌واره‌ها نیز بر حالت‌های هیجانی و پاسخ‌های مقابله‌ای تأثیر می‌گذارند. آن‌ها خلق کنونی و رفتار فرد را تنظیم می‌کنند. طرح‌واره‌ها به واسطه تحریف‌های شناختی، الگوهای زندگی مخرب و سبک مقابله ناسازگارانه باعث ایجاد پریشانی روان‌شناختی در افراد می‌شوند. زمانی که فرد نمی‌تواند هیجانات خود را مدیریت کند، نمی‌تواند تکالیف شناختی خود را به‌درستی انجام دهد. عدم انجام امور شناختی باعث افزایش استرس می‌شود. در همین راستا، طرح‌واره درمانی با تعدیل طرح‌واره‌ها، پاسخ‌های مقابله‌ای سالم را جایگزین می‌کند (Thiel et al., 2014).

از آنجا که بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری به دلیل ماهیت اختلالشان و تأثیری که بر جنبه‌های مختلف زندگی و عملکردشان در این جنبه‌ها می‌گذارند، افسردگی، اضطراب و استرس را تجربه می‌کنند و این عوامل خود می‌توانند بر درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ که درمان خط اول برای اختلال وسواس است تأثیر بگذارد و مانع از پیشرفت درمان و یا قطع زود هنگام درمان توسط بیمار باشد. پژوهش‌هایی که دو درمان را برای اختلال وسواس-جبری به کار ببرند بسیار کم است و پژوهش‌هایی که به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش همراه با مواجهه و طرح‌واره درمانی همراه با مواجهه پرداخته باشند وجود ندارد. ترکیب مداخلات نوین روان‌درمانی با روش‌های سنتی و اثربخش، همچون مواجهه و جلوگیری از پاسخ امکان بررسی هم‌زمان ابعاد مختلف روان‌شناختی و رفتاری اختلال وسواس-جبری را فراهم می‌سازد. رویکردهای مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی که هر یک بر سازوکارهای متفاوتی از تغییر

تأکید دارند، در صورت تلفیق با درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ می‌توانند چارچوبی چندبعدی برای مداخله ارائه دهند. بررسی و مقایسه‌ی این دو رویکرد تلفیقی، نه تنها می‌تواند شواهد جدیدی در زمینه‌ی کارآمد فراهم آورد، بلکه با تمرکز بر متغیرهایی همچون اضطراب، استرس و افسردگی به درک عمیق‌تری از عوامل مؤثر بر تداوم نشانه‌های اختلال وسواس-جبری کمک می‌کند. این سطح از تحلیل، امکان شناسایی تفاوت‌های ظریف میان الگوهای درمانی و انتخاب مداخلات متناسب با ویژگی‌های فردی مراجعین را فراهم می‌سازد. بنابراین، شناسایی درمان‌های مؤثر برای کاهش این نشانه‌ها اهمیت زیادی دارد. هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ و طرح‌واره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری است.

روش

پژوهش حاضر با استفاده از یک طرح نیمه آزمایشی انجام شد که شامل مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری در بازه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال بود که در سال‌های ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در اصفهان تشخیص اختلال وسواس-جبری را دریافت کرده بودند. بعد از انتشار فراخوان عمومی گروه درمانی اختلال وسواس-جبری، تعداد قابل توجهی از افراد به فراخوان پاسخ دادند. بعد از انجام مصاحبه اولیه به منظور بررسی معیارهای ورود و خروج پژوهش ۶۰ نفر از میان مراجعه‌کنندگان انتخاب شدند. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس اجرا شد. برای برآورد حجم نمونه از نرم‌افزار جی‌پاور استفاده شد. بر اساس توان آماری ۰/۹۵، سطح آلفای ۰/۰۵، تعداد گروه‌ها و متغیرهای وابسته، حجم نمونه به تعداد ۵۴ نفر و ۱۸ نفر در هر گروه محاسبه گردید. برای پیش‌بینی ریزش نمونه، تعداد ۶۰ نفر انتخاب و در هر گروه ۲۰ نفر قرار داده شدند. گروه اول شامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ، دومین گروه طرح‌واره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ و گروه سوم، گروه کنترل بود. ملاک‌های ورود به گروه‌ها شامل موارد زیر بود: تشخیص اختلال وسواس-جبری، حداقل سن ۱۸ سال، و حداقل تحصیلات سیکل. ملاک‌های خروج نیز شامل وجود اختلال‌های سایکوتیک، اختلال‌های همبود دیگر، درمان‌های روان‌پزشکی موازی، و غیبت بیش از سه جلسه بودند. ملاک‌های خروج از طریق مصاحبه بالینی و بررسی پرونده بیماران مورد ارزیابی قرار گرفت. بر اساس این طرح، پس از انتخاب افراد و تقسیم آن‌ها به دو گروه آزمایش ۱ و ۲ و یک گروه کنترل، پیش‌آزمون در میان گروه‌ها انجام شد. سپس اعضای گروه‌های آزمایش

مداخله را دریافت کردند، درحالی که گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد. به منظور رعایت اصول اخلاقی، بعد از پایان پژوهش و اتمام دوره درمانی برای گروه های آزمایش، گروه کنترل نیز تحت درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ قرار گرفتند. هر دو درمان توسط پژوهشگر اجرا شد و به منظور ارتقای کیفیت جلسات، از تسهیل گر (روانشناس با مدرک کارشناسی ارشد) برای پشتیبانی و هدایت فرآیند درمان استفاده گردید. شرکت کنندگان برای شرکت در پژوهش فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند.

ابزارها

پرسشنامه پریشانی روانی (DASS-21)

این پرسشنامه توسط لایبوند در سال ۱۹۹۵ برای سنجش سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس ساخته شد. فرم کوتاه آن دارای ۲۱ سؤال است و هرکدام از این حیطه ها را در ۷ سؤال (سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱) مربوط به حیطه افسردگی، سؤالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹ و ۲۰ مربوط به حیطه اضطراب و سؤالات ۱، ۳، ۵، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸ مربوط به حیطه استرس) مورد ارزیابی قرار می دهد. نمرات کسب شده در هر سؤال با یکدیگر جمع می شوند و نمره هر حیطه مشخص می شود و با جمع نمرات هر سه حیطه نمره کل و یا استرس مشخص می شود (Lovibond & Lovibond, 1995). ضریب اعتبار عامل استرس ۰/۸۰، افسردگی ۰/۸۱ و اضطراب ۰/۷۸ و برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۲ بود. ضریب آلفا برای عوامل استرس، افسردگی و اضطراب به ترتیب برابر ۰/۸۷، ۰/۸۵، ۰/۷۵ است (Samani & Joukar, 2007). ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش در مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۷۶، ۰/۷۹، ۰/۷۵ بود. گروه آزمایش اول در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ (Lee et al., 2018) شرکت کردند. این روش درمانی هفته ای یک جلسه و به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای برگزار شد. به طور خلاصه موارد زیر در جلسات اجرا شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ

جلسات	توضیحات	اهداف جلسه	تکلیف جلسه
جلسه ۱-۲	برقراری رابطه درمانی توسط استعاره دو کوه، آموزش اختلال وسواس-جبری، بررسی اهداف درمان، بررسی افکار و اجبارهای وسواسی و میزان پریشانی ادراک شده فرد، بررسی پاسخ های اضطرابی سازگارانه و ناسازگارانه، صحبت در مورد راهبردهای کنترل و اجتناب از اضطراب.	پیگیری و نظارت موقعیت ها، تجارب و افکار اضطراب زا و اجبارها در زندگی.	نوشتن موقعیت ها، تجارب و افکار اضطراب زا و فهرست اجبارها.

جلسه ۴-۳	بررسی درماندگی خلاق و راهبردهای مورد استفاده، بررسی هزینه، فواید و خسارات این راهبردها، آموزش تمرینات ذهن آگاهی بررسی مواردی که باعث حواس پرتی می شوند و راهبردهای اجتنابی، عدم قضاوت تجربه های درونی.	بررسی تلاش های ناکارآمد قبلی، پذیرش افکار و احساسات.	تمرین ذهن آگاهی، نمره دهی از ۰-۱۰ به میزان آیت های فهرست جلسه قبل.
جلسه ۶-۵	پذیرش و زندگی بر اساس ارزش ها، ارزش های مبتنی بر تعهد رفتاری، آموزش پذیرش وسواس به واسطه ذهن آگاهی، بررسی ارزش ها در برابر اهداف. مواجهه و جلوگیری از پاسخ مبتنی بر ارزش ها.	شفاف سازی ارزش ها و طبقه بندی آن ها.	نوشتن ارزش های زندگی، بررسی اهداف در راستای ارزش ها.
جلسه ۸-۷	بیان تمایل به جای اجتناب، ایجاد سلسله مراتبی از فعالیت های اجباری و تمایل به تجربه عدم راحتی، عدم قطعیت و ناکامل بودن و ایجاد لحظات معنادار، تعهد روزانه به ارزش ها، خاتمه و پایان درمان.	تعهد به ارزش ها	مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر اساس میزان نمره دهی.

گروه آزمایش دوم در جلسات طرحواره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ (Thiel et al., 2016) شرکت کردند. این روش درمانی هفته ای یک جلسه و به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای برگزار شد. فرآیند درمان شامل سه بخش اصلی بود: بخش مقدمه و آشنایی، بخش تغییر، و بخش نهایی. که به طور خلاصه در جدول زیر توضیح داده شده است:

جدول ۲: خلاصه جلسات طرحواره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ

جلسات	توضیحات	اهداف جلسه	تکالیف جلسه
جلسات مقدمه و آشنایی (جلسات ۱-۲)	آشنایی با طرحواره درمانی و درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و اهداف آن، برقراری رابطه درمانی توسط باز والدینی حد و مرزدار (راهنما، حمایت کننده و آرامش بخش). به منظور ایجاد رابطه درمانی ایمن، درمانگر از مراجعه حمایت می کند تا با این نیازهای برآورده نشده در محدوده ارتباط حرفه ای مواجهه شود، ایجاد سلسله مراتب اجبارها و اولین مواجهه.	برقراری رابطه درمانی، آموزش سلسله مراتب اجبارها	نوشتن فهرست سلسله مراتب اجبارها، نمره دهی از ۰-۱۰ بر اساس میزان اضطراب درک شده، شروع مواجهه بر اساس فهرست
جلسات تغییر (جلسه ۳-۴)	بررسی طرحواره ها، جلسات مواجهه با موقعیت های اضطراب زا تا حد متوسط، استفاده از تمرین صندلی، بیمار بین صندلی های متفاوت جابجا می شود و	شناسایی طرحواره ها و موقعیت هایی که به اختلال وسواس-جبری	انجام تمرین های مواجهه، کامل کردن یادداشت های طرحواره

گفتگویی بین حالت های مختلف طرحواره خویش بیان می کند (برای مثال حالت وسواس-جبری و حالت بزرگسال سالم). با استفاده از تکنیک بازنویسی تصاویر، خاطرات دردناک بازنویسی می شوند و درمانگر به بیمار کمک می کند تا نیازهای برآورده نشده را که در گذشته به او آسیب زده اند ارضا کند.	شدت می دهند	شامل افکار، احساسات، رفتارهای مشکلزا، طرحواره های ناسازگار اولیه
هنگامی که مواجهه ها افزایش یافت بر تکنیک های طرحواره توجه می شود تا مهارت های مقابله ای درون فردی و غلبه بر مشکلات و بحران ها افزایش یابد. عملکرد مهارت ها (تنظیم احساسات و تنظیم محدودیت) از ابتدای جلسات باهدف قوی تر شدن انگیزه درمان، مشخص می شود. تکنیک صندلی قبل از تمرینات مواجهه به منظور تقویت حالت بزرگسال سالم انجام می شود. هیجاناتی که بعد از تمرین های مواجهه رخ می دهند (همانند خشم، ناراحتی، شرم و گناه) ابتدا توسط شناخت احساس درست و پاسخ دهی باحالت بزرگسال سالم در طرحواره درمانی تعدیل می شوند.	تقویت بزرگسال سالم، تقویت پاسخ بزرگسال سالم در هنگام مواجهه و جلوگیری از پاسخ	انجام تمرین های مواجهه، استفاده از فلش کارت ها. فلش کارت ها جملات نوشته شده ای هستند که توسط بیمار در بین جلسات استفاده می شوند.
توجه بر روی انتقال مهارت های جدید یاد گرفته شده از اتاق درمان به محیط خانه، جلوگیری از عود مجدد و خاتمه تدریجی درمان.	استفاده از حالت بزرگسال سالم در دیگر موقعیت ها.	استفاده از فلش کارت های طرحواره، اتمام جلسات مواجهه و جلوگیری از پاسخ.

یافته ها

ابتدا داده های توصیفی پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیر پریشانی روانی گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	ACT+ERP	۱۵/۳۷	۳/۹۲	۹/۸۴	۳/۰۴
	ST+ERP	۱۵/۳۰	۲/۲۰	۹/۶۰	۱/۹۸
	Control	۱۲/۸۳	۲/۹۱	۱۳/۱۷	۲/۵۵
اضطراب	ACT+ERP	۱۵/۱۶	۱/۹۵	۱۱/۱۶	۲/۰۶
	ST+ERP	۱۴/۲۰	۲/۳۵	۹/۳۰	۱/۵۲
	Control	۱۳/۹۴	۲/۴۴	۱۳/۵۰	۲/۳۱
استرس	ACT+ERP	۱۶/۴۲	۱/۹۵	۶/۶۸	۲/۰۳
	ST+ERP	۱۵/۲۰	۲/۵۰	۸/۰۵	۲/۴۲
	Control	۱۴	۲/۴۲	۱۱/۷۸	۳/۰۱

بر اساس نمرات به‌دست‌آمده، میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در گروه‌های آزمایش کاهش یافته است؛ اما بین میانگین نمرات در پس‌آزمون گروه کنترل تفاوت چندانی یافت نشد. به‌منظور بررسی معنادار بودن این نمرات از لحاظ آماری در ادامه داده‌ها مورد تحلیل آمار استنباطی قرار می‌گیرند. ابتدا نرمال بودن توزیع نمرات در سه گروه مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۴: آزمون نرمال بودن کولموگروف - اسمیرنف متغیرهای پژوهش

مقیاس	ACT+ERP		ST+ERP		گروه کنترل	
	معناداری (P)	آماره	معناداری (P)	آماره	معناداری (P)	آماره
افسردگی	۰/۲۰۰	۰/۱۲۹	۰/۱۳۷	۰/۱۶۹	۰/۰۷۴	۰/۱۲۲
اضطراب	۰/۰۹۵	۰/۱۸۳	۰/۱۸۴	۰/۱۱۷	۰/۲۰۰	۰/۱۴۱
استرس	۰/۲۰۰	۰/۱۲۲	۰/۲۰۰	۰/۱۴۲	۰/۱۸۹	۰/۱۵۷

فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات سه گروه در متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس با سطح اطمینان ۹۵ درصد بیشتر از ۰/۰۵ بود؛ بنابراین پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در هر سه گروه تأیید گردید. در ادامه، پیش‌فرض تساوی واریانس‌های گروه در جدول ۵ بررسی می‌شود.

جدول ۵: نتایج آزمون مفروضه همگنی واریانس های لون متغیرهای پژوهش در پیش آزمون

مقیاس	F	درجه آزادی اول (صورت)	درجه آزادی دوم (مخرج)	معناداری (P)
افسردگی	۲/۶۴۵	۲	۵۴	۰/۰۸۰
اضطراب	۲/۶۴۱	۲	۵۴	۰/۰۸۳
استرس	۱/۲۰۳	۲	۵۴	۰/۳۰۸

فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات سه گروه در متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس بیشتر از ۰/۰۵ است. پیش فرض تساوی واریانس های گروه در جامعه تأیید گردید. عدم معناداری پیش فرض همگنی ضرایب رگرسیون در جدول ۶ بررسی می شود.

جدول ۶: نتایج آزمون پیش فرض همگنی رگرسیون

مقیاس	شاخص های آماری منبع تغییرات	ضریب F	معناداری (P)
پیشانی روان شناختی	پیش آزمون	۱/۲۹۲	۰/۰۶۸
	پیش آزمون × گروه	۱/۹۶۲	۰/۰۸۳

همان گونه که در جدول ۶ مشاهده می گردد، اثر بین پیش آزمون و گروه معنادار نشد. به منظور مقایسه گروه های آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته، از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. در جدول زیر نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای پیشانی روانی در پس آزمون به تفکیک گروه های آزمایش و گواه ارائه شده است.

جدول ۷: نتایج تحلیل کوواریانس بر میزان نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در سه گروه

متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F ضریب	معناداری (P)	میزان تأثیر	توان آماری
افسردگی	۲	۱۲۱/۰۳۷	۳۰/۱۳۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳۲	۱/۰۰۰
اضطراب	۲	۹۱/۷۶۷	۳۷/۵۵۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸۶	۱/۰۰۰
استرس	۲	۱۴۴/۰۱۳	۲۵/۰۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۸۵	۱/۰۰۰

همان گونه که در جدول ۷ مشاهده می گردد در همه مؤلفه های پیشانی روانی بین گروه ها تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/001$). در مرحله پس آزمون افسردگی، اضطراب و استرس بین میانگین های تعدیل شده نمرات شرکت کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی میزان تفاوت بین گروه ها از آزمون تعقیبی استفاده می شود.

جدول ۸: نتایج تحلیل تعقیبی LSD مؤلفه‌های پرسشنامه پریشانی روانی

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین	انحراف معیار	معناداری (P)
افسردگی	ST+ERP	ACT+ERP	۰/۲۰۷	۰/۶۴۲	۰/۷۴۹
	Control	ST+ERP	-۴/۶۴۴	۰/۶۹۶	۰/۰۰۱
	Control	ST+ERP	-۴/۸۵۰	۰/۶۸۷	۰/۰۰۱
اضطراب	ST+ERP	ACT+ERP	۱/۳۳۵	۰/۵۰۹	۰/۰۱۱
	Control	ST+ERP	-۳/۰۰۴	۰/۵۲۷	۰/۰۰۱
	Control	ST+ERP	-۴/۳۳۹	۰/۵۰۸	۰/۰۰۱
استرس	ST+ERP	ACT+ERP	-۱/۷۷۹	۰/۷۸۸	۰/۰۲۸
	Control	ST+ERP	-۵/۹۱۲	۰/۸۶۰	۰/۰۰۱
	Control	ST+ERP	-۴/۱۳۴	۰/۷۹۸	۰/۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که هر دو درمان تأثیر معنادار و یکسانی بر افسردگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری داشته‌اند ($p > ۰/۰۵$). طرح‌واره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ تأثیر بیشتر بر کاهش اضطراب و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ تأثیر بیشتر بر کاهش استرس شرکت‌کنندگان داشته است ($p < ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ با طرح‌واره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری بود.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری مؤثر است.

این تحقیق با یافته‌های (Han & Kim, 2022) همسو است و چندین مطالعه نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند انعطاف‌پذیری روانی را بهبود بخشد و اختلال‌هایی مانند استرس (Brinkborg et al., 2011) و افسردگی (Bohlmeijer et al., 2011; Twohig & Levin, 2017) را بهبود ببخشد.

افراد مبتلا به اختلال وسواس-جبری افکار وسواسی را تجربه می‌کنند که منجر به پریشانی و ناراحتی

می‌شود. در پاسخ، آن‌ها تلاش می‌کنند که این ناراحتی را با انجام اجبارها کاهش دهد. در همین راستا، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ در بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری با تغییر ارتباط فرد با فکر خویش، نحوه فکر کردن و برداشتی که فرد از رنج‌ها و آسیب‌های زندگی دارد هیجانات منفی را کاهش می‌دهد. این درمان به بیماران کمک می‌کند که آسیب‌های ناشی از رنج‌های زندگی‌شان بپذیرند درحالی‌که در جهت ارزش‌های زندگی خود گام برمی‌دارند. هیجانات منفی همانند افسردگی، اضطراب و استرس بخشی از زندگی و انسان بودن، است. در طول درمان بیماران یاد می‌گیرند که افکار غیرمنطقی خود را اصلاح کنند و سیکل معیوب این افکار را پیدا کنند و از راه‌حل‌های گذشته خود که مبتنی بر درماندگی خلاق است آگاهی پیدا کنند. به‌مرورزمان فرد یاد می‌گیرد که دیدگاه خود را نسبت به رنج‌ها و زندگی خود تغییر دهد و از سیکل معیوب افکار و هیجانات منفی خود خارج شود (Levin et al., 2014). اهداف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افسردگی به‌خودی‌خود از بین بردن افسردگی نیست، بلکه افزایش مشارکت مراجعین در فعالیت‌های مؤثر و ارزشمند در زندگی‌شان است و تأکید بیشتری بر هدف قرار دادن موانع شناختی و روان‌شناختی مرتبط دارد که ممکن است مانع از عملکرد ارزشمند شوند. در افراد افسرده آمیختگی شناختی رخ می‌دهد و افکار را عین واقعیت در نظر می‌گیرند. آمیختگی با فکر افسرده ساز به این معنی است که فرد آن فکر را با دلایل خود درست در نظر می‌گیرد و خود را بخشی از محتوای آن فکر در نظر می‌گیرد. زمانی که مراجعین یاد می‌گیرند که خود را بخشی از افکار خود ببینند و بتوانند بین خود و افکار خود گسلس ایجاد کنند به‌مرورزمان انعطاف‌پذیری روانی آن‌ها بالا می‌رود که خود منجر می‌شود افسردگی تأثیر به‌سزایی داشته باشد (Twohig & Levin, 2017). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌عنوان یک متغیر واسطه‌ای، نقش قابل‌توجهی در نحوه‌ی پاسخ‌دهی فرد به استرس دارد؛ به‌گونه‌ای که با تعدیل سازوکارهای مقابله‌ای، می‌تواند الگوی مواجهه با استرس را تغییر دهد. محتوای شناختی تحریف‌شده اثرات زیان‌بار عاطفی، فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی دارد و در این شرایط فرد با محتوای شناختی خود همجوشی پیدا می‌کند، یا به‌طور کامل آن را می‌پذیرد؛ یعنی نمی‌تواند این محتوا را به‌عنوان یک واکنش خودکار به نوع خاصی از عوامل استرس‌زا ببیند؛ درنتیجه از تجربیاتی که در پاسخ به محتوای شناختی تحریف‌شده آن‌ها به وجود می‌آید اجتناب می‌کنند. این زمینه از آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای به همان اندازه که «علت» استرس است، منجر به واکنش‌های استرس‌زا می‌شود. یکی از ویژگی‌های کلیدی، چهارچوب رابطه‌ای در این درمان است. تغییر نحوه ارتباط افراد با تجربیات می‌تواند کارکرد تجربیات را تغییر دهد. به عبارت ساده، تغییر نحوه تفکر، معنای آن محرک‌ها را تغییر می‌دهد (Levin et al., 2014).

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ، کاهش بیشتری در میزان استرس افراد مبتلا به اختلال وسواس-جبری داشت. این یافته با پژوهش پترسن و همکاران (Petersen et al., 2022) هم سو است. در این رویکرد به‌طور هم‌زمان الگوهای رفتاری و شناختی تغییر می‌کند و فرد به‌جای اجتناب از تجربیات استرس‌آور، با آن‌ها روبه‌رو می‌شود. با پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند بدون تلاش برای تغییر یا اجتناب، دست از تلاش مکرر جهت اجتناب از احساسات منفی برمی‌دارد. این رویکرد باعث افزایش انعطاف‌پذیری روانی فرد می‌شود و درنهایت موجب کاهش استرس و بهبود سلامت روانی می‌گردد و درنهایت فرد با استرس خود به‌طور سازگارانه‌تری مواجه می‌شود و زندگی را بر اساس ارزش‌های شخصی خود هدایت می‌کند (Ong et al., 2020).

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی همراه با مواجهه بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری مؤثر است. این فرضیه با یافته‌های پژوهش پریمر و همکاران (Priemer et al., 2015) و انصاری و همکاران (Ansari et al., 2020) هم سو است. در طرح‌واره درمانی به دلیل تعدیل بسیاری از طرح‌واره‌های فرد افسردگی، اضطراب و استرس بهبود پیدا می‌کند؛ زیرا برخی از طرح‌واره‌های افراد مبتلا به اختلال وسواس-جبری افسرده‌ساز، اضطراب‌زا و استرس‌آور هستند. دو مکانیسم کلیدی بالقوه تغییر علائم در طرح‌واره‌ها تغییر باورهای هسته‌ای منحصربه‌فرد منفی و اتحاد درمانی است. تغییرات در باورهای هسته منفی با تغییرات هم‌زمان علائم افسردگی همراه است. به عبارت دیگر، هنگامی که علائم بهبود یابد، باورهای اصلی به‌طور هم‌زمان بهبود می‌یابند (Renner et al., 2018). افسردگی ممکن است نتیجه عوامل خطرآفرین دوران کودکی مانند سوءاستفاده، غفلت و نیازهای برآورده نشده باشد که به واسطه عوامل خطر در شرایط کنونی مانند سبک‌های شناختی منفی، مشکلات بین فردی یا به‌طور کلی سطوح بالاتر آسیب‌شناسی روانی ایجاد می‌شوند. رها کردن یا بی‌توجهی مراقبان ممکن است باعث ایجاد طرح‌واره رهاشدگی شود و یک رویداد محرک، مانند از دست دادن عزیزان، طرح‌واره را فعال کند و باعث ایجاد علائم افسردگی کمک کند، به‌ویژه اگر مشکلات بین فردی و مقابله اجتنابی وجود داشته باشد. اجتناب یک راهبرد مقابله‌ای رایج در افسردگی است. نوع سبک مقابله اجتنابی بهترین پیش‌بین علائم افسردگی است. راهبردهای درون روانی دیگر شامل اعمال ذهنی مانند پرت کردن حواس خود از هیجانات ناراحت‌کننده، خیال‌پردازی، خیال‌بافی، انکار خاطرات و عقلانیت بیش‌ازحد است. راهبردهای اجتنابی ذهنی، بیشتر از رفتاری (مصرف مواد، حواس‌پرتی فعال از طریق فعالیت) نقش اصلی در افسردگی دارند (Basile et al., 2018). این رویکرد با آگاهی روان‌شناختی و بهبود سبک‌های مقابله‌ای به تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار

اولیه در موقعیت های فعال ساز طرحواره می پردازد. این درمان با بازسازی شناختی، هیجانات مثبت و منفی را تعدیل می کند (Eghdampanah foumani et al., 2024).

طرحواره ها بر عمقی ترین شناخت ها تأکید دارد و آن ها را شناسایی می کند و بعد از شناخت و تعدیل هسته مرکزی مشکلات و هیجانات در اضطراب و استرس تأثیر به سزایی دارد. در طرحواره درمانی ابتدا فرد به عمقی ترین طرحواره ها پی می برد و با تعدیل آن ها سطوح فکری اضطراب زایش تغییر می کند. به مرور زمان که طرحواره های ناسازگار افراد بهبود پیدا می کند علائم اضطرابی این افراد بهبود پیدا می کند و شرایطی فراهم می شود تا فرد بتواند نسبت به موقعیت های اضطرابی خود به گونه ای دیگر پاسخ دهد (Renner et al., 2018).

همچنین یافته های پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ، کاهش بیشتری در میزان اضطراب افراد مبتلا به اختلال وسواس-جبری داشت. این یافته با پژوهش رمرسوال و همکاران (Remmerswaal et al., 2023) همسو است. طرحواره های ناسازگار اولیه در دوران کودکی به واسطه برآورده نشدن نیازهای عاطفی اساسی شکل می گیرند و می توانند به عنوان الگوهای تفکری ناسالم در بزرگسالی ظاهر شوند. این طرحواره ها باعث تغییرات سریع در خلق و رفتار فرد می شوند و در تداوم اضطراب نقش دارند. طرحواره درمانی به بیماران این امکان را می دهد که با تقویت حالت بزرگسال سالم خود، به طور مؤثر و سازگارانه ای با موقعیت های اضطراب آور مقابله کنند. شواهد اولیه نشان داده اند که ترکیب طرحواره درمانی با درمان های دیگر همچون مواجهه و جلوگیری از پاسخ می تواند به کاهش معنادار علائم اضطراب و بهبود طرحواره های ناسازگار در بیماران مبتلا به اختلال های اضطرابی کمک کند (Peeters et al., 2021).

ازجمله محدودیت های پژوهش حاضر نمونه گیری در دسترس و عدم پیگیری بود. پیشنهاد می شود به منظور تعمیم نتایج در تحقیقات آتی از روش نمونه گیری تصادفی استفاده گردد؛ و جهت بررسی پایدار باقی ماندن نتایج در طول زمان از پیگیری سه ماهه و شش ماهه نیز استفاده گردد. همچنین پیشنهاد می شود این پژوهش بر روی بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری به تفکیک نوع وسواس نیز اجرا گردد. در پایان محققان از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی خود را ابراز می دارند. ضمناً هیچ گونه تعارض منافع بین نویسندگان وجود ندارد.

References:

- Ansari, S., Asgari, P., Makvandi, B., Heidari, A., & Seraj Khorrami, N. (2020). Effectiveness of schema therapy in psychological distress, body image, and eating disorder beliefs in patients with anorexia nervosa. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 7(3), 184-189. <https://doi.org/10.32592/ajnpp.2020.7.3.107>
- Basile, B., Tenore, K., & Mancini, F. (2018). Investigating schema therapy constructs in individuals with depression. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*, 9(2), 214-221. <https://doi.org/10.15406/jpcpy.2018.09.00524>.
- Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T., & Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(1), 62-67. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.10.003>.
- Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(6-7), 389-398. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.009>.
- Child, S. T., & Lawton, L. E. (2020). Personal networks and associations with psychological distress among young and older adults. *Social Science & Medicine*, 246, 112714. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112714>
- Eghdampanah foumani, m. L., Asadi Mojreh S, & B., a. (2024). Comparison of the Effectiveness of Cognitive Hypnotherapy and Schema Therapy on Difficulty in Emotion Regulation in Substance-Dependent Individuals. *Journal of Research on Addiction*, 18(72), 145-168, Article (In Persian). <https://doi.org/10.61186/etiadjohi.18.72.7>.
- Han, A., & Kim, T. H. (2022). Efficacy of internet-based acceptance and commitment therapy for depressive symptoms, anxiety, stress, psychological distress, and quality of life: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 24(12), e39727. <https://doi.org/10.2196/39727>
- Jones, P. J., Mair, P., Riemann, B. C., Mugno, B. L., & McNally, R. J. (2018). A network perspective on comorbid depression in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*, 53, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.09.008>.
- Lee, E. B., Ong, C. W., An, W., & Twohig, M. P. (2018). Acceptance and commitment therapy for a case of scrupulosity-related obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 82(4), 407-423. <https://doi.org/10.1521/bumc.2018.82.4.407>

- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155-163. <https://doi.org/10.1177/0145445515603707>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Moritz, S., & Jaeger, A. (2018). Decreased memory confidence in obsessive-compulsive disorder for scenarios high and low on responsibility: is low still too high? *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 268, 291-299. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00406-017-0783-0>
- Ong, C. W., Blakey, S. M., Smith, B. M., Morrison, K. L., Bluett, E. J., Abramowitz, J. S., & Twohig, M. P. (2020). Moderators and processes of change in traditional exposure and response prevention (ERP) versus acceptance and commitment therapy-informed ERP for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 24, 100499. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100499>
- Peeters, N., Stappenbelt, S., Burk, W. J., van Passel, B., & Krans, J. (2021). Schema therapy with exposure and response prevention for the treatment of chronic anxiety with comorbid personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 68-76. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/bjc.12271>
- Petersen, J., Ona, P. Z., Blythe, M., Möller, C. M., & Twohig, M. (2022). Intensive outpatient acceptance and commitment therapy with exposure and response prevention for adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 23, 75-84. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.12.004>
- Priemer, M., Talbot, F., & French, D. J. (2015). Impact of self-help schema therapy on psychological distress and early maladaptive schemas: A randomised controlled trial. *Behaviour Change*, 32(1), 59-73. <https://doi.org/10.1017/bec.2014.30>
- Remmerswaal, K. C., Cnossen, T. E., van Balkom, A. J., & Batelaan, N. M. (2023). Schema therapy with cognitive behaviour day-treatment in patients with treatment-resistant anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder: an uncontrolled pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 51(2), 174-179. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S1352465822000625>

- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 58, 97-105. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.10.002>.
- Russell, E. J., Fawcett, J. M., & Mazmanian, D. (2013). Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(4), 18438. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r07917>.
- Samani, S., & Joukar, B. (2007). A study on the reliability and validity of the short form of the depression anxiety stress scale (DASS-21). *Social Science and Humanities of Shiraz University*, 26(52), 65-77, Article (In Persian). <https://www.sid.ir/paper/391033/fa>
- Sharma, P., Rosário, M. C., Ferrão, Y. A., Albertella, L., Miguel, E. C., & Fontenelle, L. F. (2021). The impact of generalized anxiety disorder in obsessive-compulsive disorder patients. *Psychiatry Research*, 300, 113898. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113898>
- Sousa-Lima, J., Moreira, P. S., Raposo-Lima, C., Sousa, N., & Morgado, P. (2019). Relationship between obsessive compulsive disorder and cortisol: Systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 29(11), 1185-1198. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.09.001>
- Stein, D. J., Costa, D. L., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. J., Shavitt, R. G., van den Heuvel, O. A., & Simpson, H. B. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 52. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0102-3>.
- Sun, J., Li, Z., Buys, N., & Storch, E. A. (2015). Correlates of comorbid depression, anxiety and helplessness with obsessive-compulsive disorder in Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 174, 31-37. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.004>
- Thiel, N., Jacob, G. A., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Kuelz, A. K., Hertenstein, E., Nissen, C., & Voderholzer, U. (2016). Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive-compulsive disorder: Feasibility and efficacy of a pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 52, 59-67. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.03.006>
- Thiel, N., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Külz, A. K., Nissen, C., Hertenstein, E., Gross, E., & Voderholzer, U. (2014). The prediction of treatment outcomes by early maladaptive schemas and schema modes in obsessive-compulsive disorder. *BMC psychiatry*, 14, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0362-0>

- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: a review. *Psychiatric clinics*, 40(4), 751-770. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009>
- Twohig, M. P., Vilardaga, J. C. P., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 196-202. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.07.001>.

The Effectiveness of Mood Induction on Executive Functions and Theory of Mind in Female University Students

Alaleh Attaran khorasani 

Master of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. Email: alalehattarankhorasani@gmail.com

Imanollah Bigdeli 

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

Ali Mashhadi 

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

Received: 2023-04-24	Revised: 2024-12-14	Accepted: 2025-04-21	Published: 2025-08-25
Citation: Attaran khorasani, A., & Bigdeli, I., & Mashhadi, A. (2025). The Effectiveness of Mood Induction on Executive Functions and Theory of Mind in Female University Students. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 15(1), 25-54. doi: 10.22067/tpccp.2025.76828.1292			

Abstract

Introduction

Executive functions are a set of high-level cognitive functions, including planning, problem-solving, inhibitory control, cognitive flexibility, and working memory. These functions enable individuals to perform goal-directed behaviors (Diamond, 2013a) (Diamond, 2013; Bull & Lee, 2014). These functions are divided into two categories: cold and warm executive functions. Cold functions include cognitive processes such as working memory and inhibition that operate independently of emotions, while warm functions, such as theory of mind, are strongly linked to emotions and feelings (Anderson et al., 2008; Peterson & Welsh, 2014). Theory of mind, a constituent of warm executive function, pertains to an individual's capacity to ascribe mental states such as beliefs, desires, and intentions to oneself and others, leveraging this information to predict social behaviors (Ferguson & Austin, 2010). Conversely, mood, defined as a stable emotional state, has the capacity to influence cognitive functions, either positively or negatively. Positive mood has been linked to enhanced attention, memory, decision-making, and cognitive processing, leading to improved executive functions (Ashby et al., 1999; Davidson, 2003). Conversely, negative mood has been associated with diminished cognitive processing, attention, and mental flexibility (Clark & Purdon, 2003). Despite the large number of studies on the effectiveness of mood on cognition, no comprehensive study has examined the simultaneous effect of positive affective states (e.g., happiness and calm) and negative affective states (e.g., fear and anger) on cold and warm executive functions in an experimental framework. This theoretical and applied gap underscores the necessity for a study to elucidate the causal relationships between these variables. In addition, given the extant research evidence on gender differences in executive functions (Baron-Cohen et al., 2005; Herlitz & Rehnman, 2008; Miller & Halpern, 2014), the statistical population was selected from female students to increase homogeneity and strengthen the accuracy of the results.

Method: The present study was of a quasi-experimental nature, employing a pretest-posttest



©2025 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.

design with a control group. The statistical population comprised female students enrolled at Ferdowsi University of Mashhad in the second semester of the academic year 2020-2021. A convenience sampling method was employed to select 75 eligible individuals from among the volunteers, who were then randomly assigned to five groups of 15 (happiness, calmness, fear, anger, and a control group with neutral mood). The inclusion criteria encompassed individuals between the ages of 18 and 30 years, with the additional stipulation that they be in their final year of study. Furthermore, to ensure the integrity of the study's sample, participants were required to undergo a semi-structured interview to assess their mental and physical health. The instruments employed in the study included the Positive Affect and Negative Affect Scales (Watson et al., 1988), the N-Back test for measuring working memory (Kerchner, 1958), the Go/No-Go test for assessing cognitive inhibition (Hoffman, 1984), and Reading the Mind in the Eyes Test for measuring theory of mind (Baron-Cohen et al., 2005). Mood induction was performed by showing targeted emotional films. Subsequent to the data collection, an analysis was conducted using multivariate analysis of covariance and Bonferroni post hoc test.

Findings: The results of a multivariate analysis of covariance demonstrated that positive mood induction significantly increased positive emotions ($F=38.84$, $p<0.001$, $\eta^2=0.696$) and decreased negative emotions ($F=71.19$, $p<0.001$, $\eta^2=0.807$). In the N-Back test, the happiness and calmness groups exhibited a substantial increase in the number of correct responses following the intervention ($M=100.67$ and $M=114.36$, respectively, $F=16.98$, $p<0.001$, $\eta^2=0.500$), suggesting an enhancement in working memory. However, the reduction in reaction time in this test ($F=0.91$, $p=0.343$) was not significant. In the Go/No-Go test, cognitive inhibition performance in the happiness and relaxation groups exhibited a significant enhancement in correct responses ($F=13.34$, $p<0.001$, $\eta^2=0.443$) and a reduction in incorrect responses ($F=25.67$, $p<0.001$, $\eta^2=0.605$). Furthermore, a decline in reaction time was observed in the happiness and relaxation groups ($F=4.11$, $p=0.047$, $\eta^2=0.058$). A significant discrepancy was identified between the groups in the theory of mind variable ($F=4.32$, $p=0.004$, $\eta^2=0.149$), with the happiness group demonstrating the most substantial improvement in score ($M=22.47$, $SD=4.36$). Overall, multivariate analysis indicated that the effect of group on the dependent variables was significant (Wilks' Lambda=0.48, $F=7.42$, $p<0.001$, $\eta^2=0.307$). The results of the Bonferroni test further demonstrated that the happiness and calm groups exhibited superior performance in all cognitive indicators when compared to the fear, anger, and control groups.

Discussion & Conclusion: The findings of this study are consistent with those of previous studies, including those by Soltani & Foroozandeh (2018), Shields et al. (2016), and Zare & Ghorbani (2016). These findings confirm the effective role of positive mood in increasing positive emotions and reducing negative emotions. In accordance with cognitive-emotional theories, such as Beck's theory and congruent processing theory, positive mood, by orienting cognition toward positive thoughts and memories, mitigates negativity bias and enhances emotional and cognitive well-being (Beck & Emery, 1985; Clark & Purdon, 2003). The findings of the study also demonstrated that positive mood significantly improves working memory, cognitive inhibition, and theory of mind. These results align with the findings reported in the studies by Cardi et al. (2019) and Albinet et al. (2012). From a neuropsychological perspective, the activation of the dopaminergic system during positive mood experiences can be attributed to better executive function, which increases motivation, flexibility, and cognitive efficiency (Davidson, 2003; Gray, 1987). Conversely, negative

moods, by activating serotonergic and noradrenergic circuits, have been shown to reduce cognitive function, attention, and motivation (Gray, 1987). A notable distinction emerges when contrasting the impact of happiness and calmness: happiness exerts a pronounced effect on enhancing theory of mind, while calmness elicits a marked decline in response time. This discrepancy can be attributed to the differential impact of incentive and inhibitory motivational systems within emotion theories. From a pragmatic standpoint, the recommendation is to utilize positive mood induction interventions in educational settings (e.g., meditation, art, music therapy), professional environments (e.g., positive space design, group activities), and therapeutic contexts (e.g., emotion regulation workshops). The study's limitations include its focus on a specific population (female students) and the use of controlled laboratory conditions. It is recommended that subsequent analyses include a more diverse cohort and encompass natural condition, as well as long-term effects.

Keywords: mood induction, executive function, female students

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دسترسی آزاد

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

مقاله پژوهشی



بررسی اثربخشی القای خلق بر کنش‌های اجرایی و نظریه ذهن دانشجویان دختر

آلاله عطاران خراسانی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. alalehattarankhorasani@gmail.comایمان الله بیگدلی استاد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول) ibigdeli@um.ac.irعلی مشهدی استاد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. mashhadi@um.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۰۴	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۹/۲۴	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۰۱	تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۶/۰۳
استناد: عطاران خراسانی، آلاله؛ بیگدلی، ایمان الله؛ مشهدی، علی. (۱۴۰۴). بررسی اثربخشی القای خلق بر کنش‌های اجرایی و نظریه ذهن دانشجویان دختر. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۵(۱)، ۲۵-۵۴. doi: 10.22067/tpccp.2025.76828.1292			

چکیده

هدف: این پژوهش در پی بررسی تاثیر حالت‌های خلقی مختلف (هم خلق مثبت که شامل شادی و آرامش و هم خلق منفی که شامل ترس و خشم) بر دو کنش اجرایی سرد (حافظه فعال و بازداری) و کنش اجرایی گرم (نظریه ذهن) در دانشجویان دختر بود. **روش:** این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان دختر دانشگاه فردوسی مشهد در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تشکیل داد. در این پژوهش از افراد واجد شرایط ۷۵ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در چهار گروه آزمایشی و یک کنترل گمارده شدند (۱۵ نفر برای هر گروه). برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه پاناس؛ آزمون ذهن خوانی از طریق تصویر چشم و آزمون برو-نرو و n-back و برای بررسی فرضیه‌های پژوهش نیز از آزمون کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد القای خلق مثبت میزان عواطف منفی را کاهش و میزان عواطف مثبت را به طور معنی‌داری افزایش می‌دهد. همچنین القای خلق مثبت تاثیر معناداری بر کنش‌های اجرایی مانند بهبود ظرفیت حافظه کاری، بازداری و بهبود عملکرد نظریه ذهن در دانشجویان دختر دارد ($P < 0.05$).

نتیجه: این یافته‌ها نشان می‌دهد که القای خلق مثبت می‌تواند به عنوان یک مداخله مؤثر در بهبود کنش‌های اجرایی و نظریه ذهن مورد استفاده قرار گیرد. استفاده از این روش در محیط‌های آموزشی و روان‌شناختی می‌تواند به ارتقای عملکرد شناختی و اجتماعی دانشجویان کمک کند.

کلیدواژه‌ها: القای خلق، کنش‌های اجرایی، دانشجویان دختر

مقدمه

کنش‌های اجرایی^۱ از جمله نیروهایی است که از بدو تولد در فرد وجود دارد و مناطق مهمی در مغز مانند لوب پیشانی، لوب اهیانه‌ای و قشر پیش پیشانی بیشترین تاثیر را بر کنش‌های اجرایی می‌گذارند (Davidson, 2003) (Dadkhah, Ahmadi Marzdashti, 2019). این کنش‌ها بخشی از مکانیسم خودتنظیمی هستند که فرآیندهایی مانند حل مسئله، بازداری، حافظه کاری، انعطاف پذیری شناختی و استدلال را در بر می‌گیرند و برای کنترل شناختی رفتار ضروری هستند (Diamond, 2013b; Sosic-Vasic et al., 2017). در واقع این کنش‌ها فرایندهای شناختی دیگر را کنترل و هماهنگ می‌کنند (Bull, Lee, 2014).

این فرایندها شامل تمام فرآیندهای پیچیده شناختی می‌شوند که در انجام تکالیف و فعالیتهای هدفمند ضرورت دارند (Basharpoor et al., 2019) (Basharpoor et al., 2019). نقش این کنش‌ها در زندگی روزمره شامل توانایی شغلی، آموزشی، روابط اجتماعی و توانمندی‌های اجرایی کاملاً محرز است و نقص در این فرآیندها به هر دلیلی نهایتاً منجر به نقص در فعالیتهای شناختی می‌گردد (Murno et al., 2017). کنش‌های اجرایی مسئول بازنگری و تنظیم فرآیندهای شناختی در طول انجام تکالیف شناختی پیچیده هستند (Locozi, 2016) (Locozi, 2016). کنش‌های اجرایی به دو دسته کنش‌های اجرایی گرم و کنش‌های اجرایی سرد تقسیم می‌شوند. کنش‌های اجرایی سرد کاملاً شناختی بوده و عواطف و هیجانات و انگیزه‌ها بر آنها تاثیری ندارند در حالیکه کنش‌های اجرایی گرم تحت تاثیر عواطف و هیجانات می‌باشد. کنش‌های اجرایی گرم با قشر اوریتوفرونتال و مناطق میانی و شکمی^۲ در ارتباط می‌باشند. این دو، دو منطقه مهم از مغز بوده که با لیمبیک در ارتباط هستند جایی که با پردازش‌های هیجانی مرتبط است در حالیکه کنش‌های اجرایی سرد به مهارتهای شناختی اشاره دارد که در شرایطی خنثی از لحاظ عاطفی اتفاق می‌افتد (Peterson & Welsh, 2014) (Peterson & Welsh, 2014). توانایی‌های شناختی اجتماعی مانند نظریه ذهن زیرمجموعه کنش‌های اجرایی گرم (Anderson et al., 2008) (Anderson et al., 2008) و کنترل بازداری، حافظه فعال و انعطاف پذیری شناختی زیرمجموعه کنش‌های اجرایی سرد قرار می‌گیرند (Zelazo & Carlson, 2012) (Zelazo & Muller, 2012).

نظریه ذهن^۳ به معنی توانایی اسناد دادن حالت‌های ذهنی همچون امیال، نیات، باورها و عواطف به خود

1. Executive Function

2. ventromedial

3. Theory of Mind

و دیگر افراد و به کار بردن این اطلاعات در جهت پیش بینی و تفسیر رفتارها است (Ferguson & Austin, 2010). (Ferguson, Austin, 2010). نخستین بار وودراف و پریماک در سال ۱۹۷۸ اصطلاح نظریه ذهن را در مطالعه شمپانزه‌ها بیان کردند. این نظریه پیش نیازی برای درک محیط اجتماعی و لازمه درگیر شدن در رفتارهای اجتماعی موفقیت آمیز است (Razza & Blair, 2009) (Razza, 2009). این توانایی دارای سه سطح است؛ سطح اول نظریه ذهن مقدماتی است، به این معنا که سطح یک با بازشناسی عاطفه‌ها و وانمود آ ن رابطه دارد. سطح دوم اظهار ابتدایی یک نظریه ذهن واقعی هست یعنی نظریه ذهن سطح دو همراه با باور نادرست ابتدایی و درک این باور است. سطح سوم به جنبه‌های پیشرفته تر نظریه ذهن اشاره دارد. در این سطح درک باور نادرست ثانویه یا درک شوخی است (Darvishi et al, 2013). بر طبق تحقیقات بهبود نظریه ذهن به عملکرد حافظه فعال وابسته است (Lecce & Bianco, 2018) (Lecce, Bianco, 2018). حافظه فعال نیز از جمله کنش‌های اجرایی است که زیرمجموعه کنش‌های اجرایی سرد قرار می‌گیرد، سیستمی با ظرفیت محدود که اطلاعات ساده را ذخیره سازی و به صورت موقت و همزمان پردازش می‌کند، همچنین توانایی ذخیره سازی اطلاعات پیچیده شناختی و پردازش آنها مانند، تفکر، استدلال، درک، و قضاوت و یادگیری همزمان را دارد (Alloway et al., 2013) (Alloway et al, 2013). حافظه فعال نظام جامعی است که خرده نظام‌ها و عملکردهای حافظه کوتاه مدت و بلندمدت به هم متصل می‌شوند (Arjmandnia et al., 2014). (Arjmandnia et al, 2014) به بیانی دیگر مسئولیت نگه داشتن اطلاعات در ذهن در زمان انجام تکالیف پیچیده بر عهده حافظه فعال می‌باشد. همچنین به عنوان سیستمی ذهنی مسئولیت اندوختن و پردازش موقت اطلاعات به منظور انجام تکالیف پیچیده را بر عهده دارد (Kirk et al., 2015) (Kirk et al, 2015). تحقیقات نشان داده‌اند که بین حافظه فعال و بازداری رابطه‌ای مثبت وجود دارد (Zuber et al., 2019) (Zuber, et al, 2019).

بازداری نیز از دیگر کنش‌های اجرایی می‌باشد که شامل قابلیت فرد در جلوگیری از پاسخ‌های شناختی یا رفتاری است (Shaffer & Kipp 2007) (Shaffer & Kipp, 2007). در بازداری شناختی، اشخاص از ورود اطلاعات بی ربط با تکلیف، به حافظه فعال ممانعت می‌کنند. در بازداری رفتاری، اشخاص از اتفاق افتادن یک عمل ناخواسته و واکنشی جلوگیری می‌کنند یا آن را به تاخیر می‌اندازند (Dillon & Pizzagalli, 2007) (Dillon & Pizzagalli, 2007). لوفتیز بازداری پاسخ کنش‌های اجرایی را، شاخصی برای «چگونه» و «چه وقت» انجام دادن عملکردهای رفتاری عادی توصیف گر و از دیدگاه گارنر بازداری به اشخاص برای برنامه ریزی اهداف، خود گردانی، بازداری پاسخ نامناسب، انعطاف پذیری و رفتار آینده مدار یاری می‌کند.

عوامل مختلفی وجود دارد که می‌تواند بر کنش‌های اجرایی تاثیر بگذارد و باعث بهبود یا تضعیف آنها شود. یکی از این مباحث که در ادبیات پژوهشی مطرح است چگونگی تاثیر هیجانات کنش‌های اجرایی است. در تحقیقات ثابت شده است که حالت‌های خلقی بر کنش‌های اجرایی تاثیر دارد (Storbeck & Maswood, 2016) (Storbeck & Maswood, 2015).

خلق به حالات هیجانی کلی و پراکنده افراد اشاره دارد که این حالات سرتاسر عمر با آنهاست. خلق مثبت حالت خوشایندی است که شامل خصوصياتی همچون غرور، اشتیاق و توجه زیاد است و باعث می‌شود افراد ارتباطی سازنده با محیط داشته باشند. خلق منفی حالتی ناخوشایند است که ناخوشنودی و برانگیختگی منفی ایجاد می‌کند (Finch et al., 2012) (Finch et al., 2012). عاطفه مثبت نشانگر نظام انگیزشی خوشایندی هست که سیستم‌های پاداش در برانگیختگی آن، نقش مهمی دارد؛ در حالی که عاطفه منفی نشان دهنده نظام انگیزشی آزاردهنده است که سیستم‌های تنبیهی در برانگیختگی آن موثر است. عاطفه مثبت و خلق خوش، کمک کننده رفتار گرایشی و عاطفه منفی و خلق ناخوش کمک کننده رفتار اجتنابی است (Kring et al., 2007). (Kering et al., 2007).

از جمله حالات خلقی منفی می‌توان به اضطراب ترس و خشم اشاره کرد. احساس آرامش و شادی نیز در طبقه حالات خلقی مثبت قرار می‌گیرد (Zhang et al., 2020) (Zhang, et al, 2020).

در زمینه نقش تسهیل گر یا کاهش دهنده خلق مثبت و خلق منفی بر کنش‌های اجرایی سرد و گرم تناقض‌های زیادی وجود دارد. بعضی از تحقیقات آزمایشگاهی نشان داده است که حالت خلقی منفی منجر به کاهش کنش‌های اجرایی می‌شود (Allen et al., 2014; Kalanthroff et al., 2013) (Allen et al, 2014). اما بعضی دیگر عکس این قضیه را ثابت کرده‌اند (Mitchell & Phillips, 2007) (Mitchell & Philips, 2007). برخی تحقیقات نیز اذعان دارند که خلق مثبت کنش‌های اجرایی را تسهیل می‌کند (Young & Young, 2014). همانطور که گفته شد کنش‌های اجرایی در زندگی روزمره ما اهمیت زیادی دارند پس شناسایی عواملی که می‌تواند باعث بهبود عملکرد کنش‌های اجرایی شود از اهمیت بالا بر خوردار است. از سویی دیگر تا بحال تحقیقی انجام نگرفته است که به صورت همزمان تاثیر حالت‌های خلقی مختلف (هم خلق مثبت و هم خلق منفی) را بر دو کنش اجرایی سرد (حافظه فعال و بازداری) و کنش اجرایی گرم (نظریه ذهن) را به طور همزمان مورد سنجش قرار دهد.

انتخاب جامعه آماری از میان دانشجویان دختر در این پژوهش به دلایلی انجام شده است که می‌تواند به دقت نتایج پژوهش کمک کند. نخست، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که جنسیت می‌تواند نقش مهمی در

عملکرد کنش‌های اجرایی ایفا کند، به‌ویژه در زمینه‌هایی مانند حافظه کاری و نظریه ذهن که زنان معمولاً در آن‌ها عملکرد متفاوتی نسبت به مردان دارند (Baron-Cohen et al., 2005; Herlitz & Rehnman, 2008; Miller & Halpern, 2014; Baron-Cohen, Knickmeyer, R. C., & Belmonte, 2005). (Miller & Halpern, 2014, Herlitz & Rehnman, 2008). بررسی گروهی تک‌جنسیتی کمک می‌کند تا متغیر جنسیت به‌عنوان یک عامل مزاحم حذف شود و تمرکز پژوهش بر متغیرهای اصلی باقی بماند. سوم، انتخاب دانشجویان دختر دانشگاه فردوسی به دلیل سهولت دسترسی و کاهش تفاوت‌های احتمالی مرتبط با جنسیت و زمینه‌های اجتماعی-فرهنگی انجام شده است، که این امر به افزایش همگنی جامعه آماری و دقت نتایج منجر می‌شود. در نهایت، بسیاری از پژوهش‌های پیشین یا تفاوت‌های جنسیتی را بررسی نکرده‌اند یا به‌طور کلی این متغیر را نادیده گرفته‌اند؛ بنابراین تمرکز بر یک گروه جنسیتی خاص، فرصتی برای پر کردن این خلأ پژوهشی فراهم می‌کند.

این تحقیق در پی آن است که نقش حالت‌های خلقی مختلف را بر کنش‌های اجرایی در دانشجویان بدون سابقه بیماری روانی و جسمی بسنجد (زیرا تحصیلات و بیماری‌ها می‌توانند بر عملکرد کنش‌های اجرایی تأثیر بگذارند). به عبارت دیگر آیا حالت‌های خلقی مثبت منجر به بهبود عملکرد کنش اجرایی گرم و حالت‌های خلقی منفی منجر به تضعیف عملکرد آن می‌شود؟ و آیا حالت‌های خلقی تأثیری بر عملکرد کنش‌های اجرایی سرد دارند یا خیر؟

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی و از طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان دختر دانشگاه فردوسی مشهد در نیم‌سال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تشکیل داد. با توجه به اینکه در تحقیقات آزمایشی حداقل حجم نمونه ۱۵ نفر در نظر گرفته شده است، از این‌رو از افراد واجد شرایط ۷۵ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در پنج گروه (۴ گروه آزمایشی القای خلق‌های مثبت و منفی و یک گروه کنترل با القای خلق خنثی) گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). حداقل حجم نمونه ۱۵ نفر در هر گروه بر اساس معیارهای رایج در پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی انتخاب شده است. طبق نظر کوهن (Cohen, 1988) و مطالعات مرتبط با قدرت آماری، تعداد ۱۵ نفر در هر گروه معمولاً حداقل تعداد لازم برای دستیابی به توان آماری کافی (معمولاً ۰/۸) در تحلیل‌های کوواریانس است. این تعداد به پژوهشگر کمک می‌کند تا بتواند تفاوت‌های معنادار میان گروه‌ها را با اطمینان بیشتری شناسایی کند. همچنین، این حجم نمونه در پژوهش‌های مشابه با طراحی پیش‌آزمون و پس‌آزمون

نیز به کار رفته است، و با توجه به محدودیت‌های دسترسی به جامعه هدف، انتخاب این تعداد منطقی و عملی بوده است.

تفکیک گروه‌ها در این پژوهش بر اساس نوع عاطفه (شادی، آرامش، ترس، خشم و یک گروه کنترل) به منظور بررسی دقیق‌تر تأثیر انواع مختلف خلق‌های مثبت و منفی بر کنش‌های اجرایی انجام شده است. این تفکیک کمک می‌کند تا تأثیر هر خلق به صورت مجزا تحلیل شود و مشخص گردد که کدام حالت خلقی تأثیر بیشتری بر بهبود یا تضعیف کنش‌های اجرایی سرد (مانند حافظه فعال و بازداری) و گرم (نظریه ذهن) دارد. برخلاف پژوهش‌های پیشین که اغلب خلق مثبت و منفی را به صورت کلی بررسی کرده‌اند، این پژوهش با تفکیک جزئی‌تر به دو نوع مثبت (شادی و آرامش) و منفی (ترس و خشم)، به دنبال تحلیل اختصاصی‌تر و پر کردن شکاف دانش نظری در این زمینه است. علاوه بر این، تفکیک گروه‌ها امکان کنترل دقیق‌تر متغیرها و افزایش اعتبار نتایج را فراهم می‌کند و به توسعه دانش درباره تعامل میان انواع مختلف حالات خلقی و عملکردهای شناختی کمک می‌کند.

ملاک‌های ورود پژوهش عبارتند از دامنه‌ی سنی ۱۸-۳۰ سال و جنسیت خانم و دانشجوی سال آخر و رضایت و اخذ امضاء از آن‌ها؛ و ملاک‌های خروج از پژوهش داشتن اختلال روانی و بیماری‌های جسمی خاص و مزمن بود که به وسیله‌ی مصاحبه‌ی اولیه توسط آزمایشگر مورد بررسی قرار گرفت.

مصاحبه‌ای که برای بررسی سلامت روان استفاده شد، از نوع نیمه ساختاریافته بود. در این نوع مصاحبه، پژوهشگر از مجموعه‌ای از سؤالات مشخص و هدفمند استفاده کرد، اما این امکان وجود داشت که در صورت لزوم سؤالات باز یا جزئیات بیشتری نیز مطرح شود. این نوع مصاحبه به پژوهشگر اجازه می‌دهد هم اطلاعات جامع‌تری از وضعیت روانی شرکت‌کنندگان به دست آورد و هم انعطاف لازم برای بررسی عمیق‌تر برخی موارد خاص را داشته باشد. محتوای مصاحبه بر اساس ملاک‌های تشخیصی اختلالات رایج در DSM-5 تنظیم شده بود و بر شناسایی علائم اضطراب، افسردگی، اختلالات خلقی و روان‌پزشکی متمرکز بود. محورهای اصلی مصاحبه شامل سابقه تشخیص اختلالات روانی، مصرف داروهای روان‌پزشکی، سابقه دریافت درمان‌های روان‌شناختی و علائم فعلی مرتبط با اختلالات روانی بود. این روش به پژوهشگر کمک کرد تا افراد با اختلالات روانی یا مشکلات جسمی مزمن و خاص را شناسایی کرده و از نمونه حذف کند.

ابزارها

آزمون حافظه N-Back: یکی از معروف‌ترین و معتبرترین آزمون‌های سنجش حافظه فعال که برای

نخستین بار در سال ۱۹۵۸ توسط کرچنر^۱ معرفی شد. در این آزمون تعدادی محرک بینایی به صورت متوالی بر روی صفحه نمایش گر رایانه ظاهر می‌شود و آزمودنی باید در صورت تشابه هر محرک با محرک قبل یا در صورت عدم تشابه، کلید اختصاص داده شده صفحه کلید را فشار دهد. داده‌های به‌دست آمده از این آزمون شامل تعداد پاسخ‌های صحیح، تعداد پاسخ‌های غلط، تعداد ماده‌های بی‌پاسخ و میانگین سرعت واکنش پاسخ‌های صحیح است. پژوهش‌های مختلف پایایی و روایی این آزمون را مورد تایید قرار داده‌اند. روایی محتوایی و صوری این آزمون را مورد تایید قرار دادند و پایایی این آزمون را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند (Ng et al., 2013) (Ng, Rudner et al, 2013). در ایران نیز در پژوهشی از این آزمون استفاده کردند و پایایی آن را مورد تایید قرار دادند. ضرایب اعتبار در دامنه‌ای بین ۰/۵۴ تا ۰/۸۴، اعتبار بالای این آزمون را نشان داد (Taghizade et al., 2014) (Taghizadeh et al, 2014). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

آزمون ذهن خوانی از طریق تصویر چشم^۲ (RMET): این آزمون در سال ۲۰۰۱ به وسیله بارون-کوهن و همکاران تدوین شده است که شامل تصویرهایی از چشم بازیگران در ۳۶ حالت متفاوت است. آزمودنی با استفاده از اطلاعات بینایی هر تصویر از بین چهار گزینه مطرح شده بهترین توصیف کننده حالات ذهنی فرد موجود در تصویر را انتخاب می‌کند. بیشترین امتیاز قابل کسب برای گزینش کلمات مناسب در این آزمون ۳۶ و کمترین امتیاز صفر است. این آزمون در اغلب مطالعات انجام شده برای بررسی توانایی ذهن خوانی افراد سالم و بیمار به کار گرفته شده است (Wang et al., 2008) (Wang, Yip, Lu, Yeh, 2008). در پژوهش اصلی بارون-کوهن و همکاران (۲۰۰۱) که آزمون ذهن خوانی از طریق تصویر چشم (RMET) را معرفی کردند، ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۴ گزارش شده است. این ضریب نشان‌دهنده پایایی قابل قبول آزمون است (Hopko et al., 2006). همچنین در مطالعه (Wang et al, 2008) این آزمون را برای بررسی افراد سالم و مبتلا به اختلالات روانی در جمعیت چینی استفاده کردند، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بود (Wang et al., 2008). در مطالعه‌ای ضریب آلفای این آزمون را ۰/۷۲ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را در نمونه‌های متشکل از ۳۰ دانشجو و در مدت زمان دو هفته ۰/۶۱ گزارش نمودند (Nejati et al., 2013) (Nejati et al, 2013). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

آزمون برو-نرو^۳: این آزمون در سال ۱۹۸۴ توسط هافمن به منظور سنجش بازداری طراحی گردید.

1. Kerchner, L
2. Reading the Mind in the Eyes Test
3. go no go

در نسخه کامپیوتری این آزمون تعداد ۵۰ هواپیما در وسط صفحه نمایشگر ظاهر می‌شود و فرد باید به محض دیدن هر هواپیما کلید مکان‌های هم‌جهت آن را هر چه سریع‌تر فشار دهد. در نیمی از محرک‌ها پس از ظهور محرک هدف صدای بیب به عنوان محرک توقف ارائه می‌شود و به آزمودنی گفته می‌شود که در این موارد از ارائه پاسخ خودداری کند. از این آزمون، سه نمره جداگانه به دست می‌آید: درصد خطای ارتکاب، درصد بازداری نامناسب و زمان واکنش. هاپکو و همکاران (۲۰۰۶) اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ و روایی آن را مورد تایید قرار داد (Hopko et al., 2006). در ایران نیز روایی محتوایی و صوری را مورد تایید قرار دادند و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ گزارش کردند (Ghadiri et al., 2006) (Ghadiri et al, 2006). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

مقیاس عاطفه مثبت و منفی^۱ (PANAS): این مقیاس توسط واتسون، کلارک و تلگن در سال ۱۹۸۸ تدوین شد و دارای ۲۰ ماده می‌باشد که ۱۰ ماده مربوط به سنجش عاطفه مثبت و ۱۰ ماده مربوط به سنجش عاطفه منفی است. آیتم‌ها در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (بسیار کم) تا ۵ (بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه نمرات برای هریک از مولفه‌های عاطفه مثبت و منفی از ۱۰ تا ۵۰ می‌باشد. واتسون و همکاران (۱۹۸۸) پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ برای عاطفه مثبت منفی به ترتیب برابر با ۰/۸۸ و ۰/۸۷ گزارش کرده و روایی ملاکی آن را از طریق بررسی همبستگی با مقیاس افسردگی بک مورد تایید قرار داده‌اند. در ایران نیز روایی محتوا، صوری و سازه این پرسشنامه را مورد تایید قرار دادند و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ برای عاطفه مثبت و منفی به ترتیب برابر با ۰/۸۵ و ۰/۸۰ گزارش کردند (Bakhsipour R & M., 2006) (Bakhsipour & Dezhkam, 2006). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای عاطفه مثبت ۰/۷۸ و برای عاطفه منفی ۰/۸۰ به دست آمد.

روش تحلیل

علاوه بر روش‌های آماری توصیفی (جداول، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی)، برای آزمون فرضیه‌های پژوهشی از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و جهت بررسی و مقایسه دو به دوی گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. برای سهولت محاسبات و کاهش خطاها نیز از نرم افزار SPSS استفاده شد.

1. Positive Affect and Negative Affect Scales (PANAS)

یافته‌های توصیفی

ابتدا خلاصه‌ای از آمار توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است:

جدول ۱. مشخصات توصیفی متغیر تعداد پاسخ درست در آزمون N-Back در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
	SD	M	SD	M
القای خلق شادی	۲۱/۵۴۶	۸۳/۸۶۶	۲۱/۹۲۱	۱۰۰/۶۷۰
القای خلق آرامش	۴/۶۴۸	۱۰۲/۷۱۰	۱۱/۹۰۶	۱۱۴/۳۶۰
القای خلق ترس	۷/۳۸۹	۱۱۵/۸۰۰	۶/۱۰۵	۱۱۲/۸۷۰
القای خلق خشم	۴/۴۱۹	۱۰۹/۹۴۰	۴/۳۴۹	۱۱۲/۳۸۰
القای خلق خنثی	۹/۵۷۴	۱۰۷/۶۷۰	۹/۵۰۱	۱۰۹/۴۷۰

طبق جدول شماره ۱، در آزمون N-Back، گروه‌های القای خلق شادی و آرامش افزایش قابل توجهی در تعداد پاسخ‌های درست پس از مداخله نشان دادند، که بیانگر بهبود در عملکرد حافظه کاری است. گروه القای خلق خنثی بهبود محدودی داشت، در حالی که گروه‌های القای خلق ترس و خشم تغییرات ناچیزی نشان دادند.

جدول ۲. مشخصات توصیفی متغیر میانگین زمان پاسخ در آزمون N-Back در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
	SD	M	SD	M
القای خلق شادی	۱۳۶/۳۰۰	۶۲۳/۸۰۰	۱۱۱/۴۰۰	۵۲۷/۱۳۰
القای خلق آرامش	۲/۶۷۹	۴۶۳/۴۳۰	۲۷/۴۲۵	۴۵۲/۸۵۰
القای خلق ترس	۸۹/۶۹۲	۶۵۲/۳۳۰	۱۰۲/۲۷۰	۵۹۲/۰۶۰
القای خلق خشم	۴/۳۵۵	۶۶۵/۰۰۰	۱۶۰/۷۷۰	۵۹۵/۶۸۰
القای خلق خنثی	۸۱/۹۰۰	۵۶۴/۴۷۰	۸۳/۷۹۰	۵۵۳/۱۳۰

طبق جدول شماره ۲، در بررسی زمان پاسخ‌دهی آزمون N-Back، گروه‌های القای خلق مثبت (شادی و آرامش) کاهش معناداری در زمان پاسخ‌دهی پس از مداخله نشان دادند، که حاکی از افزایش سرعت پردازش اطلاعات است. گروه‌های القای خلق منفی (ترس و خشم) تغییرات کمتری داشتند و گروه خنثی نیز بهبود مختصری نشان داد.

جدول ۳. مشخصات توصیفی متغیر تعداد پاسخ نادرست در آزمون go/nogo در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
	SD	M	SD	M
القای خلق شادی	۱/۶۴۱	۳/۴۶۶	۴/۸۲۹	۲/۴۰۰
القای خلق آرامش	۴/۴۱۰	۳/۵۳۳	۰/۶۹۵	۱/۱۳۰
القای خلق ترس	۲/۱۸۶	۲/۰۶۶	۲/۷۸۹	۳/۶۰۰
القای خلق خشم	۵/۹۲۴	۱/۹۳۳	۳/۰۱۶	۴/۶۷۰
القای خلق خنثی	۲/۳۲۵	۲/۵۳۳	۶/۳۵۲	۳/۲۷۰

طبق جدول شماره ۳، در آزمون go/no-go، تعداد پاسخ‌های نادرست در گروه‌های القای خلق شادی و آرامش پس از مداخله به طور معناداری کاهش یافت، که نشان‌دهنده بهبود در توانایی بازداری شناختی است. در مقابل، گروه‌های القای خلق ترس و خشم افزایش پاسخ‌های نادرست داشتند، که بیانگر تأثیر منفی این حالات خلقی است.

جدول ۴. مشخصات توصیفی متغیر تعداد پاسخ درست در آزمون go/nogo در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
	SD	M	SD	M
القای خلق شادی	۲۳/۸۰۰	۹/۵۴۸	۱۲/۲۹۲	۳۰/۶۷۰
القای خلق آرامش	۳۲/۸۶۶	۱۰/۸۳۸	۰/۶۰۰	۳۸/۸۰۰
القای خلق ترس	۳۴/۲۰۰	۸/۰۱۹	۹/۰۵۷	۳۱/۸۰۰
القای خلق خشم	۳۶/۹۳۳	۹/۹۲۴	۱۵/۶۶۷	۳۴/۶۷۰
القای خلق خنثی	۳۰/۵۳۳	۱۰/۵۶۸	۱۱/۲۱۸	۳۱/۸۷۰

طبق جدول شماره ۴، تعداد پاسخ‌های درست در آزمون go/no-go در گروه‌های القای خلق مثبت (شادی و آرامش) پس از مداخله افزایش یافت، که نشان‌دهنده بهبود دقت و عملکرد اجرایی است. گروه‌های القای خلق منفی (ترس و خشم) کاهش عملکرد را نشان دادند.

جدول ۵. مشخصات توصیفی متغیر میانگین زمان پاسخ در آزمون go/nogo در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
	SD	M	SD	M
القای خلق شادی	۴۴۹/۸۰۰	۱۵۲/۶۷۰	۱۶۷/۶۸۵	۳۸۷/۲۷۰
القای خلق آرامش	۳۴۰/۶۷۰	۴۷/۰۲۵	۲۳/۱۳۸	۳۰۹/۲۷۰
القای خلق ترس	۵۱۵/۳۳۰	۱۴۴/۱۸۰	۱۵۶/۷۹۲	۴۶۸/۶۰۰
القای خلق خشم	۳۸۳/۲۰۰	۹۸/۹۶۴	۶۸/۶۴۲	۳۳۳/۰۰۰
القای خلق خنثی	۴۴۵/۴۷۰	۶۸/۶۲۹	۳۹/۳۲۹	۳۴۹/۹۳۰

طبق جدول شماره ۵، زمان پاسخ‌دهی در آزمون go/no-go در گروه‌های القای خلق مثبت (شادی و آرامش) به طور معناداری کاهش یافت، که بیانگر بهبود سرعت و کارایی تصمیم‌گیری است. در مقابل، گروه‌های القای خلق منفی (ترس و خشم) زمان پاسخ‌دهی بیشتری داشتند.

جدول ۶. مشخصات توصیفی متغیر ثنوری ذهن در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	SD	M	SD	M
القای خلق شادی	۰/۶۳۹	۲۲/۴۶۶	۴/۳۵۶	۲۲/۴۶۶
القای خلق آرامش	۲/۵۰۱	۲۳/۷۳۳	۳/۱۹۵	۲۳/۷۳۳
القای خلق ترس	۳/۰۶۲	۲۰/۶۰۰	۳/۰۱۸	۲۰/۶۰۰
القای خلق خشم	۱/۸۳۰	۲۲/۶۰۰	۴/۴۲۰	۲۲/۶۰۰
القای خلق خنثی	۳/۴۷۳	۲۳/۰۰۰	۳/۴۲۲	۲۳/۰۰۰

طبق جدول ۶، نمرات نظریه ذهن در گروه‌های القای خلق مثبت (شادی و آرامش) پس از مداخله افزایش یافت، که حاکی از بهبود توانایی شناخت حالات ذهنی دیگران است. در گروه‌های القای خلق منفی (ترس و خشم)، تغییرات محدودی مشاهده شد.

جدول ۷. مشخصات توصیفی متغیر عواطف منفی در مقیاس پاناس در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	SD	M	SD	M
القای خلق شادی	۲/۵۲۰	۱۳/۰۶۶	۵/۶۱۲	۱۳/۰۶۶
القای خلق آرامش	۲/۴۹۱	۱۱/۰۰۰	۱/۳۰۹	۱۱/۰۰۰
القای خلق ترس	۲/۷۳۰	۳۲/۴۶۶	۷/۰۱۹	۳۲/۴۶۶
القای خلق خشم	۱/۸۳۰	۲۹/۸۰۰	۵/۰۳۱	۲۹/۸۰۰
القای خلق خنثی	۳/۲۴۴	۱۳/۹۳۳	۴/۳۶۶	۱۳/۹۳۳

طبق جدول شماره ۷، عواطف منفی اندازه‌گیری شده با مقیاس PANAS در گروه القای خلق آرامش کاهش معناداری پس از مداخله داشت، در حالی که در گروه‌های القای خلق ترس و خشم افزایش قابل توجهی مشاهده شد. گروه القای خلق شادی تغییرات کمتری نشان داد.

جدول ۸. مشخصات توصیفی متغیر عواطف مثبت در مقیاس پاناس در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	SD	M	SD	M
القای خلق شادی	۳/۴۸۰	۱۵/۴۰۰	۶/۴۱۰	۳۲/۳۳۳
القای خلق آرامش	۳/۸۹۹	۱۴/۲۶۶	۸/۲۹۶	۳۴/۴۰۰
القای خلق ترس	۴/۶۶۷	۱۶/۰۶۶	۷/۳۵۶	۱۴/۴۶۶
القای خلق خشم	۶/۰۱۴	۱۷/۸۰۰	۸/۲۹۹	۱۵/۸۰۰
القای خلق خنثی	۷/۱۹۹	۱۹/۵۳۳	۸/۴۰۱	۲۲/۲۰۰

طبق جدول شماره ۸، عواطف مثبت در گروه‌های القای خلق مثبت (شادی و آرامش) پس از مداخله افزایش معناداری نشان دادند، که حاکی از تأثیر مثبت این حالات خلقی است. در مقابل، گروه‌های القای خلق منفی (ترس و خشم) کاهش در عواطف مثبت داشتند.

از آنجایی که در پژوهش حاضر هدف پژوهشگر مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش-آزمون و پس‌آزمون بوده و ابزارهای استفاده شده دارای بیش از یک خرده‌مقیاس بوده است؛ لذا از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. لازم به ذکر است که قبل از انجام هر یک از تحلیل‌های حاضر بررسی مفروضه‌های بهنجاری و همگنی واریانس‌ها مد نظر قرار گرفت.

مقدار P در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای همه متغیرهای پژوهش میزان Z آزمون کالموگروف-اسمیرنوف بیشتر از $۰/۰۵$ است ($P \geq ۰/۰۵$)؛ بنابراین فرضیه صفر در آزمون کالموگروف-اسمیرنوف که عبارت از توزیع طبیعی داده‌هاست، تایید شد. در نتیجه داده‌های مربوط به متغیر حافظه فعال دارای توزیع طبیعی است و می‌توان از تحلیل‌های پارامتریک استفاده کرد.

مقدار P در آزمون لوین برای بررسی همگونی واریانس‌ها نیز بزرگ‌تر از $۰/۰۵$ بود ($P \geq ۰/۰۵$) که براین اساس در گروه‌های مورد مطالعه بین واریانس‌ها تجانس و همگونی وجود دارد.

جدول ۹. نتایج آزمون چندمتغیری برای بررسی تفاوت‌های گروه‌های کنترل و آزمایش در عواطف مثبت و منفی

منبع	متغیر	ارزش	F	df1	Df2	Sig	ηp^2
مدل	اثر پیلاپی	۰/۰۹۰	۳/۲۹۴	۲	۶۷	۰/۰۴۳	۰/۰۹۰
	لامبدای ویکلز	۰/۰۹۱	۳/۲۹۴	۲	۶۷	۰/۰۴۳	۰/۰۹۰
	اثر هتلینگ	۰/۰۹۸	۳/۲۹۴	۲	۶۷	۰/۰۴۳	۰/۰۹۰
	بزرگترین ریشه روی	۰/۰۹۸	۳/۲۹۴	۲	۶۷	۰/۰۴۳	۰/۰۹۰

۰/۶۱۳	۰/۰۰۰۱	۱۳۶	۸	۲۶/۸۸۸	۱/۲۲۵	اثر پیلایی	گروه
۰/۶۷۶	۰/۰۰۰۱	۱۳۴	۸	۳۴/۹۲۷	۰/۱۰۵	لامبدای ویکلز	
۰/۷۲۹	۰/۰۰۰۱	۱۳۲	۸	۴۴/۳۳۴	۵/۳۷۴	اثر هتلینگ	
۰/۸۲۵	۰/۰۰۰۱	۶۸	۴	۷۹/۹۹۵	۴/۷۰۶	بزرگترین ریشه روی	

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه‌ی آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد ($T=0/105$, $F=34/927$, $P\leq 0/001$, $\eta^2=0/676$).

جدول ۱۰: نتایج آزمون چندمتغیری برای بررسی تفاوت‌های گروه‌های کنترل و آزمایش در عواطف مثبت و منفی

متغیر	SS	Df	MS	F	Sig	η^2
مدل	۱۰۱/۳۶۷	۱	۱۰۱/۳۶۷	۴/۶۱۵	۰/۰۳۵	۰/۰۶۴
عواطف منفی	۱۸/۹۷۵	۱	۱۸/۹۷۵	۰/۴۸۰	۰/۴۹۱	۰/۰۰۷
عواطف مثبت	۶۲۵۴/۹۹۸	۴	۱۵۶۳/۷۵۰	۷۱/۱۹۹	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰۷
عواطف منفی	۶۱۴۸/۲۷۵	۴	۳۹/۵۶۷	۳۸/۸۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹۶
عواطف مثبت	۱۴۹۳/۴۹۸	۶۸	۲۱/۹۶۳			
خطا	۲۶۹۰/۵۶۱	۶۸	۳۹/۵۶۷			
عواطف مثبت						

نتایج جدول ۱۰ نشان می‌دهد بین میانگین مولفه‌های عواطف مثبت و منفی در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و میانگین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه از لحاظ آماری معنادار است و القای خلق موجب تغییر عواطف منفی ($\eta^2=0/807$, $F=71/199$, $P<0/001$) و عواطف مثبت ($\eta^2=0/696$, $F=38/847$, $P<0/001$) در گروه‌های آزمایش و در مرحله‌ی پس‌آزمون شده است. بنابراین با توجه به یافته‌های فوق فرضیه تایید، و فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل رد می‌شود. همچنین مربع سهمی ایتا اندازه اثر را نشان می‌دهد.

باتوجه به این که در پژوهش حاضر تعداد گروه‌ها بیش‌تر از دو می‌باشد، برای تعیین اثربخشی هر یک از خلق‌ها باید از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شود. همان‌طور که در جدول ۱۱ مشاهده می‌شود نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که القای خلق شادی نسبت به القای خلق‌های ترس و خشم توانسته است میزان عواطف منفی را به طور معناداری کاهش دهد؛ همچنین القای خلق آرامش نسبت به القای خلق‌های ترس و

خشم توانسته است میزان عواطف منفی را به طور معناداری کاهش دهد؛ همچنین نتایج نشان داد القای خلق ترس و خشم نسبت به القای خلق خنثی میزان عواطف منفی را به طور معناداری افزایش داده است. همچنین نتایج جدول ۱۱ نشان می‌دهد که القای خلق شادی نسبت به القای خلق‌های ترس و خشم و همچنین نسبت به گروه کنترل توانسته است میزان عواطف مثبت را به طور معناداری افزایش دهد؛ همچنین القای خلق آرامش نسبت به القای خلق‌های ترس و خشم و همچنین نسبت به گروه کنترل توانسته است میزان عواطف مثبت را به طور معناداری افزایش دهد.

جدول ۱۱. مقایسه عواطف مثبت و منفی در پنج گروه با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی

گروه‌ها	۱	۲	۳	۴	۵
القای شادی	-	۲/۹۶۸	-۱۸/۴۴۱*	-۱۶/۶۹۲*	-۰/۱۲۴
القای آرامش	-۰/۹۶۸	-	-۲۱/۴۰۹*	-۱۹/۶۶۰*	-۳/۰۹۲
عواطف منفی	۱۸/۴۴۱*	۲۱/۴۰۹*	-	۱/۷۴۹	۱۸/۳۱۷*
القای خشم	۱۶/۶۹۲*	۱۹/۶۶۰*	-۱/۷۴۹	-	۱۶/۵۶۸*
خنثی	۰/۱۲۴	۳/۰۹۲	-۱۸/۳۱۷*	-۱۶/۵۶۸*	-
القای شادی	-	-۲/۷۵۰	۱۸/۸۷۸*	۱۸/۷۷۹*	۱۴/۲۷۶*
القای آرامش	۲/۷۵۰	-	۲۱/۶۲۹*	۲۱/۵۲۹*	۱۷/۰۲۶*
عواطف مثبت	-۱۸/۸۷۸*	-۲۱/۹۲۶*	-	-۰/۰۹۹	-۴/۶۰۳
القای خشم	-۱۸/۷۷۹*	-۲۱/۵۲۶*	۰/۰۹۹	-	-۴/۵۰۳
خنثی	-۱۴/۲۷۶*	-۱۷/۰۲۶*	۴/۶۰۳	۴/۵۰۳	-

جدول ۱۲: بررسی آزمون تحلیل کواریانس در متغیر تئوری ذهن

منابع تغییرات	تحلیل کواریانس				معنی داری
	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	
مدل اصلاح شده	۲۱۳/۴۹۹	۵	۴۲/۷۰۰	۳/۵۰۲	۰/۰۰۷
جدا شده	۲۲۱/۱۹۳	۱	۲۲۱/۱۹۳	۱۸/۱۴۳	۰/۰۰۰۱
همپراش (پیش از آموزش)	۱۳۲/۶۴۶	۱	۱۳۲/۶۴۶	۱۰/۸۸۰	۰/۰۰۲
اثر اصلی (متغیر مستقل)	۲۱۰/۹۵۵	۴	۵۲/۷۳۹	۴/۳۲۶	۰/۰۰۴

خطای باقی مانده	۸۴۱/۲۲۱	۶۹	۱۲/۱۹۲	-	-
مجموع	۳۸۹۵۶/۰۰۰	۷۵	-	-	-
مجموع تصحیح شده	۱۰۵۴/۷۵۰	۷۴	-	-	-

با توجه به جدول ۱۲ مقدار F در متغیر اثر اصلی (آموزش) برابر با (۴/۳۲۶) است که در سطح ۰/۰۱ معنادار می‌باشد. بنابر این با حذف اثر همپراش (پیش‌آزمون) می‌توان گفت اثر معنی داری بین گروه‌ها وجود دارد. در نتیجه القای خلق بر تئوری ذهن تاثیر معناداری دارد و این فرضیه تحقیق مورد تایید قرار گرفت. باتوجه به این که در پژوهش حاضر تعداد گروه‌ها بیش تر از دو می‌باشد، برای تعیین اثربخشی هر یک از خلق‌ها باید از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شود. همان‌طور که در جدول ۱۳ مشاهده می‌شود نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که القای خلق شادی نسبت به القای خلق‌های ترس و خشم و همچنین القای خلق خنثی توانسته است عملکرد تئوری ذهن را بهبود بخشد؛ همچنین القای خلق آرامش نسبت به القای خلق‌های ترس و خشم و همچنین القای خلق خنثی توانسته است عملکرد تئوری ذهن را بهبود بخشد. بین سایر گروه‌ها تفاوت معناداری یافت نشد و به صورت کلی می‌توان نتیجه‌گیری کرد که القای خلق مثبت نسبت به القای خلق منفی در بهبود عملکرد تئوری ذهن تاثیر بیشتری دارد.

جدول ۱۳: مقایسه متغیر تئوری ذهن در پنج گروه با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی

گروه‌ها	۱	۲	۳	۴	۵
القای شادی	-	-۰/۰۹۶	۸/۰۱۲*	۶/۱۵۹*	۵/۹۴۲*
القای آرامش	۰/۰۹۶	-	۸/۱۰۸*	۶/۲۵۵*	۶/۰۳۸*
القای ترس	-۸/۱۰۲*	-۸/۱۰۸*	-	-۱/۸۵۴	-۲/۰۷۱
القای خشم	-۶/۱۵۹*	-۶/۲۵۵*	۱/۸۵۴	-	۰/۲۱۷
خنثی	-۵/۹۴۲*	-۶/۰۳۸*	۲/۰۷۱	۰/۲۱۷	-

جدول ۱۴. نتایج آزمون چندمتغیری برای بررسی تفاوت‌های گروه‌های کنترل و آزمایش در مولفه‌های تعداد پاسخ درست و میانگین زمان پاسخ در آزمون n-back

منبع	متغیر	ارزش	F	df ₁	Df ₂	Sig	η_p^2
مدل	اثر پیلایی	۰/۰۷۶	۲/۷۵۶	۲	۶۷	۰/۰۷۱	۰/۰۷۶
	لامبدای ویکلز	۰/۹۲۴	۲/۷۵۶	۲	۶۷	۰/۰۷۱	۰/۰۷۶
	اثر هتلینگ	۰/۰۸۲	۲/۷۵۶	۲	۶۷	۰/۰۷۱	۰/۰۷۶

۰/۰۸۲	۲/۷۵۶	۲	۶۷	۰/۰۷۱	۰/۰۷۶	بزرگترین ریشه روی	
۰/۵۳۲	۶/۱۶۷	۸	۱۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۲۶۶	اثر پیلاپی	گروه
۰/۴۸۰	۷/۴۲۲	۸	۱۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۰۷	لامبدای ویکلز	
۱/۰۵۷	۸/۷۱۶	۸	۱۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۴۶	اثر هتلینگ	
۱/۰۳۱	۱۷/۵۳۰	۴	۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰۸	بزرگترین ریشه روی	

نتایج جدول ۱۴ نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه‌ی آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد ($\eta^2=0/307$ ، $P \leq 0/001$ ، $F=8/716$ ، $T=1/057$).

جدول ۱۵. نتایج آزمون چندمتغیری برای بررسی تفاوت‌های گروه‌های کنترل و آزمایش در مولفه‌های تعداد

پاسخ درست و میانگین زمان پاسخ در آزمون n-back

متغیر	SS	Df	MS	F	Sig	η^2
مدل	۶۶/۵۵۲	۱	۶۶/۵۵۲	۳/۰۹۸	۰/۰۸۳	۰/۰۴۴
گروه	۷۴۰۶/۴۸۸	۱	۷۴۰۶/۴۸۸	۰/۹۱۱	۰/۳۴۳	۰/۰۱۳
	۱۴۵۸/۸۲۱	۴	۳۶۴/۷۰۵	۱۶/۹۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰۰
خطا	۲۴۱۵۳/۱۹۶	۴	۶۰۳۸/۲۹۹	۰/۷۴۲	۰/۵۶۶	۰/۰۴۲
	۱۴۶۰/۷۴۸	۶۸	۲۱/۴۸۲			
	۵۵۳۰۲۶/۱۴۸	۶۸	۸۱۳۲/۷۳۷			

نتایج جدول ۱۵ نشان می‌دهد بین میانگین تعداد پاسخ درست در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و میانگین مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه از لحاظ آماری معنادار است و القای خلق موجب تغییر تعداد پاسخ درست ($\eta^2=0/500$ ، $P < 0/001$ ، $F=16/978$) در گروه‌های آزمایش و در مرحله‌ی پس آزمون شده است. بنابراین با توجه به یافته‌های فوق فرضیه تایید، و فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل رد می‌شود. همچنین مربع سهمی ایتا اندازه اثر را نشان می‌دهد.

باتوجه به این که در پژوهش حاضر تعداد گروه‌ها بیش تر از دو می‌باشد، برای تعیین اثربخشی هر یک از خلق‌ها باید از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شود. همان‌طور که در جدول ۱۶ مشاهده می‌شود نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که القای خلق شادی نسبت به القای خلق‌های ترس و خشم و همچنین نسبت به گروه کنترل توانسته است میزان تعداد پاسخ درست را به طور معناداری افزایش دهد؛ همچنین القای خلق

آرامش نسبت به القای خلق‌های ترس و خشم و همچنین نسبت به گروه کنترل توانسته است میزان تعداد پاسخ درست را به طور معناداری افزایش دهد.

جدول ۱۶. مقایسه تعداد پاسخ درست در پنج گروه با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی

گروه‌ها	۱	۲	۳	۴	۵
القای شادی	-	۰/۷۹۲	۱۶/۹۳۱*	۱۲/۸۰۶*	۱۲/۶۰۷*
القای آرامش	-۰/۷۹۲	-	۱۴/۱۳۹*	۱۰/۰۱۴*	۹/۸۱۶*
القای ترس	-۱۶/۹۳۱*	-۱۴/۱۳۹*	-	-۴/۱۲۵	-۴/۳۲۳
القای خشم	-۱۲/۸۰۶*	-۱۰/۰۱۴*	۴/۱۲۵	-	-۰/۱۹۸
خنثی	-۱۲/۶۰۷*	-۹/۸۱۶*	۴/۳۲۳	۰/۱۹۸	-

جدول ۱۷. نتایج آزمون چندمتغیری برای بررسی تفاوت‌های گروه‌های کنترل و آزمایش در مولفه‌های تعداد پاسخ نادرست، تعداد پاسخ درست و میانگین زمان پاسخ در آزمون go/ no go

منبع	متغیر	ارزش	F	df ₁	df ₂	Sig	η^2
مدل	اثر پیلائی	۰/۱۵۶	۴/۰۰۹	۳	۶۵	۰/۰۱۱	۰/۱۵۶
	لامبدای ویکلز	۰/۸۴۴	۴/۰۰۹	۳	۶۵	۰/۰۱۱	۰/۱۵۶
	اثر هتلینگ	۰/۱۸۵	۴/۰۰۹	۳	۶۵	۰/۰۱۱	۰/۱۵۶
	بزرگترین ریشه روی	۰/۱۸۵	۴/۰۰۹	۳	۶۵	۰/۰۱۱	۰/۱۵۶
گروه	اثر پیلائی	۰/۸۱۸	۶/۲۷۸	۱۲	۲۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۷۳
	لامبدای ویکلز	۰/۳۱۰	۸/۰۰۲	۱۲	۱۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۲۳
	اثر هتلینگ	۱/۸۳۱	۹/۷۱۶	۱۲	۱۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷۹
	بزرگترین ریشه روی	۱/۵۹۷	۲۶/۷۴۲	۴	۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱۵

نتایج جدول ۱۷ نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه‌ی آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد ($\eta^2=۰/۳۲۳$ ، $P \leq ۰/۰۰۱$ ، $F=۸/۰۰۲$ ، $T=۰/۳۱۰$).

جدول ۱۸. نتایج آزمون چندمتغیری برای بررسی تفاوت‌های گروه‌های کنترل و آزمایش در مولفه‌های تعداد

پاسخ نادرست، تعداد پاسخ درست و میانگین زمان پاسخ در آزمون go/ no go

متغیر	SS	DF	MS	F	SIG	η^2
تعداد پاسخ درست	۳۰/۸۰۳	۱	۳۰/۸۰۳	۸/۷۳۱	۰/۰۰۴	۰/۱۱۵
تعداد پاسخ نادرست	۸/۵۱۳	۱	۸/۵۱۳	۰/۹۶۴	۰/۳۳۰	۰/۰۱۴
میانگین زمان پاسخ	۲۲۳۲۳/۴۷۵	۱	۲۲۳۲۳/۴۷۵	۴/۱۰۷	۰/۰۴۷	۰/۰۵۸
تعداد پاسخ درست	۱۸۸/۳۰۰	۴	۴۷/۰۷۵	۱۳/۳۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۳
تعداد پاسخ نادرست	۹۰۷/۲۱۳	۴	۲۲۶/۸۰۳	۲۵/۶۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۵
میانگین زمان پاسخ	۴۵۰۶۱/۴۵۱	۴	۱۱۲۶۵/۳۶۳	۲/۰۷۳	۰/۰۹۴	۰/۱۱۰
تعداد پاسخ درست	۲۳۶/۳۸۱	۶۷	۳/۵۲۸			
تعداد پاسخ نادرست	۵۹۱/۹۶۵	۶۷	۸/۸۳۵			
میانگین زمان پاسخ	۳۶۴۱۷۲/۹۳۶	۱۶۷	۵۴۳۵/۴۱۷			

نتایج جدول ۱۸ نشان می‌دهد بین میانگین تعداد پاسخ درست و تعداد پاسخ نادرست در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و میانگین مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه از لحاظ آماری معنادار است و القای خلق موجب تغییر تعداد پاسخ درست ($F=۴۷/۰۷۵$, $P<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۴۴۳$) و پاسخ نادرست ($F=۲۲۶/۸۰۳$, $P<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۶۰۵$) در گروه‌های آزمایش و در مرحله‌ی پس آزمون شده است. بنابراین با توجه به یافته‌های فوق فرضیه‌ی تایید، و فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل رد می‌شود. همچنین مربع سهمی ایتا اندازه اثر را نشان می‌دهد.

باتوجه به این که در پژوهش حاضر تعداد گروه‌ها بیش تر از دو می‌باشد، برای تعیین اثربخشی هر یک از خلق‌ها باید از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شود. همان‌طور که در جدول ۱۹ مشاهده می‌شود نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که القای خلق شادی نسبت به القای خلق‌های ترس و خشم و همچنین نسبت به گروه کنترل توانسته است میزان تعداد پاسخ درست را به طور معناداری افزایش دهد؛ همچنین القای خلق آرامش نسبت به القای خلق‌های ترس و خشم و همچنین نسبت به گروه کنترل توانسته است میزان تعداد پاسخ نادرست را به طور معناداری کاهش داده‌اند. همچنین در جدول ۱۹ مشاهده می‌شود که القای خلق شادی نسبت به القای خلق‌های ترس و خشم توانسته است میزان تعداد پاسخ نادرست را به طور معناداری کاهش دهد؛ همچنین القای خلق آرامش نسبت به القای خلق‌های ترس و خشم و همچنین نسبت به گروه

کنترل توانسته است میزان تعداد پاسخ نادرست را به طور معناداری کاهش دهد.

جدول ۱۹. مقایسه تعداد پاسخ درست و نادرست در پنج گروه با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی

گروه‌ها	۱	۲	۳	۴	۵
القای شادی	-	۲/۱۹۳	۱۰/۱۳۲*	۱۰/۳۳۳*	۶/۰۸۹*
القای آرامش	-۲/۱۹۳	-	۷/۹۳۹*	۸/۱۴۱*	۸/۸۹۷*
پاسخ درست	۱۰/۱۳۲*	-۷/۹۳۹*	-	۰/۲۰۲	-۴/۰۴۲*
القای خشم	-۱۰/۳۳۳*	-۸/۱۴۱*	-۰/۲۰۲	-	-۴/۲۴۴*
خنثی	-۶/۰۸۹*	-۳/۸۹۷*	۴/۰۴۲*	۴/۲۴۴*	-
القای شادی	-	۰/۳۵۶	-۳/۱۰۶*	-۴/۳۷۰*	۲/۰۴۶
القای آرامش	-۰/۳۵۶	-	-۳/۴۶۲*	-۴/۷۲۶*	-۲/۴۰۲*
پاسخ نادرست	-۳/۱۰۶*	-۳/۴۶۲*	-	-۱/۲۶۴	۱/۰۶۰
القای خشم	۴/۳۷۰*	۴/۷۲۶*	۱/۲۶۴	-	۲/۳۲۴
خنثی	۲/۰۴۶	۲/۴۰۲*	-۱/۰۶۰	-۲/۳۲۴	-

نتیجه

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که القای خلق مثبت موجب افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی در دانشجویان دختر می‌شود و القای خلق شادی و القای خلق آرامش نسبت به القای خلق‌های ترس و خشم توانسته است میزان عواطف منفی را به طور معناداری کاهش دهد؛ القای خلق ترس و خشم نسبت به القای خلق خنثی میزان عواطف منفی را به طور معناداری افزایش داده است. همچنین نتایج نشان داد که القای خلق شادی و القای خلق آرامش نسبت به القای خلق‌های ترس و خشم و همچنین نسبت به گروه کنترل (خلق خنثی) توانسته است میزان عواطف مثبت را به طور معناداری افزایش دهد که این یافته همسو با تحقیقات گذشته است (Soltani & Foroozandeh, 2018; Zare & Ghorbani, 2016) (Soltani et al, 2016, Zare et al, 2016).

در توجیه و تبیین این یافته می‌توان چنین گفت اعتقاد بر این است که فرد نه تنها یک ذهن بلکه دارای چندین ذهن است که با تغییر شرایط، یک ذهن موقعیتی جای خود را به ذهن موقعیتی دیگر می‌دهد، به گونه‌ای که فرد به گستره‌ای از ذهن‌های گوناگون وارد و از آن‌ها خارج می‌شود. زمانی که فرد در حالت هیجانی است معمولاً به حوادثی بیشتر توجه می‌کند که با خلق او همخوانی دارند در نتیجه، افراد مطالب و وقایع همخوان با خلق خود را بیشتر از مطالب ناهمخوان یاد گرفته و تجربه می‌کنند (Beck et al., 1999).

(Beck et al, 1999)؛ عاطفه مثبت بیانگر سیستم انگیزشی رغبتی است که تنبیه آن را بر می‌انگیزاند. اصولاً عاطفه مثبت رفتار گرایشی را حمایت می‌کند، حال آن که عاطفه منفی، کناره‌گیری و اجتناب را حمایت می‌کند. ناقل عصبی در سیستم عاطفه مثبت دوپامین و ناقل عصبی در سیستم عاطفه منفی سروتونین و نورآدرنالین هستند. این گذرگاه‌ها با انتظار پیامدهای ناخوشایند فعال می‌شوند و هیجان‌هایی مثل نگرانی و خلق‌هایی مانند عاطفه منفی را به بار می‌آورند (Clark & Purdon, 2003) (Clark & Purdon, 2004). طبق نظریه بک و امری آسیب‌شناسی روانی از طریق سوگیری و تحریف پردازش اطلاعات هیجانی که در خدمت حفظ این اختلال‌ها است مشخص می‌شوند. توجه، یادآوری و تفکر درباره اطلاعات منفی (یا مثبت) در مقایسه با سایر انواع مطالب از جمله، پردازش سوگیرانه به احتمال زیادی باعث خواهد شد تا خلق و عواطف منفی تشدید شوند؛ طبق این نظریه بک وقتی فرد تحت تاثیر القای هیجانات مثبت قرار می‌گیرد، بیشتر دچار خلق و عواطف مثبت شده؛ و وقتی تحت تاثیر القای هیجانات منفی قرار می‌گیرد، بیشتر دچار خلق و عواطف منفی می‌شود (Beck & Emery, 1985) (Beck & Emery, 1985). همچنین در توجیه این یافته می‌توان به نظریه پردازش اطلاعات و هماهنگی شناختی رجوع کرد. طبق این نظریه وقتی فرد تحت تاثیر رویدادی منفی قرار می‌گیرد به صورت ناهشیار ساختار شناختی و علی-الخصوص حافظه وی، شروع به کنکاش و یادآوری رویدادهای منفی و همخوان با موقعیت کرده و در نتیجه این خلق منفی تداوم می‌یابد (Gil et al., 2004) (Gil et al, 2004). نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که القای خلق مثبت موجب بهبود کنش‌های اجرایی، و القای خلق منفی موجب کاهش عملکرد کنش‌های اجرایی می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین همراستاست (Cardi et al., 2019) (Cardi et al, 2019).

در توجیه و تبیین این یافته می‌توان به این مبانی زیستی و فیزیولوژیکی اشاره داشت که سیستم عاطفه مثبت مبنا و مسیرهای عصبی دوپامینرژیک دارد و رویدادهای خوشایند، این مسیرها را فعال می‌کنند و این فعالیت مدارهای دوپامینرژیک موجب بهبود عملکرد حافظه، پردازش اطلاعات، توان حل مساله و غیره می‌شود؛ از طرفی دیگر سیستم عاطفه منفی مبنا و مسیرهای عصبی جداگانه دارد و پیامدهای ناخوشایند، مسیرهایی را که ناقل عصبی آنها سروتونین و نورآدرنالین هستند، فعال می‌کند، و این فعالیت مدارهای سروتونرژیک و نورآدرنرژیک موجب کاهش عملکرد حافظه، پردازش اطلاعات، توان حل مساله و غیره می‌شود (Davidson, 2003) (Davidson, 2003). این مطلب را با توجه به نظریه گری نیز می‌توان شرح داد که اعتقاد داشت خلق مثبت باعث افزایش انعطاف پذیری شناختی شده و سطح فعالیت دوپامین را در

ساختارهای زیر قشری بالا می‌برد که نتیجه‌ی آن بهبود عملکرد در تکالیف شناختی است. در واقع در پژوهش حاضر با القای خلق منفی و به دنبال آن فعال شدن مدارهای مدارهای سروتونرژیک و نورآدرنرژیک توان افراد برای پاسخ به سوالات و حل مسائل مربوط کاهش می‌یابد و با القای خلق مثبت و فعال شدن مدارهای دوپامینرژیک افراد با انرژی و توان بیشتری به سوالات پاسخ داده و به دلیل توان شناختی و روانی بالاتر، نمرات مولفه‌های کنش‌های اجرایی در آنان بهبود می‌یابد (Albinet et al., 2012) (Albinet et al., 2012).

انسان و حیوانات به طور طبیعی لذت جو هستند، رسیدن به این لذت‌ها آنها را شادمان و خوشحال می‌کند، عملکردهای او را بالا می‌برد و موجب انگیزندگی بیشتر می‌شود. در چنین حالی نیرو و انرژی بدنی و حتی ذهنی در حد بهینه قرار می‌گیرد و عملکردهای فرد را، از فعالیت جنسی گرفته تا فعالیت‌های اجتماعی تحت تاثیر قرار می‌دهد. هیجان شادی را معمولاً ثمربخش و نیرو دهنده و هدایت کننده دانسته اند (Watson & Clark, 1997) (Watson & Clark, 2006). در واقع خلق مثبت باعث می‌شود که افراد به دیگران کمک کنند، بیشتر ریسک کنند و مسایل را به صورت خلاقانه حل کنند و به صورت کارآمدتری تصمیم‌گیری کنند. بنابراین عاطفه و خلق مثبت با تاثیر گذاشتن بر محتوای فکر، بر محتوای حافظه فعال تاثیر می‌گذارد (Ashby et al., 1999) (Turken et al, 1999). به عبارتی در پژوهش حاضر با القای هیجانات و خلق مثبت توان شناختی و روانی افراد افزایش یافته و در نتیجه با برانگیختگی و انگیزه بیشتری به سوالات پاسخ داده و آن‌ها را حل می‌کنند و این امر موجب می‌شود که در کنش‌های اجرایی نمرات بهتری کسب کنند و عملکرد بهتری داشته باشند. افرادی که احساس خوبی دارند، در مقایسه با افرادی که احساس خنثی دارند، به افکار شاد و خاطرات مثبت راحت‌تر دسترسی دارند خلق و سیستم پردازش اطلاعات در ارتباط هستند و هیجانات می‌توانند بر توجه، یادگیری و حافظه تاثیر بگذارند (Nolen-Hoeksema et al., 1993) (Nolen-Hoeksema et al, 1993).

یافته‌های پژوهش نشان دادند که القای خلق مثبت تأثیر معناداری بر کاهش عواطف منفی، افزایش عواطف مثبت و بهبود کنش‌های اجرایی از جمله حافظه کاری، بازداری، و نظریه ذهن دارد. این پژوهش با وجود نتایج ارزشمند، دارای محدودیت‌هایی بود که باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرند. نخست، جامعه آماری پژوهش به دانشجویان دختر یک دانشگاه محدود بود، که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌های جمعیتی از جمله مردان، گروه‌های سنی مختلف یا فرهنگ‌های دیگر را محدود کند. دوم، استفاده از روش‌های القای خلق آزمایشگاهی ممکن است با خلق‌های طبیعی در زندگی روزمره تفاوت داشته باشد،

که این امر می‌تواند اثرات مشاهده‌شده را تا حدی مصنوعی کند. سوم، محدودیت در ابزارهای سنجش مانند آزمون‌های حافظه کاری و نظریه ذهن، که ممکن است تحت تأثیر عوامل محیطی یا وضعیت لحظه‌ای شرکت‌کنندگان قرار گرفته باشند، نیز می‌تواند بر دقت نتایج تأثیر بگذارد. در نهایت، عدم ارزیابی طولانی‌مدت اثرات القای خلق و بررسی پایداری این تأثیرات، نیازمند مطالعات بیشتری است تا تأثیرات بلندمدت این مداخلات روشن شود. در ادامه با توجه به محدودیت‌های پژوهشی، در ادامه پیشنهاداتی برای پژوهش‌های آتی ذکر می‌شود.

پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی به بررسی این تأثیرات در جمعیت‌های مختلف، از جمله مردان، گروه‌های سنی متفاوت (کودکان، نوجوانان، و سالمندان)، و افراد با اختلالات روانی یا شناختی (مانند افسردگی، اضطراب، یا اختلالات حافظه) بپردازند. علاوه بر این، تحلیل اثرات طولانی‌مدت القای خلق مثبت و نقش عوامل واسطه‌ای مانند استرس، انگیزه، یا حمایت اجتماعی در بهبود کنش‌های اجرایی، می‌تواند درک جامع‌تری از سازوکار این اثرات ارائه دهد. همچنین، بررسی اثرات محیط‌های طبیعی و تعاملات اجتماعی واقعی بر القای خلق و عملکرد شناختی، گام مهمی در انتقال نتایج پژوهش به محیط‌های روزمره است.

با توجه به تأثیر مثبت القای خلق شادی و آرامش بر عواطف و عملکرد شناختی، می‌توان از این رویکرد در محیط‌های آموزشی و کاری بهره برد. در محیط‌های آموزشی، پیشنهاد می‌شود فعالیت‌هایی مانند مدیتیشن، موسیقی درمانی، یا تمرینات هنری که باعث القای خلق مثبت می‌شوند، در برنامه‌های آموزشی گنجانده شوند. در محیط‌های کاری نیز، طراحی فضاهای کاری شاد، برگزاری برنامه‌های گروهی، و استفاده از روش‌های تقویت‌کننده خلق مثبت می‌توانند به بهبود بهره‌وری و رضایت کارکنان کمک کنند. همچنین، توسعه برنامه‌های مبتنی بر القای خلق مثبت برای مراکز روان‌شناختی و درمانی می‌تواند در کاهش عواطف منفی و بهبود کنش‌های اجرایی مراجعان مؤثر باشد.

پیشنهاد می‌شود ابزارهای درمانی و توان‌بخشی مبتنی بر القای خلق مثبت طراحی و در مراکز درمانی برای بهبود عملکرد شناختی و عاطفی بیماران استفاده شود. این ابزارها می‌توانند شامل تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی مثبت، فعالیت‌های گروهی حمایت‌کننده، یا تمرینات شناختی-رفتاری باشند. همچنین، آموزش مهارت‌های تنظیم خلق و کاهش عواطف منفی از طریق برنامه‌های آموزشی یا کارگاه‌های روان‌شناختی می‌تواند به دانشجویان و افراد شاغل کمک کند تا عملکرد بهتری در موقعیت‌های چالش‌برانگیز داشته باشند. در نهایت، توصیه می‌شود نهادهای آموزشی و درمانی از یافته‌های این پژوهش برای بهبود کیفیت خدمات خود و ارتقای سلامت روان بهره گیرند.

References

- Albinet, C. T., Boucard, G., Bouquet, C. A., & Audiffren, M. (2012). Processing speed and executive functions in cognitive aging: How to disentangle their mutual relationship? *Brain and Cognition*, 79(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2012.02.001>
- Allen, R. J., Schaefer, A., & Falcon, T. (2014). Recollecting positive and negative autobiographical memories disrupts working memory. *Acta Psychologica*, 151, 237-243. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2014.07.003>
- Alloway, T. P., Bibile, V., & Lau, G. (2013). Computerized working memory training: Can it lead to gains in cognitive skills in students? *Computers in Human Behavior*, 29(3), 632-638. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.10.023>
- Anderson, V., Anderson, P. J., Jacobs, R., & M., S. S. (2008). Executive functions and the frontal lobes: A lifespan perspective. In *Development and assessment of executive function: From preschool to adolescence*. In p. Anderson, vicki; jacobs, rani; anderson (ed.) (pp. 123 – 155). Psychology Press. <https://research.monash.edu/en/publications/development-and-assessment-of-executive-function-from-preschool-t>
- Arjmandnia, A., Sharifi, A., & Rostami, R. (2014). The effectiveness of computerized cognitive training on the performance of visual-spatial working memory of students with mathematical problems. *Journal of Learning Disabilities*, 3(4), 6-24. <https://sid.ir/paper/210151/en> (In Persian)
- Ashby, F. G., Isen, A. M., Turken, & U. (1999). A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychological Review*, 106(3), 529-550. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.106.3.529>
- Bakhshipour R, & M., D. (2006). A confirmatory factor analysis of the positive affect and negative affect scales (panas). *journal of psychology*, 9(4), 351- 365. <https://sid.ir/paper/54494/en> (In Persian)
- Baron-Cohen, S., Knickmeyer, R. C., & Belmonte, M. K. (2005). Sex differences in the brain: Implications for explaining autism. *Science*, 310(5749), 819-823. <https://doi.org/doi:10.1126/science.1115455>
- Basharpoor, S., Amani, S., & Narimani, M. (2019). The effectiveness of narrative exposure therapy on improving posttraumatic symptoms and interpersonal reactivity in patients with cancer [Original]. *Archives of Rehabilitation*, 20(3), 230-241. <https://doi.org/10.32598/rj.20.3.230> (In Persain)
- Beck, A. T., Clarck, D. A., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory of depression*. John Wiley and Sons. <https://www.wiley.com/en-us/Scientific+Foundations+of+Cognitive+Theory+and+Therapy+of+Depression-p-9780471189701>
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*.

Basic Books.
https://books.google.com/books/about/Anxiety_Disorders_And_Phobias.html?id=4xgyc7pbgH0C

- Cardi, V., Leppanen, J., Leslie, M., Esposito, M., & Treasure, J. (2019). The use of a positive mood induction video-clip to target eating behaviour in people with bulimia nervosa or binge eating disorder: An experimental study. *Appetite*, 133, 400-404. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.12.001>
- Clark, D. A., & Purdon, C. (2003). Cognitive theory and therapy of obsessions and compulsions. *Cognitive Therapy Across the Lifespan: Evidence and Practice*, 90. <https://doi.org/10.1002/brb3.3000>
- Davidson, R. J. (2003). Seven sins in the study of emotion: Correctives from affective neuroscience. *Brain and Cognition*, 52(1), 129-132. [https://doi.org/10.1016/S0278-2626\(03\)00015-0](https://doi.org/10.1016/S0278-2626(03)00015-0)
- Diamond, A. (2013a). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64(64), 135-168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Diamond, A. (2013b). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64(Volume 64, 2013), 135-168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Dillon, D. G., & Pizzagalli, D. A. (2007). Inhibition of action, thought, and emotion: A selective neurobiological review. *Applied and Preventive Psychology*, 12(3), 99-114. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2007.09.004>
- Ferguson, F. J., & Austin, E. J. (2010). Associations of trait and ability emotional intelligence with performance on theory of mind tasks in an adult sample. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 414-418. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.04.009>
- Finch, J. F., Baranik, L. E., Liu, Y., & West, S. G. (2012). Physical health, positive and negative affect, and personality: A longitudinal analysis. *Journal of research in personality*, 46(5), 537-545. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2012.05.013>
- Ghadiri, F., Jazayeri, A., Ashayeri, H., & Ghazi Tabatabaee, M. (2006). Executive function deficits in patient whith ocd-schiz disorder. *Advances in Cognitive Sciences*, 8(3), 11-24. <https://icssjournal.ir/article-1-100-en.pdf> (In Persian)
- Gil, K. M., Carson, J. W., Porter, L. S., Scipio, C., Bediako, S. M., & Orringer, E. (2004). Daily mood and stress predict pain, health care use, and work activity in african american adults with sickle-cell disease. *Health Psychology*, 23(3), 267-274. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.3.267>
- Herlitz, A., & Rehnman, J. (2008). Sex differences in episodic memory. *Current directions in psychological science*, 17(1), 52-56. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00547.x>
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Daughters, S. B., Aklin, W. M., Osborne, A., Simmons, B. L., & Strong, D. R. (2006). Construct validity of the balloon analogue risk task (bart):

- Relationship with mdma use by inner-city drug users in residential treatment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(2), 95-101. <https://doi.org/10.1007/s10862-006-7487-5>
- Kalanthoff, E., Cohen, N., & Henik, A. (2013). Stop feeling: Inhibition of emotional interference following stop-signal trials [Original Research]. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00078>
- Kering, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M., & Johnson, S. L. (2007). *Abnormal psychology* (H. Shamsipour, Trans.). Arjomand Publications. <https://www.amazon.com/Abnormal-Psychology-Ann-M-Kring/dp/0471692387> (In Persian)
- Kirk, S., Gallagher, G., & Coleman, M. R. (2015). *Educating exceptional children (14th ed)*. (14 ed.). Cengage Learning. <https://www.amazon.com/Educating-Exceptional-Children-Samuel-Kirk/dp/1285451341>
- Lecce, S., & Bianco, F. (2018). Working memory predicts changes in children's theory of mind during middle childhood: A training study. *Cognitive Development*, 47, 71-81. <https://doi.org/10.1016/j.cogdev.2018.04.002>
- Locozi, A. (2016). Effective factors in better performance in students with learning disability. *J of learning*, 23, 45-53.
- Miller, D. I., & Halpern, D. F. (2014). The new science of cognitive sex differences. *Trends in cognitive sciences*, 18(1), 37-45. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.10.011>
- Mitchell, R. L. C., & Phillips, L. H. (2007). The psychological, neurochemical and functional neuroanatomical mediators of the effects of positive and negative mood on executive functions. *Neuropsychologia*, 45(4), 617-629. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2006.06.030>
- Nejati, V., Zabihzadeh, A., Mohseni, M., & Maleki, S. (2013). Social cognition impairment in patient with major depression; evidence from eye reading tests. *Journal of Applied Psychology*, 6(5), 57-70. <https://www.sid.ir/paper/151752/fa> (In Persian)
- Ng, E. H. N., Rudner, M., Lunner, T., Pedersen, M. S., & Rönnberg, J. (2013). Effects of noise and working memory capacity on memory processing of speech for hearing-aid users. *International Journal of Audiology*, 52(7), 433-441. <https://doi.org/10.3109/14992027.2013.776181>
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 20-28. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.102.1.20>
- Peterson, E., & Welsh, M. C. (2014). The development of hot and cool executive functions in childhood and adolescence: Are we getting warmer? In S. Goldstein & J. A. Naglieri (Eds.), *Handbook of executive functioning* (pp. 45-65). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-8106-5_4
- Razza, R. A., & Blair, C. (2009). Associations among false-belief understanding, executive

- function, and social competence: A longitudinal analysis. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(3), 332-343. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2008.12.020>
- Shaffer, D. R., & Kipp, K. (2007). *Development psychology: Childhood and adolescence*. Wadsworth Publishing. http://elibrary.bsu.edu.az/files/books_163/N_44.pdf
- Soltani, F., & Foroozandeh, E. (2018). Effectiveness of inducing positive affect on improvement autobiographical memory in depressive patients [Research]. *Zanko Journal of Medical Sciences*, 18(59), 57-67. <http://zanko.muk.ac.ir/article-1-213-fa.html> (In Persian)
- Sosic-Vasic, Z., Kröner, J., Schneider, S., Vasic, N., Spitzer, M., & Streb, J. (2017). The association between parenting behavior and executive functioning in children and young adolescents [Original Research]. *Frontiers in psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00472>
- Storbeck, J., & Maswood, R. (2016). Happiness increases verbal and spatial working memory capacity where sadness does not: Emotion, working memory and executive control. *Cognition and Emotion*, 30(5), 925-938. <https://doi.org/10.1080/02699931.2015.1034091>
- Taghizade, T., Nejati, V., Mohammadzade, A., Akbarzade Baghban, A., & Nejati, V. N. (2014). Evolution of auditory and visual working memory in primary school-aged children. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*, 10(2), 239-249. <https://doi.org/10.22122/jrrs.v10i2.1300> (In Persian)
- Wang, Y.-g., Wang, Y.-q., Chen, S.-l., Zhu, C.-y., & Wang, K. (2008). Theory of mind disability in major depression with or without psychotic symptoms: A componential view. *Psychiatry Research*, 161(2), 153-161. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.07.018>
- Watson, D., & Clark, L. A. (1997). Chapter 29 - extraversion and its positive emotional core. In R. Hogan, J. Johnson, & S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 767-793). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012134645-4/50030-5>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The panas scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Zare, H., & Ghorbani, T. (2016). Comparing the effects of positive and negative induced false memory and true memory of people with anxiety-depression symptoms and normal individuals [Research]. *Advances in Cognitive Sciences*, 18(3), 80-89. <http://icssjournal.ir/article-1-506-fa.html> (In Persian)
- Zelazo, P. D., & Carlson, S. M. (2012). Hot and cool executive function in childhood and adolescence: Development and plasticity. *Child development perspectives*, 6(4), 354-360. <https://psycnet.apa.org/record/2012-31092-006>

- Zhang, Y., Cole, D. A., Mick, C. R., Lovette, A. J., & Garbuck, M. E. (2020). Cognitive reactivity to low positive and high negative affect. *Behavior Research and Therapy*, 132. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103683>
- Zuber, S., Ihle, A., Loaiza, V. M., Schnitzspahn, K. M., Stahl, C., Phillips, L. H., Kaller, C. P., & Kliegel, M. (2019). Explaining age differences in working memory: The role of updating, inhibition, and shifting. *Psychology & Neuroscience*, 12(2), 191-208. <https://doi.org/10.1037/pne0000151>



The Effectiveness of Integrative Behavioral Couple Therapy on Emotional Self-Regulation and Self-Compassion of Conflicted Couples

Roja Taghizadeh

Master's Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Ayatollah Amoli Islamic Azad University, Amol Branch, Mazandaran, Iran. Email: ardissiba@yahoo.com

Ali Mehdizadeh Tavasani

Assistant Professor, Department of Psychology, Khazar Mahmoudabad Institute of Higher Education, Mazandaran, Iran. (Corresponding author), Email: dr.ali.mehdizadeh@khazar.ac.ir

Received: 2024-10-30

Revised: 2025-02-17

Accepted: 2025-06-30

Published: 2025-08-25

Citation: Taghizadeh, R., & Mehdizadeh Tavasani, A. (2025). The Effectiveness of Integrative Behavioral Couple Therapy on Emotional Self-Regulation and Self-Compassion of Conflicted Couples. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 15(1), 55-78. doi: 10.22067/tpccp.2025.92212.1764

Abstract

Introduction

One of the factors that has been demonstrated to have a detrimental effect on the quality of marriage is marital conflict. Marital conflict has been demonstrated to have deleterious effects on family structure, stability, and overall satisfaction with life. The failure to address these issues can ultimately result in the dissolution of the family unit. Integrative behavioral couple therapy is one of the treatments that focuses on persistent negative interaction cycles due to deep vulnerability. As (Graham, 2018) asserts, the absence of proper regulation of negative feelings and emotions can lead to a decline in both individual and relational mental health. Emotions represent a pivotal phenomenon in life, serving as the foundation for the fluctuations in daily life, richness and poverty, and the memorable moments of human existence. They are also instrumental in fostering health, success, and positive personal relationships, which are crucial for our survival. Self-compassion is defined as the ability to transform understanding, acceptance, and love into an internal form. A considerable number of individuals possess the capacity to demonstrate compassion towards others; however, they encounter challenges in cultivating a similar level of compassion towards themselves. (Zarastvand et al., 2020) demonstrated that integrative behavioral couple therapy, incorporating a compassion approach, leads to a reduction in maladaptive emotion regulation strategies and an enhancement in adaptive strategies, thereby fostering increased marital satisfaction. Given that an inability on the part of couples to regulate emotions and exhibit self-compassion has been demonstrated to cause disruption in marital interactions, this study was conducted to answer the following question: Does integrative behavioral couple therapy affect emotional self-regulation and self-compassion in conflicted couples?

Method

The present study was of a quasi-experimental nature, employing a pre-test and post-test design. The statistical population encompassed all couples who had referred to Amol's Navid Aramesh Counseling Center in 2023. The random sampling method was employed, and the participants were divided into two groups: an experimental group and a control group. In accordance with the established inclusion and exclusion criteria, 20 couples were selected for



©2025 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.

the study (10 couples for the experimental group and 10 couples for the control group, yielding a total of 40 participants). This selection process was conducted from a pool of 120 volunteer couples, resulting in a total sample size of 240 individuals. The treatment was administered in 10 sessions, each spanning 90 minutes (Jacobson & Christensen, 2000). The Dyadic Adjustment Scale (DAS) (Spanier, 1976), the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) (Garnefski et al., 2001), and the Self-Compassion Scale (SCS) (Neff et al., 2003) were utilized as research instruments. The data were then subjected to analysis using both descriptive and inferential statistics (MANCOVA).

Findings

The findings of the study indicated that the discrepancy between the two groups was associated with the experimental intervention (67%). The statistical power of the test in this study was determined to be 0.99. Consequently, it was ascertained that the linear combination of dependent variables was influenced by the independent variable, subsequent to adjusting for the initial differences. The results of the univariate analysis of covariance demonstrated that the F ratio in the pre-test for emotional self-regulation, it was 17.58 ($P < 0.001$) and for self-compassion was 25.32 ($P < 0.001$). In the experimental group, the F ratio for emotional self-regulation was 323.66 and for self-compassion, it was 198.77. The F value was used to indicate the effectiveness of integrative behavior couple therapy on the variables of emotional self-regulation and self-compassion. The effect size further demonstrated that integrative behavioral couple therapy accounted for 89% of emotional self-regulation and 84% of self-compassion. The results of the Bonferroni post hoc test demonstrated that there was no statistically significant difference in the pre-test phase. However, in the post-test phase, a statistically significant difference was observed between the emotional self-regulation and self-compassion variables compared to the control group.

Discussion & Conclusion

The present study demonstrated the efficacy of integrative behavioral couple therapy in enhancing cognitive and emotional regulation. This research aligns with the findings of studies conducted by (Karimian et al., 2021), (Ghazanfari et al., 2021), and (Sheydanfar et al., 2020). The efficacy of this finding can be explained by the therapeutic method's emphasis on emotions and their role in the permanent patterns of couples in conflict. The objective of this therapeutic approach is to identify and address vulnerable emotions within each couple, thereby fostering a secure and affectionate environment. It is hypothesized that the enhancement of positive experiences between couples will concomitantly result in the reemergence of positive emotions within their relationship. Research findings have demonstrated the efficacy of integrative behavior couple therapy in promoting self-compassion among couples experiencing conflict. The present study aligns with the findings of previous research conducted by (Teymori et al., 2021), (Barzegar et al., 2023), and (Dovom et al., 2023). This finding can be explained by the increased ability of individuals who receive couples therapy training in self-compassion to overcome anxiety and depression and experience fewer marital conflicts.

In the context of self-compassion treatment, it is recommended that couples refrain from avoiding or suppressing their painful emotions. In the main hypothesis, because both emotional self-regulation and self-compassionate approaches emphasize changing those two potent factors rather than simplistically treating emotions as part of marital problems, couples therapy assist clients in modifying the elements of a destructive relationship. When the negative cycle is disrupted and responses begin to change, a more positive cycle is created

and helps couples move towards a more secure bond. The present study posits that training in this therapeutic modality be incorporated into the curricula of couples and family therapy training programs. The implementation of this approach by therapists would facilitate the treatment of communication issues and the enhancement of intimate relationships among couples and families.

Keywords: Couple Therapy, Integrative Behavior, Emotional Self-Regulation, Self-Compassion

پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

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

دسترسی آزاد

اثر بخشی زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر بر خودتنظیمی هیجانی و خودشفقتی زوج های دچار تعارض

روجا تقی زاده ^{id}

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی آیت اله آملی واحد آمل، مازندران، ایران.

ardissiba@yahoo.com

علی مهدی زاده تواناسی ^{id}

استادیار، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی خزر محمودآباد، مازندران، ایران. (نویسنده مسئول).

dr.ali.mehdizadeh@khazar.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۰۹	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱۱/۲۹	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۰۹	تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۶/۰۳
استناد: تقی زاده، روجا؛ مهدی زاده تواناسی، علی. (۱۴۰۴). اثر بخشی زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر بر خودتنظیمی هیجانی و خودشفقتی زوج های دچار تعارض. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۱۵(۱)، ۷۸-۵۵. doi: 10.22067/tpccp.2025.92212.1764			

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف اثربخشی زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر بر خود تنظیمی هیجانی و خود شفقتی زوج های دچار تعارض انجام گرفت.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زوجین مراجعه کننده به مرکز مشاوره نوید آرامش آمل طی سال ۱۴۰۲ بود که به علت تعارضات زناشویی به این مرکز مراجعه کرده بودند. بر این اساس ۱۲۰ زوج متقاضی دریافت مشاوره، با روش نمونه گیری تصادفی در دو گروه کنترل (۱۰ زوج، ۲۰ نفر) و آزمایش (۱۰ زوج، ۲۰ نفر) قرار گرفتند. جلسات مشاوره به صورت زوجی اجرا شد و هر زوج در ۱۰ جلسه (۹۰ دقیقه ای به صورت یک جلسه در هفته) تحت مداخله درمانی مبتنی بر زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر قرار گرفتند. جلسات آموزشی گروه زوج درمانی با استفاده از زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر اجرا شد. پرسشنامه های مورد پژوهش، پرسشنامه تنظیم هیجان، پرسشنامه شفقت بر خود و پرسشنامه سازگاری زناشویی بود. داده ها با استفاده از روش های آمار توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر بر خود تنظیمی هیجانی ($P=0/000$, $F=17/58$) و خود شفقتی ($P=0/000$, $F=32/25$) زوجین دچار تعارض اثرگذار بوده است. بنابراین، با توجه به یافته های به دست آمده نتیجه گرفتیم، زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر روش مناسبی برای بهبود خودتنظیمی هیجانی و خودشفقتی زوجین دچار تعارض است.

واژه های کلیدی: زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر، خود تنظیمی هیجانی، خود شفقتی

مقدمه

استحکام و بهبود رابطه زناشویی از اهمیت بسیاری برخوردار است زیرا بخش مهمی از بافت اجتماعی را تحت تأثیر قرار داده و تربیت نسل آینده را بر عهده دارد. درعین حال رابطه زناشویی عاری از تعارض نیست و تعارضات زناشویی یکی از بخش‌های جدایی‌ناپذیر زندگی همسران است که در صورت عدم رسیدگی به آن رابطه عاطفی رو به زوال رفته و زوجین را با نارضایتی روبرو می‌کند (Shahabi & Sanagouye, 2020). آمارهای اخیر نشان می‌دهند که بیش از یک سوم ازدواج‌ها در کشورهای توسعه‌یافته به طلاق ختم می‌شود (Joulazadeh Esmaeili et al., 2020).

مقالات متعدد نشان می‌دهد کیفیت روابط زوجین اثرات کوتاه مدت و بلند مدت قابل توجهی دارد. برای مثال سطوح پایین اعتماد بین اعضای خانواده، زن و شوهر، استرس و تعارض زناشویی، انتقاد، عدم تطابق بین زوجین، همگی تأثیر منفی بر سلامت شریک زندگی دارند (Mousavi et al., 2017). پژوهش‌های متعددی اثر بخشی رویکردهای مختلف در حوزه درمان تعارضات زوجین را بر مشکلات 'روابط و مسائل زناشویی بررسی کرده اند اما اثر بخشی اکثر آنها در دراز مدت سنجیده نشده و یادگیری نتایج 'حاکمی از کاهش اثر بخشی بوده است (Hooshmandi et al., 2019). قرار گرفتن در مشکلات و بحث‌های زناشویی امری غیر قابل انکار است که تقریباً همه‌ی زوج‌ها در برهه‌ای از رابطه‌ی خود آن را تجربه می‌کنند. اما برطرف کردن و اصلاح این اختلافات امری غیرممکن نیست و امروزه علم روانشناسی می‌کوشد تا در این جریان بیشترین تأثیر مثبت را داشته باشد. نگهداری و حفظ یک رابطه عاشقانه کار آسانی نیست. همان‌طور که از قدیم گفته‌اند همدیگر را یافتن هنر نیست، هنر این است که همدیگر را گم نکنیم. به دست آوردن اولین مرحله‌ی رابطه است اما مرحله‌ی مهم‌تر، نگه داشتن است. یک رابطه جدی و سالم درست مانند ماشینی نیازمند معاینه دوره‌ای است تا به خوبی عمل کند. در طول زندگی مشترک، زوجین با تعارضات متفاوتی روبرو خواهند شد که برخی از این مشکلات را با تعامل و صحبت رفع می‌نمایند. اما در برخی موارد که برای برطرف کردن بحث چاره‌ای نمی‌یابند بهتر است از یک متخصص زوج درمانگر کمک بگیرند. متأسفانه زوجین معمولاً زمانی به درمانگر مراجعه می‌کنند که مشکلات زیادی دامن‌گیر رابطه شده است. الگوهای ناکارآمد رابطه عادی شده‌اند، روابط عاشقانه به مرحله‌ی ضعف رسیده است و خشم زیادی ناشی از تعارضات حل نشده بین آنها جریان دارد (Graham, 2018). تحقیقات نشان می‌دهند که مشکلات زوجین به طور میانگین، ۶ سال قبل از مراجعه به درمانگر شروع شده است. این اصل به معنای این نیست که زوج درمانی نمی‌تواند مشکلات پایدار و قدیمی را حل کند بلکه وقتی زوجین با مشکلات پایدار به زوج درمانگر مراجعه می‌کنند، حل مشکلات آنها به زمان بیشتری نیاز دارد و هم‌چنین باید وقت و انرژی بیشتری را در

جهت بهبود و بررسی وضعیت هر دو طرف صرف کرد. مداخلات بسیاری جهت کاهش تنش‌ها و اختلالات به وجود آمده در روابط زناشویی انجام گرفته است که از مهمترین آنها می‌توان به زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر اشاره کرد (Taheri & Mahvi Shirazi, 2019). درمان مبتنی بر رویکرد زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر^۱ به دلیل تاکید بر چرخه‌های منفی تعامل پایدار در روابط زوجین و توجه این رویکرد بر افزایش آگاهی زوجین از هیجاناتش و ابراز صحیح آن تأثیرات مثبتی بر تعامل زوجین دارد (Behbahani & Zolfaghari, 2021). یکی از مفروضه‌های زیربنایی رویکرد یکپارچه نگر این است که زوجین بر هیجان‌های خود آگاهی ندارند و یا در صورت آگاهی این هیجان‌ها را سرکوب می‌کنند و به علت چنین تعاملی، احساساتی بروز نمی‌کند که همین امر موجب جو کرختی و بی‌حسی عاطفی بین زوجین می‌شود (Raudales et al., 2019).

مک‌لین و همکاران (McLean et al., 2019) در پژوهشی نشان دادند زوجینی که از سطح خودتنظیمی هیجانی بالاتری برخوردارند روابط باثبات‌تر و شادتری با دیگران دارند و حتی نقش این مؤلفه را مهم‌تر از الگوهای ارتباطی حاکم بر رابطه می‌دانند. طبق نظر جیمز و همکاران (James et al., 2015) پایین بودن سطح خودتنظیمی هیجانی باعث می‌شود زوجین دچار دل‌زدگی زناشویی شوند؛ دل‌زدگی زناشویی به معنای از پا افتادگی روانی، عاطفی و جسمی است. در نتیجه دل‌زدگی زناشویی و از پا افتادگی روانی، عاطفی و جسمانی، ممکن است زوجین رابطه خود را تمام شده در نظر بگیرند و درصدد جدایی برآیند.

یکی از عواملی که در تعیین کیفیت و پایداری رابطه زناشویی بسیار اثرگذار است، توانایی خودتنظیمی هیجانی زوجین است. خودتنظیمی هیجانی دارای دو بُعد نظم‌بخشی ارتباطی و تکاپوی ارتباطی است و به‌طور کلی به توانایی زوجین در تغییر باورها، هیجانات و رفتارها؛ همچنین انطباق آنها با ترجیحات همسر و کارآمدی رابطه اشاره دارد؛ به بیان دیگر، این که زوجین تا چه اندازه از توانایی خودتنظیمی هیجانی برخوردارند و تا چه اندازه بر رفتارهای خودتنظیمی نظارت دارند می‌تواند رضایت زناشویی آنها را تحت تأثیر قرار دهد (Jafari et al., 2018). شافر و همکاران (Shafer et al., 2016) در پژوهشی عدم توانایی زوجین در خودتنظیمی هیجانی را با کاهش رضایت و ثبات زناشویی مرتبط دانستند، این محققان اضافه کردند، از آنجا که توانایی خودتنظیمی هیجانی باعث می‌شود آنها از جهات مختلف هیجانی و رفتاری برای حفظ رابطه تلاش کنند، یک متغیر حساس در رابطه زوجی محسوب می‌شود.

خود تنظیمی هیجانی مهارتی است که بر توانایی‌های فرد برای تحمل امیال و نیازهای ارضا نشده^۲

تاثیر می گذارد؛ ناامیدی و شکست های آن ها را کنترل می کند و آن را در جهت موفقیت هدایت می کند. افرادی که خود تنظیمی بیشتری داشته باشند کیفیت زندگی و سلامت روان بیشتری دارند. خود تنظیمی به معنای ظرفیت فرد برای تعدیل رفتار با هیجانات متناسب با شرایط و تغییرات محیط بیرونی و درونی است. همچنین خود تنظیمی شامل توانایی فرد در ساماندهی و خود مدیریتی رفتار جهت رسیدن به اهداف گوناگون یادگیری می باشد (Shokri et al., 2020).

خودتنظیمی هیجانی^۱ اولین بار توسط (Halford et al., 1994) به عنوان روش مفید برای کمک به بهبود رابطه زوج ها مطرح شد. زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر یکی از درمان های موثر بر خود تنظیمی هیجانی است (Wiebe & Johnson, 2017). در این رویکرد زوج ها، تغییرات طولانی مدتی را در رابطه زناشویی خود ایجاد می کنند (Forouzanfar & Sayadi, 2019) که به زوج های در تعارض یاری می رساند تا الگوی مشکل ساز رفتاری، شناختی و عاطفی در روابط متقابل با یکدیگر را تغییر دهند (Sedaghatkhan & BehzadiPoor, 2017).

یکی از روش هایی که به شناسایی تعارضات زناشویی و مدیریت آن کمک می کند شفقت بر خود است (Song et al., 2019). روان شناسان معتقدند افراد شفقت ورز در محیط های ایمن رشد کرده اند و با شیوه مهرورزانه و مراقبت کننده با خود ارتباط برقرار می کنند و حتی زمانی که روابط عاشقانه شان دچار شکست می شوند، آشفته نمی شوند (Ahmadpour Dizaji et al., 2017) و از احساسات دردناک خود اجتناب نمی کنند، بلکه آن ها را می شناسند و نسبت به آن ها احساس شفقت دارند (Gilbert, 2017). براساس مطالعات انجام شده افراد شفقت ورز، رویدادها را کمتر استرس زا می دانند یا آن را به منزله فرصتی برای رشد و تقویت روحی و معنوی خود تلقی می کنند (Jorjorzadeh et al., 2021). نتایج پژوهش نشان می دهد که مداخله مبتنی بر شفقت به خود بر افزایش کیفیت زندگی زنان متأهل (Mirzaei et al., 2020) و تاب آوری و رضایت از زندگی زناشویی (Dasht Bozorgi et al., 2017) مؤثر است. در راستای ضرورت این پژوهش می توان گفت که اگر زوجین نگرش های صمیمانه مناسبی در زندگی زناشویی ابراز نکنند، امکان دارد دچار کشمکش های درون خانواده شوند و بر سلامت جامعه اثرات زیان باری بگذارند. بنابراین زوج درمانی در این زمینه ضرورت می یابد تا علاوه بر افزایش نگرش صمیمانه زوجین باعث ارتقای سطح کیفیت زندگی، به زیستی روانشناختی و تاب آوری زوجین شود. مزیت زوج درمانی بر شفقت به خود نسبت به مداخله های دیگر این است که هیجانات منفی زوجین، مانند خود سرزنش گری، احساس بی

1Emotional self-regulation

کفایتی و رحمت نفس پایین را به هیجان های مثبت نظیر مهربانی، درک خود و مسئولیت پذیری تبدیل می کند (Sakeni et al., 2019). حقیقت امر این است که سلامت جامعه به سلامت خانواده وابسته است و در این میان زوجین نقش حیاتی در خانواده و جامعه را به عهده دارند. در نتیجه نگاه ویژه به سلامت روانی و جسمانی آنان ضرورت پیدا می کند. زیرا به سلامت روانی جامعه کمک می شود. در این میان یکی از روش هایی که می تواند توانایی پذیرش در جنبه های نامطلوب زندگی را افزایش دهد و از تبعات منفی تعارضات زوجین بکاهد، شفقت به خود است. مطالعات انجام شده نشان می دهند که زنان نسبت به مردان شفقت کمتری به خود نشان می دهند و این ممکن است به این دلیل باشد که زنان اغلب نقش اجتماعی مراقبتی را به عهده دارند (Zarastvand et al., 2020).

با توجه به اینکه شفقت به خود، همان چگونگی تعامل فرد با خودش در زمان آشفتگی است. احتمالاً تنظیم هیجان، مکانسیم بالقوه ای باشد که شفقت به خود به وسیله آن اقدام می کند (Yip & Tong, 2021). نتایج پژوهش (Finlay-Jones, 2017) بیانگر وجود یک پیوستگی قوی میان شفقت به خود با جنبه های خاص خود تنظیمی مانند تنظیم هیجان است.

بنابراین با توجه به موارد مطرح شده، هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر بر خود تنظیمی هیجانی و خود شفقتی زوج های دچار تعارض بود که همه این عوامل موجب بررسی اثربخشی زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر بر خود تنظیمی هیجانی و خود شفقتی در زوج های دچار تعارض شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری، کلیه زوجین مراجعه کننده به مرکز مشاوره نوید آرامش آمل طی سال ۱۴۰۲ بود. در این پژوهش روش نمونه گیری تصادفی مورداستفاده قرار گرفت. به این شکل که پژوهشگر به کلینیک مشاوره مراجعه کرد و مسئولین را در جریان چگونگی اجرای پژوهش قرار داد و ضمن توجیه آن ها درباره روند اجرای پژوهش، از آنها خواسته شد که زوجین داوطلب را به درمانگر ارجاع دهند. پس از دریافت مشخصات اولیه از مراجعان و توجیه آنها برای شرکت در پژوهش و با در نظر گرفتن ملاک های ورود و خروج و اجرای پرسشنامه های مربوطه (پرسش نامه سازگاری زناشویی، پرسش نامه تنظیم هیجان شناختی و شفقت به خود)، زوجینی که با ملاک های ورود همخوانی داشتند برای ورود به فرایند مداخلات به شکل تصادفی گمارش شدند. ملاک های ورود عبارت بودند از: قرار داشتن در دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۵ سال، دارا بودن حداقل

مدرک تحصیلی دیپلم، عدم اختلال سوء مصرف مواد مخدر، تمایل به شرکت در تمام فرایند درمان، عدم شرکت هم‌زمان در برنامه‌های درمانی دیگر، گذشت بیش از یک سال از مدت ازدواج. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از شرکت هم‌زمان در برنامه‌های درمانی دیگر و داشتن پرونده طلاق. با در نظر گرفتن این شرایط از بین ۱۲۰ زوج (۲۴۰ نفر) داوطلب، ۲۰ زوج (۱۰ زوج گروه آزمایش و ۱۰ زوج گروه کنترل، جمعاً ۴۰ نفر) حائز شرایط شناخته شدند. همچنین جلسات درمان به صورت زوجی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام گرفت. به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، زوجین گروه کنترل در لیست انتظار بودند و در پایان مداخلات درمانی تحت مداخله درمانی قرار گرفتند.

ابزارها

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان

این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۱ تدوین شده است. پرسشنامه ای چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می‌باشد. مقیاس تنظیم شناختی هیجان ۹ راهبرد شامل: ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه انگاری و سلامت دیگران را ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه ۳۶ سوالی به صورت طیف ۶ درجه ای لیکرت از ۰ تا ۵ نمره گذاری می‌شود (۱-هرگز، ۲-بندرت، ۳-برخی اوقات، ۴-اغلب اوقات و ۵-همیشه) که هر چهار پرسش یک عامل را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و در مجموعه نه عامل به قرار، سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه آمیز کردن، نشخوار فکری، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی پذیرش، تمرکز مثبت و ارزیابی مثبت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه سوال معکوس ندارد. در این پرسشنامه از فرد خواسته شده تا واکنش خود را در مواجهه با تجارت تهدید آمیز و رویدادهای استرس زا زندگی که به تازگی تجربه کرده اند بوسیله پاسخ به ۵ پرسش که استراتژی برای کنترل و تنظیم هیجان را ارزیابی می‌کند مشخص نماید.

پایایی: ضریب آلفا برای خرده مقیاس های این پرسشنامه به وسیله (Garnefski et al., 2001) در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران توسط بشارت و بزازیان (Besharat & Bazazian, 2014) در جمعیت عمومی مورد بررسی قرار گرفته است. ضرایب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس ها از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ محاسبه شد ضرایب همبستگی بین نمره ها در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای زیر مقیاس های پرسشنامه از ۰/۵۷ تا ۰/۷۶ محاسبه شد که پایایی بازآزمایی پرسشنامه را تایید می‌کنند (Besharat & Bazazian, 2014).

روایی: برای بررسی روایی همگرا و واگرایی این پرسشنامه در ایران از فرم فارسی این مقیاس به وسیله سامانی و جوکار (Samani & Jokar, 2007) مورد اعتباریابی قرار گرفته است که شامل فرم ۴۲ سوالی مدرج چهار نمره ای (از کاملاً شبیه من تا کاملاً متفاوت از من) می باشد که سه عامل افسردگی، استرس و اضطراب را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. جهت بررسی اعتبار ۴۰ نفر از دانشجویان انتخاب و به فاصله ی سه هفته مورد آزمون و ارزیابی قرار گرفتند. ضریب اعتبار بازآزمایی برای عامل افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۸، استرس ۰/۸۰ و برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۲ بود ($p < 0/001$). علاوه بر روش بازآزمایی، به منظور بررسی میزان همسانی درونی مقیاس از ضریب آلفا استفاده شد که این ضریب برای عوامل استرس، افسردگی و اضطراب به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۵ و ۰/۷۵ بود.

پرسشنامه شفقت بر خود

توسط نف و همکاران (Neff et al., 2003) ساخته شد. که شامل ۲۶ گویه و ۶ مولفه مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری یا ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً ۱- مخالفم تا ۵- کاملاً موافقم نمره گذاری می‌گردد. گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۴ و ۲۵ دارای نمره گذاری معکوس می‌باشند.

پایایی: ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری یا ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۸۳ می‌باشند (Neff et al., 2003). در پژوهش خسروی و همکاران (Khosravi et al., 2013) ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس ۰/۷۶ است. پایایی بازآزمایی از طریق اجرای مجدد مقیاس خود شفقت ورزی روی گروهی از شرکت کنندگان به مدت ۱۰ روز پس از اجرای اولیه، تایید شد. این یافته بیانگر پایایی بسیار خوب مقیاس است.

روایی: جهت بررسی روایی در پژوهش خانجانی و همکاران (Khanjani et al., 2016) از سه مقیاس شرم بیرونی، کمال گرایی و عاطفه منفی استفاده شد. به این صورت که ضریب همبستگی پیرسون میان نمرات این ابزارها و مقیاس شفقت به خود محاسبه شد که نتایج آن به ترتیب -۰/۲۱، -۰/۳۳، ۰/۳۸ گزارش شد. همبستگی بین نمرات مقیاس شفقت به خود و مقیاس شرم بیرونی، کمال گرایی و عاطفه منفی منفی و معنادار است که حاکی از روایی مناسبی است. برای بررسی روایی همگرا در نسخه خارجی از مقیاس حرمت

خود روزنبرگ^۱ (Rosenberg, 1965) استفاده شد که ۵۹/۰ به دست آمد.

پرسشنامه سازگاری زناشویی

پرسشنامه سازگاری زناشویی گراهام بی اسپانیر (DAS) توسط اسپانیر در سال ۱۹۷۶ منظور سنجش سازگاری بین زن و شوهرها و یا هر دو نفری که باهم زندگی می کنند تنظیم شده است. تحلیل عاملی نشان می دهد که این مقیاس چهار بعد را می سنجد که عبارتند از: رضایت زناشویی، همبستگی زناشویی، توافق زناشویی و ابراز محبت. این مقیاس یک ابزار ۳۲ سؤالی برای ارزیابی کیفیت رابطه ی زناشویی از نظر زن یا شوهر یا هر دو نفری است که با هم زندگی می کنند. این ابزار برای دو هدف ساخته شده است. می توان با به دست آوردن کل نمرات، از این ابزار برای اندازه گیری رضایت کلی در یک رابطه صمیمانه استفاده کرد. تحلیل عاملی نشان می دهد که این مقیاس چهار بعد رابطه را می سنجد. این چهار بعد از این قرارند: رضایت دونفری، همبستگی دو نفری، توافق دو نفری و ابراز محبت.

پایایی: نمره ی کل مقیاس با آلفای کرانباخ ۹۶٪ از همسانی درونی خوبی برخوردار است. همسانی درونی خرده مقیاس ها بین خوب تا عالی است (Spanier, 1976). رضایت دونفری ۹۴٪، همبستگی دو نفری ۸۱٪، توافق دو نفری ۹۰٪ و ابراز محبت ۷۳٪. در این پژوهش نیز از طریق آلفای کرانباخ پایایی این مقیاس ۹۴٪ به دست آمد (Sanaei Zaker & Baghernezhad, 2001).

روایی: اسپانیر روایی مقیاس سازگاری زوجین را با روش روایی صوری مورد بررسی قرار داد. همچنین این مقیاس با روش های منطقی روایی محتوا چک شد. مقیاس سازگاری زن و شوهر با قدرت تمیز دادن زوج های متأهل و مطلقه در هر سؤال، روایی خود را برای گروه های شناخته شده نشان داده است. این مقیاس از روایی همزمان نیز برخوردار است و با مقیاس رضایت زناشویی لاک - والاس^۲ (Locke & Wallace, 1959) همبستگی دارد (Sanaei Zaker & Baghernezhad, 2001). در ایران ملازاده و همکاران (Molazadeh et al., 2002) اعتبار مقیاس را با روش بازآزمایی ۸۶/۰ و با روش آلفای کرونباخ ۸۹/۰ و میزان روایی همزمان آن با پرسشنامه سازگاری زناشویی لاک والاس برابر ۹۰/۰ گزارش نمود.

پروتکل زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر

این پروتکل درمانی بر اساس پروتکل زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر کریستنس و جاکوبسون (Jacobson & Christensen, 2000) می باشد. این پروتکل تلاش می کند تا علاوه بر ایجاد تغییرات سازنده در رفتارها و الگوهای ارتباطی زوجین، پذیرش تفاوت ها و محدودیت های فردی را نیز تقویت کند.

1 Rosenberg

2 Lock & wallace

جدول ۱. پروتکل زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر (Jacobson & Christensen, 2000)

جلسه	هدف	محتوا
جلسه اول	معارفه و آشنایی	آشنایی با گروه، بیان اهداف و قوانین گروه، اجرای پیش آزمون
جلسه دوم	ارائه چشم انداز زوج درمانی، بررسی مشکلات و مصاحبه اولیه	برگزاری جلسات فردی با زوجین، فرا رفتن از مشکلات کنونی براساس سنجه ها، بررسی تاریخچه ارتباط
جلسه سوم	تاریخچه خانواده اصلی	برگزاری جلسه سوم نیز به صورت فردی، بررسی مسائل مربوط به خشونت و تعهد، بررسی تاریخچه خانواده اصلی
جلسه چهارم	فرمول بندی مشکلات و درمانگر	ارائه بازخورده زوجین، ارائه چشم انداز و فرمول بندی مشکلات، مشخص کردن موضوعات و زمینه های مشکل ساز عمده، پیدا کردن نقاط قوت رابطه، بحث بر سر فرمول بندی درمانگر و همخوانی آن با نظر زوجین
جلسه پنجم	الگوهای تعامل	بحث درباره الگوهای تعامل، ارائه مداخلاتی برای جلوگیری، قطع کرده، جهت دهی دوباره و یا محدود کردن تعاملات مشکل ساز
جلسه ششم	مداخلات مبتنی بر هیجان و خود شفقتی	گوش دادن به جزئیات موجود در تعاملات زوجین، فرمول بندی موردی مجدد مشکلات زوجین
جلسه هفتم	تکنیک های پذیرش	تشویق زوجین با استفاده از تکنیک های پذیرش تا زوجین بتوانند از مشکلاتشان به درجاتی فاصله هیجانی پیدا کنند
جلسه هشتم	مداخلات مبتنی بر رفتار	مبادله رفتار و تمرین مهارت های ارتباطی، اجرای دوباره تعاملات، تمرین مهارت های حل مسئله
جلسه نهم	مداخلات مربوط به ایجاد تحمل	تمرین رفتارهای منفی، لیست کردن اقداماتی برای خود مراقبتی، تظاهر به رفتارهای منفی در محیط خانه، افزایش تحمل از طریق خویشتن گری، کمک به زوج برای کنار آمدن با عوامل فشارزا
جلسه دهم	جلسه جمع بندی	

یافته ها

مهمترین شاخص های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) در جدول (۲) گزارش شده است. نمرات افراد مورد مطالعه در پرسشنامه های خود تنظیمی هیجانی و خود شفقتی به تفکیک گروه در دو مرحله (پیش آزمون، پس آزمون) بررسی شد. میانگین و انحراف معیار نمرات پرسشنامه خود تنظیمی هیجانی برای گروه آزمایش در پیش آزمون به ترتیب ۲۸/۹۵ و ۸/۷۸ و در پس آزمون ۶۲/۲۰ و ۸/۷۸ بود و برای گروه کنترل در پیش آزمون ۲۸/۴۵ و ۸/۵۴ و در پس آزمون ۲۴/۷۵ و ۷/۷۶ گزارش شد. میانگین و انحراف معیار

نمرات پرسشنامه خود شفقتی برای گروه آزمایش در پیش آزمون به ترتیب ۱۵/۵۰ و ۲/۴۱ و در پس آزمون ۷/۷ و ۲/۶۹ بود و برای گروه کنترل در پیش آزمون ۱۵/۵۰ و ۲/۷۴ و در پس آزمون ۱۵/۹۵ و ۲/۲۸ گزارش شد.

جدول ۲ - میانگین و انحراف معیار متغیرهای خود تنظیمی هیجانی و خود شفقتی در گروه های آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	ارزیابی	گروه آزمایش میانگین $\pm$ انحراف معیار	گروه کنترل میانگین $\pm$ انحراف معیار
خود تنظیمی	پیش آزمون	۸/۷۸ $\pm$ ۲۸/۹۵	۸/۵۴ $\pm$ ۲۸/۴۵
هیجانی	پس آزمون	۷/۸۹ $\pm$ ۶۲/۲۰	۷/۷۶ $\pm$ ۲۴/۷۵
خود شفقتی	پیش آزمون	۲/۴۱ $\pm$ ۱۵/۵۰	۲/۷۴ $\pm$ ۱۵/۵۰
	پس آزمون	۲/۶۹ $\pm$ ۷/۷	۲/۲۸ $\pm$ ۱۵/۹۵

در بخش آمار استنباطی برای تعیین اثربخشی زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر بر خود تنظیمی هیجانی و خود شفقتی زوج های دچار تعارض و آزمون فرضیه های پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد. به منظور آزمون فرضیه ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد؛ جهت اجرای کوواریانس ابتدا پیش فرض های استفاده از آن را بررسی کردیم و با تأیید شدن مفروضه ها از این آزمون استفاده شد. البته مفروضه های استفاده از تحلیل کوواریانس زیاد بود که در این جا فقط سه مفروضه طبیعی بودن توزیع نمرات، همسانی واریانس ها و همگنی رگرسیون بررسی شد. برای آزمون نرمال بودن توزیع نمرات پیش آزمون و پس آزمون از آزمون کولموگروف اسمیرنوف^۱ استفاده شد. با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف در جدول (۳)، چون مقدار آزمون در بازه $+1/96$ تا $-1/96$ بود و با توجه به سطح معناداری آزمون با ضریب اطمینان ۰/۹۵، فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته شد. بنابراین یکی از مفروضه های استفاده از تحلیل کوواریانس تأیید شد و از این آزمون استفاده گردید.

جدول ۳- آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت نرمال بودن توزیع نمرات

متغیرهای تحقیق	آماره آزمون	سطح معنی داری	نتیجه
خود تنظیمی هیجانی	۰/۱۱۸	۰/۰۷۴	نرمال
خود شفقتی	۰/۱۱۰	۰/۰۹۲	نرمال

برای همسانی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد. طبق جدول (۴)، با توجه به مقدار ($\text{sig} > 0/05$) آزمون لوین معنادار نشد و در شرط همسانی واریانس ها، خطا برقرار شد. بنابراین از تجزیه و تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت میان گروههای آزمایش و کنترل استفاده کردیم.

جدول ۴- آزمون لوین جهت همسانی واریانس ها

آزمون	آماره آزمون (F)	(درجه آزادی اول) df_1	(درجه آزادی دوم) df_2	سطح معناداری (sig)
خود تنظیمی هیجانی	۱/۳۲	۱	۳۸	۰/۲۵
خود شفقتی	۲/۷۹	۱	۳۸	۰/۱۰۳

با توجه به جدول (۵)، تعامل بین گروه و پیش آزمون در آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون معنادار نشد، بنابراین نتیجه گرفتیم که شیب های رگرسیون همگن می باشند. تأیید شدن همگنی شیب رگرسیون به ما اجازه استفاده از تحلیل کوواریانس را داد.

جدول ۵- آزمون تحلیل واریانس یک طرفه برای بررسی همگنی رگرسیون

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
خود تنظیمی هیجانی					
پیش آزمون	۷۶۲/۲۷	۱	۷۶۲/۲۷	۱۱۷/۴۳۱	۰/۰۰۰
گروه	۱۶۶۱/۲۳	۱	۱۶۶۱/۲۳	۳۹/۴۰	۰/۰۰۰
گروه* پیش آزمون	۶۲/۲۱	۱	۶۲/۲۱	۱/۴۷	۰/۲۳۲
خطا	۱۵۱۷/۷۶	۳۶	۲۵/۶۰		
جمع	۹۱۹۵۹/۰۰	۴۰			
خود شفقتی					
پیش آزمون	۱۰۴/۰۳	۱	۱۰۴/۰۳	۳۰/۳۳	۰/۰۰۰
گروه	۵/۶۶	۱	۵/۶۶	۱/۶۵	۰/۲۰۷
گروه* پیش آزمون	۳/۲۲	۱	۳/۲۲	۰/۹۴	۰/۳۳۹
خطا	۱۲۳/۴۶	۳۶	۳/۴۳		
جمع	۶۵۱۱/۰۰	۴۰			

با توجه به مقدار F و (سطح معنا داری کمتر از ۰.۰۵) که در جدول (۵) نشان داده شده است نشانگر برقرار بودن این مفروضه ها بود. بنابراین از تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیری به منظور مقایسه ی میانگین نمره های خود تنظیمی هیجانی و خود شفقتی در پس آزمون استفاده گردید که نتایج آن در جدول (۶) ارائه شده است.

جدول ۶- نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین نمره های متغیرهای پژوهش

منبع تغییر	مقدار	نسبت F	درجه آزادی فرضیه ها	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیلاپی	۰/۶۷	۱۵/۵۸	۳	۳۳	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۳۳	۱۵/۵۸	۳	۳۳	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۹۹
اثر هوتلینگ	۲/۰۳	۱۵/۵۸	۳	۳۳	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۹۹
بزرگترین ریشه آوری	۲/۰۳	۱۵/۵۸	۳	۳۳	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۹۹

با توجه به نتایج جدول (۶)، مقدار ضریب اثر نشان داد که ۶۷ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله ی آزمایشی است. همچنین توان آزمون آماری در این پژوهش ۰/۹۹ است. بدین ترتیب مشخص گردید که ترکیب خطی متغیرهای وابسته پس از تعدیل تفاوت های اولیه، از متغیر مستقل تاثیر پذیرفته اند. با استفاده از تجزیه و تحلیل کواریانس تک متغیری به بررسی فرضیه های پژوهش پرداخته شد تا تفاوت مشاهده شده در ترکیب خطی مشخص گردد که نتایج آن در جدول (۷) ذکر شده است.

جدول ۷- نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس تک متغیری جهت مقایسه میانگین نمرات پس آزمون در دو گروه

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب اثر	F	P
خود تنظیمی هیجانی						
پیش آزمون	۷۵۰/۹۶	۱	۷۵۰/۹۶	۰/۳۲	۱۷/۵۸	۰/۰۰۰
گروه	۱۳۸۲۱/۳۹	۱	۱۳۸۲۱/۳۹	۰/۸۹	۳۲۳/۶۶	۰/۰۰۰

خطا	۱۵۷۹/۹۸	۳۷	۴۲/۷۰		
جمع	۹۱۹۵۹/۰۰	۴۰			
خود شفقتی					
پیش آزمون	۱۱۰/۴۵	۱	۱۱۰/۴۵	۰/۴۶	۳۲/۲۵ ۰/۰۰۰
گروه	۶۸۰/۶۲	۱	۶۸۰/۶۲	۰/۸۴	۷۷/۱۹۸ ۰/۰۰۰
خطا	۱۲۶/۶۹	۳۷	۳/۴۲		
جمع	۵۶۱۱/۰۰	۴۰			

با توجه به جدول (۷)، مقدار F نشان می دهد که زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر بر روی متغیرهای خود تنظیمی هیجانی و خود شفقتی تاثیر داشته است. با توجه به میانگین دو گروه، گروه آزمایش بر روی خود تنظیمی هیجانی و خود شفقتی زوج های دچار تعارض میانگین بیشتری نسبت به گروه کنترل به دست آورده است. از این رو می توان نتیجه گرفت که زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر باعث بهبود خود تنظیمی هیجانی و خود شفقتی زوج های دچار تعارض شده است.

همچنین مقدار F برای پیش آزمون متغیرهای خود تنظیمی هیجانی و خود شفقتی از لحاظ آماری معنادار نشان داده نشد، از این رو می توان نتیجه گرفت که تغییرات ایجاد شده در نمرات پس آزمون گروه آزمایش تحت تاثیر نمرات پیش آزمون قرار نگرفته است. مقادیر مجذور اتا نیز نشان داد که زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر، ۸۹ درصد خود تنظیمی هیجانی و ۸۴ درصد خود شفقتی را تبیین می کند. در جدول (۸) نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه ی زوجی میانگین متغیرهای پژوهش در پیش آزمون - پس آزمون ارائه شده است.

جدول ۸: نتایج آزمون برای بونفرونی مقایسه های میانگین نمره های متغیرهای وابسته

متغیر	زمان اندازه گیری	تفاوت میانگین	گروه آزمایش	
			انحراف استاندارد	سطح معناداری
خود تنظیمی	پیش آزمون- پس آزمون	۴۵/۵۷	۱۰/۳۳	۰/۰۰۱
خود شفقتی	پیش آزمون- پس آزمون	۱۱/۰۶	۵/۵۵	۰/۰۰۱

طبق جدول فوق اختلاف میانگین پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای خود تنظیمی هیجانی و

خودشفقتی معنادار است ($P < 0/05$). به عبارت دیگر، گروه آزمایش در مرحله ی پس آزمون باعث بهبود خود تنظیمی هیجانی و خودشفقتی زوج های دچار تعارض شده است.

نتیجه

نتایج تحقیق نشان داد که در فرضیه اول، بر اساس ضریب اثر به دست آمده، $0/89$ تفاوت واریانس نمرات پس آزمون خود تنظیمی هیجانی در گروه آزمایش ناشی از زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر بوده است که نشان دهنده میزان تأثیر زوج درمانی بر خود تنظیمی هیجانی زوج های دچار تعارض بود. پژوهش های کریمیان و همکاران (Karimian et al., 2021) نشان داد که زوج درمانی یکپارچه نگر بر تنظیم شناختی هیجانی و راهبردهای آن تأثیرگذار بود. مطالعه غضنفری و همکاران (Ghazanfari et al., 2021) نیز نشان داد که روش درمانی رفتار یکپارچه نگر بر کاهش اختلالات هیجانی از کارایی لازم برخوردار است. تحقیقات لی و همکاران (Lee et al., 2019) نیز نشان داد زوج درمانی مبتنی بر رفتار یکپارچه نگر باعث کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان و افزایش استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان می گردد. پژوهش شیدان فر و همکاران (Sheydanfar et al., 2020) نشان داد زوج درمانی بر خود تنظیمی هیجانی اثربخش بوده است. تحقیقات جعفری و همکاران (Jafari et al., 2018) نیز نشان داد زوج درمانی از نوع رفتار یکپارچه نگر بر تنظیم شناختی هیجان رابطه مثبت و معناداری دارد.

در تبیین اثربخشی زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر بر خود تنظیمی هیجانی در زوج های دچار تعارض می توان گفت به طور کلی این شیوه درمانی است که تأکید اصلی آن بر مشارکت هیجان ها در الگوهای دایمی زوجین دچار تعارض است. تلاش این درمان آشکار ساختن هیجان های آسیب پذیر در هر کدام از زوجین و تسهیل توانایی زوجین در ایجاد این هیجان ها به شیوه های ایمن و محبت آمیز است. اعتقاد بر این است که پردازش این هیجان ها در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالم تر و جدیدتر را به وجود می آورد که سبب آرام شدن سطح آشفتگی و افزایش دوست داشتن، صمیمیت و در پایان ارتباطی رضایت بخش تر است. در روند درمان به آن ها کمک می شود تا بر آوردن نیازهای شناختی یکدیگر، امنیت، مشارکت، دلجویی و صمیمیت جنسی کارکردهای زوجی خود را بهبود بخشند. انتظار می رود در روند افزایش تجارب مثبت زوجین با یکدیگر، احساس های مثبت نیز به رابطه آنها برگردد. همچنین امید آن ها به داشتن تعاملات مثبت در آینده، افزایش یافته و خاطرات مثبت گذشته را نیز راحت تر به یاد می آورند (Greenberg, 2017).

در فرضیه دوم، بر اساس ضریب اثر به دست آمده، $0/84$ تفاوت واریانس نمرات پس آزمون خود شفقتی در گروه آزمایش ناشی از زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر بوده است که نشان دهنده میزان تأثیر زوج

درمانی بر خود شفقتی زوج های دچار تعارض می باشد. پژوهش های تیموری و همکاران (Teymori et al., 2021) نشان داد کسانی که از آموزش زوج درمانی بر خود شفقتی برخوردارند بیشتر می توانند بر مسائل و مشکلات اضطراب و افسردگی خود غلبه کنند و کمتر دچار تعارضات زناشویی گردند. نتایج پژوهش یارنل و نف^۱ (Yarnell & Neff, 2013) حاکی از آن است زوجینی که در درمان خود شفقتی تلاش می کنند انتظار آنان از ازدواج واقع بینانه تر است و به طبع آن از سازگاری زناشویی بالاتری برخوردارند؛ پژوهش برزگر و همکاران (Barzegar et al., 2023) نیز نشان داد وقتی همسر یک اختلال مزمن داشته باشد شریک زندگی آن نیز در معرض خطر قرار می گیرد در نتیجه با زوج درمانی و کنترل خود شفقتی می تواند از بروز مشکلات زناشویی و خطرات پس از آن پیشگیری کند. پژوهش دووم و همکاران (Dovom et al., 2023) نشان داد بالا بودن خود شفقتی در زوجین یکی از عوامل شکست در ازدواج محسوب می گردد. در تبیین اثربخشی زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر بر خود شفقتی زوج های دچار تعارض می توان گفت پس از مداخله، بهبودی معناداری در افسردگی، اضطراب، استرس، خود انتقادی، شرم و رفتار سلطه پذیر آزمودنی ها مشاهده شد. اصول پایه در درمان خود شفقتی به این موضوع اشاره می کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می شود. در درمان خود شفقتی افراد می آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن ها را سرکوب نکنند. بنابراین می توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. ذهن آگاهی بیان می کند: «درد را احساس کن» و شفقت به خود می گوید: «در زمان درد خودت را تسلی ده». دو شیوه ای که با آنها زندگی خود را از صمیم دل در آغوش می گیریم (Wilson et al., 2019).

در تبیین فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر اثربخشی زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر بر خود تنظیمی هیجانی و خود شفقتی زوج های دچار تعارض می توان اینگونه نتیجه گرفت، به دلیل اینکه هر دو رویکرد خود تنظیمی هیجانی و خود شفقتی به جای ساده انگاری هیجان، به صورت بخشی از مشکلات زناشویی، بر تغییر آن دو عامل نیرومند تاکید می ورزد، در زوج درمانی، درمانگر به مراجعین کمک می کند تا عناصر موجود در رابطه مخرب را تغییر دهند. هنگامی که چرخه منفی مختل شده و پاسخ ها شروع به تغییر می کنند و یک چرخه مثبت تر به وجود می آید که به زوجین کمک می کند تا به سمت پیوندی ایمن تر پیش بروند. در حقیقت، هدف درمان این است که مراجعین به پاسخ های هیجانی که زیربنای الگوی تعاملی منفی آنها

است، دسترسی پیدا کرده، آن‌ها را ابراز نموده و پردازش مجدد کنند. سپس زوجین می‌توانند علائم هیجانی جدیدی را به یکدیگر بفرستند که الگوهای تعاملی به سمت دسترسی پذیری و پاسخگو بودن بیشتری پیش روند و در نتیجه یک پیوند ایمن تر و رضایت بخش تر خلق گردد. شفقت ورزی نیز یک صفت روانشناختی مثبت برای بالابردن کیفیت ارتباطات عمل می‌کند. افرادی که سطح بیشتری از خود شفقت ورزی دارند، خود مهرورزی، اشتراکات انسانی و ذهن آگاهی بیشتری دارند و در تنظیم و تعادل هیجانات کارآمدتر هستند. به همین دلیل در برخورد با شرایط استرس زای زندگی از راهبردهای مؤثرتری استفاده کرده و در نتیجه میزان ابراز و ایجاد هیجانات نامطلوبی از قبیل اضطراب در آن‌ها به شدت کاهش پیدا می‌کند. در واقع شفقت ورزی به خود، نوعی ذهن آگاهی است که به واسطه آن فرد، اجازه تجربه و البته پذیرش هیجانات ناخواسته را به خود می‌دهد، بدون اینکه به واسطه وجود و احساس هیجانات منفی سرخورده شود (Solati et al., 2023).

هر پژوهشی در راه انجام خود با محدودیت هایی روبرو می‌شود، تحقیق حاضر نیز بالطبع با محدودیت هایی روبرو بوده است: از آنجا که در این پژوهش، درمانگر و ارزیاب یک نفر بود ممکن است در نتایج سوگیری هایی پدید آمده باشد. محدودیت دیگر پژوهش به عدم پیگیری پس از مرحله ی درمان مربوط است که تعمیم پذیری یافته ها را با مشکل مواجه می‌سازد. پژوهش حاضر تنها در بین زوجین ارجاعی به مرکز مشاوره ی مذکور در سال ۱۴۰۲ انجام شده است لذا تعمیم یافته ها را به سایر زوجین دچار مشکل کرده است. از دیگر محدودیت های این پژوهش استفاده از پرسشنامه های خود گزارشی می باشد که این موضوع نیز در نتایج پژوهش اثر گذار بوده است.

پیشنهادهای نیز برای تحقیق حاضر ارائه شد. با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر بر خود تنظیمی هیجانی و خود شفقتی زوجین دچار تعارض تاثیر گذار است پیشنهاد می‌شود بکارگیری این روش درمانی در بهبود تعارض زوجین در دستور کار قرار گیرد. از مداخله ی مورد پژوهش در راستای آموزش خود تنظیمی هیجانی و خود شفقتی پیشنهاد می‌شود که کارگاه های آموزشی در این خصوص در مراحل زوج درمانی گنجانده شود. با توجه به یافته های این پژوهش پیشنهاد می‌شود آموزش این شیوه درمانی در فهرست برنامه های آموزش زوج درمانی و خانواده درمانی قرار گیرد تا درمانگران بتوانند با توجه به این رویکرد به درمان مشکلات ارتباطی و نیز غنی سازی روابط صمیمانه زوج ها و خانواده ها بپردازند. یکی از مشکلات و تعارضات روابط زوجین، هیجانات زوجین می باشد که با توجه به اثربخشی این رویکرد در خودتنظیمی هیجانی و در نتیجه افزایش کیفیت روابط زوجین پیشنهاد می‌شود

آموزش این شیوه درمانی در لیست مشاوره ای زوج درمانی و خانواده درمانی و نیز آموزشی قرار گیرد. پیشنهاد می شود در سایر پژوهش ها، بر روی جوامع و نمونه های گسترده دیگر با نتایج پژوهش حاضر مورد مقایسه قرار گیرد. استفاده از پرسش های باز پاسخ و مصاحبه، بعد از انجام پژوهش و دوره پیگیری به همراه انجام پرسشنامه ها می تواند اطمینان بیشتری در تاثیر شیوه های مداخله به دست آورد.

در پایان، محققان از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی خود را ابراز می دارند. ضمناً هیچ گونه تعارض منافع بین نویسندگان وجود ندارد. لازم به ذکر است، این پژوهش برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت اله آملی با کد اخلاق IR-IAU.AMOL.REC.1402.119 می باشد و بدون حمایت مالی سازمان خاصی انجام گرفته است.

References

- Ahmadpour Dizaji, J., Zaharakar, K., & Kiamanesh, A. (۲۰۱۷). Comparative efficacy of compassion _focused therapy (CFT) and well _being therapy (WT) on psychological capital in female college students with romantic failure. *Scientific research quarterly of woman and culture*, ۹(۳۱), ۲۱-۷. <https://civilica.com/doc/1023591> (In Persian)
- Barzegar Bafrooei, K. Babaei zarch, A., & hassani, H. (۲۰۲۳). The effectiveness of self-compassion training on academic emotions in sixth grade elementary school students of Zarch city. *Tolooebehdasht*, ۲۲(۴), ۲۷-۱۳. <https://doi.org/10.18502/tbj.v22i4.14141> . (In Persian)
- Behbahani, M., & Zolfaghari, M. (۲۰۲۱). The Effectiveness of Solution-Focused Couple Therapy on Cognitive Flexibility of Couples Seeking Divorce. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*, ۳(۱), ۲۷-۱۷. <https://sid.ir/paper/369524/fa> .(In Persian)
- Besharat, M., & Bazazian, S. (۲۰۱۴). Evaluation of Psychometric Properties of Emotional Regulation Cognitive Questionnaire in a Sample of Iranian Society. *Journal of the School of Nursing and Midwifery*, ۸۴, ۷۰-۶۱. <https://sid.ir/paper/496015/fa>. (In Persian)
- Dasht Bozorgi, Z., Askary, M., & Askary, P. (۲۰۱۷). The Effectivness of self-compassion on the intimacy attitudes and divorce tendency of Women refering to family counselling. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, ۱۸(۱), ۴۵-۳۸. <https://sid.ir/paper/164033/fa> .(In Persian)
- Dovom, M. H. Z., Afshar, E. K., & Moharrer, G. S. (۲۰۲۳). Investigating the Effectiveness of Therapybased of Compassion on the Mental Health and Psychological Well-being of Divorced Applicants. <https://doi.org/10.22034/IJPN.11.4.33> . (In Persian)
- Finlay-Jones, A. L. (۲۰۱۷). The relevance of self-compassion as an intervention target in

- mood and anxiety disorders: A narrative review based on an emotion regulation framework. *Clinical Psychologist*, ۲۱(۲), ۱۰۳-۹۰. <https://doi.org/10.1111/cp.12131>
- Forouzanfar, A., & Sayadi, M. (۲۰۱۹). Meta-analysis of the effectiveness of emotionally focused therapy on reducing marital problems. *Armaghane danesh*, ۲۴(۱), ۱۰۹-۹۷. <http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-2459-en.html>. (In Persian)
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (۲۰۰۱). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, ۳۰(۸), ۱۳۲۷-۱۳۱۱. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Ghazanfari, B., KESHAVARZI, A. F., Hassani, F., & Emamipour, S. (۲۰۲۱). Comparing the Effects of Emotion-Focused Couple Therapy and Choice Theory-Based Couple Therapy on Relationship Quality in Couples With Marital Conflicts. <https://sid.ir/paper/1029144/fa>. (In Persian)
- Gilbert, P. (۲۰۱۷). Compassion: Definitions and controversies. In *Compassion* (pp. ۱۵-۳). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315564296-1>
- Goldfarb, M. R., & Trudel, G. (۲۰۱۹). Marital quality and depression: A review. *Marriage & Family Review*, ۵۵(۸), ۷۶۳-۷۳۷. <https://doi.org/10.1080/01494929.2019.1610136>
- Graham, T. (۲۰۱۸). *Parental alcoholism, triangulation, and self-differentiation in the sibling relationship* [Walden University] <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/5084/>
- Greenberg, L. S. (۲۰۱۷). Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, ۱۶(۲), ۱۱۷-۱۰۶. <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330702>
- Halford, W. K., Sanders, M. R., & Behrens, B. C. (۱۹۹۴). Self-regulation in behavioral couples' therapy. *Behavior Therapy*, ۲۵(۳), ۴۵۲-۴۳۱. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80156-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80156-X)
- Hooshmandi, R., Ahmadi, K., & Kiamanesh, A. (۲۰۱۹) Analysis of the causes of marital conflict in the last two decades (a systematic review). <http://psychologicalscience.ir/article-1-365-fa.html>. (In Persian)
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (۲۰۰۰). Integrative behavioral couple therapy: an acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of consulting and clinical psychology*, ۶۸(۲), ۳۵۱. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.2.351>
- Jafari, F., Samadi Kashan, S., Zamani Zarchi, M. S., & Asayesh, M. H. (۲۰۱۸). The effectiveness of emotionally focused couple group therapy on self-differentiation of couples with conflict. *Socialworkmag*, ۱۳-۵, (۱)۷. <https://sid.ir/paper/125973/fa>. (In Persian)
- James, K., Verplanken, B., & Rimes, K. A. (۲۰۱۵). Self-criticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress. *Personality and Individual Differences*, ۷۹, ۱۲۸-۱۲۳. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.030>
- Jorjorzadeh, M., Ehteshamzadeh, P., Pasha, R., & Marashian, F. S. (۲۰۲۱). The Effectiveness of Religious-based Gender Justice Training and Compassion-focused Therapy on Psychological Capital of Girls with Delayed Marriage. *International Journal of Health Studies (Undergoing change to Shahroud Journal of Medical Sciences)*, ۲۳-۱۷. <https://doi.org/10.22100/ijhs.v7i2.858> (In Persian)
- Joulazadeh Esmaeili, A. A., Karimi, J., Goodarzi, K., & Asgari, M. (۲۰۲۰). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based Couple Therapy and emotionally focused couple therapy on unadjusted couples' attachment styles. *Family Counseling and Psychotherapy*, ۹(۲), ۳۰-۱. <https://doi.org/10.22034/fcp.2020.61414>.

(In Persian)

- Karimian, Z., Haghayegh, S. A., Emami-Najafi-Dehkordi, S. M. H., & Raisi, M. (۲۰۲۱). The Comparison of the Effectiveness of Trans-diagnostic Treatment and the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Emotion Regulation and Illness Perception in Patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS) [Research]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, ۱۹(۳), ۴۸۸-۴۷۷. <https://doi.org/10.52547/rbs.19.3.477>. (In Persian)
- Khanjani, S., Foroughi, A. A., Sadghi, K., & Bahrainian, S. A. (۲۰۱۶). Psychometric properties of Iranian version of self-compassion scale (short form). *Pajoohandeh Journal*, ۲۱(۵), ۲۸۹-۲۸۲. <http://pajoohande.sbmu.ac.ir/article-1-2292-en.html>. (In Persian)
- Khosravi, S., Sadeghi, M., & Yabandeh, M. (۲۰۱۲). Psychometric properties of Self-Compassion Scale. *Psychological Models and Methods*. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_339.html. (In Persian)
- Lee, S.-Y., Kim, M.-D., Seo, J. S., Lee, K., Jon, D.-I., & Bahk, W.-M. (۲۰۱۹). T۱۰۳. The Effects Of Group Arts Therapy Based On Emotion Manegement Training On The Emotional Exprission, Alexithymia, Deression And Quality Of Life In Patients With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, ۴۵(Supplement_۲), S۲۴۳-S۲۴۳. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz.019.383>
- Locke, H. J., & Wallace, K. M. (۱۹۵۹). Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and family living*, ۲۱(۳), ۲۵۵-۲۵۱. <https://doi.org/10.2307/348022>
- McLean, C. P., Zang, Y., Gallagher, T., Suzuki, N., Yarvis, J. S., Litz, B. T., Mintz, J., Young-McCaughan, S., Peterson, A. L., & Foa, E. B. (۲۰۱۹). Trauma-related cognitions and cognitive emotion regulation as mediators of PTSD change among treatment-seeking active-duty military personnel with PTSD. *Behavior Therapy*, ۵۰(۶), ۱۰۶۲-۱۰۵۳. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.03.006>
- Mirzaei, M., Rahnejat, A., Taheri, N., Moeeni, F., Roostaei, M., Nazemi, M., & Rezaei, M. (۲۰۲۰). Effectiveness of Group Compassion Therapy on Improving Symptoms and Quality of Life in Bulimia Nervosa [Research]. *Paramedical sciences and military health*, ۱۵(۱), ۴۲-۳۵. <http://jps.ajaums.ac.ir/article-۲۱۷-۱-en.html> (In Persian)
- Molazadeh, J., Mansour, M., Ezhehei, J., & Kiamanesh, A. (۲۰۰۲). COPING STYLES AND MARITAL ADJUSTMENT AMONG MARTYRS'CHILDREN. <https://sid.ir/paper/54351/fa> . (In Persian)
- Mousavi, F. A. S., Eskandari, H., & Bagheri, F. (۲۰۱۷). Therapy and Emotion- Focused Therapy on Relationship Quality and Marital Satisfaction in betrayed Women in Tehran. *Sociology of Education*, ۱۵۷-۱۴۱, (۲) <https://doi.org/10.220۲۴/ijes.۲۰۱۷.۴۳۶۹۱> (In Persian)
- Neff, K. (۲۰۰۳). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, ۲(۲), ۸۵-۱۰۱. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Raudales, A. M., Short, N. A., & Schmidt, N. B. (۲۰۱۹). Emotion dysregulation mediates the relationship between trauma type and PTSD symptoms in a diverse trauma-exposed clinical sample. *Personality and Individual Differences*, ۱۳۹, ۲۸-۳۳. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.10.033>

- Rosenberg, M. (۱۹۶۵). The measurement of self-esteem, society and the adolescent self-image. *Princeton*, ۳۶-۱۶. <https://www.jstor.org/stable/j.ctt183pjih>
- Sakeni, Z., Farahani, S., Eshaghi Moghaddam, F., RafieePour, A., Jafari, T., & Lotfi, P. (۲۰۱۹). The effectiveness of mindfulness training on improving the experience of anger and self-compassion in cancer patients. *Clinical Psychology Studies*, ۱۰(۳۶), ۲۳-۱. <https://sid.ir/paper/208535/fa>. (In Persian)
- Samani, S., & Jokar, B. (۲۰۰۷). Evaluation of reliability and validity of the short form of depression, anxiety and stress (DASS). *Journal of Social and Human Sciences*, ۲۶, -۶۵. <https://sid.ir/paper/391033/fa>. (In Persian)
- Sanaei Zaker, B., & Baghernezhad, R. (۲۰۰۱). Investigation of Marital Dissatisfaction in Couple Who Tend to Divorce. *Danesh and Pajoohesh in psychology*, ۱۵, ۷۸-۶۱. <https://sid.ir/paper/449856/fa>. (In Persian)
- Sedaghatkhah, A., & BehzadiPoor, S. (۲۰۱۷). Predicting the quality of marital relationship on the base of relationship beliefs, mindfulness and psychological flexibility. *Quarterly Journal of Woman and Society*, ۸(۲۰), ۷۷-۵۷. doi: [20.1001.1.20088566.1396.8.30.4.5](https://doi.org/10.1001.1.20088566.1396.8.30.4.5) (In Persian)
- Shafer, K., James, S. L., & Larson, J. H. (۲۰۱۶). Relationship self-regulation and relationship quality: The moderating influence of gender. *Journal of Child and Family Studies*, ۲۵, ۱۱۵۴-۱۱۴۵. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0294-4>
- Shahabi, S., & SANAGOUYE, M. G. (۲۰۲۰). The effectiveness of emotional focused couple therapy on marital burnout and attitudes toward infidelity of couples. <https://doi.org/10.22037/ch.v7i1.23086>. (In Persian)
- Sheydanfar, N., Navabinejad, S., & Farzad, V. (۲۰۲۰). Comparison of the effectiveness of treatment of focused emotional couples and imago couples therapy on individual adjustment in couples (in the first years). *Journal of Psychological Science*, ۱۹(۸۹), ۶۰۶-۵۹۳. <https://sid.ir/paper/92918/fa>. (In Persian)
- Shokri, M., Rahmani, M. A., & Abolghasemi, S. (۲۰۲۰). The effect of solution-based couple therapy on forgiveness, emotional self-regulation and marital boredom of couples seeking divorce. *Journal of Consulting Excellence and Psychotherapy*, ۹(۱), ۶۶-۵۷. <https://sid.ir/paper/992309/fa>. (In Persian)
- Solati, A. R., Abolghasemi, S., & Farhangi, A. (2023). A Comparison of the Effectiveness of Emotional Self-Regulation Training and Self-Compassion-Based Training in Improving Emotional Maturity and Alexithymia in Students with a Tendency to Internet Addiction. <https://sid.ir/paper/1130574/fa>. (In Persian)
- Song, R., Sun, N., & Song, X. (۲۰۱۹). The efficacy of psychological capital intervention (PCI) for depression from the perspective of positive psychology: a pilot study. *Frontiers in psychology*, ۱۰, ۱۸۱۶. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01816>
- Spanier, G. B. (۱۹۷۶). Toward clarification and investigation of marital adjustment. *International journal of sociology of the family*, ۱۴۶-۱۲۱. <http://www.jstor.org/stable/23027977>
- Taheri, Z., & Mahvi Shirazi, M. (۲۰۱۹). Investigating the Relationship Between Marriage Expectations and Tolerance of Distress with Marital Adjustment in Women. *Women Studies*, ۱۰(۲۷), ۱۱۶-۹۹. <https://doi.org/10.30465/ws.2019.4031> (In Persian)
- Teymori, Z., Mojtabaei, M., & Rezazadeh, S. M. R. (۲۰۲۱). Comparison of the effectiveness of emotionally focused couple therapy and self-compassion-based therapy on emotion regulation in women affected by infidelity. *Journal of Guilan University of Medical*

- Sciences, ۳۰(۲), ۱۴۳-۱۳۰. <https://doi.org/10.32598/JGUMS.30.2.1734.1>. (In Persian)
- Wiebe, S. A., & Johnson, S. M. (۲۰۱۷). Creating relationships that foster resilience in emotionally focused therapy. *Current Opinion in psychology*, ۱۳, ۶۹-۶۵. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.05.001>
- Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. (۲۰۱۹). Effectiveness of self-compassion related therapies: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, ۱۰, ۹۹۵-۹۷۹. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1037-6>
- Yarnell, L. M., & Neff, K. D. (۲۰۱۳). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and identity*, ۱۲(۲), ۱۵۹-۱۴۶. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649545>
- Yip, V. T., & Tong, E. (۲۰۲۱). Self-compassion and attention: Self-compassion facilitates disengagement from negative stimuli. *The Journal of Positive Psychology*, ۱۶(۵), ۵۹۳-۶۰۹. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1778060>
- Zarastvand, A., Tizdast, T., Khalatbari, J., & Abolghasemi, S. (۲۰۲۰). The effectiveness of self-compassion focused therapy on marital self-regulation, marital burnout, and self-criticism in infertile women. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, ۱۷(۴), ۵۹۴-۶۰۵. <https://sid.ir/paper/719195/fa>. (In Persian)



The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Cognitive Emotion Regulation, Intolerance of Uncertainty and Cognitive Flexibility in People with Generalized Anxiety Disorder

Kobra Ghanizadeh Balderloo

Educated Ph.D. degree in Psychology, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. Email: ghanizadeh.sahar22@gmail.com

Naimeh Moheb

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Medicine, Tabriz Medical Sciences, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. (Corresponding author). Email: moheb.n@yahoo.com

Masoumeh Azmoudeh

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Medicine, Tabriz Medical Sciences, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. Email: mas_azemod@yahoo.com

Marzieh Alivandi Vafa

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Medicine, Tabriz Medical Sciences, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. Email: m.alivand@iaut.ac.ir

Received: 2023-05-30

Revised: 2024-03-05

Accepted: 2025-07-15

Published: 2025-08-25

Citation: Ghanizadeh Balderloo, K., & Moheb, N., & Azmoudeh, M., & Alivandi Vafa, M. (2025). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Cognitive Emotion Regulation, Intolerance of Uncertainty and Cognitive Flexibility in People with Generalized Anxiety Disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 15(1), 79-96. doi: 10.22067/tpccp.2025.81957.1483

Abstract

Introduction

Generalized Anxiety Disorder (GAD) is a mental health condition marked by persistent, excessive, and difficult-to-control worry over everyday events (Kamil et al., 2025). Research by Knapp et al. (2015) explored the impact of anxiety sensitivity on adolescents with GAD, revealing a strong link between heightened anxiety sensitivity, increased worry, and more severe anxiety symptoms. Meanwhile, Segal et al. (2002) introduced an innovative eight-session program designed to aid recovery from depression and reduce relapse risk. This evidence-based approach merges cognitive therapy techniques with mindfulness practices, offering clinicians effective strategies to help clients sustain treatment progress and achieve long-term remission. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) teaches individuals to reframe their relationship with negative thoughts, emotions, and physical sensations that contribute to depressive relapse. The method includes structured exercises to enhance awareness and prevent mild distress from escalating. This study aims to assess the efficacy of MBCT in improving cognitive emotion regulation, reducing intolerance of uncertainty, and enhancing cognitive flexibility in individuals with GAD.

Method

This study employed a semi-experimental design with a control group. The target population consisted of individuals diagnosed with GAD who sought treatment at psychiatric, psychological, and health centers in Urmia during 2022. Participants were selected based on the following criteria: (1) a confirmed GAD diagnosis through a structured clinical interview using the GAD questionnaire (Spitzer et al., 2006) and the Pennsylvania State Worry



Questionnaire (Meyer et al., 1990), (2) age between 18 and 45 years, and (3) voluntary participation with informed consent. A total of 30 eligible participants were randomly assigned to either an experimental group (n=15) or a control group (n=15). The experimental group underwent an eight-week Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) program (Segal, Williams, & Teasdale, 2002), with each session lasting 90 minutes. The final session included a review of the program, strategies for maintaining mindfulness practices, and a discussion on sustaining progress. The intervention concluded with a guided meditation exercise (tile, stone, bead). Pre- and post-intervention assessments were conducted using standardized measures: the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001), the Intolerance of Uncertainty Scale (Buhr & Dugas, 2002), and the Cognitive Flexibility Inventory (Dennis & Vander Wal, 2010). Data were analyzed using SPSS version 28, with multivariate analysis of covariance (MANCOVA) applied to examine group differences.

Findings

The MANCOVA analysis revealed that MBCT significantly improved emotion regulation, intolerance of uncertainty, and cognitive flexibility in GAD patients ($P < 0.01$). Post-test scores in the experimental group were notably higher than both their baseline scores and those of the control group, confirming the intervention's effectiveness. These findings demonstrate that MBCT has a statistically meaningful impact on the targeted variables, with significance maintained at both 1% and 5% levels ($P < 0.01$).

Discussion and Conclusion

The study demonstrated that MBCT significantly enhances cognitive emotion regulation, reduces intolerance of uncertainty, and improves psychological flexibility in individuals with GAD. These outcomes were supported by statistically meaningful pre- to post-test improvements in the experimental group compared to the control group. The results align with prior research, including studies by Nasiri et al. (2022), Dakani et al. (2021), Amiri et al. (2019), Raki & Naderi, (2019), Nasiri et al. (2015), Afshari & Hasani, (2020), and Park et al. (2020) reinforcing MBCT's efficacy as a hybrid approach that blends cognitive restructuring with mindfulness techniques. By cultivating adaptive cognitive and behavioral patterns while mitigating maladaptive ones (Peixoto & Gondim, 2020), MBCT fosters resilience against negative thought cycles. Therapists should prioritize mindfulness-based interventions like MBCT to help patients develop focused awareness. Such training equips individuals to navigate stressful scenarios with greater mental control, reducing vulnerability to anxiety triggers. Future applications could further explore MBCT's role in long-term anxiety management.

Keywords: Mindfulness-based cognitive therapy, Cognitive emotion regulation, Intolerance of uncertainty, psychological flexibility, generalized anxiety disorder.

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

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

دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل
بلا تکلیفی و انعطاف پذیری شناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیرکبری غنی زاده بالدرلو ^{ID}دکتری روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد تبریز، تبریز، ایران. ganizadeh.sahar22@gmail.comنعیمه محب ^{ID}استادیار، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول). moheb.n@yahoo.comمعصومه آزموده ^{ID}استادیار، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد تبریز، تبریز، ایران. mas_azemod@yahoo.comمرضیه علیوندی وفا ^{ID}استادیار، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد تبریز، تبریز، ایران. m.alivand@iaut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۰۹	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۲/۱۵	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۲۴	تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۶/۰۳
استناد: غنی زاده بالدرلو، کبری؛ محب، نعیمه؛ آزموده، معصومه؛ علیوندی وفا، مرضیه. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی و انعطاف پذیری شناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۵(۱)، ۷۹-۹۶. doi: 10.22067/tpccp.2025.81957.1483			

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی و انعطاف پذیری روان شناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش: پژوهش حاضر نیمه تجربی بود. جامعه آماری مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی ارومیه در سال ۱۴۰۱ بودند. بدین منظور ۳۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره (آزمایش و کنترل) قرار گرفتند. گروه آزمایش از طریق ۸ کلاس هفتگی ۹۰ دقیقه ای جلسات روان درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲) را دریافت نمود. سپس داده ها با پرسشنامه های پس آزمون تنظیم هیجانی شناختی (گارنفسکی، کریج و اسپنهورن، ۲۰۰۱)، عدم تحمل ابهام (باهر و داگاس، ۲۰۰۲) و انعطاف پذیری شناختی (دنيس و ووندروال، ۲۰۱۰) جمع آوری و با نرم افزار (SPSS 28) و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که کاربرد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث اثربخشی مثبت و معنادار بر تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی و انعطاف پذیری روان شناختی شده و توسعه و تقویت این سه متغیر در در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر شد. این اثربخشی در سطح آماری ۱ درصد و با اطمینان ۹۹ درصد قابل قبول و معنادار بود ($P < 0.01$).

بحث و نتیجه گیری: به نظر می رسد که با کمک درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می توان باعث کنترل ذهن در مبتلایان دچار اضطراب فراگیر شد و آن ها را به زندگی معمول و نرمال در کنار خانواده و جامعه برگرداند.

کلمات کلیدی: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی، انعطاف پذیری روان شناختی، اختلال اضطراب فراگیر.

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر شیوع زیادی دارد، این اختلال به صورت اضطراب افراطی و نگرانی ذهنی غیرقابل کنترل تعریف می شود. در این اختلال فرد به طور دایم درباره رویدادهای آینده نگران است و در نهایت به نگرانی مزمن و بیمارگون درباره این رویدادها منجر می شود و فرد نمی تواند این نگرانی را کنترل کند (Mohammadi et al., 2020).

افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، در اثر احساس های مزمن و شدید اضطراب درمانده می شوند. این احساس ها به قدری نیرومند هستند که افراد مبتلا به این اختلال قادر نیستند فعالیت های روزمره خود را انجام دهند. اضطراب موجب ناخوشایندی این افراد می شود و سبب می گردد که نتوانند از موقعیت های عادی لذت ببرند، علاوه بر آن، این افراد می کوشند از موقعیت هایی که باعث می شوند احساس اضطراب کنند اجتناب ورزند. در دهه گذشته، نظریه های مختلف درباره «اختلال اضطراب فراگیر»، گسترش و پیشرفت داشته است و اختلال اضطراب فراگیر، به عنوان یک اختلال مزمن، اغلب چندین سال قبل از افسردگی بروز می کند (Hazlett-Stevens, 2022).

یکی از مولفه های شناختی اضطراب فراگیر، که نقش مهمی در سازگاری ما با وقایع استرس زای زندگی دارد، تنظیم هیجان است. منظور از تنظیم شناختی هیجان نحوه پردازش شناختی فرد در هنگام مواجهه با وقایع ناگوار و استرس زاست. افراد در مواجهه با شرایط استرس زا از استراتژی های متنوعی استفاده می کنند که می توان آن ها را به دو دسته استراتژی مثبت (تمرکز مجدد مثبت، برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و توسعه دیدگاه) و استراتژی منفی (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، تلقی فاجعه آمیز و پذیرش) تقسیم کرد. سلامت روانی افراد ناشی از تعاملی دوطرفه میان استفاده از انواع خاصی از راهبردهای تنظیم هیجان و ارزیابی درست از موقعیت تنش زا است (Habibzadeh et al., 2021).

تنظیم هیجان وجه ذاتی گرایش های پاسخ هیجانی است. درواقع، تنظیم هیجان به اعمالی اطلاق می شود که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می رود. در متون روانشناختی، این مفهوم اغلب به منظور توصیف فرآیند تعدیل عاطفه منفی به کار رفته است. هر چند تنظیم هیجان می تواند دربرگیرنده

فرایندهای هشیار باشد، الزاماً نیازمند آگاهی و راهبردهای آشکار نیست. تنظیم هیجان در مدیریت هیجان‌ها نقش اساسی ایفا می‌کند (Troy, 2012).

در میان مولفه‌های شناختی اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلا تکلیفی سهم قابل توجهی در تجربه‌ی میزان نگرانی در این اختلال و سایر اختلالات اضطرابی از جمله اختلال وسواس فکری عملی و اختلالات خلقی داشته است. عدم تحمل بلا تکلیفی، یک ویژگی سرشتی است که از مجموعه‌ای باورهای منفی درباره بلا تکلیفی و معنای ضمنی آن ناشی می‌شود. به شیوه‌ای که فرد اطلاعات را در شرایط مبهم درک می‌کند و به این اطلاعات با مجموعه‌ای از واکنش‌های شناختی، عاطفی و رفتاری پاسخ می‌دهد (Bredemeier et al., 2019). در پژوهش نصیری و همکاران (Nasiri et al., 2022) مشخص شد بین دو گروه آزمایش و گواه در عدم تحمل بلا تکلیفی تفاوت معناداری از نظر آماری وجود دارد و آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی در زنان نابارور تحت درمان IVF مؤثر بود.

عدم تحمل بلا تکلیفی، به نوعی سوگیری شناختی تشبیه شده است که در آن بلا تکلیفی و ابهام به عنوان تهدید تلقی می‌شود که مستقیماً به نگرانی و اضطراب منجر می‌شود (Huntley et al., 2022)، همچنین می‌توان گفت که تئوری‌های کنونی اضطراب سلامت و تعداد فزاینده‌ای از ادبیات تجربی نشان می‌دهند که آن‌هایی که علائم اضطراب سلامت بالایی دارند ممکن است خود عدم قطعیت را تهدید کننده بدانند و در برابر اطلاعات مربوط به عدم قطعیت دچار سوگیری‌های توجهی شوند (Rogers et al., 2022). افزون بر این، حساسیت اضطرابی نیز با عدم تحمل بلا تکلیفی در ارتباط است، به طوری که عدم تحمل بلا تکلیفی ممکن است باعث شود افراد در تحمل عدم اطمینان در مورد پیامدهای ترسناک علائم مرتبط با اضطراب با مشکل بیشتری مواجه شوند (O'Bryan et al., 2022).

از سویی یکی دیگر از مولفه‌های شناختی اضطراب فراگیر، که نقش مهمی در آرامش زندگی ایفا می‌کند، انعطاف پذیری شناختی است. انعطاف پذیری شناختی به توانایی افراد برای تمرکز بر موقعیت کنونی و استفاده از فرصت‌های آن موقعیت برای گام برداشتن در راستای اهداف و ارزش‌های درونی با وجود حضور رویدادهای روانشناختی چالش برانگیز یا ناخواسته اشاره دارد (Qiao et al., 2020).

انعطاف پذیری شناختی جنبه مهمی از عملکرد اجرایی تلقی می‌شود که توانایی انطباق مؤثر با تکالیف متغیر تعریف می‌گردد. با توجه به تغییر دائمی محیط، نیازها و اهداف، انعطاف پذیری شناختی به عنوان عاملی بسیار مهم در بقاء شناخته می‌شود (Darby et al., 2018). انعطاف پذیر بودن در دستیابی به موفقیت و اهداف در هنگام روبه‌رو شدن با دشواری و مشکلات اثرگذار است (Stratman & Youssef-Morgan, 2019).

انعطاف‌پذیری شناختی یکی از کارکردهای اجرایی مهم است که به وضوح در طول زندگی افراد پایدار می‌شود و از هم‌نپاشیده و دچار گسستگی نمی‌گردد (Menntrey & Angeard, 2018). افراد با سطوح بالای انعطاف‌پذیری شناختی تجربه‌پذیری موفق‌تری در برابر محرک‌های بیرونی و درونی دارند و بهتر می‌توانند سازگاری و تعادل روانشناختی خود را حفظ را خود حفظ کنند (Huber et al., 2019).

یکی از مؤثرترین رویکردها برای کاهش اضطراب، رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. ذهن‌آگاهی نوعی هوشیاری است که از طریق معطوف کردن هدفمند توجه به زمان حال و بدون قضاوت از تجارب لحظه به لحظه پدید می‌آید (Park et al., 2020).

مداخله‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی اخیراً به عنوان رویکردی برای بهبود سلامت روانی و جسمانی پیشنهاد شده‌اند (Creswell, 2017)، که در موقعیت‌های مختلف بالینی نتایج مثبتی به عنوان درمانی مکمل نشان داده‌اند (Norman et al., 2018). درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تحمل‌پریشانی و انعطاف‌پذیری شناختی مؤثر بود. دکانی و همکاران (Dakani et al., 2021) نشان دادند درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تحمل‌پریشانی و انعطاف‌پذیری شناختی تأثیر معناداری دارد. امیری و همکاران (Amiri et al., 2019) نشان دادند که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی همسران جانبازان، اثربخش است و باعث افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در آنان می‌شود. راکی و نادری (Raki & Naderi, 2019) نشان دادند می‌توان برای بهبود تنظیم شناختی هیجان، انعطاف‌پذیری کنشی و اضطراب رقابتی ورزشکاران زن از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی استفاده نمود. نصیری و همکاران (nasiri et al., 2015) نشان دادند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق بکارگیری تمارین مختلف می‌تواند به بهبود مبتلایان به اضطراب فراگیر منجر شود. افشاری و حسنی (Afshari & Hasani, 2020) نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیکی در تنظیم هیجان و ذهن‌آگاهی اثربخش‌تر از رفتار درمانی شناختی است. پارک و همکاران (Park et al., 2020) نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود بهزیستی در حوزه‌های روانی، جسمی و معنوی در بیماران مبتلا به سرطان پستان غیرمتاستاز مؤثر است.

شناخت درمانی بر پایه ذهن‌آگاهی از ترکیب و ادغام روش مداخله‌ای، شناخت درمانی در کنار روش ذهن‌آگاهی می‌باشد، که آموزش این روش باعث توسعه و تقویت توجه و کنترل آن در جهت دقت در جزئیات رفتاری شده، که برای رسیدن به این هدف بزرگ باید رفتارها و شناخت‌های منتج به دید مثبت توسعه یابند و مانع از دیدگاه‌ها و رفتاری منفی در افراد شد (Alves Peixoto & Guedes Gondim, 2020). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از فنون شناخت درمانی (CBT) و ذهن‌آگاهی تشکیل شده است

که تاکنون سودمندی آن در بسیاری از حوزه‌های آموزشی و درمانی مورد تأیید قرار گرفته است. ذهن آگاهی به همه مردم اجازه می‌دهد تا بدون تلاش برای بازداري از افکار مشکل‌زا، از وجود آن‌ها آگاه شوند. همچنین ذهن آگاهی مراجع را قادر می‌سازد تا نسبت به تجربیات درونی و بیرونی خود آگاهی یابد و آن‌ها را بپذیرد، بدون آنکه آن‌ها را مورد قضاوت قرار دهد (Külz et al., 2019).

با توجه به اینکه اختلال اضطراب فراگیر یکی از انواع اختلالات اضطرابی است که باعث رنج افراد مبتلا می‌گردد و از طرف دیگر، با توجه به تحقیقات محدود و بسیار کمی که در زمینه درمان این نوع اختلالات از طریق اثربخشی ذهن آگاهی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر، صورت گرفته و از طرف دیگر چون خود محقق به عنوان یک روان درمانگر زبده مطرح بوده و دوره‌های درمانی را طی نموده است و از کادر درمان نیز می‌باشد، لذا پژوهش حاضر را در شهر محل سکونت خویش انتخاب و با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی و انعطاف‌پذیری شناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پژوهش حاضر را انجام داد و شخصاً کار درمان و اجرای کلاس‌های آموزشی را عهده دار گردید و از این طریق دارای نوآوری در اجرای پژوهش بود.

روش

طرح پژوهش، توصیفی - پیمایشی، از نوع شبه تجربی بود.

جامعه، نمونه و روش آماری

جامعه آماری تمام مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی، روانشناسی و مراکز سلامت شهر ارومیه در سال ۱۴۰۱ بودند. با توجه به مشکلات زندگی و فکری و روانی موجود در سالیان اخیر در دنیا و کشورمان و از طرف دیگر مشکلات ناشی از بیماری‌های فراگیری چون کووید-۱۹ و بار روانی آن‌ها، اختلالات اضطراب فراگیر رو به رشد بوده و در کشورمان مبتلایان به این اختلال روند رو به رشدی از خود نشان دادند، لذا نمونه آماری از این افراد با روش هدفمند، ۳۰ نفر انتخاب و با روش قرعه‌کشی و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و کنترل) جای‌گذاری شدند. معیارهای ورود به این پژوهش عبارتند از: تشخیص اصلی اختلال اضطراب فراگیر براساس مصاحبه تشخیصی با پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (Spitzer et al., 2006)، نگرانی ایالت پنسیلوانیا (Meyer et al., 1990)، دامنه سنی بین ۱۸ الی ۴۵ سال، تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی. معیارهای خروج از این پژوهش عبارتند از: ابتلا به هرگونه بیماری جسمی و سایر اختلالات روانی و استفاده از دارو تمایل نداشتن افراد به ادامه پژوهش، رخداد اتفاق و حادثه‌ای (سوگ، تصادف و...) برای فرد که در روند پژوهش اخلال ایجاد کند.

ابزارهای پژوهش

داده‌های پژوهش با ۳ پرسشنامه استاندارد قبل و بعد از اجرای درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی جمع‌آوری شدند. ابزار گردآوری اطلاعات به شرح زیر می‌باشند:

مقیاس ۷ سوالی اختلال اضطراب فراگیر (Generalized anxiety disorder scale-7 item): توسط اسپیتز و همکاران (۲۰۰۶) تدوین شده است.

پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (Pennsylvania State Worry Questionnaire): یک پرسشنامه خود گزارشی ۱۶ سوالی است که توسط می و همکاران (۱۹۹۰) تدوین شده است.

مقیاس عدم تحمل ابهام: این مقیاس توسط باهر و داگاس (۲۰۰۲) ساخته شده و دارای ۲۷ ماده است. که آزمودنی‌ها بر اساس یک مقیاس پنج درجه ای (به هیچ وجه=۱ تا بسیار زیاد=۵) به سوال‌ها پاسخ می‌دهند. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی باز آزمایی (بعد از پنج هفته) این مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۴ گزارش شده است. ضریب همبستگی آن با «سیاهه‌های نگرانی حالت» ۰/۶۰، «سیاهه افسردگی بک» ۰/۵۹ و «سیاهه اضطراب بک» ۰/۵۵ معنی‌دار است.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی: این پرسشنامه توسط دنیس و ووندروال (۲۰۱۰) ساخته شده است، یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سوالی است. این پژوهشگران پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و با روش باز آزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ بدست آوردند. در ایران شاره و همکاران ضریب اعتبار باز آزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و خرده مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۲ و ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند. این پژوهشگران ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۵۵ گزارش نموده‌اند.

پرسشنامه هیجانی-شناختی: توسط گارنفسکی، کریچ و اسینهون (۲۰۰۱) ابداع شده است، شامل ۳۶ عبارت است که نحوه پاسخ به آن براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه بندی شده می‌باشد. در بررسی مشخصات روان سنجی آزمون گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) پایایی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های این پرسشنامه در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. در سال ۱۳۸۲ پایایی پرسشنامه در فرهنگ ایرانی توسط یوسفی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس‌های شناختی برابر با ۰/۸۲ گزارش شده است.

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی: توسط سگال، ویلیامز و تیزدل (۲۰۰۲) معرفی شد و مشتمل بر ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای می‌باشد که هفته ای یک بار برگزار شد. خلاصه جلسات به شرح زیر است:

جدول ۱- درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	شرح
جلسه اول:	تعیین اهداف جلسه، بیان قواعد گروه، معرفی افراد، تمرین خوردن کشمش، دادن بازخورد و بحث در مورد تمرین خوردن کشمش، تمرین واریسی بدنی و آغاز تمرین با تمرکز بر تنفس کوتاه، دادن بازخورد و بحث در مورد واریسی بدنی، تکلیف: تمرین واریسی بدنی تا هفته آینده اتمام جلسه با تمرکز بر تنفس کوتاه.
جلسه دوم:	تمرین واریسی بدنی و بازنگری آن، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساسات (پیاده روی در خیابان)، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱۰ تا ۱۵ دقیقه، توزیع جزوات جلسه دوم بین شرکت کنندگان، ارائه تکالیف خانگی شامل واریسی بدنی (۶ بار در ۷ روز)، تنفس با ذهن آگاهی (۶ بار در ۷ روز)، ثبت وقایع خوشایند (هر روز) و ذهن آگاهی از فعالیت های عادی.
جلسه سوم:	تمرین دیدن یا شنیدن به مدت ۵۰ دقیقه، نشستن در حالت مراقبه به مدت ۳۰ تا ۴۰ دقیقه، بازنگری تمرین، بازنگری تکالیف جلسه قبل، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه ای و بازنگری آن، دراز کشیدن همراه با ذهن آگاهی، توزیع جزوات جلسه سوم، تکلیف خانگی شامل دراز کشیدن با حالت مراقبه در روزهای اول، سوم و پنجم، تمرین یوگا در جلسات دوم، چهارم و ششم و تهیه فهرست وقایع ناخوشایند برای هر روز، سه بار در روز فضای تنفس.
جلسه چهارم:	تمرین پنج دقیقه ای دیدن یا شنیدن، تمرین مراقبه - آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار و بازنگری تمرین، بازنگری تکالیف خانگی، تعریف اختلال اضطراب فراگیر و ملاک های تشخیص آن، فضای تنفس سه دقیقه ای، توزیع جلسات چهارم، تعیین تکالیف خانگی (مراقبه نشسته ۶ روز در یک هفته)، فضای تنفس ۳ دقیقه ای به طور منظم (۳ بار در روز)، فضای تنفس ۳ دقیقه ای (در موقع تجربه احساسات ناخوشایند).
جلسه پنجم:	مراقبه نشسته به مدت ۴۰ دقیقه، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، فضای تنفس و بازنگری آن، خواندن شعر، فضای تنفس سه دقیقه ای، توزیع جلسات پنجم، تعیین تکالیف خانگی شامل مراقبه نشسته ۶ بار در یک هفته، فضای تنفس سه دقیقه ای (۳ بار در روز)، فضای تنفس ۳ دقیقه ای مقابله ای (در موقع تجربه احساسات ناخوشایند).
جلسه ششم:	مراقبه نشسته به مدت ۴۰ دقیقه، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی (شامل مراقبه و تنفس عمیق)، آماده شدن برای اتمام دوره، خلق، افکار و تمرین نقطه نظرات یا افکار جانشین، زمان تنفس و بازنگری آن، بحث در مورد تنفس به عنوان اولین گام قبل از به دست آوردن دید وسیع نسبت به افکار، توزیع جزوات جلسه ششم، تکلیف خانگی شامل فضای تنفس سه دقیقه ای (۳ بار در روز)، فضای تنفس ۳ دقیقه ای مقابله ای (در موقع تجربه احساسات ناخوشایند).
جلسه هفتم:	مراقبه نشسته به مدت ۴۰ دقیقه، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط میان فعالیت و اضطراب، تهیه فهرستی از فعالیت های لذت بخش، برنامه ریزی و تهیه برنامه مناسب برای اجرای آن، فضای تنفس سه دقیقه ای به عنوان اولین گام برای داشتن ذهن آگاهی، فضای تنفس سه دقیقه ای یا قدم زدن همراه با ذهن آگاهی، توزیع جزوات جلسه هفتم، تکالیف خانگی شامل انتخاب یک الگو از بین راه های مختلف برای تمرینی که قصد دارند، به طور نظام مند از آن استفاده کنند، فضای تنفس سه دقیقه ای (۳ بار در روز)، فضای تنفس ۳

دقیقه ای مقابله ای (در موقع تجربه احساسات ناخوشایند).

جلسه هفتم: تمرین واریسی بدنی، بازنگری تکالیف خانگی، بازنگری کل برنامه، بحث در مورد نحوه تداوم تمرین ها، واریسی و بحث در مورد برنامه ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین، توزیع جزوات جلسه هشتم، اتمام دوره با آخرین مراقبه (تبله، سنگ، مهره).

پرسشنامه ها استاندارد بوده و دارای روایی معتبر بودند. پایایی پرسشنامه ها با آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۰۱، ۰/۷۹۹، ۰/۸۱۱، ۰/۸۰۳ و ۰/۸۱۵ برآورد شدند. در پژوهش حاضر در قدم اول پیش آزمون برای تمام آزمودنی ها برگزار شد و سپس برای گروه آزمایش کلاس های درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، برگزار شد و در نهایت امر مجدداً از آزمودنی ها پس آزمون گرفته شد. برای تجزیه تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ و روش آماری مانکوو آ در سطح آماری ۱ درصد ($P < 0.01$)، استفاده شد.

یافته ها

نتایج آمار توصیفی نشان داد که اغلب نمونه مورد بررسی، بانوان دچار اختلال اضطراب فراگیر بودند که در رده سنی زیر ۳۰ سال قرار داشتند. در ادامه جهت بررسی وضعیت نرمال بودن داده های پژوهش، از آزمون های چولگی و کشیدگی و کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که در آزمون چولگی و کشیدگی قدر مطلق متغیرها به ترتیب نباید از ۲+ بیشتر و از ۲- کمتر باشند (Kline, 2011).

جدول ۲- بررسی نرمال بودن داده ها با آزمون چولگی و کشیدگی و آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

متغیرها	چولگی	کشیدگی	کولموگروف-اسمیرنوف	Sig.
پیش آزمون تنظیم شناختی هیجان	-۰/۰۷۷	-۰/۸۶۲	۰/۱۲۰	۰/۱۲۱
پیش آزمون عدم تحمل بلا تکلیفی	-۰/۰۱۵	-۱/۲۶۵	۰/۱۲۲	۰/۱۱۱
پیش آزمون انعطاف پذیری روان شناختی	۰/۰۲۲	-۱/۰۹۵	۰/۱۵۵	۰/۱۱۶
پس آزمون تنظیم شناختی هیجان	۰/۷۶۰	۰/۱۷۶	۰/۱۲۷	۰/۱۴۰
پس آزمون عدم تحمل بلا تکلیفی	۰/۰۸۶	-۱/۲۰۴	۰/۲۰۱	۰/۱۰۷
پس آزمون انعطاف پذیری روان شناختی	۰/۱۹۵	-۱/۴۶۱	۰/۰۸۵	۰/۵۴۱

با توجه به نتایج به دست آمده، قدر مطلق چولگی و کشیدگی برای تمامی متغیرهای پژوهش از ۲+ کمتر و از ۲- بیشتر می باشد و همچنین عدد کولموگروف-اسمیرنوف برای تمامی متغیرهای پژوهش عدم

معنی‌دار نشان دادند، لذا توزیع متغیرها نرمال می‌باشد (جدول ۲).

نتایج آزمون باکس نشان داد شرط همگنی ماتریس واریانس-کواریانس در پیش و پس آزمون به خوبی رعایت شده است. نتایج آزمون لوون گویای آن است که بین پیش و پس آزمون متغیرهای پژوهش از نظر اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اندازه اثر گروه یعنی مقایسه بین گروهی از ۰/۱۴ بزرگتر بود و این نشان‌دهنده اندازه اثر زیاد تفاوت گروهی است و بین دو گروه مورد بررسی به لحاظ پیش و پس آزمون متغیرهای پژوهش از نظر اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معنادار وجود دارد.

برای بررسی تفاوت بین دو گروه از نظر پیش و پس آزمون متغیرهای پژوهش از نظر اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (Multivariate) استفاده شد.

جدول ۴- آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره

گروه	متغیرهای وابسته	مجذور مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	اف	سطح معناداری	مجذور اتا
آزمون	پیش آزمون تنظیم شناختی هیجان	۲۸۰/۱۶۷	۱	۲۸۰/۱۶۷	۸/۳۵۵	۰/۰۰۴	۰/۰۵۳
	پیش آزمون عدم تحمل بلا تکلیفی	۱۶۴/۳۲۷	۱	۱۶۴/۳۲۷	۸/۸۷۶	۰/۰۰۳	۰/۰۵۷
	پیش آزمون انعطاف پذیری روان شناختی	۳۳۱/۵۲۷	۱	۳۳۱/۵۲۷	۱۰/۷۸۷	۰/۰۰۱	۰/۰۶۸
	پس آزمون تنظیم شناختی هیجان	۸۵۴/۴۲۷	۱	۸۵۴/۴۲۷	۴۲/۳۱۷	۰/۰۰۱	۰/۲۲۲
	پس آزمون عدم تحمل بلا تکلیفی	۵۱۵/۲۲۷	۱	۵۱۵/۲۲۷	۱۷/۵۶۹	۰/۰۰۱	۰/۱۰۶
	پس آزمون انعطاف پذیری روان شناختی	۳۴۶/۵۶۰	۱	۳۴۶/۵۶۰	۱۲/۰۷۲	۰/۰۰۱	۰/۱۷۵
خطا	پیش آزمون تنظیم شناختی هیجان	۳۶۳۹/۵۴۷	۲۸	۱۲۹/۹۸۴	-	-	-

-	-	-	۱۱۱/۷۷۶	۲۸	۳۱۲۹/۷۳۳	پیش‌آزمون عدم تحمل بلا تکلیفی
-	-	-	۹۷/۸۵۵	۲۸	۲۷۳۹/۹۴۷	پیش‌آزمون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی
-	-	-	۱۹۰/۰۶۷	۲۸	۵۳۲۱/۸۶۷	پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان
-	-	-	۱۶۲/۴۵۲	۲۸	۴۵۴۸/۶۶۷	پس‌آزمون عدم تحمل بلا تکلیفی
-	-	-	۱۲۲/۲۱۳	۲۸	۳۴۲۱/۹۷۳	پس‌آزمون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره بین دو گروه از نظر پیش و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش از نظر اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در سطوح ۱ و ۵ درصد تفاوت معنادار وجود دارد (جدول ۴). برای بررسی میزان تفاوت بین دو گروه از نظر پیش و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش از نظر اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، از آزمون تی مستقل استفاده شد.

جدول ۵- آزمون تی مستقل

مولفه‌ها	گروه	تعداد	میانگین	عدد تی	سطح معناداری
پیش‌آزمون تنظیم شناختی هیجان	آزمایش	۱۵	۱۳/۸۹	۴/۱۴۵	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵	۱۰/۴۷		
پیش‌آزمون عدم تحمل بلا تکلیفی	آزمایش	۱۵	۱۴/۸۵	۳/۴۷۴	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵	۱۱/۸۱		
پیش‌آزمون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	آزمایش	۱۵	۱۴/۳۵	۲/۸۹۱	۰/۰۰۴
	کنترل	۱۵	۱۱/۶۱		
پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان	آزمایش	۱۵	۱۸/۱۹	۶/۸۷۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵	۱۲/۷۹		
پس‌آزمون عدم تحمل بلا تکلیفی	آزمایش	۱۵	۱۶/۶۴	۴/۷۹۶	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵	۱۳/۳۱		
پس‌آزمون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	آزمایش	۱۵	۱۷/۲۳	۳/۷۸۰	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵	۱۳/۶۴		

بر مبنای نتایج آزمون تی و براساس میانگین های به دست آمده، میانگین پیش و پس آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بیشتر بوده و همچنین میانگین پس آزمون نسبت به پیش آزمون متغیرها بعد از اجرای درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بیشتر می باشد و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی (ابهام) و انعطاف پذیری روان شناختی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر اثربخشی دارد و تفاوت های حاصل شده با توجه به مقادیر عدد تی به دست آمده در سطوح ۱ و ۵ درصد و با اطمینان ۹۵ و ۹۹ درصد معنادار و قابل قبول می باشند (جدول ۵).

بحث و نتیجه گیری

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی (ابهام) و انعطاف پذیری روان شناختی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر اثربخشی دارد و تفاوت های حاصل شده در پیش و پس آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بعد از اجرای درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی معنادار و قابل قبول می باشند، نتایج حاصل برای پژوهش حاضر با نتایج نصیری و همکاران (Nasiri et al., 2022)، دکانی و همکاران (Dakani et al., 2021)، امیری و همکاران (Amiri et al., 2019)، راکی و نادری (Raki & Naderi, 2019)، نصیری و همکاران (nasiri et al., 2015)، افشاری و حسنی (Afshari & Hasani, 2020)، پارک و همکاران (Park et al., 2020)؛ بر مبنای نتایجی که آن ها در زمینه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به دست آوردند، همخوانی و همپوشانی دارد.

در تبیین نتیجه حاصله که نشان داد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی (ابهام) و انعطاف پذیری روان شناختی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر اثربخشی دارد، می توان استنباط نمود که؛ شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نوعی روان درمانی است که شامل ترکیبی از شناخت درمانی، مراقبه ذهن آگاهی است و به نوعی به معنای پرورش یک نگرش زندگی در لحظه ای اکنون و بدون قضاوت به نام ذهن آگاهی می باشد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کمک به افرادی که دچار دوره های مکرر افسردگی و ناراحتی مزمن هستند، طراحی شده است و در این روش درمانی، ایده های شناخت درمانی با شیوه ها و نگرش های مراقبه ای مبتنی بر پرورش ذهن آگاهی ترکیب می شوند. هدف درونی این کار در آشنایی با حالت های ذهنی است که اغلب نشانه های اختلالات خلقی است در حالی که به طور هم زمان هم افراد یاد می گیرند، رابطه جدیدی با حالت های ذهنی شان ایجاد کنند و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و سایر تمرین های مراقبه ای باعث کاهش اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، کاهش استرس و کاهش سطوح هورمون کورتیزول شده و برای همه سنین مفید

می‌باشد، لذا با کمک این روش درمانی فرد دچار اضطراب فراگیر با کنترل ذهن خویش و انجام اعمال مراقبه، می‌تواند هیجانات خود را کنترل و در شرایط بلا تکلیفی و ابهام با تمرکز بر ذهن خویش، با انعطاف با شرایط موجود برخورد نموده و بتواند شرایط سخت و دچار استرس و اضطراب را طی نموده و به راحتی با مشکلات سر راه خویش کنار بیاید و با تمرکز بر ذهن خود، رفتار و واکنش‌های خود را بهتر و بیشتر کنترل نماید. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در راستای رسیدن به تنظیم شناختی هیجان و تحول بهنجار و همچنین تحمل بلا تکلیفی (ابهام) و رسیدن به انعطاف‌پذیری روان شناختی و نگه داشتن خویش در سطح تعادل لازم برای زندگی معمول و نرمال و به دور از استرس و نگرانی و اضطراب، مناسب می‌باشد و تأثیری معنادار در مبتلایان دچار اضطراب اختلال فراگیر گذاشت، چرا که در زمینه ذهن آگاهی فرد در تمرین جهت رسیدن به تمرکز بر ذهن می‌باشد و در شرایط استرس و اضطراب‌زا این روند اثری طولانی مدت و ماندگار دارد تا فرد بتواند تمرکز نموده و زمینه مشکل ساز را بسلامتی رد نماید. مسئولین امر، روانپزشکان، روانشناسان و کسانی که در زمینه درمان‌های اضطرابی و... فعالیت دارند باید بدانند که کاربرد روش‌های درمانی که بتواند باعث کاهش مصرف دارو گردد، فرد دچار اضطراب را به سمت کنترل هیجانات و ذهن خود و زمینه‌های استرسی و اضطرابی پیش خواهد برد و فرد تحت تأثیر این روش درمانی باید خود را به سطحی از آمادگی جسمی و روحی برساند که بتواند باعث برگشت خویش به روند نرمال و معمول زندگی شود و این یک اصل مهم در اثربخشی درمان‌های مداخله‌ای بخصوص روند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، در دنیای کنونی می‌باشد و تمامی ارگان‌های دخیل در این امر باید با توسعه و تقویت روش‌های درمانی که هدف آن‌ها حذف اضطراب و استرس در زندگی مردم است، باعث شوند مبتلایان دچار اضطراب فراگیر با کاهش مصرف دارو و با روش‌های آموزشی و مداخله‌ای تمرکز خود بر هیجانات و ذهن خود را توسعه داده و با کمک این عوامل در زمان‌های پرخطر و پر استرس، خود را کنترل و به دور از هیجانات منفی موارد پرفشار را سپری و مانند مردم عادی به زندگی معمول و نرمال خود در کنار دیگران ادامه دهند و تنش را از زندگی خود و خانواده و جامعه دور نمایند و در نهایت باید متخصصین امر و درمانگرها با کمک روش‌های درمانی مداخله‌ای مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، باعث توسعه تمرین تمرکز بر ذهن، شوند تا این افراد در شرایط خطیر و سخت، با کنترل ذهن خویش باعث تقویت تمرکز در خود شوند تا بتوانند به راحتی و بدون دغدغه از کنار شرایط حاد و استرس‌زا، عبور کنند.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.TABRIZ.REC.1401.306 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز است.

حامی مالی

مقاله از پایان نامه دکترای نویسنده اول استخراج شده است.

تشکر و سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله از تمامی کسانی که در اجرای پژوهش حاضر با آنها همکاری داشتند، تشکر و سپاسگزاری می کنند.

References

- Afshari, B., & Hasani, J. (2020). Study of dialectical behavior therapy versus cognitive behavior therapy on emotion regulation and mindfulness in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 50, 305-312. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09461-9>
- Alves Peixoto, L. S., & Guedes Gondim, S. M. (2020). Mindfulness and emotional regulation: A systematic literature review. *SMAD Revista Electronica Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 16(3).
- Amiri, N., Hobbi, M. B., Dehaaqin, V., Aghamiri, M. S., & Mousavi, S. A. (2019). The Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on the Cognitive Flexibility of Disabled Veterans' Wives. *Journal of Military Psychology*, 10(39), 51-64. <https://www.magiran.com/paper/2086160>
- Bredemeier, K., McCole, K., Luther, L., Beck, A., & Grant, P. (2019). Reliability and Validity of a Brief Version of the Intolerance of Uncertainty Scale in Outpatients with Psychosis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9714-2>
- Creswell, J. D. (2017). Mindfulness Interventions. *Annual Review of Psychology*, 68(1), 491-516. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>
- Dakani, M., Fakhri, M., & Hasanzadeh, R. (2021). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Anxiety Tolerance and Cognitive Flexibility in Patients with Type 2 Diabetes [Research]. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*, 21(3), 186-197. <http://ijdl.tums.ac.ir/article-1-6064-en.html>
- Darby, K. P., Castro, L., Wasserman, E. A., & Sloutsky, V. M. (2018). Cognitive flexibility and memory in pigeons, human children, and adults. *Cognition*, 177, 30-40. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2018.03.015>
- Habibzadeh, A., Beyki, M., & Porzoor, P. (2021). The Role of Cognitive Emotion Regulation Styles in Predicting students' Mental Health and Academic Performance [Research]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*, 10(7), 105-114. <http://frooyesh.ir/article-1-2465-en.html>
- Hazlett-Stevens, H. (2022). Clinical Significance of Stress, Depression, Anxiety, and Worry Symptom Improvement Following Mindfulness-based Stress Reduction. *OBM Integrative and Complementary Medicine*, 07(02), 022. <https://doi.org/10.21926/obm.icm.2202022>
- Huber, L., Plötner, M., & Schmitz, J. (2019). Social competence and psychopathology in early childhood: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 28(4), 443-459. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1152-x>
- Huntley, C., Young, B., Tudur Smith, C., Jha, V., & Fisher, P. (2022). Testing times: the association of intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs to test anxiety in college students. *BMC Psychol*, 10(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00710-7>
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. Third edition. New York : Guilford Press, [2011] ©2011. <https://search.library.wisc.edu/catalog/9910110667902121>
- Külz, A. K., Landmann, S., Cludius, B., Rose, N., Heidenreich, T., Jelinek, L., Alsleben, H., Wahl, K., Philipsen, A., Voderholzer, U., Maier, J. G., & Moritz, S. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive-compulsive

- disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): a randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 269(2), 223-233. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0957-4>
- Mennetrey, C., & Angeard, N. (2018). Cognitive flexibility training in three-year-old children. *Cognitive Development*, 48, 125-134. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cogdev.2018.08.004>
- Mohammadi, M. R., Pourdehghan, P., Mostafavi, S. A., Hooshyari, Z., Ahmadi, N., & Khaleghi, A. (2020). Generalized anxiety disorder: Prevalence, predictors, and comorbidity in children and adolescents. *J Anxiety Disord*, 73, 102234. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102234>
- nasiri, f., mahmoodaliloo, m., & bakhshipoor, a. (2015). The Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Treating People with Generalized Anxiety Disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 5(1), 116-133. <https://doi.org/10.22067/ijap.v5i1.40703>
- Nasiri, Z., Ahadi, H., Kalhornia Golkar, M., Teymouri, S., & Khadem Ghaebi, N. (2022). Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Intolerance of Uncertainty in Infertile Women Undergoing In Vitro Fertilization Treatment [Brief Report]. *Journal of health research in community*, 7(4), 75-80. <http://jhc.mazums.ac.ir/article-1-576-en.html>
- Norman, J., Fu, M., Ekman, I., Björck, L., & Falk, K. (2018). Effects of a mindfulness-based intervention on symptoms and signs in chronic heart failure: A feasibility study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(1), 54-65. <https://doi.org/10.1177/1474515117715843>
- O'Bryan, E. M., Stevens, K. T., Bimstein, J. G., Jean, A., Mammo, L., & Tolin, D. F. (2022). Intolerance of Uncertainty and Anxiety Symptoms: Examining the Indirect Effect Through Anxiety Sensitivity Among Adults with Anxiety-Related Disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 44(2), 353-363. <https://doi.org/10.1007/s10862-021-09912-0>
- Park, S., Sato, Y., Takita, Y., Tamura, N., Ninomiya, A., Kosugi, T., Sado, M., Nakagawa, A., Takahashi, M., Hayashida, T., & Fujisawa, D. (2020). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Psychological Distress, Fear of Cancer Recurrence, Fatigue, Spiritual Well-Being, and Quality of Life in Patients With Breast Cancer-A Randomized Controlled Trial. *J Pain Symptom Manage*, 60(2), 381-389. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.02.017>
- Qiao, L., Xu, M., Luo, X., Zhang, L., Li, H., & Chen, A. (2020). Flexible adjustment of the effective connectivity between the fronto-parietal and visual regions supports cognitive flexibility. *NeuroImage*, 220, 117158. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2020.117158>
- Raki, S., & Naderi, F. (2019). Effectiveness Of Mind-Fullness Based Cognitive Therapy On Emotional Cognitive Regulation, Resiliency And Competitive Anxiety In Female Athletes [Research]. *Journal of Nursing Education*, 6(6), 18-26. <https://doi.org/10.21859/ijpn-06063>
- Rogers, T. A., Daniel, T. A., & Bardeen, J. R. (2022). Health anxiety and attentional control interact to predict uncertainty-related attentional biases. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 74, 101697.
- Stratman, J. L., & Youssef-Morgan, C. M. (2019). Can positivity promote safety?

- Psychological capital development combats cynicism and unsafe behavior. *Safety Science*, 116, 13-25. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.02.031>
- Troy, A. S. (2012). *Cognitive Reappraisal Ability as a Protective Factor: Resilience to Stress Across Time and Context* (Publication Number 659) [Cognitive Reappraisal Ability as a Protective Factor: Resilience to Stress Across Time and Context, University of Denver]. University of Denver.



Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Self-Shame and Alexithymia in Divorce-Seeking Women

Houriyeh Haghighi

M.A. in Family Counselling, Department of Counselling, Hekmat Razavi Institute of Higher Education, Mashhad, Iran. Email: houriyeh@gmail.com.

Hadi Gholam Mohammadi

Assistant Professor, Department of Psychology and Counselling, Imam Reza International University, Mashhad, Iran. (Corresponding Author), Email: hadi.gholammohammadi@imamreza.ac.ir.

Jafar Talebian Sharif

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

Received: 2024-05-19

Revised: 2024-09-14

Accepted: 2025-08-17

Published: 2025-08-25

Citation: Haghighi, H., & Gholam Mohammadi, H., & Talebian Sharif, J. (2025). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Self-Shame and Alexithymia in Divorce-Seeking Women. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 15(1), 97-114. doi: 10.22067/tpccp.2025.88147.1651

Abstract

Introduction: The increase in divorce rates in the country and the associated social, cultural, psychological, and individual consequences have doubled the need to address it (Araghi et al., 2020). The consequences of divorce for women and men can be different (Hayati & Soleymani, 2019). Researchers have identified a correlation between divorce-related issues in women and the development of inadequacy feelings, unattractiveness, and self-blame, which can subsequently lead to reduced self-esteem and worthlessness feelings (Donovan & Emmers-Sommer, 2012). Feelings of inadequacy and unattractiveness can lead to the feeling of shame and alexithymia in women (Balderrama-Durbin et al., 2017). Alexithymia is characterized by difficulties in identifying and describing emotions to others, which can lead to ineffective and inflexible emotion regulation (Luminet et al., 2021). Research has identified a correlation between variables associated with a damaged couple relationship including self-shame and alexithymia. For instance, Zarei and Hosseingholi's study (2014) revealed a relationship between shame and low marital commitment. Conversely, Davis et al. (2017) concluded in a study that feelings of self-shame can play a role in reducing sexual satisfaction. A subsequent study by El Frenn et al. (2022) revealed that alexithymia plays a mediating role between couple satisfaction and attachment styles. Momeni et al. (2018) in their study concluded that alexithymia can predict decreased intimacy.

Research findings indicate that women involved in divorce can be helped with different approaches (Abadi et al., 2017). One of these approaches is the acceptance and commitment approach, which is a type of mindfulness-based behavioral therapy that places significant emphasis on psychological flexibility (Najari et al., 2023). Research has demonstrated the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the marital context and among affected women (Candel & Turliuc, 2019). For instance, Abosaidi Moghadam et al. (2020) reported the effectiveness of ACT on the feelings of loneliness and guilt in women seeking divorce. In light of these findings, the present study sought to examine the efficacy of ACT



in addressing feelings of shame and alexithymia in women seeking divorce.

Method: In this study, a single-case design with multiple asynchronous baselines was utilized. Subjects entered the baseline phase asynchronously and were randomly assigned to one of two or three-week waiting periods in the baseline phase. They then received eight sessions of ACT (Hayes et al., 2012). The statistical population encompassed all women seeking divorce who had referred to a counseling center in Mashhad. Among the individuals who referred others ($N=30$), three individuals who met the inclusion criteria were selected using the convenience sampling method. The data collection instruments included the Cook Internalized Shame Scale (Cook, 1993) and the Toronto Alexithymia Scale (Bagby, 1994). The analysis of the data included the use of visual charting, the reliable change index, and the percentage of improvement formula.

Findings: The visual plot revealed that the mean self-shame scores in the baseline phase for the three subjects were (74, 72, and 62.33), and in the treatment phase, they were (33.63, 22.63, and 33.61), respectively. Similarly, the mean alexithymia scores in the baseline phase for the three subjects were (74, 72, and 62.33), and in the treatment phase, they were (33.63, 22.63, and 33.61), respectively. These findings suggest a decrease in the average scores of the target variables. In addition, the value of the index of permanent change after treatment for all three subjects in self-shame (2.33, 3.10, and 3.40, respectively), and alexithymia (3.30, 3.31, and 3.12, respectively), was greater than the Z value. This indicates that ACT was effective in treating self-shame and alexithymia ($P<0.05$). The results of the percentage of improvement in self-shame for the three subjects were (21.49, 26.18, and 29.39), respectively, and in alexithymia for the three subjects were (30.30, 30.32, and 29.89), respectively. These results indicate that the rate of improvement was significant ($P<0.05$).

Discussion & Conclusion: The present study sought to ascertain the efficacy of ACT in addressing self-shame and alexithymia in women seeking divorce. The findings indicated that ACT demonstrated a significant impact on self-shame and alexithymia. These findings are consistent with those reported in studies by Sadeghi et al. (2021), Amini & Hasanzadeh (2021), Abosaidi Moghadam et al. (2020), Younesi et al. (2016), and Babakhani (2020). In elucidating the findings concerning shame, it can be posited that ACT facilitates the acceptance of distressing experiences and emotions without the pursuit of control, thereby diminishing their perceived threat (Hayes et al., 2012). Moreover, in elucidating the outcomes concerning alexithymia, it can be posited that the objective of the aforementioned treatment is to facilitate individuals in avoiding evasion of their authentic selves, challenges, and sentiments, and to encourage the articulation, acknowledgment, and encountering of occurrences in their genuine state (Panahi et al., 2018). Confronting and experiencing the challenges associated with alexithymia can lead to a reduction in these symptoms. Individuals with alexithymia tend to evade their emotions, failing to express their feelings, and this treatment aims to facilitate their acceptance of these emotions as integral components of their life journey, rather than avoiding and evading them. Consequently, it is recommended that therapists employ ACT to address the psychological challenges experienced by women on the verge of separation and divorce.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, self-shame, alexithymia, divorce.

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

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

دسترسی آزاد

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم از خود و ناگویی هیجانی در زنان متقاضی طلاق

حوریه حقیقی

ID

دانش آموخته کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، موسسه آموزش عالی حکمت رضوی، مشهد، ایران. houriye@gmail.com

هادی غلام محمدی

ID

استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه بین‌المللی امام رضا، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)، Hadi.gholammohamadi@imamreza.ac.ir

جعفر طالبیان شریف

ID

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. talebian@um.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۳۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۶/۲۴	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۲۶	تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۶/۰۳
استناد: حقیقی، حوریه؛ غلام محمدی، هادی؛ طالبیان شریف، جعفر. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم از خود و ناگویی هیجانی در زنان متقاضی طلاق. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۵(۱)، ۹۷-۱۱۴. doi: 10.22067/tpccp.2025.88147.1651			

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم از خود و ناگویی هیجانی در زنان متقاضی طلاق بود.

روش: در این پژوهش از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه نهم‌زمان استفاده شد. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان متقاضی طلاق بود که در سه ماهه اول سال ۱۴۰۲ به مرکز مشاوره اندیشه و احساس شهر مشهد مراجعه کرده بودند. از بین افراد مراجعه‌کننده تعداد ۳ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر هدف و بر اساس داوطلب بودن آزمودنی‌ها به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. آزمودنی‌ها در طول خط پایه و درمان به پرسش‌نامه‌های شرم درونی شده کوک و ناگویی هیجانی تورنتو پاسخ دادند. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج بررسی نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است به‌صورت معناداری بر شرم از خود و ناگویی هیجانی در زنان متقاضی طلاق تأثیر بگذارد و سبب بهبود آن‌ها شود ($P < 0/05$). بنابراین، می‌توان از این رویکرد در جلسات درمانی زنان متقاضی طلاق استفاده کرد.

نتیجه: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است؛ از طریق ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی، پذیرش، خودشفقتی و خودمهربانی، ذهن‌آگاهی و کاهش اجتناب تجربه‌ای بر شرم از خود و ناگویی هیجانی زنان متقاضی طلاق موثر واقع شود و آن‌ها را کاهش دهد. در نتیجه می‌توان از درمان مذکور (با در نظر گرفتن شرایط خاص هر مراجع و هم‌چنین ملاک‌های ورود و خروج مطرح شده در این پژوهش)، در جهت تقویت انعطاف‌پذیری روانشناختی، پذیرش، خودشفقتی و خودمهربانی، ذهن‌آگاهی و کاهش اجتناب تجربه‌ای برای کمک به زنان با مسائل و مشکلات مشابه کمک گرفت.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شرم از خود، ناگویی هیجانی، طلاق

مقدمه

خانواده به عنوان یکی از مهم‌ترین نهادهای اجتماعی می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در ایجاد یک جامعه سالم و متعاقب آن کارکردهای مثبت در نظام اجتماعی و سلامت روانی انسان‌ها داشته باشد. در حقیقت، خانواده محل امنیت و نشاط است و زمانی می‌تواند وظیفه خویش را به درستی انجام دهد که دچار آشفتگی نباشد (Ouyang et al., 2022). عوامل متعددی از جمله پیمان‌شکنی، عدم تفاهم، دخالت خانواده‌ها و ... سلامت خانواده را به خطر انداخته و رابطه را به سمت طلاق سوق می‌دهند (Atapour et al., 2021). مسئله‌ی طلاق با آثار منفی و آشکاری که دارد، به دنبال فاکتورهای مختلفی هم چون اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، فردی و شخصیتی به وجود می‌آید و تبعات اجتماعی، فرهنگی، روانشناختی، فردی و ... به همراه (Araghi et al., 2020). تبعات ناشی از مساله طلاق در زنان و مردان می‌تواند متفاوت باشد؛ زنان بعد از طلاق با لفظ مطلقه، قضاوت‌های دیگران، سردی روابط دیگران با آن‌ها، مزاحمت‌های جنسی، مشکلات مالی، احساس تقصیر، شکست و تنهایی مواجه خواهند شد (Hayati & Soleymani, 2019). پژوهشگران معتقدند که مسائل ناشی از طلاق در زنان می‌تواند منجر به احساس بی‌کفایتی، عدم جذابیت و خودسرزنش‌گری گردند که نتیجه آن می‌تواند کاهش عزت‌نفس و احساس بی‌ارزشی (Donovan & Emmers-Sommer, 2012)، احساس بی‌کفایتی، بی‌ارزشی و احساس شرم و مشکلاتی در نظم هیجانی زنان گردد (Balderrama-Durbin et al., 2017). به نظر می‌رسد شرم یک‌طور حمله به خود است و افرادی که واجد آن هستند، باور دارند که از نظر جامعه مردود بوده و یا قابل قبول نیستند و لذا سعی می‌کنند که خود را از دیگران مخفی و پنهان کنند (Mushy & Mbonile, 2017). احساس شرم در فرد، ماحصل ترس از این است که در برابر قضاوت منفی دیگران قرار گیرد (Arian et al., 2021). به عبارتی شرم حالت ناخوشایند همراه با خودارزیابی منفی و مزمن است که در آن فرد نمی‌تواند خود را ببخشد (Carpenter et al., 2016). پژوهش‌ها ارتباط بین متغیرهای مربوط به رابطه زوجی آسیب دیده با شرم از خود را گزارش می‌دهند؛ به گونه‌ای که زارعی و حسینقلی، در پژوهشی از رابطه بین شرم و تعهد زناشویی پایین خبر دادند (Zarei & Hosseingholi, 2014). دیویس و همکاران، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که احساس شرم از خود می‌تواند در کاهش رضایت جنسی نقش بازی کند (Davis et al., 2017) و نتایج تحقیق کارگر و همکاران، نشان داد که احساس شرم و گناه و دشواری تنظیم هیجانی می‌تواند کیفیت رابطه زناشویی را پایین بیاورد (Kargar et al., 2019). همان گونه که قبلاً اشاره شد؛ احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی می‌تواند منجر به مشکلاتی در نظم هیجانی گردد (Balderrama-Durbin et al., 2017). از این رو یکی از عوامل موثر در بروز ناسازگاری زناشویی و

به طبع آن طلاق ناگویی هیجانات و مشکل در تنظیم هیجانات است (Zare Baghbidi & Etemadifard, 2020). با تصمیم به طلاق زنان دچار هیجانات و احساسات منفی شده، نظم هیجانی شان به هم ریخته و نمی توانند هیجانات و احساسات خود را به شیوه ای سالم ابراز نمایند (Szasz et al., 2011). بنابراین نیاز است در راستای نظم جویی هیجانی آن ها اقداماتی صورت گیرد (Pugach et al., 2020). یکی از سازه های مهم در زمینه تنظیم و پردازش هیجانات، ناگویی هیجانی است (Waller & Scheidt, 2006). ناگویی هیجانی ساختاری چندوجهی است که با مشکلاتی در شناسایی احساسات فرد مشخص می شود و فرد مشکلات عدیده ای در توصیف احساسات خود برای دیگران دارد؛ موضوعی که منجر به تنظیم غیر موثر و غیر قابل انعطاف هیجان می شود و خطرات قابل توجهی برای فرد به لحاظ جسمی و روانی خواهد داشت (Luminet et al., 2021). پژوهش ها بیانگر این موضوع هستند که افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در شناخت درست هیجان ها از چهره دیگران مشکل داشته و لذا توان شان برای همدلی با دیگران محدود می باشد (Panahi et al., 2018). موضوعی که می تواند منجر به کاهش رضایت زناشویی زوجین، استرس، فشار روانی و اضطراب در آن ها گردد (Fietz et al., 2018). یافته های پژوهشی از رابطه ناگویی هیجانی و متغیرهای مربوط به رابطه زوجی حکایت دارند؛ به گونه ای که در پژوهشی که توسط ال فرن و همکاران انجام شد، نشان داد که ناگویی هیجانی نقش میانجی بین رضایت زوجین و سبک های دلبستگی را دارد (El Frenn et al., 2022). مومنی و همکاران؛ در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که ناگویی هیجانی می تواند کاهش صمیمیت را پیش بینی کند (Momeni et al., 2018). کاروکیو و همکاران در پژوهشی از رابطه مستقیم ناگویی هیجانی بر اضطراب و اجتناب از تجربه خبر دادند که به شکل غیر مستقیم بر رضایت زناشویی تاثیر می گذارد (Karukivi et al., 2014). ذاکری و رضایی، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که ناگویی هیجانی منجر به کاهش صمیمیت زناشویی می گردد (Zakeri & Rezaei, 2022).

یافته های پژوهشی حاکی از آنند که می توان به زنان در گیر با موضوع طلاق کمک کرد (Abadi et al., 2017). در این راستا مدل های نظری مختلفی از جمله درمان مبتنی بر هیجان، رفتاردرمانی شناختی، درمان روان پویشی، مدل بخشودگی، مدل بینش گرا و ... ارائه شده است. با توجه به علاقمندی و آشنایی نویسندگان این پژوهش با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و همچنین وجود پیشینه پژوهشی مناسب این رویکرد در حوزه مسائل مربوط به خانواده و زوج، رویکرد مذکور مورد استفاده قرار گرفت؛ که نوعی رفتاردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است که تاکید زیادی بر انعطاف پذیری روانشناختی دارد (Najari et al., 2023). این انعطاف پذیری از طریق شش فرایند زیربنایی صورت می گیرد که عبارتند از: ۱- پذیرش (خود و مشکلات)

۲- گسلش (رهایی)، ۳- خود به عنوان زمینه، ۴- ارتباط با زمان فعلی و حال، ۵- ارزش‌ها و ۶- عمل و فعالیت متعهدانه (Stockton et al., 2019). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد تغییر مستقیم در فرد نیست؛ بلکه هدف در این درمان، کمک به فرد در جهت برقراری ارتباط با تجاربش با استفاده از روش‌های متفاوت و متنوع است تا از این طریق زندگی مبتنی بر ارزش را تجربه کند و به عبارتی هدف این است که فرد با توجه به زمان حال در جهت اهداف ارزشمند و متعالی زندگی حرکت کند (Huang et al., 2020). در این درمان هدف حذف فکر یا احساس منفی نیست؛ بلکه هدف تغییر رابطه فرد با افکار و احساساتش می‌باشد؛ به گونه‌ای که آن‌ها را بخشی از تجربه طبیعی و انسانی خود در راستای زندگی مبتنی بر ارزش‌ها بدانند، به پذیرش برسد و با عمل متعهدانه در راستای ارزش‌ها حرکت کند (Crosby & Twohig, 2016). پژوهش‌ها حکایت از تأثیر مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حوزه زناشویی و زنان آسیب‌دیده دارد (Candel & Turliuc, 2019). عباسی بوردن‌دق و همکاران در پژوهش خود با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق عنوان کردند که درمان مذکور در کاهش تعارضات زناشویی زوجین موثر بوده است (Abbasi Bondaragh et al., 2023). ابوسعیدی مقدم و همکاران در پژوهشی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و گناه زنان متقاضی طلاق خبر دادند (Abosaidi Moghadam et al., 2020). ذکر یازاده خطیر و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنیدگی و بخشودگی زنان متقاضی طلاق موثر بوده است (Zekariazadeh Khatir et al., 2022). فیضی خواه و همکاران نیز در پژوهش خود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حس انسجام و کاهش طلاق عاطفی را در زنان متقاضی طلاق گزارش نمودند (Feizikhah et al., 2021). افزایش آمار طلاق و اثرات زیان‌بار آن در حیطه‌های روانشناختی، اقتصادی و اجتماعی به خصوص برای زنان موضوع مهمی است که نیازمند ارزیابی، بررسی، آموزش و مداخله است و لذا در جهت کاهش و مدیریت اثرات مخرب آن در حوزه‌های مختلف باید اقداماتی صورت گیرد. با توجه به آنچه گذشت در حیطه روانشناختی، زنان متقاضی طلاق با مشکلاتی در تنظیم هیجانات و احساس شرم مواجه می‌گردند که می‌تواند مشکلات فردی و زوجی آن‌ها را افزایش دهد و در این راستا نیز باید اقداماتی صورت گیرد. از طرفی پژوهش‌ها بیانگر نقش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای مرتبط با حوزه زوجی است و لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس شرم و ناگویی هیجانی زنان متقاضی طلاق موثر است؟

روش

در این پژوهش از طرح تک موردی به صورت خط پایه‌ای چندگانه ناهم‌زمان استفاده شد. در پژوهش حاضر آزمودنی‌ها به صورت هم‌زمان وارد مرحله خط پایه و با قرار گرفتن به صورت تصادفی در یکی از دوره‌های انتظار دو یا سه هفته‌ای در مرحله خط پایه وارد مرحله درمان ۸ جلسه‌ای شدند. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان متقاضی طلاق بود که در سه ماهه اول سال ۱۴۰۲ به مرکز مشاوره اندیشه و احساس شهر مشهد مراجعه کرده بودند. از بین افراد مراجعه کننده تعداد ۳ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری این پژوهش مبتنی بر هدف، در دسترس، و بر مبنای داوطلب بودن آزمودنی‌ها بود، که پس از احراز شرایط پژوهش (ملاک‌های ورود؛ شامل داشتن حداقل تحصیلات در سطح دیپلم، تمایل به شرکت در جلسات، گذشت یک سال از زندگی مشترک (متقاضیان طلاق) که کمتر از یک سال از زندگی مشترک‌شان می‌گذشت تحت آموزش جداگانه‌ای در مرکز بودند)، ابراز ندامت شوهر و درخواست گذشت از همسر و ملاک‌های خروج؛ شامل اختلال شخصیت و مشکلات مربوط به حالت‌های پارانوئیدی، تصمیم قطعی برای طلاق)، بود. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مقیاس‌های شرم درونی شده و ناگویی هیجانی بودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از فرمول درصد بهبودی، شاخص تغییر پایا و نمودار چشمی استفاده شد.

مقیاس شرم درونی شده:

مقیاس شرم درونی شده کوک (CISS)^۱ به وسیله کوک در سال ۱۹۹۳ ساخته شد. ۳۰ ماده و دو خرده مقیاس دارد که عبارتند از: کمرویی و عزت نفس. آزمودنی به این آزمون به شکل لیکرت ۵ درجه ای ۰ هرگز تا همیشه ۴ پاسخ می‌دهد، نمره‌های بالاییانگر بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی و نمره پایین به معنی عزت نفس بالا است. کوک ضریب آلفای کرونباخ نمره کل را ۰/۹۰ و خرده مقیاس‌های کمرویی و عزت نفس را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش نموده است. در سال ۱۳۹۰ در پژوهشی که توسط رجبی و عباسی صورت گرفت؛ آلفای کرونباخ مقیاس را در کل نمونه ۰/۹۰، در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱ گزارش شد (Davarniya et al., 2019). در پژوهش حاضر پایایی کل به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو:

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20)^۲ در سال ۱۹۹۴ توسط باگی^۳ و همکاران ساخته شده است. مقیاس مذکور شامل ۲۰ ماده در زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات

1. Cook Internalized Shame Scale

2. Toronto Alexithymia Scale

3. Bagby.

و تفکر برون‌مدار است. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت لیکرتی و چندگزینه‌ای است. به این شکل پاسخ کاملاً مخالف نمره ۱ و پاسخ کاملاً موافق نمره ۵ را دریافت خواهد کرد؛ که نمره بالاتر نشانگر ناگویی هیجانی بیشتر و بالعکس می‌باشد. ضریب آلفا برای ناگویی هیجانی و خرده مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش شده است (Besharat et al., 2021). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش، باگبی و همکاران ۰/۸۸ بود (Bagby et al., 2021). در پژوهش حاضر پایایی کل به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی پذیرش و تعهد (Hayes et al., 2012).

جلسات	خلاصه جلسات درمانی
جلسه اول	آشنایی مراجعان با محقق-توزیع پرسشنامه‌ها، آشنایی با اهداف درمانی و قوانین جلسه درمانی، برقراری ارتباط درمانی، توضیح درمورد درمان پذیرش و تعهد و اصول کلی آن
جلسه دوم	صحبت درمورد احساسات و اهمیت آن‌ها، آشنایی با احساسات اولیه و ثانویه
جلسه سوم	تفکیک احساسات و هیجانات فردی، نحوه شناسایی هیجانات ساده و پیچیده
جلسه چهارم	صحبت درمورد شیوه ابراز هیجان و بازگویی آن‌ها و یافتن روشی منطقی جهت بروز احساسات و هیجانات
جلسه پنجم	تمرین خودمشاهده گری، اسکن بدن، توانایی برای تمایز احساسات بدنی از هیجانات
جلسه ششم	پذیرش خود، پذیرش افکار، احساسات و بدن خود
جلسه هفتم	تقویت اعتماد به نفس، تمرین درون و برون جلسه‌ای
جلسه هشتم	مرور جلسات پیشین، تمرین درون جلسه‌ای

یافته‌ها

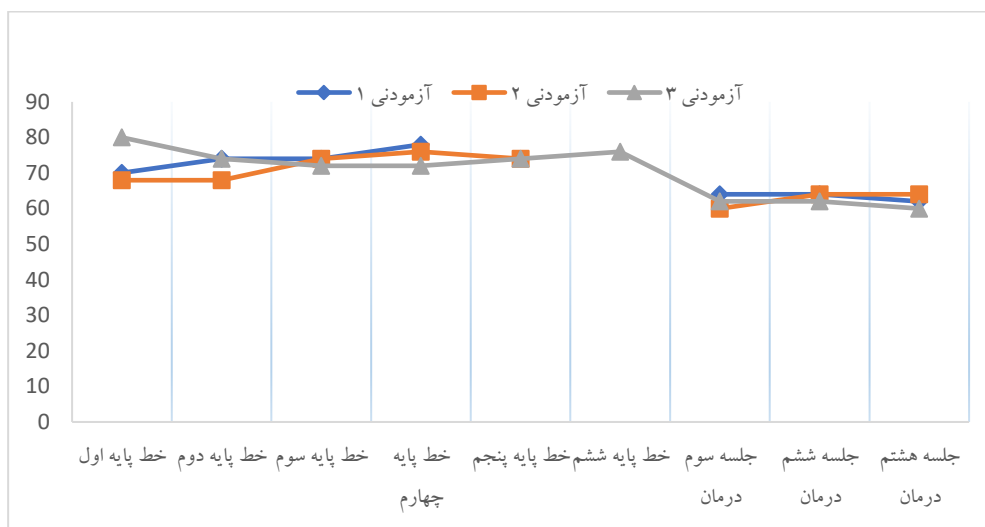
میانگین سن شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر ۲۹ سال بود. از سه شرکت‌کننده نفر اول دارای یک فرزند و تحصیلات کاردانی بود که حدود ۶ سال از زندگی مشترکش می‌گذشت، نفر دوم بدون فرزند و تحصیلات کارشناسی بود که حدود ۵ سال از زندگی مشترکش می‌گذشت و نفر سوم دارای یک فرزند و تحصیلات کارشناسی بود که از زندگی مشترکش حدود ۵ سال می‌گذشت.

جدول ۲. میانگین شرم از خود در خط پایه و جلسات درمانی

خط پایه	آزمودنی ۱	آزمودنی ۲	آزمودنی ۳
خط پایه اول	۷۰	۶۸	۸۰
خط پایه دوم	۷۴	۶۸	۷۴

۷۲	۷۴	۷۴	خط پایه سوم
۷۲	۷۶	۷۸	خط پایه چهارم
۷۴	۷۴		خط پایه پنجم
۷۶			خط پایه ششم
۶۲/۳۳	۷۲	۷۴	میانگین خط پایه
			درمان
۶۲	۶۰	۶۴	جلسه سوم درمان
۶۲	۶۴	۶۴	جلسه ششم درمان
۶۰	۶۴	۶۲	جلسه هشتم درمان
۶۱/۳۳	۶۳/۲۲	۶۳/۳۳	میانگین جلسات درمانی
۳/۴۰	۳/۱۰	۲/۳۳	شاخص تغییر پایا (درمان)
۲۹/۳۹	۲۶/۱۸	۲۱/۴۹	درصد بهبودی پس از درمان
۲۵/۶۸			درصد بهبودی کلی پس از درمان

جدول ۲ نشان می‌دهد که آزمودنی‌ها بهبودی قابل توجهی در شرم از خود در طول جلسات درمانی داشته‌اند و نمره شرم از خود در جلسات درمانی این مطلب را تایید می‌کند. علاوه بر این، باید گفت که میانگین شرم از خود در مراحل خط پایه برای آزمودنی اول ۷۴، برای آزمودنی دوم ۷۲ و برای آزمودنی سوم ۶۲/۳۳ می‌باشد. همچنین میانگین در مرحله درمانی برای آزمودنی اول ۶۳/۳۳، برای آزمودنی دوم ۶۳/۲۲ و برای آزمودنی سوم ۶۱/۳۳ می‌باشد. علاوه بر این، شاخص تغییر پایا برای آزمودنی اول ۲/۳۳، برای آزمودنی دوم ۳/۱۰ و برای آزمودنی سوم ۳/۴۰ می‌باشد. از آنجایی که میزان شاخص تغییر پایا بعد از درمان برای هر سه آزمودنی‌ها بیشتر و بالاتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ است، لذا با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت که بهبودی برای هر سه آزمودنی حاصل گردیده است و این بهبودی ناشی از جلسات درمانی می‌باشد. لازم به ذکر است که میزان درصد بهبودی برای آزمودنی اول ۲۱/۴۹، آزمودنی دوم ۲۶/۱۸ و آزمودنی سوم ۲۹/۳۹ و در کل ۲۵/۶۸ است که نشانه معنادار بودن میزان بهبودی می‌باشد.



نمودار ۱. شرم از خود در خط پایه و درمان

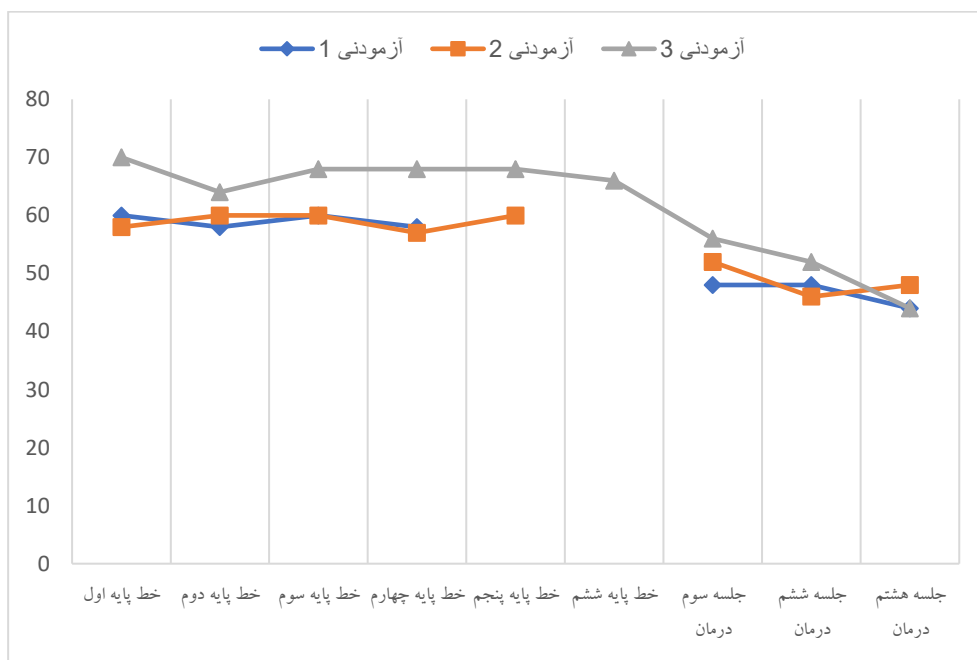
همان‌طور که نمودار ۱ نشان می‌دهد میانگین نمره‌های متغیر شرم از خود هر سه فرد در مراحل درمان نسبت به مراحل خط پایه کاهش داشته است.

جدول ۳. میانگین ناگویی هیجانی در خط پایه و جلسات درمانی

خط پایه	آزمودنی ۱	آزمودنی ۲	آزمودنی ۳
خط پایه اول	۶۰	۵۸	۷۰
خط پایه دوم	۵۸	۶۰	۶۴
خط پایه سوم	۶۰	۶۰	۶۸
خط پایه چهارم	۵۸	۵۷	۶۸
خط پایه پنجم		۶۰	۶۸
خط پایه ششم			۶۶
میانگین خط پایه	۵۹	۵۹	۶۷/۳۳
درمان			
جلسه سوم درمان	۴۸	۵۲	۵۶
جلسه ششم درمان	۴۸	۴۶	۵۲
جلسه هشتم درمان	۴۴	۴۸	۴۴
میانگین جلسات درمان	۴۶/۶۶	۴۸/۶۶	۵۰/۶۶

شاخص تغییر پایا (درمان)	۳/۳۰	۳/۳۱	۳/۱۲
درصد بهبودی پس از درمان	۳۰/۳۰	۳۰/۳۲	۲۹/۸۹
درصد بهبودی کلی پس از درمان	۳۰/۱۷		

جدول ۳ نشان می‌دهد که آزمودنی‌ها بهبودی قابل توجهی در ناگویی هیجانی در طول جلسات درمانی داشته‌اند و نمره ناگویی هیجانی در جلسات درمانی این مطلب را تایید می‌کند. به صورت کلی جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین ناگویی هیجانی در مرحله خط پایه برای آزمودنی اول و دوم ۵۹ و برای آزمودنی سوم ۶۷/۳۳ می‌باشد. همچنین میانگین در مرحله درمانی برای آزمودنی اول ۴۶/۶۶، برای آزمودنی دوم ۴۸/۶۶ و آزمودنی سوم ۵۰/۶۶ می‌باشد. علاوه بر این، شاخص تغییر پایا برای آزمودنی اول ۳/۳۰، برای آزمودنی دوم ۳/۳۱ و برای آزمودنی سوم ۳/۱۲ می‌باشد. از آنجایی که میزان شاخص تغییر پایا بعد از درمان برای هر سه آزمودنی‌ها بیشتر و بالاتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ است، لذا، با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که بهبودی برای هر سه آزمودنی حاصل گردیده است و این بهبودی ناشی از جلسات درمانی می‌باشد. لازم به ذکر است که میزان درصد بهبودی برای آزمودنی اول ۳۰/۳۰، آزمودنی دوم ۳۰/۳۲ و آزمودنی سوم ۲۹/۸۹ و در کل ۳۰/۱۷ است که نشانه معنادار بودن میزان بهبودی می‌باشد.



نمودار ۲. ناگویی هیجانی در خط پایه و درمان

همان‌طور که نمودار ۲ نشان می‌دهد میانگین نمره‌های متغیر ناگویی هیجانی هر سه فرد در مراحل درمان نسبت به مراحل خط پایه کاهش داشته است.

نتیجه

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم از خود و ناگویی هیجانی زنان متقاضی طلاق بود. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم از خود و ناگویی هیجانی زنان متقاضی طلاق تأثیر داشته است و این نتایج با نتایج پژوهش‌های صادقی و همکاران (Sadeghi et al., 2021)، امینی و حسن‌زاده (Amini & Hasanzadeh, 2021)، ابوسعیدی مقدم و همکاران (Abosaidi et al., 2020)، Moghadam et al., 2020، خزان و همکاران (Younesi et al., 2016)، و باباخانی (Babakhani, 2020)، همسو می‌باشد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم می‌توان به این نکته اشاره کرد که در درمان مذکور تأکید بر پذیرش به جای کنترل و تحمل است. پذیرش به افراد کمک می‌کند تا تجربیات و احساسات ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل‌شان بپذیرند و از این طریق از تهدیدکنندگی آن‌ها بکاهند (Hayes et al., 2012). همچنین ذهن‌آگاهی به فرد کمک می‌کند تا افکار و موضوعات ذهنی را مشاهده کرده و آن‌ها را به صورت یک موضوع و نه قسمتی از خود در نظر بگیرد (Brown et al., 2022). همراه شدن پذیرش و ذهن‌آگاهی منجر به کاهش رنج روان‌شناختی و شرم درونی در فرد می‌گردد (Fatollahzadeh et al., 2023). در همین راستا در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودشفقتی و خودمهربانی تأکید می‌گردد؛ حالتی که در آن فرد نسبت به خود پذیرش و نگرشی شفقت‌آمیز دارد و تجربه‌های شکست، طرد و اشتباه در مسیر زندگی را جز جدانشدنی زندگی انسانی می‌داند (Li et al., 2023)، در نتیجه برای حذف و از بین بردن موارد فوق‌الذکر تلاش نمی‌کند؛ به عبارتی می‌توان این چنین استنباط کرد که به شرم اجازه بروز داده می‌شود و تجربه آن جزئی از مسیر زندگی فرد محسوب می‌گردد. در این حالت شرم مورد پذیرش فرد قرار می‌گیرد و این پذیرش تأثیر مخرب شرم بر زندگی فرد (خودانتقادی، خودسرزنش‌گری و نشخوارهای فکری منفی) را کاهش می‌دهد و زمینه را برای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فراهم می‌آورد. از طرفی این درمان با هدف قرار دادن اجتناب تجربه‌ای، تجربه‌های منفی و ناخوشایند را تحت مدیریت شخص درمی‌آورد و به وی کمک می‌نماید تا با کاهش باور به افکار به واسطه گسلش عاطفی، تأثیر افکار، عواطف و هیجان‌ها را به حداقل برساند و به‌سوی زندگی ارزشمند پیش برود. در حقیقت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، زنان متقاضی طلاق را ترغیب می‌نماید که هر آنچه که خارج از کنترل و مدیریت آنان است را بپذیرند و به انجام عملکرد و رفتارهایی که زندگی‌شان را پربارتر می‌سازد؛

متعهد باشند. لذا، این درمان، هدف کاملاً سهل و ساده‌ای را دنبال می‌نماید و آن به حداکثر رساندن ظرفیت و توانمندی‌های فرد در راستای یک زندگی غنی، پربار و با معنا است که سبب کاهش شرم از خود و تقویت عزت نفس می‌شود.

با توجه به اینکه در ناگویی هیجانی فرد مشکلات تنظیم هیجان داشته (Waller & Scheidt, 2006) و در شناخت احساسات و همدردی با دیگران مشکل داشته و از ارتباط و همدلی با دیگران فرار می‌کند (Panahi et al., 2018) در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی می‌توان چنین عنوان کرد که در درمان مورد نظر، هدف این است که فرد از خود، مشکلات و احساساتش فرار نکند و اتفاقات را همان‌طور که هست به زبان بیاورد و بپذیرد. در واقع، این درمان بر این مسئله تأکید می‌کند که فرار و اجتناب از اتفاقات، سبب تشدید مشکلات هیجانی در اشخاص می‌شود؛ موضوعی که از آن به‌عنوان "اجتناب تجربه‌ای" یاد می‌شود. به همین دلیل با روبرو شدن با آن‌ها و تجربه‌شان می‌توان بار هیجانی ناشی از آنان را کاهش داد و در نتیجه ناگویی هیجانی را بهبود بخشید. چرا که در ناگویی هیجانی، افراد مرتباً در حال فرار از احساسات و عدم بیان هیجانات و عواطف خویش هستند و این درمان به آنان کمک می‌کند تا به جای اجتناب و فرار، آن‌ها را به‌عنوان بخشی از مسیر زندگی خویش بپذیرند. از طرفی ناگویی هیجانی منجر به تنظیم غیر موثر و غیر قابل انعطاف هیجان می‌شود (Luminet et al., 2021). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انعطاف‌پذیری روانشناختی مورد توجه زیادی قرار گرفته است؛ براساس دیدگاه هیز و همکاران، انعطاف‌پذیری روانشناختی به شکل تعامل با زمان حال به عنوان فردی آگاه، توانایی تغییر رفتارهایی با عدم کارکرد و انجام رفتارهایی که در جهت ارزش‌های فرد است، تعریف شده است (Hayes et al., 2012). لذا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کمک به فرد برای ماندن در زمان حال و انجام امور در راستای ارزش‌ها زمینه را برای انعطاف‌پذیری روانشناختی و در نتیجه کاهش ناگویی هیجانی فراهم می‌آورد. از طرف دیگر در این درمان به مهار خود کمک می‌شود؛ تا فرد رفتارهایی که خودش نسبت به آن‌ها تمایل دارد، انجام دهد؛ در واقع از آنجایی که درمان مذکور به معنی تمایل به احساسات، رویدادها و تجارب پریشان‌کننده و تحمل صرف آن‌ها نیست؛ می‌تواند به فرد کمک کند تا به‌شکل آگاهانه افکار و هیجانات خود را همان‌گونه که هستند تجربه کند و به عمق هیجانات خود پی ببرد و درستی یا نادرستی آن‌ها را شناسایی کند (Li et al., 2023)، و در نتیجه توانایی ایستادگی در برابر تنش‌های زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی را پیدا کند؛ موضوعی که در ابتدا منجر به اجتناب، بهم‌ریختگی و هراس از چالش‌ها می‌شود؛ ولی در انتها از ناگویی هیجانی می‌کاهد (Darvish Baseri & DashtBozorgi, 2017). در نهایت اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و

تعهد به افراد در شناسایی تنش‌های زندگی کمک می‌کند که این خود موجب مقابله سازگار با منابع استرس-زا می‌شود (Sabour & Kakabraee, 2016). بنابراین درمان پذیرش و تعهد با کمک به افراد در شناسایی هیجان‌ها و حالت‌های هیجانی و نحوه ابراز هیجان باعث کاهش ناگویی هیجانی می‌شود. کاروکیو و همکاران در پژوهشی از رابطه مستقیم ناگویی هیجانی بر اضطراب و اجتناب از تجربه خبر دادند (Karukivi et al., 2014). حال آنکه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجتناب تجربه‌ای به‌عنوان آسیب در نظر گرفته می‌شود و لذا تلاش می‌کند تا با کاهش اجتناب تجربه‌ای فرد را به‌سوی زندگی در مسیر ارزش‌ها سوق دهد (Li et al., 2023). در نتیجه با کاهش اجتناب تجربه‌ای ناگویی هیجانی نیز کاهش خواهد یافت.

نتیجه‌گیری نهایی اینکه یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است؛ از طریق ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی، پذیرش، خودشفقتی و خودمهربانی، ذهن‌آگاهی و کاهش اجتناب تجربه‌ای بر شرم از خود و ناگویی هیجانی زنان متقاضی طلاق موثر واقع شود و آن‌ها را کاهش دهد. در نتیجه می‌توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (با در نظر گرفتن شرایط خاص هر مراجع و هم‌چنین ملاک‌های ورود و خروج مطرح شده در این پژوهش)، برای کمک به زنان با مسائل و مشکلات مشابه کمک گرفت. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت‌های طرح‌های تک‌موردی از جمله حجم کوچک نمونه، پختگی، تاریخچه، پیش‌آزمون و ... اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند. هم‌چنین زنان شرکت‌کننده در این پژوهش دارای تحصیلات حداقل دیپلم بودند؛ بنابراین ممکن است اثربخشی این درمان بر افراد دارای تحصیلات پایین‌تر متفاوت باشد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم دسترسی به همسران زنان متقاضی طلاق اشاره کرد؛ در صورتی که نقش همسران می‌تواند بسیار مهم باشد.

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

References:

- Abadi, H., Khodabakhsh, M., & Kiani, F. (2017). Effectiveness of Forgiveness-oriented Group Counseling based on Islamic Perspective to Restore the Marriage Relationship after Marital Infidelity. *Medical Ethics Journal*, 10(38), 29-36. <https://doi.org/https://doi.org/10.22037/mej.v10i38.15734>
- Abbasi Bondaragh, S., Azmodeh, M., Ghanbari Hashem Abadi, B. A., & Hosseininasab, S. D. (2023). The Impact of Acceptance and Commitment Couples Therapy on Reducing the Marital Conflicts between Couples Applying for Divorce. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 13(1), 25-46. <https://doi.org/10.22067/tpccp.2023.77768.1317>
- Abosaidi Moghadam, N., Sanagouye Moharer, G., & Shirazi, M. (2020). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on feelings of loneliness, shame, and guilt in female applicants for divorce. *Journal of Applied Psychology*, 14(1), 35-54. <https://doi.org/https://doi.org/10.52547/APS.Y.14.1.35>
- Amini, P., & Hasanzadeh, R. (2021). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Internalized Shame of Abused Women. *Women and Family Studies*, 52(14), 57-68. <https://doi.org/10.30495/jwsf.2021.1908695.1494>
- Araghi, Y., Bazzazian, S., Amirimajd, M., & Ghamari, M. (2020). Comparing the effectiveness of meta-cognitive education group and acceptance and commitment therapy on hopelessness of divorcing demanding couples. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 11(43), 237-266. <https://doi.org/https://doi.org/10.22054/qccpc.2020.50396.2329>
- Arian, M., Masoumi, R., & Shojaei, S. F. (2020). Feelings of Shame and Guilt in Patients with Cancer and Their Family Caregivers. *International Journal of Cancer Management*, 14(8). <https://doi.org/https://doi.org/10.5812/ijcm.117159>
- Atapour, N., Falsafinejad, M. R., Ahmadi, K., & Khodabakhshi-Koolae, A. (2021). A study of the processes and contextual factors of marital infidelity. *Practice in Clinical Psychology*, 9(3), 211-226. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.32598/jpcp.9.3.758.2>
- Babakhani, V. (2020). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on enduring the distress and self-control of betrayed women. *Iranian Journal of Family Psychology*, 7(1), 121-132. <https://doi.org/10.52547/ijfp.7.1.121>
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., Onno, K. A., Mortezaei, A., & Taylor, G. J. (2020). Development and psychometric evaluation of an informant form of the 20-item Toronto alexithymia scale. *J Psychosom Res*, 141, 110329. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110329>
- Balderrama-Durbin, C., Stanton, K., Snyder, D. K., Cigrang, J. A., Talcott, G. W., Smith Slep, A. M., Heyman, R. E., & Cassidy, D. G. (2017). The risk for marital infidelity across a year-long deployment. *Journal of Family Psychology*, 31(5), 629. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/fam0000281>
- Besharat, M. A., Khalili Khezrabadi, M., & Rezazadeh, S. M. R. (2021). The mediating role of difficulty of emotion regulation in the relationship between early maladaptive schemas and marital problems. *Iranian Journal of Family Psychology*, 3(2), 27-44. <https://doi.org/https://20.1001.1.22285516.1396.8.29.9.8>
- Brown, K. W., Berry, D., Eichel, K., Beloborodova, P., Rahrig, H., & Britton, W. B. (2022). Comparing impacts of meditation training in focused attention, open monitoring, and mindfulness-based cognitive therapy on emotion reactivity and regulation: Neural and

- subjective evidence from a dismantling study. *Psychophysiology*, 59(7), e14024. <https://doi.org/10.1111/psyp.14024>
- Candel, O.-S., & Turliuc, M. N. (2019). Insecure attachment and relationship satisfaction: A meta-analysis of actor and partner associations. *Personality and Individual Differences*, 147, 190-199. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.04.037>
- Carpenter, T. P., Tignor, S. M., Tsang, J.-A., & Willett, A. (2016). Dispositional self-forgiveness, guilt-and shame-proneness, and the roles of motivational tendencies. *Personality and Individual Differences*, 98, 53-61. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.017>
- Crosby, J. M., & Twohig, M. P. (2016). Acceptance and commitment therapy for problematic internet pornography use: A randomized trial. *Behavior Therapy*, 47(3), 355-366. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.02.001>
- Darvish Baseri, L., & DashtBozorgi, Z. (2017). Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment on Cognitive Emotion Regulation and Alexithymia of Patients with Type 2 Diabetes [Research]. *Journal of Nursing Education*, 5(1), 7-14. <https://doi.org/10.21859/ijpn-05012>
- Davarniya, R., Zaharakar, K., Asadpour, E., Mohsenzadeh, F., & Kasaei Esfahani, A. (2019). The Effectiveness of Group Counselling based on Compassion-Focused Therapy (CFT) on Rumination in Women Affected by Marital Infidelity [Research]. *Armaghane Danesh*, 24(5), 950-967. <https://doi.org/10.52547/armaghani.24.5.2950> ضمیمه ۲، ۹۵۰
- Davis, S., Ferrar, S., Sadikaj, G., Binik, Y., & Carrier, S. (2017). Shame, catastrophizing, and negative partner responses are associated with lower sexual and relationship satisfaction and more negative affect in men with Peyronie's disease. *Journal of sex & marital therapy*, 43(3), 264-276. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1147511>
- Donovan, S., & Emmers-Sommer, T. M. (2012). Attachment style and gender as predictors of communicative responses to infidelity. *Marriage & family review*, 48(2), 125-149. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/01494929.2011.626670>
- El Frenn, Y., Akel, M., Hallit, S., & Obeid, S. (2022). Couple's Satisfaction among Lebanese adults: validation of the Toronto Alexithymia Scale and Couple Satisfaction Index-4 scales, association with attachment styles and mediating role of alexithymia. *BMC psychology*, 10(1), 13. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s40359-022-00719-6>
- Fatollahzadeh, S., Kianimoghadam, A. S., Bahri, R., Khesali, M., Pour Seyyed Aghaei, Z., & Masjedi Arani, A. (2023). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Resilience, Shame, Internal Self-criticism, and Quality of Life of Patients with Vitiligo [Research Article]. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 17(4), e137483. <https://doi.org/10.5812/ijpbs-137483>
- Feizikhah, F., Hassanzadeh, R., & Abbasi, G. (2021). Comparing the Effects of Acceptance and Commitment Therapy and Resilience Training on Emotional Divorce in Women Referring to Family Courts [Original Research Article]. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 11(0), 66-66. <http://jdisabilstud.org/article-1-2379-en.html>
- Fietz, J., Valencia, N., & Silani, G. (2018). Alexithymia and autistic traits as possible predictors for traits related to depression, anxiety, and stress: A multivariate statistical approach. *Journal of evaluation in clinical practice*, 24(4), 901-908. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jep.12961>
- Hayati, M., & Soleymani, S. (2019). The consequences of divorce for the divorced Person:

- A qualitative study. *Rooyesh*, 7(11), 273-288. <https://doi.org/https://dori.net/dor/20.1001.1.2383353.1397.7.11.19.8>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*, 2nd ed. Guilford Press.
- Huang, C.-Y., Sirikantraporn, S., Pichayayothin, N. B., & Turner-Cobb, J. M. (2020). Parental attachment, adult-child romantic attachment, and marital satisfaction: An examination of cultural context in Taiwanese and Thai heterosexual couples. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 692. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph17030692>
- Kargar, S., Davoodi, A., & Mozafari, M. (2019). Prediction of Sexual Satisfaction of Womens based on Their Feeling of Guilt and Shame and Difficulties in Emotion Regulation. *Quarterly Journal of Woman and Society*, 10(39), 115-126. <https://doi.org/https://doi.org/20.1001.1.20088566.1398.10.39.8.1>
- Karukivi, M., Tolvanen, M., Karlsson, L., & Karlsson, H. (2014). Is alexithymia linked with marital satisfaction or attachment to the partner? A study in a pregnancy cohort of parents-to-be. *Comprehensive psychiatry*, 55(5), 1252-1257. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.03.019>
- Li, S., Chen, Z., Yong, Y., Xie, J., & Li, Y. (2023). Effectiveness of acceptance and commitment therapy-based interventions for improving the psychological health of parents of children with special health care needs: A systematic review and meta-analysis. *Compr Psychiatry*, 127, 152426. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2023.152426>
- Luminet, O., Nielson, K. A., & Ridout, N. (2021). Having no words for feelings: alexithymia as a fundamental personality dimension at the interface of cognition and emotion. In (Vol. 35, pp. 435-448): Taylor & Francis.
- Momeni, K., Karami, J., & Hoveyzizadehgan, N. (2018). The relationship between sensation seeking, positive and negative affect, alexithymia and marital infidelity. *Journal of Health and Care*, 19(4), 221-231. <https://doi.org/http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-897-fa.html>
- Mushy, R. B., & Mbonile, M. J. (2017). Adaptation Strategies to Climate Change among Smallholder Farmers in Moshi Rural District, Tanzania. *Journal of the Geographical Association of Tanzania*, 38(1), 1-15. <https://doi.org/https://doi.org/10.56279/jgat.v38i1.116>
- Najari, F., Niknam, M., & Dokaneifard, F. (2023). Comparison of the efficacy of acceptance and commitment based therapy (ACT) and schema therapy on forgiveness in women after infidelity. *Journal of psychologicalscience*, 22(124), 827-843. <https://doi.org/https://doi.org/10.52547/JPS.22.124.827>
- Ouyang, Y., Ding, D., & Xu, X. (2022). problem behaviors of adolescents: The role of family socioeconomic status, parental educational expectations, and adolescents' confidence in the future. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 15442. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390%2Fijerph192315442>
- Panahi, M. S., Hoseinzadeh, A., Razaghpour, M., & Hosieni, N. (2018). Formulating a model for the relationship between alexithymia, social support, loneliness, and marital satisfaction: Path analysis model. *Journal of family medicine and primary care*, 7(5), 1068-1073. <https://doi.org/https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe318>
- Pugach, C. P., Campbell, A. A., & Wisco, B. E. (2020). Emotion regulation in posttraumatic

- stress disorder (PTSD): Rumination accounts for the association between emotion regulation difficulties and PTSD severity. *J Clin Psychol*, 76(3), 508-525. <https://doi.org/10.1002/jclp.22879>
- Sabour, S., & Kakabraee, K. (2016). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression, Stress and Indicators of Pain in Women with Chronic Pain [Research]. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 2(4), 1-9. <https://doi.org/10.21859/ijrn-02041>
- Sadeghi, M., Naeimeh, M., & Alivandvafa, M. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Couple Burnout, Alexithymia, and Quality of Life of Women Affected by Marital Infidelity. *Journal of Applied Family Therapy*, 2(3), 73-91. <https://doi.org/10.22034/aftj.2021.296762.1146>
- Stockton, D., Kellett, S., Berrios, R., Sirois, F., Wilkinson, N., & Miles, G. (2019). Identifying the underlying mechanisms of change during acceptance and commitment therapy (ACT): A systematic review of contemporary mediation studies. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 47(3), 332-362. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S1352465818000553>
- Szasz, P. L., Szentagotai, A., & Hofmann, S. G. (2011). The effect of emotion regulation strategies on anger. *Behaviour research and therapy*, 49(2), 114-119. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.11.011>
- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. *Int Rev Psychiatry*, 18(1), 13-24. <https://doi.org/10.1080/09540260500466774>
- Younesi, S., Abbasi Asl, M., Khazan, K., & Kazemi, J. (2016). The Effectiveness of Education Acceptance-Commitment Theory (ACT) to Reducing Alexithymia of Divorcing Women [Research]. *Quarterly Journal of Social Work*, 5(3), 5-13. <http://socialworkmag.ir/article-1-123-en.html>
- Zakeri, F., & Rezaei, M. (2022). The Role of Alexithymia and Dysfunctional Reactions in Predicting Marital Intimacy. *Practice in Clinical Psychology*, 10(4), ۳۴۲-۳۲۹ <https://doi.org/https://doi.org/10.32598/jpcp.10.4.850.1>
- Zare Baghbidi, M., & Etemadifard, A. (2020). Determining the Mediating Role of Communication Skills in the Relationship between alexithymia and marital burnout of divorce client Couples in Yazd. *Social Psychology Research*, 10(38), 135-150. <https://doi.org/https://doi.org/10.22034/spr.2020.114700>
- Zarei, S., & Hosseingholi, F. (2014). The prediction of marital commitment based on self-conscious affects (shame and guilt) and self-differentiation among married university students. *Family Counseling and Psychotherapy*, 4(1), 113-135. <https://doi.org/https://20.1001.1.22516654.1393.4.1.6.5>
- Zekariazadeh Khatir, Z., fakhri, M., & haydari, s. (2022). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Marital Tension and Forgiveness among Women Seeking Divorce. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*, 3(2), 378-393. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.3.2.19>



The Role of Self-Control and Self-Compassion in Predicting Resilience based on Perceived Stress and Alexithymia among Nurses

Elahe Geramipour

Master of Clinical Psychology, Department of clinical Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Sheida Sodagar

Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. (Corresponding author), E-mail: sh.sodagar@kiaau.ac.ir

Maryam Bahrami Hidaji

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

Received: 2024-10-14 Revised: 2025-03-02 Accepted: 2025-07-14 Published: 2025-08-25

Citation: Geramipour, E., & Sodagar, Sh., & Bahrami Hidaji, M. (2025). The Role of Self-Control and Self-Compassion in Predicting Resilience based on Perceived Stress and Alexithymia among Nurses. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 15(1), 115-134. doi: 10.22067/tpccp.2025.89809.1696

Abstract

Introduction

Healthcare workers, including nurses, as the largest group providing care and treatment services, bear significant responsibilities towards human health (Embriaco et al., 2007). The dissemination of the coronavirus has precipitated a psychological predicament among healthcare professionals, manifesting in persistent ramifications for their social and emotional well-being (Schwartz et al., 2020; Warchol-Biedermann et al., 2022). Perceived stress has been linked to the indirect effects of the ongoing coronavirus pandemic on mental health. Alexithymia, a psychological condition characterized by difficulty describing emotions and experiencing them fully, has been identified as a potential mediator in this relationship, according to research by Li et al. (2022). Among the various factors affecting nurses' performance, self-control and resilience in the challenges and professional problems of nurses and the reduction of stress and alexithymia are of particular importance (Mousavi et al., 2024). The rationale for studying healthcare professionals is twofold: firstly, the high level of stress and alexithymia in this population, and secondly, the importance of this issue in improving nurses' performance in society. The present study aims to determine the mediating role of self-control and self-compassion in predicting resilience based on perceived stress and alexithymia among nurses.

Method

The present study is a descriptive and correlational study with structural equation modeling approach. The sample size was 246 people, selected based on the study by Luo et al. (Luo et al., 2019), which was conducted through convenience sampling of nurses working in hospitals and medical centers in Qazvin province (including Pasteur and Bu -Ali hospitals) in 2021. The data collection instruments encompassed five questionnaires: the Perceived Stress Scale (PSS-14) (Cohen et al., 1994; Cohen, 1983), the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Leising et al., 2009), the Short Form of Self-Control (SC) (Tangney et al., 2004), the Self-Compassion Scale (SCS) (Neff, 2003), and the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) (Connor & Davidson, 2003). In the measurement model of the present study, 14 indicators were considered to reflect three latent structures. In order to evaluate the fitness of the proposed model, the path analysis model was implemented and analyzed using confirmatory factor analysis in AMOS

software version 18 and structural equation modeling in SPSS software version 22.

Findings

The results of the study indicated that, with the exception of the spiritual influences component in resilience, the Cronbach's alpha coefficients of the other research components and variables were close to or higher than 0.7. This finding suggests that the internal consistency of the questionnaire items employed in this study is satisfactory. ($\beta=0.336$). Given that the factor loadings of all indicators exceed 0.32, it can be concluded that all factors possess the necessary power to measure the latent variables of the present study. The findings revealed a negative indirect relationship between perceived stress and resilience, which was found to be statistically significant ($P<0.001$). This relationship was mediated by self-compassion ($P<0.001$, $\beta=-0.100$) and self-control ($P<0.001$, $\beta=-0.144$). Consequently, the present study hypothesizes that self-compassion and self-control act as mediators, negatively and significantly moderating the relationship between perceived stress and resilience among nurses.

Discussion & Conclusion

The findings of the present study demonstrated that perceived stress can negatively and significantly predict resilience among nurses. Consequently, nurses who exhibited elevated perceived stress levels demonstrated diminished resilience. This finding is consistent with the studies of Thompson et al. (2018), Foroutan et al. (2018), and Afshari and Amin (2018). The extant literature suggests a negative correlation between perceived stress and resilience, with higher levels of perceived stress corresponding to lower resilience. Indeed, the adverse consequences of stress arising from academic and occupational challenges have a deleterious effect on the quality of work and the retention of employment. Resilience, defined as the ability to overcome and master difficult situations in one's life, is a critical factor in combating these challenges. Individuals who exhibit high resilience have been shown to possess a strong internal control power, a capacity for empathy, a positive self-concept, an optimistic outlook, and the ability to effectively organize their daily responsibilities (afshari & Amin, 2018; Froutan et al., 2018; Thompson et al., 2018).

In the present study, alexithymia was found to be a predictor of resilience levels among nurses, with a negative and significant relationship between the two variables. This finding aligns with the conclusions of previous studies by Morice-Ramat et al. (2018), Craparo et al. (2018), and Gui et al. (2013). In their study of nurses and residents, the researchers found that alexithymia exhibited an inverse and significant correlation with resilience, such that individuals with higher alexithymia reported lower levels of resilience. Additionally, a positive and significant correlation was identified between perceived stress in nurses and alexithymia. This phenomenon could be attributed to our cultural value attributed to high resilience in the face of adversity. The ability to regulate emotions in response to daily events and generate a positive outlook has been demonstrated to enhance individual performance and social interactions. The condition has been linked to anxiety disorders and social isolation in society (Craparo et al., 2018; Gui et al., 2013; Morice-Ramat et al., 2018). The psychological factors mentioned in the present study have the potential to influence the performance of healthcare staff, their accuracy and skill in providing effective care services, as well as their protection against disease. Given the evidence, healthcare institutions should integrate structured stress management programs into their mental health initiatives for medical staff. Research indicates that such interventions not only enhance psychological awareness among healthcare professionals—especially nurses—but also enable early detection of occupational risk factors, thereby preventing more severe psychological consequences.

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

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

دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی



بررسی نقش خودکترلی و شفقت به خود در پیش بینی تاب آوری براساس استرس ادراک شده و ناگویی هیجانی در پرستاران

الهه گرامی‌پور ^{ID}

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

شیدا سوداگر ^{ID}استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. (نویسنده مسئول)، sh.sodagar@kiauo.ac.irمریم بهرامی‌هیدجی ^{ID}

استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۲۳	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۱۲/۱۲	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۲۳	تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۶/۰۳
استناد: گرامی‌پور، الهه؛ سوداگر، شیدا؛ بهرامی‌هیدجی، مریم. (۱۴۰۴). بررسی نقش خودکترلی و شفقت به خود در پیش بینی تاب آوری براساس استرس ادراک شده و ناگویی هیجانی در پرستاران. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۵(۱)، ۱۳۴-۱۱۵. doi: 10.22067/tpccp.2025.89809.1696			

چکیده

مقدمه: یکی از اثرات غیرمستقیم پاندمی کرونا بر روی سلامت روان، استرس ادراک شده است. ناگویی هیجانی می‌تواند رابطه بین استرس ادراک شده و سلامت روان را تعدیل کند. این مطالعه با هدف تعیین نقش میانجیگری خودکترلی و شفقت خود در پیش بینی تاب آوری براساس استرس ادراک شده و ناگویی هیجانی در پرستاران انجام شد.

روش کار: مطالعه به صورت مقطعی و از نوع همبستگی، بر روی ۲۴۶ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های پاستور و بوعلی استان قزوین در سال ۱۴۰۰، اجرا شد. افراد به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جمع آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی، خودکترلی - فرم کوتاه، شفقت به خود و مقیاس تاب آوری انجام شد.

یافته‌ها: ضریب مسیر کل بین استرس ادراک شده و تاب آوری ($\beta = -0.456, P < 0.01$)، ناگویی هیجانی و تاب آوری ($\beta = -0.302, P < 0.01$)، منفی و معنادار و بین شفقت به خود و تاب آوری ($\beta = 0.268, P < 0.01$)، خودکترلی و تاب آوری ($\beta = 0.447, P < 0.01$)، مثبت و معنادار بود. همچنین ضریب مسیر غیرمستقیم بین استرس ادراک شده و تاب آوری از طریق شفقت به خود ($\beta = -0.100, P < 0.01$)، استرس ادراک شده و تاب آوری از طریق خودکترلی ($\beta = -0.144, P < 0.01$) و بین ناگویی هیجانی و تاب آوری از طریق خودکترلی ($\beta = -0.167, P < 0.01$) منفی و معنادار بود.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد میزان شفقت به خود و خودکترلی می‌تواند به طور مثبت و معناداری تاب آوری را در پرستاران پیش بینی کند. یعنی پرستاران با نمره بالاتر شفقت به خود و خودکترلی میزان تاب آوری بیشتری داشتند. عوامل روانشناختی از جمله خودکترلی و شفقت به خود می‌توانند در عملکرد کادر بهداشتی درمانی، دقت و مهارت آن‌ها در ارائه خدمات مراقبتی مؤثر و همچنین حفاظت از خودشان در مقابل بیماری را تحت تاثیر قرار دهد.

واژه‌های کلیدی: استرس ادراک شده، پرستاران، تاب آوری، شفقت به خود، ناگویی هیجانی

مقدمه

کارکنان درمانی از جمله پرستاران، به عنوان بزرگترین گروه ارائه دهنده خدمات مراقبتی و درمانی، در ارتباط نزدیک و تنگاتنگی با مردم قرار دارند و دارای مسئولیت‌های خطیری در قبال سلامت انسان‌ها هستند. مواجهه با افراد رنجور و بیماری‌های لاعلاج و مرگ، منجر به سطح بالایی از استرس در این گروه از کادر درمان شده است (Embriaco et al., 2007). با گسترش ویروس کرونا، بار روانی ناشی از بیماری اثرات طولانی مدتی را بر رفاه اجتماعی و عاطفی کادر درمان گذاشته است. در این شرایط پرستاران بیشتر از سایر کارکنان بهداشت و درمان تحت فشار کاری قرار گرفته اند و مجبور به پذیرش خطرات ذاتی تعامل نزدیک با مبتلایان شدند، لذا میزان استرس آن‌ها در این دوران بالاتر از شرایط معمول بوده است (Schwartz et al., 2020; Warchol-Biedermann et al., 2022).

چالش‌های موجود در محیط کاری می‌تواند تأثیرات منفی مانند استرس و افسردگی، نارضایتی شغلی، ناامنی شغلی، تأثیر روی زندگی خانوادگی و ترک حرفه را به دنبال داشته باشد (Abbaszadeh et al., 2013). طبق یافته‌های پژوهشی استرس در پرستاران می‌تواند با مشکلات روانی و جسمی آن‌ها در ارتباط باشد که این مسأله روی عملکرد، غیبت، رضایت و در نهایت هزینه‌های درمانی تأثیر بسزایی دارد (Akhu-Zaheya et al., 2015). استرس ادراک شده می‌تواند ناشی از اثرات غیرمستقیم پاندمی کرونا بر سلامت روان باشد که ناگویی هیجانی می‌تواند این رابطه را تعدیل کند (Li et al., 2022).

خودکنترلی نوعی توانایی برای تشخیص و نظم‌جویی امیال و عواطف است که مشخصه آن اعمال اراده، خودنظم‌دهی و توانایی به تعویق انداختن لذت یا پاداش است (Baumeister et al., 2007). بررسی‌ها از ارتباط خودکنترلی با موفقیت حرفه‌ای، کاهش رفتار مجرمانه، مقاومت در برابر پرخاشگری، کاهش رفتار ضداجتماعی و آسیب روانی نشان داده اند. در واقع خودکنترلی از طریق ایجاد تناسب کارآمد بین فرد و اطرافیان منجر به تغییر و سازگاری می‌شود و عامل اساسی خودسازی است (Baumeister et al., 2006; Denson et al., 2011).

یکی از مولفه‌های ارزیابی تاب‌آوری در افراد، شفقت به خود است. داشتن شفقت به خود بدین معنی است که فرد به خاطر شکست‌ها یا نرسیدن به استانداردها، به انتقاد سخت‌گیرانه از خود نپردازد. در حقیقت خردمندی یکی از ویژگی‌هایی که با پرورش شفقت با خود در افراد ایجاد می‌شود. این ویژگی به افراد اجازه می‌دهد بی‌فایده بودن خودانتقادی را درک کنند و با خود بیشتر مهربان باشند (Neff & Pommier, 2013). افراد با شفقت به خود بالا، تاب‌آوری بیشتری در مقابل استرس دارند. ایجاد ظرفیت بالای تاب‌آوری به منظور حفظ روحیه پرستاران و موفقیت شغلی آن‌ها، لازم است. زیرا از نظر آن‌ها در غیر این صورت انجام

وظایف محوله بسیار دشوار بوده و منجر به آسیب‌های روانی و اجتماعی خواهد شد (Feldman & Kuyken, 2011; McAllister & McKinnon, 2009). همچنین تاب‌آوری و سرسختی منجر به کاهش اضطراب و افسردگی در کارکنان درمانی شده است. در واقع افراد تاب‌آور و سرسخت می‌توانند بر انواع اثرات ناگوار خستگی‌های جسمانی و عاطفی ناشی از کار چیره شوند و سلامت روان خود را حفظ کنند (Hudgins, 2016).

در بین عوامل مختلف تاثیرگذار بر عملکرد پرستاران، خودکنترلی و تاب‌آوری در چالش‌ها و مشکلات حرفه‌ای پرستاران و کاهش استرس و ناگویی هیجانی اهمیت ویژه‌ای دارد (Mousavi et al., 2024). باتوجه به بالا بودن میزان استرس و ناگویی هیجانی در کادر درمان و اهمیت این موضوع در بهبود عملکرد پرستاران در جامعه؛ مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش میانجی‌گری خودکنترلی و شفقت خود در پیش‌بینی تاب‌آوری براساس استرس ادراک‌شده و ناگویی هیجانی در پرستاران انجام شده است.

روش:

تحقیق حاضر یک پژوهش کاربردی، توصیفی و از نوع همبستگی (معادلات ساختاری) است که بر روی ۲۴۶ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی استان قزوین (شامل بیمارستان‌های پاستور و بوعلی) در سال ۱۴۰۰ انجام شد. افراد به صورت در دسترس و بر مبنای معیارهای ورود و خروج انتخاب و وارد مطالعه شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: عدم دریافت درمان‌های روانشناختی طی سه ماه گذشته، شاغل در بیمارستان و مراکز درمانی، دامنه سنی ۲۰ الی ۴۵ سال، جنسیت مونث و تکمیل فرم رضایت نامه جهت شرکت در تحقیق بود. معیارهای خروج، مخدوش بودن پرسشنامه‌ها و مصرف داروهای روانپزشکی در نظر گرفته شد.

حجم نمونه براساس مطالعه لیو و همکاران (Luo et al., 2019) با فاصله ۰/۶ و انحراف معیار ۴/۵۵ با استفاده از فرمول زیر برابر ۳۲۰ نفر در نظر گرفته شد که در نهایت با ۲۰٪ ریزش، ۲۴۶ نفر در مطالعه شرکت کردند.

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \sigma^2}{d^2}$$

ابزارها

ابزار گردآوری اطلاعات شامل ۵ پرسشنامه استرس ادراک‌شده، ناگویی هیجانی، خودکنترلی-فرم کوتاه، شفقت به خود و مقیاس تاب‌آوری بود.

پرسشنامه ناگویی هیجانی (TAS-20): این پرسشنامه توسط بگبی و همکاران ساخته شده است (Leising et al., 2009). پرسشنامه مذکور یک پرسشنامه خودگزارشی ۲۰ سوالی است که دارای سه بعد دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات (۷ سوال)، دشواری در توصیف احساسات (۵ سوال) و تمرکز بر تجارب بیرونی (۸ سوال) می‌باشد. سوالات برحسب طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۵) نمره گذاری می‌شوند. نمرات ۶۰ به بالا به عنوان آلکسی تایمیای با شدت زیاد، نمرات ۵۳-۵۵ آلکسی تایمیای با شدت متوسط و نمرات ۵۲ به پایین به عنوان آلکسی تایمیای با شدت کم (بدون آلکسی تایمیای) در نظر گرفته می‌شوند. پژوهش حاضر، میزان همسانی درونی براساس آلفای کرونباخ برای ابعاد دشواری در تشخیص ۰/۷۳، دشواری در توصیف ۰/۷۷ و تفکر عینی ۰/۶۹ به دست آمد (Karami et al., 2013).

پرسشنامه استرس ادراک شده: پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن و همکاران دارای ۱۴ سوال می‌باشد که به منظور ارزیابی استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود (Cohen et al., 1994; Cohen, 1983). این پرسشنامه افکار و احساسات درباره مسائل تنش‌زا، کنترل، غلبه، حل کردن فشار روانی و میزان استرسی که فرد تجربه نموده را ارزیابی می‌کند. نحوه امتیازدهی پرسشنامه براساس لیکرت ۵ درجه‌ای؛ هرگز (۰)، تقریباً هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، اغلب اوقات (۳) و بسیاری اوقات (۴) تعلق می‌گیرد. عبارات ۴-۵-۶-۷-۹-۱۰-۱۳ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. کم‌ترین امتیاز کسب‌شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ خواهد بود. نمره بالاتر نشان‌دهنده استرس ادراک‌شده بیشتر است. این پرسشنامه در کشورهای مختلف کاربردهای فراوانی دارد و به همین دلیل به زبان‌های گوناگون ترجمه و در کشورهای زیادی از آن استفاده شده و درباره آن هنجاریابی شده است. در پژوهشی در ایران، میزان همسانی درونی پرسشنامه از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش شده است (Mahmoudpour et al., 2018). همچنین در پژوهش حاضر میزان همسانی درونی براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه خودکنترلی - فرم کوتاه (SC): این پرسشنامه ۱۳ ماده‌ای که توسط تانگنی، بامیستر و بون^۱، (۲۰۰۴) ساخته شده است و ظرفیت فرد برای تغییر پاسخ‌های خود به منظور هماهنگ کردن بهینه آن‌ها با محیط اجتماعی را می‌سنجد (rasoulizadeh et al., 2022). طیف پاسخ به هر ماده از اصلاً (۱) تا همیشه (۵) متغیر است. عبارات ۱، ۲، ۳، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۲۷، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳ و ۳۴ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۳۶ تا ۱۸۰ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطوح بالاتر خودکنترلی است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در نمونه غیر

1 - Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L.

ایرانی ۰/۸۳ و ۰/۸۵ و در نمونه ایرانی ۰/۷۲ گزارش شده است (Ghorbani et al., 2014; Tangney et al., 2004). لازم به ذکر است در پژوهش حاضر میزان همسانی درونی براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسشنامه شفقت به خود (SCS): این مقیاس توسط نف و همکاران^۱ ساخته شد (Neff, 2003). مقیاس شفقت به خود یک مقیاس خودگزارشی ۲۶ سؤالی است. این مقیاس ۶ زیر مقیاس مهربانی به خود، خود داوری (قضاوت نسبت به خود)، اشتراکات انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همدردی بیش از حد را در برمی گیرد. مجموع امتیازات این شش مولفه از ۲۴ تا ۱۲۰ متغیر است. آزمودنی‌ها به سؤالات این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر تا ۴ پاسخ می‌دهند. نمرات بالاتری که پاسخ دهندگان در مقیاس خود شفقت به دست آوردند نشان دهنده سطوح بالاتر شفقت به خود است (Abdollahi et al., 2021). در مطالعه نف و پامیر^۲ (۲۰۱۳)، آلفای کرونباخ این پرسشنامه در کشورهای آسیایی ۰/۸۶ گزارش شده است (Neff & Pommier, 2013). همچنین در مطالعه ای در ایران ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است. در پژوهش حاضر میزان همسانی درونی براساس آلفای کرونباخ برای ابعاد مهربانی با خود ۰/۷۴، قضاوت در مورد خود ۰/۶۷، اشتراکات انسانی ۰/۷۶، انزوا ۰/۷۲، ذهن آگاهی ۰/۶۴ و همانندسازی ۰/۶۶ به دست آمد (Rostami et al., 2014).

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون: پرسشنامه تاب‌آوری جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله فرد با فشار و تهدید توسط کانر و دیویدسون^۳ (۲۰۰۳) تدوین شده است. آن‌ها معتقدند که این ابزار قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیر تاب‌آور است. پرسشنامه تاب‌آوری ۲۵ گویه دارد و در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (کاملاً درست) نمره گذاری می‌شود و دارای یک نمره کل است (Connor & Davidson, 2003). کمبل-سیلیس و استین^۴، مقیاس اولیه تاب‌آوری را برای نمونه‌ای ۵۱۱ نفری هنجاریابی و شاخص‌های روانسنجی آن را تایید کردند (Campbell-Sills et al., 2006). روایی سازه مقیاس جدید تاب‌آوری براساس تحلیل عاملی تاییدی با بار عاملی بین ۰/۴۴ تا ۰/۹۳ حاکی از روایی سازه مطلوب و قابل قبول برای این مقیاس است؛ همچنین پایایی این پرسشنامه با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۴ به دست آمد (Keyhani et al., 2015). لازم به ذکر است در پژوهش حاضر، میزان همسانی درونی براساس آلفای کرونباخ برای ابعاد تصور از شایستگی ۰/۸۲، اعتماد به غرایز ۰/۷۸، پذیرش مثبت

1 - Neff.

2 - Neff & Pommier.

3 Connor & Davidson.

4 Campbell-Sills, Cohan, & Stein.

تغییر ۰/۷۴، کنترل ۰/۷۱ و تاثیرات معنوی ۰/۵۴ به دست آمد.

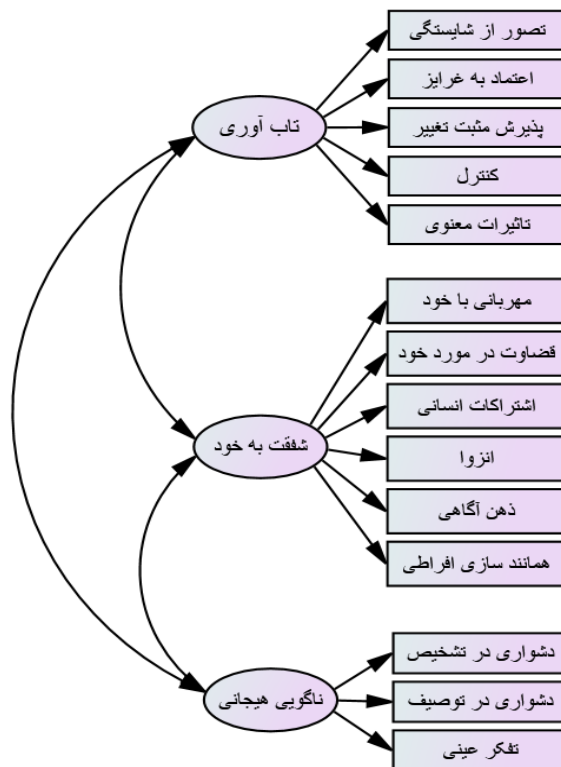
به منظور جمع آوری داده‌ها پس از کسب مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین برای مراجعه به بیمارستان‌های مورد نظر، به این مراکز مراجعه و هدف پژوهش با مسئولان مربوطه در میان گذاشته شد. جهت دسترسی آسان پرستاران به سوالات، پرسشنامه‌ها به صورت اینترنتی در دسترس افراد قرار گرفتند. از پرستارانی که داوطلب شرکت در پژوهش بودند، پس از توضیح مختصری از اهداف تحقیق برای آن‌ها و اطمینان بخشی جهت حفظ حریم خصوصی و بدون ذکر نام افراد، پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت.

مدل اندازه‌گیری

در مدل اندازه‌گیری مطالعه حاضر ۱۴ نشانگر برای انعکاس ۳ ساختار مکنون در نظر گرفته شدند. با توجه به شکل ۱، متغیر مکنون ناگویی هیجانی به وسیله ۳ نشانگر؛ دشواری در تشخیص، دشواری در توصیف و تفکر عینی اندازه‌گیری می‌شود. متغیر مکنون شفقت به خود به وسیله ۶ نشانگر مهربانی با خود، قضاوت در مورد خود، اشتراکات انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی و متغیر مکنون تاب آوری به وسیله ۵ نشانگر تصور از شایستگی، اعتماد به غرایز، پذیرش مثبت تغییر، کنترل و تاثیرات معنوی اندازه‌گیری می‌شود. چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی^۱ در نرم افزار AMOS و برآورد بیشینه احتمال (²ML) ارزیابی شد (شکل شماره ۱). تحلیل عاملی تأییدی (CFA) یک روش آماری است که برای بررسی ساختار عاملی مجموعه‌ای از متغیرهای مشاهده شده استفاده می‌شود. CFA به محقق اجازه می‌دهد تا این فرضیه را آزمایش کند که آیا رابطه‌ای بین متغیرهای مشاهده شده و ساختارهای پنهان زیربنایی آنها وجود دارد. محقق با استفاده از دانش تئوری، تحقیقات تجربی یا هر دو، الگوی رابطه را به طور پیشین فرض می‌کند و سپس فرضیه را به صورت آماری مورد آزمایش قرار می‌دهد. یکی از شاخص‌های برازش مدل در تحلیل عاملی، برآورد بیشینه احتمال است (Suh, 2006).

1 Confirmatory factor analysis

2 Maximum Likelihood.



شکل ۱- مدل اندازه گیری با استفاده از داده های استاندارد

روش تجزیه و تحلیل آماری

داده‌ها در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در بخش توصیفی فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد، آلفای کرونباخ، ماتریس همبستگی و نرمال بودن پراکندگی گزارش شد. به منظور ارزیابی برازندگی الگوی پیشنهادی از مدل تحلیل مسیر (جهت آزمون سؤال‌ها و بررسی روابط مستقیم و غیرمستقیم (میانجی) بین متغیرهای پژوهش) با استفاده از نرم افزار AMOS نسخه ۱۸ و با روش معادلات ساختاری در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ اجرا و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در پژوهش حاضر ۲۴۶ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی حضور داشتند که اکثر

آن‌ها جنس زن (۲۱۹ نفر، ۸۳٪)، گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال (۹۵ نفر، ۳۶٪)، متأهل (۱۵۵ نفر، ۵۹٪) و دارای سابقه کار کمتر از ۵ سال (۹۶ نفر، ۳۶٪) بودند. طبق نتایج، به استثنای مؤلفه تأثیرات معنوی در تاب‌آوری، ضرایب آلفای کرونباخ دیگر مؤلفه‌ها و متغیرهای پژوهش نزدیک یا بالاتر از ۰/۷ بوده است. این موضوع بیانگر همسانی درونی قابل قبول گویه‌های پرسشنامه‌هایی است که در این پژوهش به کار گرفته شده‌اند. لازم به توضیح است که ضریب آلفای کرونباخ نسبتاً پایین مؤلفه تأثیرات معنوی تاب‌آوری را می‌توان ناشی از تعداد کم گویه‌هایی دانست که برای سنجش آن مؤلفه در نظر گرفته شده است.

براساس نتایج؛ بزرگ‌ترین و کوچک‌ترین بار عاملی به ترتیب متعلق به نشانگر دشواری در توصیف ($\beta=0/875$) و تأثیرات معنوی ($\beta=0/336$) است. با توجه به بالاتر بودن بارهای عاملی همه نشانگرها از ۰/۳۲، می‌توان نتیجه گرفت همه عوامل از توان لازم برای اندازه‌گیری متغیرهای مکنون مطالعه حاضر برخوردارند (جدول شماره ۱). لازم به توضیح است طبق دیدگاه تاباچنیک و فیدل^۱ (Tabachnick & Fidell, 2007)، بارهای عاملی ۰/۷۱ و بالاتر از آن عالی، بارهای بین ۰/۶۳ تا ۰/۷۰ خیلی خوب، بارهای بین ۰/۵۵ تا ۰/۶۲ خوب، بارهای بین ۰/۴۵ تا ۰/۵۵ نسبتاً خوب، بارهای بین ۰/۳۲ تا ۰/۴۴ پایین و بارهای پایین‌تر از ۰/۳۲ ضعیف محسوب می‌شود.

جدول ۱ - بارهای عاملی استاندارد و غیراستاندارد مربوط به نشانگرها در مدل اندازه‌گیری تحلیل عاملی تأییدی

متغیر مکنون - نشان‌گر	پارامتر استاندارد نشده (b)	پارامتر استاندارد شده (β)	خطای استاندارد (SE)	نسبت بحرانی (t)
شفقت به خود - مهربانی با خود *	۱	۰/۴۸۲		
شفقت به خود - قضاوت در مورد خود	۱/۳۹۱	۰/۶۲۵	۰/۲۳۰	۶/۰۶**
شفقت به خود - اشتراکات انسانی	۰/۶۸۷	۰/۴۳۰	۰/۱۲۹	۴/۹۲**
شفقت به خود - انزوا	۱/۰۴۱	۰/۶۱۴	۰/۱۷۳	۶/۰۱**
شفقت به خود - ذهن‌آگاهی	۰/۸۱۷	۰/۵۴۶	۰/۱۴۴	۵/۶۸**
شفقت به خود - همانندسازی افراطی	۰/۹۸۷	۰/۶۱۰	۰/۱۶۵	۵/۹۹**
تاگویی هیجانی - دشواری در تشخیص *	۱	۰/۷۸۸		
تاگویی هیجانی - دشواری در توصیف	۰/۷۱۷	۰/۸۷۵	۰/۰۷۶	۹/۴۸**
تاگویی هیجانی - تفکر عینی	۰/۳۳۸	۰/۴۱۶	۰/۰۵۴	۶/۲۵**
تاب‌آوری - تصور از شایستگی *	۱	۰/۸۶۴		

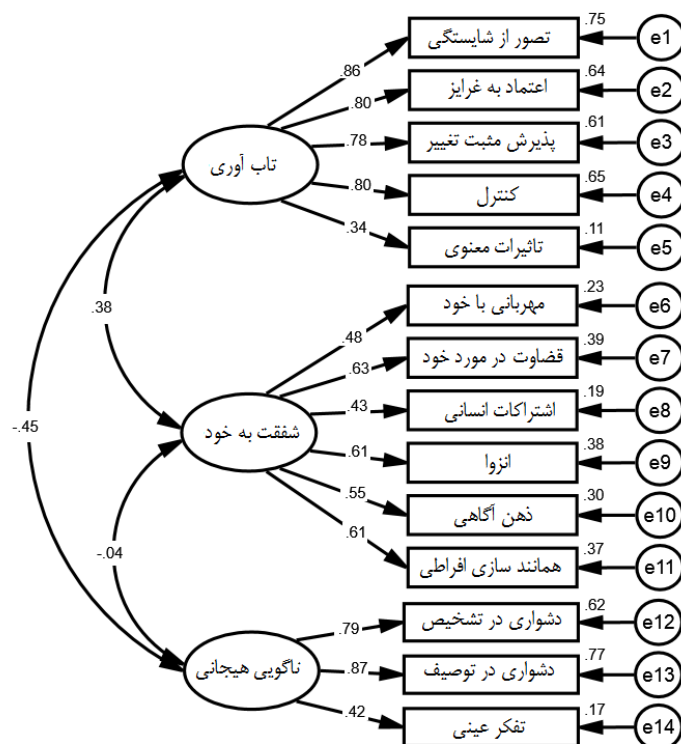
1 - Tabachnick & Fidell.

۱۵/۲۳**	۰/۰۴۷	۰/۷۹۹	۰/۷۲۰	تاب‌آوری - اعتماد به غرایز
۱۴/۷۸**	۰/۰۳۵	۰/۷۸۲	۰/۵۲۴	تاب‌آوری - پذیرش مثبت تغییر
۱۵/۳۶**	۰/۰۲۵	۰/۸۰۳	۰/۳۸۷	تاب‌آوری - کنترل
۵/۳۳**	۰/۰۲۴	۰/۳۳۶	۰/۱۲۹	تاب‌آوری - تأثیرات معنوی

P<۰/۰۰۱ **

*شاخص خطای استاندارد و نسبت بحرانی برای بارهای عاملی استاندارد نشده با عدد ۱ محاسبه نشده است.

نمودار شماره ۱ نیز مدل اندازه‌گیری پژوهش و بارهای عاملی آن با استفاده از داده‌های استاندارد را نشان می‌دهد. در مدل ساختاری پژوهش حاضر چنین فرض شده بود که ناگویی هیجانی و استرس ادراک شده با میانجیگری شفقت به خود و خودکنترلی، تاب‌آوری را در پرستاران پیش‌بینی می‌کند. طبق نتایج شاخص‌های برازندگی، برازش قابل قبول مدل ساختاری را تایید می‌کند ($\chi^2/df = 2/16$)، CFI = ۰/۹۲۴، AGFI = ۰/۸۷۸، GFI = ۰/۹۱۳، RMSEA = ۰/۰۶۶ و = ۰/۹۱۳. بنابراین مدل ساختاری پژوهش با داده‌های گردآوری شده برازش دارد.



نمودار ۱- بارهای عاملی مدل اندازه‌گیری با استفاده از داده‌های استاندارد

بر اساس جدول شماره ۲، ضریب مسیر کل بین استرس ادراک شده و تاب‌آوری و همچنین ناگویی هیجانی و تاب‌آوری منفی و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($\beta = -0/456, P < 0/01$; $\beta = -0/302, P < 0/01$). بر این اساس استرس ادراک شده و ناگویی هیجانی می‌توانند به صورت منفی و معناداری تاب‌آوری را در پرستاران پیش‌بینی کند. همچنین ضریب مسیر بین شفقت به خود و خودکنترلی با تاب‌آوری، مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($\beta = 0/268, P < 0/01$; $\beta = 0/447, P < 0/01$). بر این اساس شفقت به خود و خودکنترلی می‌توانند به صورت مثبت و معنادار تاب‌آوری را در پرستاران پیش‌بینی کنند. علاوه بر این بین استرس ادراک شده و ناگویی هیجانی با تاب‌آوری، مسیر غیر مستقیم منفی بوده که در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($\beta = -0/244, P < 0/01$) و ($\beta = -0/137, P < 0/01$). این نتایج بیانگر آن است که دو متغیر میانجی شفقت خود و خودکنترلی رابطه بین متغیرهای استرس ادراک شده و ناگویی هیجانی با تاب‌آوری را به صورت معنادار میانجیگری می‌کند (جدول شماره ۲).

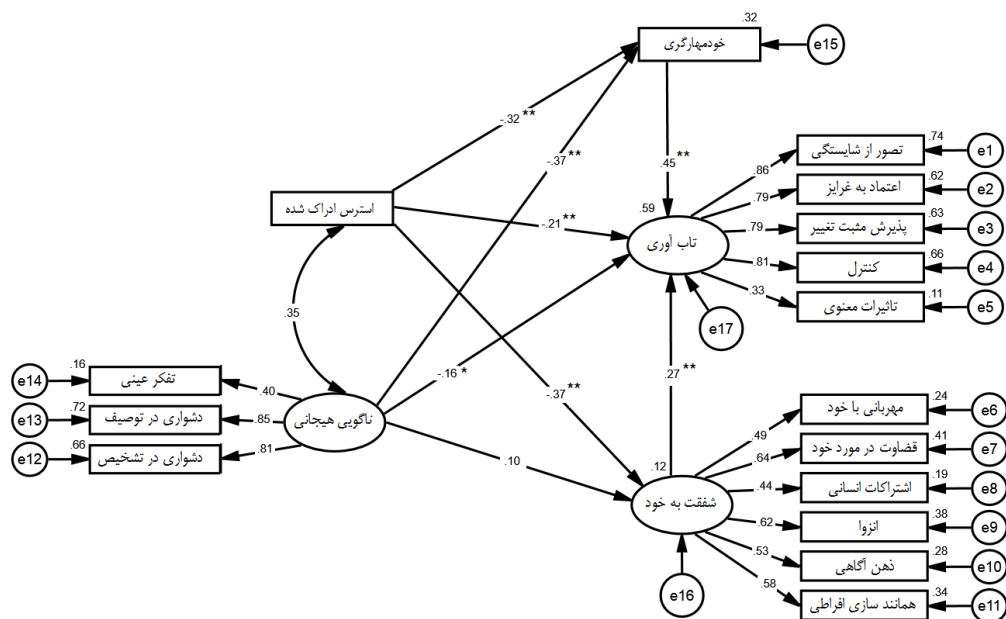
جدول ۲- ضرایب مسیر کل و مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری

اثر	مسیر	b	SE	β	P
مستقیم	استرس ادراک شده $\leftarrow$ خود کنترلی	-۰/۲۹۳	۰/۰۵۸	-۰/۳۲۲	۰/۰۰۱
	استرس ادراک شده $\leftarrow$ شفقت به خود	-۰/۰۵۱	۰/۰۱۶	-۰/۳۷۲	۰/۰۰۱
	استرس ادراک شده $\leftarrow$ تاب آوری	-۰/۱۱۲	۰/۰۳۵	-۰/۲۱۳	۰/۰۰۱
	ناگویی هیجانی $\leftarrow$ خود کنترلی	-۰/۵۸۱	۰/۰۹۵	-۰/۳۶۹	۰/۰۰۱
	ناگویی هیجانی $\leftarrow$ شفقت به خود	۰/۰۲۴	۰/۰۲۴	۰/۱۰۴	۰/۳۱۷
	ناگویی هیجانی $\leftarrow$ تاب آوری	-۰/۱۴۹	۰/۰۵۸	-۰/۱۶۴	۰/۰۱۳
	خود کنترلی $\leftarrow$ تاب آوری	۰/۲۵۹	۰/۰۳۳	۰/۴۴۷	۰/۰۰۱
غیر مستقیم	شفقت خود $\leftarrow$ تاب آوری	۱/۰۳۶	۰/۲۹۰	۰/۲۶۸	۰/۰۰۱
	استرس ادراک شده $\leftarrow$ تاب آوری	-۰/۱۲۹	۰/۰۲۷	-۰/۲۴۴	۰/۰۰۱
کل	ناگویی هیجانی $\leftarrow$ تاب آوری	-۰/۱۲۵	۰/۰۴۱	-۰/۱۳۷	۰/۰۰۳
	استرس ادراک شده $\leftarrow$ تاب آوری	-۰/۲۴۱	۰/۰۳۶	-۰/۴۵۶	۰/۰۰۱
	ناگویی هیجانی $\leftarrow$ تاب آوری	-۰/۲۷۴	۰/۰۶۴	-۰/۳۰۲	۰/۰۰۱

به منظور تعیین معناداری یا عدم معناداری نقش میانجیگری هر یک از دو میانجی شفقت به خود و خودکنترلی از فرمول باون و کنی استفاده شد (Mallinckrodt et al., 2006). بین استرس ادراک شده و

تاب‌آوری از طریق شفقت به خود ($\beta = -0/100, P < 0/001$) و خودکنترلی ($\beta = -0/144, P < 0/001$) ارتباط غیرمستقیم منفی وجود داشته که از لحاظ آماری معنی دار است ($P < 0/001$). لذا شفقت به خود و خودکنترلی بعنوان نقش میانجیگر به صورت منفی و معنادار رابطه بین استرس ادراک شده و تاب‌آوری را در بین پرستاران کنترل می‌کند. در حالی که استفاده از فرمول باون و کنی نشان داد که ضریب مسیر غیرمستقیم بین ناگویی هیجانی و تاب‌آوری از طریق شفقت خود ($\beta = 0/027, P > 0/001$) مثبت و در سطح $0/001$ غیرمعنادار است. بر این اساس شفقت به خود رابطه بین ناگویی هیجانی و تاب‌آوری را در بین پرستاران میانجیگری نمی‌کند. بین ناگویی هیجانی و تاب‌آوری از طریق خودکنترلی ($\beta = -0/167, P < 0/001$) نیز ارتباط غیرمستقیم و منفی وجود دارد ($P < 0/001$) و خودکنترلی به صورت منفی و معناداری رابطه بین ناگویی هیجانی و تاب‌آوری را در بین پرستاران میانجیگری می‌کند.

نمودار شماره ۲، مدل ساختاری مطالعه حاضر در تبیین روابط بین استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی، شفقت به خود، خودکنترلی و تاب‌آوری را در پرستاران نشان می‌دهد. در این مطالعه شاخص ضریب تعیین (R^2) برای متغیر تاب‌آوری برابر با $0/59$ به دست آمد. در واقع استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی، شفقت به خود و خودکنترلی به میزان 59 درصد از واریانس تاب‌آوری را در پرستاران تبیین می‌کند.



نمودار ۲ - پارامترهای استاندارد در مدل ساختاری پژوهش براساس بار عاملی

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد استرس ادراک شده می‌تواند به صورت منفی و معناداری تاب‌آوری را در پرستاران پیش‌بینی کند. یعنی پرستاران با نمره بالاتر استرس ادراک شده میزان تاب‌آوری کمتری بودند. این یافته با مطالعات (afshari & Amin, 2018; Froutan et al., 2018; Thompson et al., 2018) همسو است. این مطالعات گزارش کردند افرادی که سطوح بالاتر استرس ادراک شده دارند دارای تاب‌آوری کمتری بودند. در واقع عواقب منفی استرس ناشی از مسایل تحصیلی و شغلی در کیفیت کار و حفظ موقعیت شغلی اثر منفی دارد و تاب‌آوری به عنوان یک توانایی به غلبه و تسلط بر موقعیت‌های دشوار زندگی فرد کمک می‌کند. افراد با تاب‌آوری بالا، قدرت کنترل درونی بالا، همدلی، خودپنداری مثبت، خوش‌بینی و توانایی سازماندهی مسئولیت‌های روزمره بالایی دارند. به علاوه افراد تاب‌آور قدرت سازگاریشان در برابر تغییر بیشتر است.

در مطالعه حاضر ناگویی هیجانی توانسته میزان تاب‌آوری را به صورت منفی و معناداری در پرستاران پیش‌بینی نماید. در واقع پرستاران با میزان هیجانات بیشتر میزان تاب‌آوری کمتری نسبت به مسایل و مشکلات مختلف داشته‌اند. این یافته با یافته‌های (Craparo et al., 2018; Gui et al., 2013; Morice-Ramat et al., 2018) همسو است. آنها در بررسی پرستاران و رزیدنت‌ها دریافتند ناگویی هیجانی با تاب‌آوری همبستگی معکوس و معناداری داشته بطوریکه افراد با ناگویی هیجانی بالاتر میزان تاب‌آوری کمتری گزارش دادند. همچنین استرس ادراک شده در پرستاران با ناگویی هیجانی همبستگی مثبت و معنی‌داری نشان داد. این مسئله می‌تواند به علت این باشد که فرهنگ جامعه ما تاب‌آوری بالا در برابر شرایط استرس‌زا و دشوار را یک ارزش به حساب می‌آورد. در عین حال از افراد انتظار دارد در شرایط پراسترس، صبور باشند. توانایی کنترل هیجانات در مواجهه با اتفاقات روزمره و ایجاد نگرش مثبت درباره وقایع مختلف منجر به بهبود عملکرد و تعاملات اجتماعی افراد می‌شود. همچنین این موضوع با اختلالات اضطرابی و انزوای اجتماعی در جامعه مرتبط است.

براساس نتایج مطالعه حاضر، میزان شفقت به خود با تاب‌آوری رابطه مثبت و معناداری نشان داد؛ بگونه‌ای که پرستاران با میزان شفقت به خود بالاتر دارای میزان تاب‌آوری بیشتری در برخورد با مشکلات و مسائل کاری بودند. در این راستا مطالعات (Hermansyah, 2019; mosavi & Alvani, 2019; nuri & shahabi, 2017) نتایج مطالعه حاضر را تایید کرد. اگرچه جامعه مورد بررسی در مطالعات هرمنسیاح و نوری با مطالعه حاضر متفاوت است اما آنها نیز ارتباط مثبت و معنی‌داری بین شفقت به خود با میزان تاب‌آوری گزارش دادند. شفقت به خود بعنوان یک روش موثر در افزایش تاب‌آوری مورد استفاده قرار می‌گیرد.

گیرد. شفقت به خود می‌تواند منجر به پاسخ‌های مثبت هیجانی، شناختی و رفتاری و در نهایت منجر به سلامتی شود. در واقع این فاکتور به افراد اجازه می‌دهد تا نسبت به خود، رفتاری غیرقضاوتی داشته باشند. همچنین امکان مشخص نمودن اهداف موردنظر و ارتقای اعتماد بنفس در دستیابی به موفقیت را به افراد می‌دهد. به علاوه، افراد دارای میزان بالاتر شفقت به خود، توان انطباق‌پذیری و مقابله با شکست را دارند. به نظر می‌رسد شفقت به خود با تعدیل واکنش فرد نسبت به وقایع منفی، تاب‌آوری را تسهیل می‌کند.

نتایج مطالعه حاضر در بررسی اثر خودکنترلی بر میزان تاب‌آوری پرستاران نشان داد خودکنترلی با میزان تاب‌آوری ارتباط مثبت و معناداری دارد. پرستاران با قدرت خودکنترلی بالاتر دارای تاب‌آوری بیشتری در انجام فعالیت‌های کاری و بهبود تعاملات اجتماعی خود بودند. این یافته با یافته‌های (Kashanaki et al., 2020; Rabiee et al., 2016) همراستاست. در واقع در فرایند خودکنترلی بر عواملی مانند خودآگاهی، استفاده از راهکارهای مناسب، سنجش و شناسایی اهداف آینده و انتخاب‌های آگاهانه و آزاد تاکید می‌شود. خودکنترلی می‌تواند منجر به بهبود روند رشد و توسعه فردی و ایجاد احساس رضایت و شایستگی، تقویت اعتماد به نفس و نشاط گردد؛ در واقع این افراد در مقابل مشکلات و چالش، با ارتباط به منبعی نامحدود و مطلق که فراتر از زمان و مکان است، می‌توانند احساس شادمانی و رضایتمندی را داشته باشند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شفقت به خود به صورت منفی و معناداری رابطه بین استرس ادراک شده و تاب‌آوری را در بین پرستاران میانجیگری می‌کند. این یافته با یافته‌های (Neff & McGehee, 2010; Thompson et al., 2018) همسو است. شفقت به خود همان تعادل روانی و هیجانات فرد است که باعث ایجاد سازگاری فرد در برابر مسائل موجود می‌شود. افراد دارای شفقت به خود بالا، توان مقابله بیشتری در برابر مشکلات را دارند. به همین دلیل، می‌توانند با مشکلات زندگی مواجه شوند بدون آنکه به دلیل هیجانات منفی نسبت به خود از آن دوری کنند (Neff & McGehee, 2010; Thompson et al., 2018). در مطالعه ما، خودکنترلی به صورت منفی و معناداری رابطه بین استرس ادراک شده و تاب‌آوری را در بین پرستاران میانجیگری می‌کند. مطالعات (Gui et al., 2013; Kang & You, 2018) هم نتایج مطالعه ما را تأیید می‌کنند. استرس ادراک شده می‌تواند منجر به بهبود رفتارهای ارتقادهنده سلامت شود اما با خودکنترلی افراد ارتباط معکوسی داشته است. در حقیقت استرس می‌تواند تعادل بدن را بهم ریخته و از حالت نرمال خارج کند. لذا برنامه ریزی فردی و کنترل خشم می‌تواند از اثرات مخرب استرس بر سلامت جسمی و روانی جلوگیری نماید. در مطالعه حاضر شفقت به خود، رابطه بین ناگویی هیجانی و تاب‌آوری را در بین پرستاران میانجیگری نمی‌کند. اما نتایج مطالعات (Eftekhari et al., 2020; Lyvers et al., 2020; Zakeri et al., 2020) مغایر با

مطالعه حاضر بوده است. این مغایرت می‌تواند مربوط به تفاوت در جامعه مورد بررسی و تفاوت‌های اجتماعی و فرهنگی مطالعات بازگردد. در مطالعه افتخاری زنان مطلقه شرکت داشتند. آنها گزارش دادند شفقت به خود منجر به بهبود ناگویی هیجانی در زنان شده است. افراد با غلبه بر مشکلات و شناسایی توانمندی‌های فردی و تمرکز بر موقعیت‌های مختلف می‌توانند انسجام هیجانی خود را حفظ کنند. در تبیین این نتیجه می‌توان چنین گفت که ناگویی هیجانی در قالب «ناتوانی در ابراز احساسات» بعنوان عامل خطر برای بیماری‌های جسمی و اختلالات روان‌پزشکی تعریف می‌شود. بنابراین این افراد نسبت به سایر افراد جامعه در شفقت ورزی به خود که نیازمند شناخت و درک هیجانات مثبت به سمت خود، مهربانی و پذیرش است، ضعیف‌تر عمل می‌کنند.

نتایج مطالعه در بررسی اثر خودکنترلی بر ناگویی هیجانی و ایجاد تاب‌آوری در پرستاران نشان داد خودکنترلی به صورت منفی و معنادار رابطه بین ناگویی هیجانی و تاب‌آوری را در بین پرستاران میانجیگری می‌کند. این نتایج با مطالعه (Gui et al., 2013) همسو است. براین اساس افراد با خودکنترلی بالاتر با کنترل خواسته‌های شخصی در انجام وظایف شغلی، دارای تجربیات منفی کمتری هستند که می‌تواند بر تمرکز و عملکرد شغلی آنان آسیب بزنند. داشتن روابط کاری سالم با دیگران می‌تواند در نوع انگیزش شغلی فرد موثر باشد.

باتوجه به نوع مطالعه توصیفی امکان بررسی روابط علیتی و ارتباط سنجی عوامل مختلف با پیامدهای مورد نظر وجود نداشت. همچنین استفاده از پرسشنامه‌ها می‌تواند منجر به خطا و بزرگنمایی در برآورد و سوگرایی یادآوری در حافظه افراد شود.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد خودکنترلی و شفقت به خود در پیش‌بینی تاب‌آوری براساس استرس ادراک شده و ناگویی هیجانی در پرستاران، نقش میانجی‌گری دارد. این عوامل روانشناختی می‌تواند عملکرد کادر بهداشت و درمان، دقت و مهارت آن‌ها در ارائه خدمات مراقبتی مؤثر و همچنین حفاظت از خودشان در مقابل بیماری تحت تأثیر قرار دهد. به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده نقش پیش‌بینی‌کننده استرس ادراک شده و ناگویی هیجانی در ایجاد تاب‌آوری است. لذا پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی مدیریت استرس بعنوان جزئی از برنامه‌های ارتقای سلامت روان کادر درمان مورد توجه مسئولین امر قرار گیرد. ارائه مطالب مرتبط با سلامت روان، منجر به افزایش آگاهی کادر درمان به ویژه پرستاران و شناسایی به موقع عوامل خطر قبل از بروز آسیب جدی خواهد شد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج به شناسه

اخلاق IR.IAU.K.REC.1400.053 می باشد. نویسندگان مقاله از تمامی شرکت کنندگان، به دلیل همکاری صمیمانه، کمال تقدیر و تشکر خود را ابراز می دارند. خاطر نشان میگرددد هیچ گونه تضاد منافعی از سوی نویسندگان وجود ندارد.

References

- Abbaszadeh, A., Nakhaei, N., Borhani, F., & Roshanzadeh, M. (2013). The relationship between moral distress and retention in nurses in Birjand teaching hospitals [Research]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 6(2), 57-66.
- Abdollahi, A., Taheri, A., & Allen, K. A. (2021). Perceived stress, self-compassion and job burnout in nurses: the moderating role of self-compassion. *Journal of Research in Nursing*, 26(3), 182-191. <https://doi.org/10.1177/1744987120970612>
- afshari, a., & Amin, r. (2018). Discriminative Role of Stressor Life Events, Resilience and Alexithymia in Women Addiction. *Journal of Psychological Studies*, 14(2), 109-124. <https://doi.org/10.22051/psy.2018.16960.1475>
- Akhu-Zaheya, L., Shaban, I., & Khater, W. (2015). Nursing students' perceived stress and influences in clinical performance. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 4, 44. <https://doi.org/10.14419/ijans.v4i2.4311>
- Baumeister, R., Vohs, K., & Tice, D. (2007). The Strength Model of Self-Control. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 351-355. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00534.x>
- Baumeister, R. F., Gailliot, M., DeWall, C. N., & Oaten, M. (2006). Self-regulation and personality: how interventions increase regulatory success, and how depletion moderates the effects of traits on behavior. *J Pers*, 74(6), 1773-1801. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00428.x>
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behav Res Ther*, 44(4), 585-599. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.001>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1994). Perceived Stress Scale. Measuring Stress: A Guide for Health and Social Scientists. 10, 12.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). Perceived Stress Scale. *APA PsycTests*.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Craparo, G., Magnano, P., Zapparrata, M. V., Gori, A., Costanzo, G., Pace, U., & Pellerone, M. (2018). Coping, attachment style and resilience: the mediating role of alexithymia. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 6.
- Denson, T. F., Capper, M. M., Oaten, M., Friese, M., & Schofield, T. P. (2011). Self-control training decreases aggression in response to provocation in aggressive individuals. *Journal of Research in Personality*, 45(2), 252-256. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2011.02.001>

- Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F., & Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care*, 13(5), 482-488. <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e3282efd28a>
- Feldman, C., & Kuyken, W. (2011). Compassion in the lanscape of suffering. *Contemporary Buddhism*, 12, 143-155. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564831>
- Froutan, R., Mahroughi, N., Malekzadeh, J., & Mazlom, S. R. (2018). The Effect of Stress Management Training on Anxiety and Resilience of Emergency Medical Staff [Research]. *Journal of Nursing Education*, 6(3), 46-53.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Farhadi, M., & Chen, Z. (2014). A multi-process model of self-regulation: Influences of Mindfulness, Integrative Self-Knowledge and Self-Control in Iran. *International Journal of Psychology*, 49(2), 22-115.
- Gui, Y., Yao, G., Zhao, J., & LI, S. (2013). Study on alexithymia and perceived stress in nursing staff. *Chinese Journal of Practical Nursing*, 9-12.
- Hermansyah, M. (2019). RELATIONSHIP BETWEEN SELF COMPASSION AND RESILIENCE AMONG ADOLESCENTS WHOSE PARENTS ARE DIVORCED. *PEOPLE: International Journal of Social Sciences*, 5, 162-169. <https://doi.org/10.20319/pijss.2019.52.162169>
- Hudgins, T. A. (2016). Resilience, job satisfaction and anticipated turnover in nurse leaders. *J Nurs Manag*, 24(1), E62-69. <https://doi.org/10.1111/jonm.12289>
- Kang, N.-G., & You, M.-A. (2018). Association of perceived stress and self-control with health-promoting behaviors in adolescents: A cross-sectional study. *Medicine*, 97(34).
- Karami, J., Zakiei, A., & Mohebi, Z. (2013). Relationship between Alexithymia and beliefs about emotion with renal patient's mental health. *Journal of Health Psychology*, 1(4), 19-29.
- Kashanaki, H., Ghorbani, N., & Hatami, J. (2016). Studying the Effect of Feeling Suppression and Psychological and Physical Symptoms According to Integrative Self-Knowledge, Mindfulness, Self- Compassion, Social Desirability and Self- Control. *Journal of Applied Psychological Research*, 7(3), 55-70. <https://doi.org/10.22059/japr.2016.61151>
- Keyhani, M., Taghvaei, D., Rajabi, A., & Amirpour, B. (2015). Internal Consistency and Confirmatory Factor Analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) among Nursing Female [Original research article]. *Iranian Journal of Medical Education*, 14(10), 857-865.
- Leising, D., Grande, T., & Faber, R. (2009). The Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): A measure of general psychological distress. *Journal of Research in Personality*, 43(4), 707-710. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.03.009>
- Li, R., Kajanoja, J., Lindblom, J., Korja, R., Karlsson, L., Karlsson, H.,...Karukivi, M. (2022). The role of alexithymia and perceived stress in mental health responses to COVID-19: A conditional process model. *Journal of Affective Disorders*, 306, 9-18. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.024>
- Luo, Y., Meng, R., Li, J., Liu, B., Cao, X., & Ge, W. (2019). Self-compassion may reduce anxiety and depression in nursing students: a pathway through perceived stress. *Public Health*, 174, 1-10. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.05.015>
- Mahmoudpour, A., Barzegari Dahaj, A., Salimii Bajestani, H., & Yousefi, N. (2018). Prediction of Perceived Stress on the Basis of Emotional Regulation, Experiential Avoidance and Anxiety Sensitivity. *Clinical Psychology Studies*, 8(30), 189-206.

- <https://doi.org/10.22054/jcps.2018.8614>
- Mallinckrodt, B., Brent, Abraham, Todd, W., Wei, M., Meifen,...W, D. (2006). Advances in Testing the Statistical Significance of Mediation Effects. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 372. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.372>
- McAllister, M., & McKinnon, J. (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. *Nurse Educ Today*, 29(4), 371-379. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.10.011>
- Morice-Ramat, A., Goronflot, L., & Guihard, G. (2018). Are alexithymia and empathy predicting factors of the resilience of medical residents in France? *Int J Med Educ*, 9, 122-128. <https://doi.org/10.5116/ijme.5ac6.44ba>
- mosavi, a., & Alvani, J.-e.-d. (2019). Investigating the relationship between work-family conflict and resilience with nurses' self-compassion [Research]. *Quarterly Journal of Nursing Management*, 8(3), 52-60.
- Mousavi, S., Torkan, H., & Yousefi, Z. (2024). Effectiveness of Positive Psychology on Self-Control and Resilience in Nursing Assistants.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160-176. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649546>
- nuri, h. r., & shahabi, b. (2017). The Effectiveness of Self-Compassion Training on Increase of Mothers' Resiliency with Autistic Children. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 18(3), 118-126.
- Rabiee, F., Ghorbani, N., & Panaghi, L. (2020). The relationship of emotional repression and self-control with symptoms [Research]. *Journal of Psychological Science*, 19(92), 925-934.
- rasoulizadeh, h., masouminejad, r., abbasi, m., Sheikh Khanlu Milan, a., & gareh dingeh, k. (2022). Investigating the Structural Relationships between Cohesive Self-Knowledge, Self-Control, and Basic Psychological Needs with Elementary Teachers' Job Attitudes. *Teacher Professional Development*, 7(1), 65-82.
- Rostami, M., Abdi, M., & Heidari, H. (2014). Correlation of Childhood Maltreatment, Self-Compassion and Mental Health in Married People. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 16(62), 130-141. <https://doi.org/10.22038/jfmh.2014.3269>
- Schwartz, J., King, C. C., & Yen, M. Y. (2020). Protecting Healthcare Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak: Lessons From Taiwan's Severe Acute Respiratory Syndrome Response. *Clin Infect Dis*, 71(15), 858-860. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa255>
- Suhr, D. D. (2006). Exploratory or confirmatory factor analysis?
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*, 5th ed. Allyn & Bacon/Pearson Education.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of personality*, 72(2), 324-271.

- Thompson, G., Wrath, A., Trinder, K., & Adams, G. C. (2018). The roles of attachment and resilience in perceived stress in medical students. *Can Med Educ J*, 9(4), e69-e77.
- Warchoř-Biedermann, K., Bugajski, P., Budzicz, Ł., Ziarko, M., Jasielska, A., Samborski, W.,...Mojs, E. (2022). Relationship between Stress and Alexithymia, Emotional Processing and Negative/Positive Affect in Medical Staff Working amid the COVID-19 Pandemic. *Journal of Investigative Medicine*, 70(2), 428-435.
<https://doi.org/10.1136/jim-2021-001942>

Effectiveness of Short-Term Object Relations Group Intervention on Self-Awareness, Social Anxiety and Alexithymia in Patients with Asthma

Negar Sarlak 

MA Student in Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. Email: negar.sarlak@shu.iaun.ac.ir

Gholamreza Talebi* 

Assistant Professor, Department of Health Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. Email: rezatalebi@smd.iaun.ac.ir

Received: 2024-08-08	Revised: 2025-04-24	Accepted: 2025-06-30	Published: 2025-08-25
Citation: Sarlak, N., & Talebi, Gh. (2025). Effectiveness of Short-Term Object Relations Group Intervention on Self-Awareness, Social Anxiety and Alexithymia in Patients with Asthma. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 15(1), 135-158. doi: 10.22067/tpccp.2025.88949.1671			

Abstract

Introduction:

Asthma, a prevalent chronic respiratory condition, has been associated with psychological consequences such as social anxiety (Habibi et al., 2021), emotional dysregulation (e.g., alexithymia), and diminished self-awareness. These psychological factors can intensify the severity of asthma symptoms and diminish the quality of life for individuals affected by the condition (Javaheri Mohamadi et al., 2022). In recent years, object relations-based group intervention has been proposed as an effective approach for patients with asthma. The rationale behind this proposal is that, by focusing on analyzing internal relationships and promoting emotional insight, it can lead to improved psychological and social functioning and, as a result, a reduction in physical symptoms (Cohen & Hulse, 2022). The objective of the present study was to investigate the effectiveness of short-term object relations group intervention on enhancing self-awareness and reducing social anxiety and alexithymia in patients with asthma.

Method:

The present study employs a quasi-experimental design, incorporating a pretest, posttest, control group, and follow-up design. The statistical population of this study included all hospitalized patients with asthma in Tehran hospitals in 2023, from which 40 people were selected using purposive sampling. Subsequently, the participants were randomly assigned to experimental and control groups (20 individuals for each group). During the implementation process, four individuals (two from each group) withdrew from further cooperation for various reasons, and the final analysis was conducted on the data of 36 participants. The instruments to collect data consisted of the Fenigstein Self-Consciousness Scale (FSCS) (1975), the Connor et al. Social Anxiety Questionnaire (2000), and the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Begby et al., 1994). The experimental group underwent a brief, 12-session object relations-based group therapy intervention, administered over a four-month period. In contrast, the control group did not receive any psychotherapy intervention. For the purpose of data analysis, a repeated-measures analysis of variance was employed in SPSS software, thereby enabling the examination of intragroup and intergroup changes across three



phases: pretest, posttest, and follow-up.

Findings:

The findings of the repeated measures analysis of variance (with respect to statistical assumptions, including the normality of score distribution, homogeneity of variances, the covariance matrix, and sphericity) demonstrated that the therapeutic intervention resulted in a substantial enhancement in self-awareness at the post-test and follow-up stages ($F(1.468, 49.915) = 36.599, P < 0.001, \eta^2 = 0.518$). The results of the analysis indicate a significant decrease in alexithymia ($F(1.426, 48.49) = 45.183, P < 0.001, \eta^2 = 0.618$), and in social anxiety ($F(1.320, 44.885) = 61.869, P < 0.001, \eta^2 = 0.702$). A substantial discrepancy was identified among the intergroup levels of the intervention and control groups. The variable of self-awareness exhibited a significant result ($F(1, 34) = 5.204, P = 0.029$). Similarly, a significant result was obtained for alexithymia ($F(1, 34) = 5.674, P = 0.023$), and a significant result was also obtained for social anxiety ($F(1, 34) = 8.163, P = 0.007$). Due to the violation of the assumption of sphericity in some variables, such as self-awareness (Mauchly's $W = 0.638, P = 0.001$), the Greenhouse-Geisser correction was employed. The normality of the data distribution was confirmed based on the Shapiro-Wilk test and the homogeneity of variances according to the Levine test in all stages. The analysis of the subscales demonstrated that the object relations intervention led to a significant reduction in the components of fear, avoidance, and physiological discomfort (in cases of social anxiety) as well as a reduction in difficulty in identifying emotions, expressing feelings, and thinking with an external orientation (in Alexithymia).

Conclusion:

The findings of present study indicated that short-term object relations group therapy resulted in a substantial enhancement in the level of self-awareness among patients diagnosed with asthma. This result aligns with the findings of (Blum, 2010) study, which confirmed the efficacy of analytical approaches in fostering self-awareness. The therapeutic approach, which emphasizes the identification of unconscious relationships and the reconstruction of internalized objects, appears to result in an enhancement of patients' emotional and internal awareness. Consequently, it is proposed that enhancing self-awareness be regarded as a primary treatment objective in psychotherapy programs for patients afflicted with chronic diseases, such as asthma. The findings of this study indicated that the therapeutic intervention resulted in a substantial decrease in social anxiety among the patient population. This finding aligns with the research of (Devlag, 2014), which substantiated the efficacy of object relations-based therapies in mitigating social anxiety. It has been demonstrated that the provision of a secure and empathetic environment within group therapy settings is conducive to the identification of ineffectual defense mechanisms employed by patients in interpersonal relationships. This identification process facilitates the development of more adaptive communication skills among patients, thereby enhancing their ability to navigate and engage in effective interactions with others. Consequently, the utilization of object relations group therapy in interventions concerning anxiety disorders, particularly in patients with psychosomatic diseases, is strongly advised. The third finding of the study demonstrated that object relations group therapy significantly reduced alexithymia in these patients. This finding aligns with the findings of (Haji alizadeh, 2021), which demonstrated the efficacy of object relations therapy in enhancing emotion processing. The mechanism of action of this therapeutic modality can be considered to be an emphasis on increasing the capacity for emotional symbolization and analyzing unconscious defenses, which, in sum, improves the

ability to process emotions in patients. Consequently, this therapeutic modality can be regarded as a promising strategy for enhancing the emotional and emotional-physical health of patients afflicted with psychosomatic ailments, such as asthma. Consequently, the implementation of this intervention in conjunction with conventional medical treatments has the potential to enhance the mental well-being and overall quality of life of individuals suffering from chronic conditions.

Keywords: Asthma, Social Anxiety, Self-Awareness, Object Relations, Alexithymia

پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره

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

دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی



اثربخشی مداخله گروهی روابط ابژه کوتاه مدت بر خودآگاهی، اضطراب اجتماعی و آلکسی تایمیا در بیماران مبتلا به آسم

نگارسرلک

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.
negar.sarlak@shu.iaun.ac.ir

غلامرضا طالبی

استادیار، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. (نویسنده مسئول).
rezatalebi@smd.iaun.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۲۱	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۱	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۰۸	تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۶/۰۳
استناد: سرلک، نگار؛ طالبی، غلامرضا. (۱۴۰۴). اثربخشی مداخله گروهی روابط ابژه کوتاه مدت بر خودآگاهی، اضطراب اجتماعی و آلکسی تایمیا در بیماران مبتلا به آسم، پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۱۵(۱)، ۱۵۸-۱۳۵. doi: 10.22067/tpccp.2025.88949.1671			

چکیده

هدف: آسم یک بیماری مزمن با ابعاد جسمی و روان شناختی است که بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر می گذارد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مداخله گروهی روابط ابژه کوتاه مدت بر خودآگاهی، اضطراب اجتماعی و آلکسی تایمیا در بیماران مبتلا به آسم انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری، شامل کلیه بیماران مبتلا به آسم، بستری در بیمارستان های شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. تعداد ۴۰ بیمار به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. در طول مطالعه، چهار نفر (دو نفر از گروه آزمایش و دو نفر از گروه کنترل) از ادامه همکاری انصراف دادند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس خودآگاهی فنیگستین (۱۹۷۵)، پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور و مقیاس آلکسی تایمیا تورنتو بود. گروه آزمایش مداخله گروه درمانی روابط ابژه کوتاه مدت را طی ۱۶ جلسه ۴۵ دقیقه ای در مدت چهار ماه دریافت کرد. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و نرم افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد، درمان گروهی روابط ابژه موجب افزایش معنادار خودآگاهی ($P < 0.001$)، و کاهش آلکسی تایمیا ($P < 0.001$) و اضطراب اجتماعی ($P < 0.05$) تا مرحله پیگیری شد.

نتیجه: با توجه به یافته های به دست آمده می توان نتیجه گرفت که درمان گروهی روابط ابژه کوتاه مدت روشی مؤثر برای بهبود مشکلات روان شناختی در بیماران مبتلا به آسم بوده و به طور غیرمستقیم در بهبود مشکلات جسمانی این بیماران نیز نقش دارد.

واژگان کلیدی: روابط ابژه کوتاه مدت، خودآگاهی، اضطراب اجتماعی، آلکسی تایمیا، آسم.

مقدمه

آسم^۱ یکی از شایع ترین اختلالات دستگاه تنفسی در میان بیماری های مزمن محسوب می شود (Turi et al., 2021)، آمارها نشان می دهند که ۱۰ تا ۲۰ درصد از جمعیت جهان به نوعی از آسم مبتلا هستند و در سال ۲۰۲۰، تعداد مبتلایان به ۲۶۲ میلیون نفر رسیده است (Mattiuzzi & Lippi, 2020). همچنین، شیوع آسم در بزرگسالان از ۳/۱۴ درصد در سال ۱۹۸۵ به ۱۰/۴ درصد در سال ۲۰۲۲ افزایش یافته است و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۵، شمار مبتلایان به این بیماری صد میلیون نفر دیگر نیز افزایش یابد (Levy et al., 2023). در ایران، نرخ ابتلا به آسم در سال ۱۴۰۲ برای بزرگسالان ۹ درصد و برای کودکان و نوجوانان ۱۰ درصد گزارش شده است (Reddel et al., 2022). علاوه بر این، آسم به عنوان ششمین علت بستری بیماران شناخته می شود و حدود ۴۰ درصد از بزرگسالان مبتلا، حداقل یک بار در سال به دلیل حملات آسم به اورژانس مراجعه می کنند (Silvestro et al., 2023).

آسم نوعی التهاب مزمن مجاری هوایی است که با افزایش پاسخ پذیری درخت تراکئوبرونشیا^۲ به برخی محرک ها مشخص می شود. این بیماری با علائمی همچون تنگی نفس مکرر، سرفه، خس خس سینه و احساس فشار در قفسه سینه همراه است (Batard et al., 2025).

در بررسی سبب شناسی آسم، مجموعه ای از عوامل زیستی و روان شناختی نقش دارند که شامل عوامل ژنتیکی، آلرژی ها، عفونت ها و عوامل روان شناختی می شود (Carr et al., 2023). در این میان، اختلالات اضطرابی می توانند به طور غیرمستقیم شدت علائم آسم را از طریق افزایش حساسیت به استرس، تشدید فرآیندهای التهابی و کاهش پایداری به درمان تحت تأثیر قرار دهند. پژوهش ها نشان می دهند که متغیرهای روانی-اجتماعی نقش تعیین کننده ای در بروز و مدیریت این بیماری دارند (Wang et al., 2024).

افراد مبتلا به آسم، در مقایسه با افراد سالم، دو برابر بیشتر با مشکلات روان شناختی مواجه هستند (Carr et al., 2023; Turi et al., 2021). یافته های پژوهشی نشان می دهند که ۴۶٪ از مبتلایان به آسم به اختلالات روان پزشکی مبتلا هستند و ۶۸٪ از آن ها علائم اضطراب اجتماعی را تجربه می کنند (Sheykhi et al., 2024). اضطراب اجتماعی^۳ یکی از زیرمجموعه های اختلالات اضطرابی است که با ترس و نگرانی پایدار از ارزیابی منفی دیگران، احساس شرمندگی در موقعیت های اجتماعی، و اضطراب هنگام انجام فعالیت ها در حضور دیگران مشخص می شود (Jaremka & Pacanowski, 2019). در این اختلال، پردازش شناختی افراد

1 Asthma

2 Tracheobronchial tree

3 Social anxiety

مبتلا دچار سوگیری شده و آن‌ها دچار خودمشاهده‌گری افراطی می‌شوند. این فرایند، که نوعی چرخه معیوب شناختی محسوب می‌شود، باعث می‌شود فرد تصور کند دیگران نیز تمام احساسات و ناراحتی‌های او را مشاهده می‌کنند. این الگوی شناختی، که در مدل کلارک و ولز تبیین شده است، افراد مبتلا به فوبی اجتماعی را در موقعیتی محدود قرار می‌دهد که در آن، شواهد ذهنی خود را تقویت کرده و اطلاعات متناقض (مانند بازخورد دیگران) را نادیده می‌گیرند (Habibi et al., 2021).

افراد مبتلا به آسم به دلیل نگرانی از بروز ناگهانی علائم جسمانی (مانند تنگی نفس یا سرفه) در محیط‌های اجتماعی، ممکن است از چنین موقعیت‌هایی اجتناب کنند. این اجتناب می‌تواند به تشدید اضطراب اجتماعی و کاهش تعاملات اجتماعی آن‌ها منجر شود (Hu et al., 2023). از سوی دیگر، تشابه علائم جسمی اضطراب و آسم، بیماران را در تفکیک این نشانه‌ها با چالش مواجه می‌سازد. این ابهام، می‌تواند ارزیابی شدت و دفعات بروز علائم را تحریف کرده و واکنش‌های افراطی نسبت به تغییرات جسمانی را در پی داشته باشد (Habibi et al., 2021).

همچنین، ناآگاهی از تأثیر عوامل هیجانی بر آسم، ممکن است تنظیم عملکرد ریوی را مختل کرده و مدیریت نادرست بیماری را به دنبال داشته باشد (۵۱). در مقابل، بیمارانی که از خودآگاهی بیشتری نسبت به علائم جسمانی و هیجانی خود برخوردارند، کنترل مؤثرتری بر بیماری داشته و توانایی بهتری در پیشگیری از حملات آسمی نشان می‌دهند (Kalmarzi et al., 2018). خودآگاهی یکی از مهارت‌های اساسی زندگی محسوب می‌شود که فرد را قادر می‌سازد ویژگی‌های شخصیتی، احساسات، نقاط قوت و ضعف خود را شناسایی کند (Kalmarzi et al., 2018). این مفهوم شامل سه حوزه اصلی است: خودآگاهی شخصی (درک احساسات درونی)، خودآگاهی عمومی (آگاهی از تأثیر خود بر دیگران)، و خودآگاهی مرتبط با اضطراب اجتماعی (Wen et al., 2021). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شدت خودآگاهی با میزان کنترل بیماری آسم ارتباط معناداری دارد (Kalmarzi et al., 2018). با این حال، بسیاری از بیماران مبتلا به آسم، به دلیل تمرکز بیش از حد بر علائم جسمانی و نگرانی‌های مرتبط با بیماری، از سطح خودآگاهی پایین‌تری برخوردارند که این امر، مدیریت بیماری را دشوار می‌سازد (Figuerola et al., 2024). در سطوح پایین خودآگاهی، فرد در درک و شناسایی احساسات خود ناتوان بوده و در توصیف تجربیات جسمانی و روان‌شناختی خود با مشکل مواجه می‌شود (Eassey et al., 2021). این ناتوانی نه تنها مدیریت هیجانی بیماری را مختل می‌کند، بلکه ممکن است با آلکسی تایمیا (ناتوانی در شناسایی، درک و بیان احساسات) همراه باشد که می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی و جسمانی قابل توجهی به دنبال داشته باشد (Silvestro et al., 2023).

نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که آلکسی تایمیا می‌تواند تأثیر منفی بر مدیریت آسم داشته باشد. در این راستا، اجرای مداخلات روانشناختی به منظور ارتقای سلامت عاطفی و جسمی بیماران مبتلا به آسم می‌تواند نقش مؤثری ایفا کند (Ricciardi et al., 2023; Silvestro et al., 2023). آلکسی تایمیا یا ناگویی هیجانی، اصطلاحی برگرفته از زبان یونانی است که به ناتوانی در استفاده از واژگان برای بیان هیجان‌های فرد اشاره دارد. این سازه، مفهومی چندوجهی است که شامل دشواری در تشخیص و توصیف احساسات، ناتوانی در تمایزگذاری میان هیجانات، محدودیت در فرآیند تخیل و همچنین تفکر عینی و واقع‌گرایانه می‌شود (Javaheri Mohamadi et al., 2022).

یکی از مداخلات روانشناختی مهمی که تاکنون در کنترل شدت بیماری آسم کمتر مورد توجه قرار گرفته است، درمان گروهی روابط ابژه کوتاه‌مدت است. این درمان بر واحدهای شناختی-عاطفی بنیادین ذهن تمرکز دارد که در دوران نوزادی و کودکی فرد، بر اساس تجارب اولیه مرتبط با بقا و ایمنی شکل می‌گیرند. از آنجا که این تجربیات با فرآیندهای یادگیری درهم‌تنیده‌اند، بستر عصبی آن‌ها شامل ساختارهای حافظه و پویایی آن است (Svrakic & Zorumski, 2021). درمان روابط ابژه کوتاه‌مدت با ترکیب تکنیک‌های عملی، عمق نظریه روابط ابژه، دانش درمانگران پیشین و مهم‌تر از همه، تأکید بر رابطه درمانی منحصربه‌فرد، چارچوبی جامع برای مداخله در این حوزه فراهم می‌آورد (Stadter, 2009).

مروری بر پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که درمان روابط ابژه کوتاه‌مدت در حوزه‌های مختلف درمانی مورد استفاده قرار گرفته و اثربخشی مطلوبی داشته است. این رویکرد در کاهش اضطراب (Cohen & Hulsey, 2022)، درمان اختلال شخصیت مرزی (Ghanadzadegan et al., 2020)، و کاهش علائم افسردگی پس از زایمان (Ezzati et al., 2021) تأثیر مثبت داشته است. همچنین، مداخله گروه درمانی مبتنی بر روابط ابژه به عنوان روشی مؤثر در کاهش آلکسی تایمیا در بیماران روماتیسمی (Haji alizadeh, 2021) به کار رفته است. افزون بر این، زوج درمانی روابط ابژه کوتاه‌مدت نیز در بهبود ابعاد مختلف عملکرد خانواده، از جمله حل مسئله، ارتباط، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار تأثیر مثبتی داشته است (Devlag, 2014).

همان‌طور که بیان شد، بیماران مبتلا به آسم علاوه بر مشکلات جسمی، با چالش‌های روانشناختی متعددی از جمله کاهش خودآگاهی، اضطراب اجتماعی و آلکسی تایمیا مواجه هستند که می‌تواند مدیریت بیماری را دشوارتر کند. با این حال، مرور پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که تاکنون به‌طور خاص به اثربخشی مداخله گروهی روابط ابژه کوتاه‌مدت بر این متغیرها در بیماران مبتلا به آسم پرداخته نشده است و در این زمینه شکاف تحقیقاتی قابل توجهی وجود دارد. از سوی دیگر، نظریه‌های روابط ابژه، با تأکید بر نقش

فرآیندهای درون روانی و تعاملات بین الازدهانی، چارچوبی ارزشمند برای درک و درمان مشکلات هیجانی این بیماران فراهم می کنند.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله گروهی روابط ابژه کوتاه مدت بر خود آگاهی، اضطراب اجتماعی و آلکسی تایمیا در بیماران مبتلا به آسم انجام شده است و در پی پاسخ به فرضیه و پرسش زیر است:

فرضیه: مداخله گروهی روابط ابژه کوتاه مدت بر خود آگاهی، اضطراب اجتماعی و آلکسی تایمیا در بیماران مبتلا به آسم و مؤلفه های آنها مؤثر است.

سؤال: آیا مداخله گروهی روابط ابژه کوتاه مدت بر خود آگاهی، اضطراب اجتماعی و آلکسی تایمیا در بیماران مبتلا به آسم و مؤلفه های آنها تا مرحله پیگیری دوماهه ماندگار است؟

روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون به همراه گروه کنترل و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه بیماران مبتلا به آسم بودند که در بیمارستان های شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بستری بوده اند. روش نمونه گیری تحقیق از نوع هدفمند بود و تعداد تعداد ۴۰ بیمار مبتلا به آسم که تمایل به شرکت در تحقیق را داشتند بر پایه ملاک های ورود به پژوهش انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. در طول پژوهش، ۴ نفر بر اساس ملاک های خروج از مطالعه حذف شدند (۲ نفر از گروه آزمایش به دلیل انصراف از درمان و ۲ نفر از گروه کنترل به علت عدم دسترسی)، و در نهایت، هر گروه شامل ۱۸ نفر بود. ملاک های ورود به تحقیق شامل موارد ذیل بود: تشخیص رسمی آسم غیر آلرژیک توسط متخصص، تأیید پذیری علائم از عوامل روان شناختی، عدم ابتلا به سایر بیماری های جسمی، دامنه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال، توانایی شرکت در جلسات رضایت آگاهانه، حداقل سواد خواندن و نوشتن، و عدم دریافت درمان روان شناختی دیگر در گروه آزمایش بود. ملاک های خروج شامل عدم همکاری یا غیبت بیش از سه جلسه، تشدید بیماری و بروز آسیب های روان شناختی، و ابتلا به بیماری جسمی مزمن جدید در طول پژوهش بود. پس از اخذ رضایت نامه آگاهانه، شرکت کنندگان هر دو گروه در مرحله پیش آزمون، پرسشنامه های پژوهش را تکمیل کردند. گروه آزمایش در ۱۰ تا ۱۲ جلسه درمان گروهی روابط ابژه کوتاه مدت شرکت کرد. این جلسات به صورت هفتگی و هر بار به مدت ۴۵ تا ۹۰ دقیقه برگزار شد. در مقابل، گروه کنترل در طول پژوهش هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات درمانی، شرکت کنندگان مجدداً در مرحله پس آزمون شرکت کردند. همچنین،

برای بررسی پایداری اثرات مداخله، یک دوره پیگیری دوماهه در نظر گرفته شد که در طی آن، شرکت کنندگان هر دو گروه پرسشنامه‌ها را در بازه‌های زمانی مشخص تکمیل کردند.

ابزارها

پرسشنامه خودآگاهی خصوصی ریلو و الیک

پرسشنامه خودآگاهی خصوصی ریلو و الیک^۱ (PRSCQ) توسط ریلو و الیک (Ryle & Elick, 1958) برای سنجش میزان توجه فرد به افکار، احساسات و تجربه‌های درونی خود تدوین شده است. این پرسشنامه توانایی افراد را در تمرکز بر احساسات، افکار و جنبه‌های درونی خود ارزیابی می‌کند. نسخه فارسی این پرسشنامه شامل ۷ سؤال است و پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از "بسیار موافقم" (نمره ۴) تا "بسیار مخالفم" (نمره ۰) امتیازدهی می‌شوند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از خودآگاهی خصوصی است. این ابزار از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است؛ در مطالعه اصلی، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده است (Liang et al., 2024). در ایران، پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های لطیفیان و سیف مورد بررسی قرار گرفته و مقدار ۰/۸۰ گزارش شده است که نشان‌دهنده ثبات درونی مناسب آن است. همچنین، روایی و پایایی این پرسشنامه در تحقیق مفرد و اکبری امرغان تأیید شده است. در مجموع، پرسشنامه خودآگاهی خصوصی ریلو و الیک ابزاری معتبر و مناسب برای سنجش خودآگاهی در بیماران مبتلا به آسم است.

پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور

پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور^۲ (SPIN) توسط کانور (Connor et al., 2000)، برای ارزیابی اضطراب اجتماعی طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۱۷ ماده و سه خرده‌مقیاس اجتناب، ناراحتی فیزیولوژیک و ترس است. سازندگان ابزار، اعتبار آن را از طریق بازآزمایی در گروه‌های مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ و ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس در گروه افراد بهنجار ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند (برای مقیاس فرعی ترس: ۰/۸۹، اجتناب: ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیک: ۰/۸۰). در ایران، این پرسشنامه در مطالعات بالینی بررسی شده و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۲، برای نیمه دوم آزمون ۰/۷۶، همبستگی دو نیمه آزمون ۰/۸۴ و شاخص اسپیرمن براون ۰/۹۱ گزارش شده است (Connor et al., 2000). همچنین، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های اجتناب ۰/۷۵، ترس ۰/۷۴ و ناراحتی فیزیولوژیک ۰/۷۵ بوده که نشان‌دهنده اعتبار مناسب این ابزار در پژوهش‌های داخلی است.

1 Private Self-Consciousness Questionnaire - PSCQ,

2 Social Phobia Inventory (SPIN) – Connor et al.

پرسشنامه الکسی تایمیا مقیاس تورنتو

پرسشنامه الکسی تایمیا مقیاس تورنتو (TAS)^۱ این مقیاس ۱۵ ماده ای بگبی، تیلور و پارکر در سال (۱۹۹۴) (Bagby, Taylor, & Parker, 1994) ساخته شده است و شامل ۱۵ سؤال در سه خرده مقیاس دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر برون مدار است. این خرده مقیاس ها توانایی فرد را در تشخیص و بیان احساسات، و شیوه پردازش شناختی مرتبط با هیجانات می سنجند. این ابزار در طیف پنج درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود.

روایی این پرسشنامه از طریق روش باز آزمایی تأیید شده و میزان آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۷ گزارش شده است. در ایران، روایی این پرسشنامه توسط دلخوانی تأیید شده و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۳ به دست آمده است که نشان دهنده پایایی قابل قبول این ابزار است.

جدول ۱. محتوای جلسات گروه درمانی روابط ابژه ای کوتاه مدت (Kernberg, 2018)

مراحل	محتوی جلسات
مرحله آغاز (۲ تا ۴ جلسه)	تعیین اهداف دوگانه درمان (نشانه ای و پوشی)، تنظیم صورتبندی روانی، شکل دادن یک اتحاد درمانی کارآمد
مرحله میانی اول (۴ جلسه)	بررسی اهداف درمان و همچنین تمرکز درمانی توافق شده، تفسیر نشانه ها و برقراری ارتباط بین تعارض های پویایی ناخود آگاه و تعبیرها با استفاده از تفسیر انتقال و انتقال متقابل.
مرحله میانی دوم (۴ جلسه)	انعطاف پذیری در استفاده از تکنیک های غیر روان تحلیلی مانند آرام سازی یا حل مسئله، پرداختن به تعارضات، اشاره به پایان درمان
مرحله پایان (۴ جلسه)	پرداختن به تعارض ها در ارتباط با فقدان و جدایی، درونی کردن فرایند درمان، تسهیل کردن فرایند بازگشت مجدد به درمان و تثبیت دستاوردهای درمان

یافته ها

در جدول ۲ آمار جمعیت شناسی گروه آزمایش و کنترل در تحقیق ارائه شده است:

جدول ۲. آمار جمعیت شناسی گروه آزمایش و کنترل

نام متغیر		گروه آزمایش		گروه کنترل	
سن	گزاره ها	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد

1 Toronto Alexithymia Scale (TAS)

۲۵ و ۲۶ سال	۸	۴۴/۴	۹	۵۰/۰
۲۷ و ۲۸ سال	۶	۳۳/۳	۵	۲۷/۸
۲۹ و ۳۰ سال	۴	۲۲/۲	۴	۲۲/۲
مجموع	۱۸	۱۰۰	۱۸	۱۰۰
میانگین (انحراف معیار)	(۹/۱۴۷)۳۱/۴۴۴			
مقدار خی دو (معناداری)	(۰/۹۲۸)۰/۱۵۰			
میانگین (انحراف معیار)	(۹/۴۴۴)۳۱/۳۸۹			
مقدار خی دو (معناداری)	(۰/۷۳۵)۰/۱۱۴			
زن	۱۱	۶۱/۱	۱۰	۵۵/۶
مرد	۷	۳۸/۹	۸	۴۴/۴
مجموع	۱۸	۱۰۰	۱۸	۱۰۰
جنسیت	مقدار خی دو (معناداری)			

در جدول ۲. فراوانی و درصد فراوانی جنسیت و سن شرکت کنندگان در گروه‌های مختلف (درمان روابط ابژه کوتاه مدت و کنترل) مشاهده می‌شود. نتایج آزمون خی دو نشان می‌دهد که از نظر جنسیت ($p > 0.05$) و سن ($p > 0.05$) در دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه درمان روابط ابژه کوتاه مدت $31/44 \pm 9/147$ و در گروه کنترل $31/89 \pm 9/444$ گزارش شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات خودآگاهی، اضطراب اجتماعی و آلکسی تایمیا و ابعاد آنها به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

متغیر	گروه	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	زمان	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب اجتماعی	پیش آزمون	۴۳/۱۱۱	۸/۷۲۴	۴۲/۴۴۴	۹/۴۵۱
	پس آزمون	۲۹/۷۷۸	۸/۵۳۸	۴۳/۰۰۰	۱۰/۱۷۵
	پیگیری	۲۹/۷۲۲	۸/۹۰۳	۴۲/۸۸۹	۹/۴۸۶
ترس	پیش آزمون	۱۵/۳۳۳	۴/۲۴۳	۱۵/۰۵۶	۴/۵۳۱
	پس آزمون	۱۱/۵۵۶	۳/۴۵۱	۱۵/۸۳۳	۵/۱۲۵
	پیگیری	۱۱/۶۱۱	۳/۹۸۷	۱۵/۶۶۷	۴/۹۴۷
اجتناب	پیش آزمون	۱۴/۷۲۲	۴/۸۲۴	۱۴/۴۴۴	۴/۶۶۸
	پس آزمون	۱۰/۱۶۷	۴/۳۱۵	۱۴/۸۸۹	۴/۶۷۶
	پیگیری	۱۰/۰۰۰	۴/۸۳۹	۱۴/۸۸۹	۴/۴۸۴

۲/۰۱۴	۱۲/۹۴۴	۲/۰۷۱	۱۳/۰۵۶	پیش آزمون	ناراحتی فیزیولوژیک
۲/۵۱۶	۱۲/۲۷۸	۳/۵۳۹	۸/۰۵۶	پس آزمون	
۲/۵۲۱	۱۲/۳۳۳	۳/۳۹۴	۸/۱۱۱	پیگیری	
۱۶/۹۸۴	۵۷/۳۳۳	۱۶/۳۰۳	۵۷/۳۸۹	پیش آزمون	آلکسی تایمیا
۱۷/۰۷۷	۵۷/۸۸۹	۱۰/۶۰۰	۴۰/۶۱۱	پس آزمون	
۱۶/۵۲۸	۵۸/۶۶۷	۱۰/۶۵۲	۴۰/۹۴۴	پیگیری	
۷/۱۸۰	۲۲/۵۵۶	۶/۷۰۶	۲۲/۱۶۷	پیش آزمون	دشواری در شناسایی احساسات
۶/۹۷۸	۲۲/۸۸۹	۴/۸۴۲	۱۶/۱۶۷	پس آزمون	
۶/۹۷۸	۲۲/۸۸۹	۴/۳۷۶	۱۶/۲۷۸	پیگیری	
۵/۳۱۵	۱۵/۶۱۱	۴/۸۳۷	۱۵/۸۸۹	پیش آزمون	دشواری در بیان احساسات
۵/۱۱۷	۱۵/۷۷۸	۳/۶۳۸	۱۰/۹۴۴	پس آزمون	
۴/۶۱۳	۱۶/۱۱۱	۳/۸۸۱	۱۱/۰۰۰	پیگیری	
۷/۹۰۶	۱۹/۱۶۷	۷/۴۶۶	۱۹/۲۷۸	پیش آزمون	تفکر با جهت- گیری خارجی
۷/۸۷۸	۲۰/۲۲۲	۶/۳۶۴	۱۳/۵۰۰	پس آزمون	
۷/۷۲۳	۱۹/۶۶۷	۶/۳۳۴	۱۳/۶۶۷	پیگیری	
۵/۶۷۶	۱۵/۸۸۹	۵/۱۴۳	۱۵/۲۷۸	پیش آزمون	خودآگاهی
۵/۳۹۶	۱۶/۰۵۶	۴/۰۵۸	۲۱/۶۶۷	پس آزمون	
۵/۱۹۳	۱۵/۵۰۰	۴/۲۴۵	۲۱/۳۸۹	پیگیری	

یافته‌های توصیفی نشان داد که در گروه درمان روابط ابژه کوتاه مدت، خودآگاهی افزایش و اضطراب اجتماعی و آلکسی تایمیا کاهش بیشتری در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون داشته‌اند، درحالی که در گروه کنترل تغییرات معناداری مشاهده نشد. میزان افزایش خودآگاهی و کاهش اضطراب اجتماعی و آلکسی تایمیا در گروه آزمایش، به طور قابل توجهی بیشتر از گروه کنترل بود. فرضیه اصلی- مداخله گروهی روابط ابژه کوتاه مدت بر خودآگاهی، اضطراب اجتماعی و آلکسی تایمیا در بیماران مبتلا به آسم اثر بخش است.

در پژوهش حاضر جهت تجزیه و تحلیل استنباطی نتایج از تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر استفاده شد، که پژوهشگر را قادر می‌سازد اثربخشی روابط ابژه کوتاه مدت بر متغیرهای پژوهش را بررسی نماید. پیش فرض‌های اصلی آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر، عبارت‌اند از: ۱- نرمال بودن توزیع نمرات ۲- یکسانی ماتریس واریانس- کوواریانس، ۳- یکسانی واریانس اختلافات، ۴- همگنی واریانس‌های نمرات قبل

از آزمون فرضیه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. برای آزمون نرمال یا عدم نرمال بودن داده‌های پژوهش از شاپیرو و ویلک استفاده شد.

جدول ۴. آزمون شاپیرو و ویلک جهت ارزیابی نرمال بودن توزیع خود آگاهی، آلکسی تایمیا، اضطراب اجتماعی و ابعاد آنها در دو گروه و سه مرحله پژوهش

متغیر	گروه	مدت کوتاه ابژه روابط گروه درمان		گروه کنترل	
		زمان	آماره آزمون	معنی داری	آماره آزمون
اضطراب اجتماعی	پیش آزمون	۰/۹۵۸	۰/۵۵۵	۰/۹۶۱	۰/۶۲۳
	پس آزمون	۰/۹۷۶	۰/۸۹۳	۰/۹۷۰	۰/۸۰۴
	پیگیری	۰/۹۷۱	۰/۸۱۳	۰/۹۵۳	۰/۴۸۰
ترس	پیش آزمون	۰/۹۵۶	۰/۵۲۹	۰/۹۶۱	۰/۶۲۵
	پس آزمون	۰/۹۷۱	۰/۸۰۷	۰/۹۶۵	۰/۶۹۶
	پیگیری	۰/۹۴۳	۰/۳۳۰	۰/۹۵۹	۰/۵۷۹
اجتناب	پیش آزمون	۰/۹۶۹	۰/۷۸۶	۰/۹۷۶	۰/۹۰۰
	پس آزمون	۰/۹۸۳	۰/۹۷۴	۰/۹۲۷	۰/۱۷۱
	پیگیری	۰/۹۶۰	۰/۶۰۲	۰/۹۵۵	۰/۵۰۰
ناراحتی فیزیولوژیک	پیش آزمون	۰/۹۵۴	۰/۴۸۹	۰/۹۶۰	۰/۶۰۷
	پس آزمون	۰/۹۳۷	۰/۲۶۰	۰/۹۴۷	۰/۳۷۳
	پیگیری	۰/۹۷۲	۰/۸۳۹	۰/۹۴۶	۰/۳۶۷
آلکسی تایمیا	پیش آزمون	۰/۹۶۰	۰/۶۰۹	۰/۹۴۵	۰/۳۴۸
	پس آزمون	۰/۹۷۴	۰/۸۷۶	۰/۹۳۱	۰/۲۰۴
	پیگیری	۰/۹۲۲	۰/۱۴۳	۰/۹۵۱	۰/۴۳۹
دشواری در شناسایی احساسات	پیش آزمون	۰/۹۵۸	۰/۵۶۴	۰/۹۵۷	۰/۵۵۰
	پس آزمون	۰/۹۴۹	۰/۴۱۵	۰/۹۲۳	۰/۱۴۴
	پیگیری	۰/۹۲۹	۰/۱۸۵	۰/۹۵۳	۰/۴۶۶
دشواری در بیان احساسات	پیش آزمون	۰/۹۷۵	۰/۸۷۷	۰/۹۶۵	۰/۷۰۸
	پس آزمون	۰/۹۵۷	۰/۵۴۰	۰/۹۵۵	۰/۵۱۳
	پیگیری	۰/۹۶۹	۰/۷۸۵	۰/۹۸۳	۰/۹۷۳
تفکر با جهت گیری خارجی	پیش آزمون	۰/۹۳۶	۰/۲۵۲	۰/۹۲۸	۰/۱۸۲
	پس آزمون	۰/۹۰۸	۰/۰۸۰	۰/۹۳۳	۰/۲۱۷
	پیگیری	۰/۹۳۱	۰/۲۰۱	۰/۹۱۳	۰/۰۹۷

۰/۵۲۴	۰/۹۵۶	۰/۶۶۲	۰/۹۶۳	پیش آزمون	خودآگاهی
۰/۸۰۹	۰/۹۷۱	۰/۳۲۲	۰/۹۴۳	پس آزمون	
۰/۷۶۵	۰/۹۶۸	۰/۰۸۸	۰/۹۱۰	پیگیری	

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که مقدار P برای متغیرهای خودآگاهی، اضطراب اجتماعی و آلکسی تایمیا در همه گروه ها و در هر سه زمان بزرگ تر از ۰/۰۵ است، بنابراین فرضیه صفر رد نمی شود و تمامی متغیرها از توزیع نرمال پیروی می کنند.

پیش فرض یکسانی ماتریس واریانس-کوواریانس

جدول ۵. آزمون ام باکس

متغیر	مقدار ام باکس	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
اضطراب اجتماعی	۹/۵۴۶	۱/۴۳۸	۶	۸۳۷۵/۵۴۷	۰/۱۹۶
ترس	۱۰/۲۷۱	۱/۵۴۷	۶	۸۳۷۵/۵۴۷	۰/۱۵۸
اجتناب	۱۴/۱۲۹	۲/۱۲۸	۶	۸۳۷۵/۵۴۷	۰/۰۴۷
ناراحتی فیزیولوژیک	۹/۰۰۹	۱/۳۵۷	۶	۸۳۷۵/۵۴۷	۰/۲۲۴
آلکسی تایمیا	۱۵/۸۴۳	۲/۳۸۶	۶	۸۳۷۵/۵۴۷	۰/۰۲۶
دشواری در شناسایی احساسات	۱۳/۱۵۶	۱/۹۸۱	۶	۸۳۷۵/۵۴۷	۰/۰۶۵
دشواری در بیان احساسات	۱۴/۲۰۳	۲/۱۳۹	۶	۸۳۷۵/۵۴۷	۰/۰۴۶
تفکر با جهت گیری خارجی	۱۲/۰۳۰	۱/۸۱۲	۶	۸۳۷۵/۵۴۷	۰/۰۹۳
خودآگاهی	۱۱/۴۶۹	۱/۷۲۷	۶	۸۳۷۵/۵۴۷	۰/۱۱۰

با توجه به اینکه مقدار معناداری آزمون برای اضطراب اجتماعی، آلکسی تایمیا و خودآگاهی و ابعاد آنها بزرگ تر از ۰/۰۰۱ است، مفروضه مورد نظر نقض نشده است.

پیش فرض یکسانی واریانس اختلافات

جدول ۶. آزمون ماچلی برای متغیرهای خودآگاهی، اضطراب اجتماعی و آلکسی تایمیا

متغیر	آماره ماچلی	خی دو	درجه آزادی	معنی داری
اضطراب اجتماعی	۰/۸۴۶	۵/۵۰۰	۲	۰/۰۶۴
ترس	۰/۹۱۸	۲/۸۲۵	۲	۰/۲۴۴
اجتناب	۰/۶۵۸	۱۳/۸۰۴	۲	۰/۰۰۱
ناراحتی فیزیولوژیک	۰/۹۷۷	۰/۷۷۶	۲	۰/۶۷۸

آلکسی تایمیا	۰/۷۱۹	۱۰/۸۹۵	۲	۰/۰۰۴
دشواری در شناسایی احساسات	۰/۹۱۵	۲/۹۱۹	۲	۰/۲۳۲
دشواری در بیان احساسات	۰/۸۱۹	۶/۵۷۳	۲	۰/۰۳۷
تفکر با جهت گیری خارجی	۰/۸۰۱	۷/۳۱۳	۲	۰/۰۲۶
خودآگاهی	۰/۶۳۸	۱۴/۸۴۶	۲	۰/۰۰۱

با توجه به اینکه مقدار معناداری آزمون در متغیر آلکسی تایمیا، خودآگاهی دشواری در بیان احساسات، تفکر با جهت گیری خارجی و بعد اجتناب کوچک تر از ۰/۰۵ است، مفروضه موردنظر نقض شده و از آزمون محافظه کارانه گرین هاوس-گیزر برای تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده می شود. پیش فرض همگنی واریانس ها

جدول ۷. آزمون همگنی واریانس ها در متغیرهای خودآگاهی، اضطراب اجتماعی و آلکسی تایمیا

متغیر	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری		
	آماره F	معنی داری	آماره F	معنی داری	آماره F
اضطراب اجتماعی	۱/۱۴۰	۰/۲۹۳	۰/۲۵۶	۰/۶۱۶	۰/۰۲۵
ترس	۰/۰۹۵	۰/۷۶۰	۲/۳۳۵	۰/۱۳۶	۰/۹۱۰
اجتناب	۰/۰۰۹	۰/۹۲۵	۰/۰۸۷	۰/۷۷۰	۰/۲۰۳
ناراحتی فیزیولوژیک	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸۸	۱/۲۵۴	۰/۲۷۱	۱/۷۳۳
آلکسی تایمیا	۰/۰۸۹	۰/۷۶۸	۳/۵۹۶	۰/۰۶۶	۳/۲۰۵
دشواری در شناسایی احساسات	۰/۰۸۱	۰/۷۷۸	۴/۰۵۶	۰/۰۵۲	۴/۰۸۶
دشواری در بیان احساسات	۰/۳۲۵	۰/۵۷۲	۴/۰۸۴	۰/۰۵۱	۰/۷۶۳
تفکر با جهت گیری خارجی	۰/۱۰۵	۰/۷۴۸	۱/۰۶۶	۰/۳۰۹	۱/۳۶۵
خودآگاهی	۰/۰۰۴	۰/۹۵۱	۰/۴۴۱	۰/۵۱۱	۰/۰۶۷

با توجه به سطح معناداری آزمون لوین، مفروضه همگنی واریانس ها برای متغیرهای اضطراب اجتماعی، آلکسی تایمیا، خودآگاهی و ابعاد آن ها در تمامی مراحل رعایت شده است ($P > 0.05$).

جدول ۸. نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی در آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر در متغیرهای خودآگاهی، اضطراب اجتماعی و آلکسی تایمیا

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
اضطراب اجتماعی	اثر زمان	۹۹۲/۵۷۴	۲	۴۹۶/۲۸۷	۸۰/۱۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۲	۰/۹۹۹
	تعامل زمان×گروه	۱۱۵۲/۷۹۶	۲	۵۷۶/۳۹۸	۹۳/۰۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۲	۰/۹۹۹
	خطا (زمان)	۴۲۱/۲۹۶	۶۸	۶/۱۹۶				
	اثر گروه	۱۹۸۴/۸۹۸	۱	۱۹۸۴/۸۹۸	۸/۱۶۳	۰/۰۰۰۷	۰/۱۹۴	۰/۷۹۳
	خطا	۸۲۶۷/۴۲۶	۳۴	۲۴۳/۱۶۰				
ترس	اثر زمان	۵۶/۰۷۴	۲	۲۸/۰۳۷	۲۰/۹۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸۱	۰/۹۹۹
	تعامل زمان×گروه	۱۱۸/۷۴۱	۲	۵۹/۳۷۰	۴۴/۲۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶۶	۰/۹۹۹
	خطا (زمان)	۹۱/۱۸۵	۶۸	۱/۳۴۱				
	اثر گروه	۱۹۴/۶۷۶	۱	۱۹۴/۶۷۶	۳/۴۸۶	۰/۰۷۱	۰/۰۹۳	۰/۴۴۲
	خطا	۱۸۹۸/۹۸۱	۳۴	۵۵/۸۵۲		خطا	۱۸۹۸/۹۸۱	
اجتناب	اثر زمان	۱۰۵/۶۸۵	۱/۴۹۱	۷۰/۹۰۶	۲۹/۴۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶۵	۰/۹۹۹
	تعامل زمان×گروه	۱۵۵/۱۶۷	۱/۴۹۱	۱۰۴/۱۰۳	۴۳/۳۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶۰	۰/۹۹۹
	خطا (زمان)	۱۲۱/۸۱۵	۵۰/۶۷۷	۲/۴۰۴				
	اثر گروه	۲۶۱/۳۳۳	۱	۲۶۱/۳۳۳	۴/۲۸۸	۰/۰۴۶	۰/۱۱۲	۰/۵۲۱
	خطا	۲۰۷۲/۲۹۶	۳۴	۶۰/۹۵۰	خطا	۲۰۷۲/۲۹۶	۳۴	۶۰/۹۵۰
ناراحتی فیزیولوژیک	اثر زمان	۱۸/۹۶۳	۲	۹۴/۴۸۱	۴۸/۰۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸۶	۰/۹۹۹
	تعامل زمان×گروه	۱۱۲/۶۶۷	۲	۵۶/۳۳۳	۲۸/۶۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵۷	۰/۹۹۹
	خطا (زمان)	۱۳۳/۷۱۴	۶۸	۱/۹۶۶				
	اثر گروه	۲۰۸/۳۳۳	۱	۲۰۸/۳۳۳	۱۱/۱۹۹	۰/۰۰۲	۰/۲۴۸	۰/۹۰۲
	خطا	۶۳۲/۵۱۹	۳۴	۱۸/۶۰۳				
	اثر زمان	۱۴۷۸/۲۲۲	۱/۵۶۱	۹۴۶/۹۳۷	۵۵/۰۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱۸	۰/۹۹۹
	تعامل	۱۸۵۰/۰۷۴	۱/۵۶۱	۱۱۸۵/۱۴۳	۶۸/۹۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۰	۰/۹۹۹

							زمان×گروه	آلکسی تایمیا
				۱۶/۱۹۰	۵۳/۰۷۶	۹۱۲/۳۷۰	خطا(زمان)	
۰/۶۳۸	۰/۱۴۳	۰/۰۲۳	۵/۶۷۴	۳۶۶۳/۳۴۳	۱	۳۶۶۳/۳۴۳	اثر گروه	
				۶۴۵/۶۱۵	۳۴	۲۱۹۲۰/۹۰۷	خطا	
۰/۹۹۹	۰/۴۸۶	۰/۰۰۰۱	۳۲/۱۰۵	۱۱۴/۸۱۵	۲	۲۲۹/۶۳۰	اثر زمان	
۰/۹۹۹	۰/۴۵۶	۰/۰۰۰۱	۲۸/۵۰۱	۱۰۱/۹۲۶	۲	۲۰۳/۸۵۲	تعامل زمان×گروه	دشواری در شناسایی احساسات
				۵۷۶/۳	۶۸	۱۵۸/۲۴۳	خطا(زمان)	
۰/۵۳۴	۰/۱۱۵	۰/۰۴۳	۴/۴۲۹	۴۸۵/۵۶۵	۱	۴۸۵/۵۶۵	اثر گروه	
۱۰۹/۶۳۰	۳۴	۳۷۲۷/۴۲۶	خطا	۱۰۹/۶۳۰	۳۴	۳۷۲۷/۴۲۶	خطا	
۰/۹۹۹	۰/۴۸۷	۰/۰۰۰۱	۳۲/۲۶۰	۷۴/۸۰۵	۱/۶۹۴	۱۲۶/۷۲۲	اثر زمان	
۰/۹۹۹	۰/۵۵۴	۰/۰۰۰۱	۴۲/۱۸۹	۹۷/۸۲۶	۱/۶۹۴	۱۶۵/۷۲۲	تعامل زمان×گروه	دشواری در بیان احساسات
				۳۱۹/۲	۵۹۸/۵۷	۵۹۶/۱۳۳	خطا(زمان)	
۰/۵۵۷	۰/۱۲۱	۰/۰۳۷	۴/۶۹۱	۲۸۰/۳۳۳	۱	۲۸۰/۳۳۳	اثر گروه	
				۵۹/۷۷۵	۳۴	۲۰۳۲/۳۳۳	خطا	
۰/۹۹۹	۰/۴۴۰	۰/۰۰۰۱	۲۶/۷۴۴	۸۷/۳۴۴	۱/۶۶۸	۱۵۴/۷۲۲	اثر زمان	
۰/۹۹۹	۰/۵۷۸	۰/۰۰۰۱	۴۶/۰۵۶	۱۵۲/۰۵۶	۱/۶۶۸	۲۵۳/۶۸۵	تعامل زمان×گروه	تفکر با جهت گیری خارجی
				۲۶۶/۳	۷۲۵/۵۶	۲۵۹/۱۵۸	خطا(زمان)	
۰/۴۰۰	۰/۰۸۳	۰/۰۸۸	۳/۰۸۱	۴۷۷/۱۲۰	۱	۴۷۷/۱۲۰	اثر گروه	
				۱۵۴/۸۳۷	۳۴	۵۲۶۴/۴۶۳	خطا	
۰/۹۹۹	۰/۵۱۸	۰/۰۰۰۱	۳۶/۵۹۹	۱۵۶/۱۴۸	۱/۴۶۸	۲۲۹/۲۴۱	اثر زمان	
۰/۹۹۹	۰/۵۳۳	۰/۰۰۰۱	۳۸/۸۱۶	۱۶۵/۶۰۸	۱/۴۶۸	۲۴۳/۱۳۰	تعامل زمان×گروه	خودآگاهی
				۴/۲۶۶	۴۹/۹۱۵	۲۱۲/۹۶۳	خطا(زمان)	
۰/۶۰۱	۰/۱۳۳	۰/۰۲۹	۵/۲۰۴	۳۵۵/۷۰۴	۱	۳۵۵/۷۰۴	اثر گروه	
				۶۸/۳۵۷	۳۴	۲۳۲۴/۱۴۸	خطا	

با توجه به رعایت پیش‌فرض کرویت ماچلی، نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهد که در متغیرهای آلکسی تایمیا، اضطراب اجتماعی و خودآگاهی، هم در اثر درون‌گروهی (بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و هم در اثر بین‌گروهی (تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل)، تفاوت‌های معناداری وجود دارد ($P<0.001$, $P<0.05$).

توان آزمون در تمامی متغیرها در سطح درون‌گروهی بالاتر از ۰/۹ و در سطح بین‌گروهی بالاتر از ۰/۶ است که نشان‌دهنده قدرت آماری مناسب تحلیل است. همچنین، در برخی ابعاد، به دلیل تخطی از مفروضه کرویت، از آزمون محافظه‌کارانه گرین‌هاوس-گیزر استفاده شده است.

نتیجه

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله گروهی روابط ابژه کوتاه مدت بر خودآگاهی، اضطراب اجتماعی و آلکسی تایمیا در بیماران مبتلا به آسم بود. نتایج نشان داد که این درمان بر بهبود ابعاد خودآگاهی و اضطراب اجتماعی و آلکسی تایمیا در افراد آسمی تأثیر معنی‌دار داشته و این اثر تا مرحله پیگیری نیز ماندگار بوده است. در تبیین اثربخشی مداخله گروهی روابط ابژه کوتاه مدت بر خودآگاهی بیماران می‌توان گفت، درمان گروهی روابط ابژه کوتاه مدت با تمرکز بر شناسایی و اصلاح الگوهای ناهشیارانه روابط بین‌فردی، نقش مهمی در افزایش خودآگاهی بیماران مبتلا به آسم دارد. این رویکرد با تحلیل روابط ابژه اولیه، به بیماران کمک می‌کند تا وابستگی‌های ناخودآگاه خود را شناسایی کرده و تعارضات ارتباطی خود را بهتر درک کنند (Soleimani & Izadi, 2024). از طریق فرآیندهای گروهی، مکانیزم‌های دفاعی مانند انکار و سرکوب مورد بررسی قرار گرفته و بیمار تشویق می‌شود که احساسات و روابط خود را به شیوه‌ای سالم‌تر بازسازی کند. در نتیجه، این درمان نه تنها خودآگاهی بیماران را افزایش می‌دهد، بلکه بهبود کیفیت روابط بین‌فردی و کاهش اضطراب‌های مرتبط با آن را نیز تسهیل می‌کند (Mobassem et al., 2012). در تبیین اثر بخشی درمان گروهی روابط ابژه کوتاه مدت بر اضطراب اجتماعی این بیماران می‌توان گفت، مداخله گروهی روابط ابژه با تأکید بر شناسایی و بازسازی ابژه‌های درونی، نقش مؤثری در کاهش اضطراب اجتماعی دارد. این درمان به بیماران کمک می‌کند تا الگوهای فرافکنی خود را شناسایی کرده و از تجربه دیگران به عنوان قضاوت‌گر یا تهدید‌گر فاصله بگیرند (Turi et al., 2021). در فضای گروهی، تحلیل انتقالات به بیماران امکان می‌دهد که الگوهای هیجانی و دفاعی ناکارآمد خود را درک کنند و به جای اجتناب افراطی، تعاملات مثبت را تجربه نمایند (Jiao et al., 2022). همچنین، این مداخله با فراهم‌سازی محیطی ایمن و حمایتی، به کاهش علائم فیزیولوژیک اضطراب، پردازش هیجانات

سرکوب شده و تقویت احساس ارزشمندی در روابط اجتماعی بیماران مبتلا به آسم کمک می‌کند. همچنین در تبیین اثر بخشی درمان گروهی روابط ابژه کوتاه مدت بر آلکسی تایمیا افراد مبتلا به آسم می‌توان گفت، آلکسی تایمیا و نقش مداخله گروهی روابط ابژه در بازسازی پردازش هیجانی ناگویی هیجانی (آلکسی تایمیا) به عنوان یک نقص در پردازش و تنظیم هیجانات، شامل دشواری در شناسایی و بیان احساسات و تمایل به تفکر با جهت گیری خارجی است که در بیماران مبتلا به آسم می‌تواند شدت علائم جسمانی را افزایش دهد. این پدیده ریشه در نارسایی های اولیه روابط ابژه دارد، به گونه ای که زمانی که مراقب اولیه در تنظیم هیجانات کودک ناکارآمد باشد، فرایندهای نمادسازی مختل شده و فرد در بزرگسالی قادر به پردازش هیجانات خود نخواهد بود (Silvestro et al., 2023). در این میان، مداخله گروهی روابط ابژه کوتاه مدت با تمرکز بر بازسازی ابژه های درونی، تحلیل دفاع های روانی، و فراهم سازی بستری برای تجربه و بازشناسی هیجانات، نقش کلیدی در کاهش آلکسی تایمیا ایفا می‌کند.

یکی از تکنیک های اصلی این مداخله، کار با انتقال و انتقال متقابل است که به بیماران کمک می‌کند مکانیزم های دفاعی ناهشیار خود را در تعامل با درمانگر و سایر اعضای گروه شناسایی کنند. در این فرآیند، دفاع هایی همچون گسستگی و انکار هیجانی که موجب سرکوب احساسات شده اند، به تدریج آشکار و تحلیل می‌شوند. تکنیک همدلی درمانگر و بازشناسی هیجانات نیز به بیماران امکان می‌دهد تا در یک فضای ایمن، تجارب هیجانی خود را شناسایی و پردازش کنند. از طریق تحلیل همانندسازی فرافکنانه، بیمار می‌تواند الگوهای فرافکنی خود را در روابط بین فردی شناسایی کرده و آن ها را به جای سرکوب، مورد بازاندیشی قرار دهد (Blum, 2010).

اما نتایج بررسی ادبیات و پیشینه پژوهش در خصوص بیماران مبتلا به آسم نشان می‌دهد تاکنون در تحقیقات انجام شده به بررسی اثربخشی مداخله گروهی روابط ابژه کوتاه مدت بر خودآگاهی، اضطراب اجتماعی و آلکسی تایمیا در بیماران مبتلا به آسم پرداخته نشده است و در این زمینه شکاف تحقیقاتی مشهود است لذا در این مقاله به اثربخشی مداخله گروهی روابط ابژه کوتاه مدت بر خودآگاهی، اضطراب اجتماعی و آلکسی تایمیا در بیماران مبتلا به آسم پرداخته شد. نتایج تحقیق نشان داد مداخله گروهی روابط ابژه کوتاه مدت تأثیر معناداری بر میزان خودآگاهی، اضطراب اجتماعی و آلکسی تایمیا در بیماران مبتلا به آسم داشته است، با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، درمان گروهی روابط ابژه کوتاه مدت توانست تأثیر معناداری بر خودآگاهی، اضطراب اجتماعی و آلکسی تایمیا در بیماران مبتلا به آسم داشته باشد. با این حال، این مطالعه با محدودیت هایی همراه بود که باید در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرد. از جمله این محدودیت ها

می‌توان به نمونه‌گیری هدفمند و حجم نمونه نسبتاً کوچک اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج به سایر جوامع را محدود می‌سازد. همچنین تمرکز مطالعه بر یک گروه سنی خاص (۲۵ تا ۳۰ سال) و یک منطقه جغرافیایی مشخص (شهر تهران)، دامنه تعمیم نتایج را کاهش داده و ضرورت انجام مطالعاتی با نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر از نظر سنی، فرهنگی و منطقه‌ای را برجسته می‌سازد. نبود گروه مقایسه‌ای با سایر رویکردهای درمانی نیز از دیگر محدودیت‌هایی است که امکان بررسی نسبی اثربخشی این روش را محدود می‌کند. همچنین، مداخله صرفاً در محیط درمانی دانشگاهی انجام شده و شرایط واقعی زندگی روزمره بیماران به‌طور کامل لحاظ نشده است. افزون بر این، تاکنون در مطالعات پیشین به بررسی اثربخشی این درمان بر خودآگاهی، اضطراب اجتماعی و آلکسی‌تایمیا در بیماران مبتلا به آسم پرداخته نشده و امکان مقایسه نتایج تحقیق حاضر با پژوهش‌های پیشین وجود نداشت.

بر این اساس، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با طراحی‌های دقیق‌تر و استفاده از نمونه‌های گسترده‌تر به بررسی اثرات بلندمدت این نوع درمان پرداخته و امکان تعمیم یافته‌ها را افزایش دهند. همچنین، بهره‌گیری از طرح‌های ترکیبی (کمی-کیفی) می‌تواند به درک عمیق‌تری از فرآیندهای روان‌درمانی و تجربه زیسته مراجعان بینجامد. اجرای این مداخله در مراکز درمانی مختلف، از جمله کلینیک‌های عمومی و خصوصی، می‌تواند میزان کارایی و انعطاف‌پذیری آن را در بافت‌های متفاوت به محک بگذارد. همچنین، مقایسه درمان روابط ابژه کوتاه‌مدت با سایر رویکردهای روان‌درمانی نظیر شناختی-رفتاری یا ذهن‌آگاهی، می‌تواند اطلاعات ارزشمندی در راستای انتخاب رویکرد درمانی مناسب برای بیماران مبتلا به آسم فراهم سازد. از منظر بالینی، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد درمانگران می‌توانند با بهره‌گیری از تکنیک‌های روابط ابژه مانند تحلیل انتقال، بازشناسی ابژه‌های درونی، و مواجهه با تعارضات ناهشیار، به بهبود وضعیت هیجانی و ارتباطی این بیماران کمک کرده و از طریق تقویت ظرفیت‌های بازتابی و خودشناسی، مسیر درمان روان‌تنی را اثربخش‌تر سازند.

لذا به درمانگران پیشنهاد می‌شود از این مداخله درمانی در جهت افزایش خودآگاهی و کاهش میزان اضطراب اجتماعی و آلکسی‌تایمیا در بیماران مبتلا به آسم بهره‌گیرند. همچنین، ضروری است درمانگران در طراحی و اجرای مداخلات، به تفاوت‌های فرهنگی، خانوادگی و ویژگی‌های روان‌تنی بیماران توجه ویژه‌ای داشته باشند تا بتوانند رویکردی جامع، فردمحور و متناسب با نیازهای مراجعان ارائه دهند. در همین راستا، انجام مطالعات آتی در جوامع آماری متنوع و مقایسه نتایج آن‌ها با یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند در جهت تثبیت اثربخشی این رویکرد درمانی و توسعه کاربردهای بالینی آن در بافت‌های گوناگون مؤثر واقع شود.

بدین وسیله پژوهشگران از تمامی شرکت کنندگان در این مطالعه صمیمانه قدردانی می کنند. همچنین، نویسندگان اعلام می دارند که هیچ گونه تعارض منافی در این پژوهش وجود ندارد. شایان ذکر است که این تحقیق برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد با کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1403.005 بوده و بدون دریافت حمایت مالی از هیچ سازمانی انجام شده است.

References

- Batard, T., Taillé, C., Guilleminault, L., Bozek, A., Floch, V. B. L., Pfaar, O., Canonica, W. G., Akdis, C., Shamji, M. H., & Mascarell, L. (2025). Allergen immunotherapy for the prevention and treatment of asthma. *Clinical & Experimental Allergy*, 55(2), 111-141. PMID: [PMC11791393](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3911791393/) DOI: [10.1111/cea.14575](https://doi.org/10.1111/cea.14575)
- Blum, H. P. (2010). Object relations in contemporary psychoanalysis: Contrasting views. *Contemporary Psychoanalysis*, 46(1), 32-47 DOI: [10.2202/1548-923X.2035](https://doi.org/10.2202/1548-923X.2035).
- Carr, T. F., Fajt, M. L., Kraft, M., Phipatanakul, W., Szeffler, S. J., Zeki, A. A., Peden, D. B., White, S. R., for Severe, P. I., & Group, o. E.-P. A. N. R. (2023). Treating asthma in the time of COVID. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 151(4), 809-817. DOI: [10.1016/j.jaci.2022.12.800](https://doi.org/10.1016/j.jaci.2022.12.800)
- Cohen, C. T., & Hulsey, T. L. (2022). Object relations-focused psychoanalytic psychotherapy in the treatment of narcissistic personality disorder. *Clinical Case Studies*, 21(5), 474-491. DOI: [10.1177/15346501221098071](https://doi.org/10.1177/15346501221098071)
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Weisler, R. H., & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 379-386. DOI: [10.1192/bjp.176.4.379](https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379)
- Devlag, S. (2014). The effectiveness of short-term object relations couples therapy on improvement of family functioning of clients filing for divorce. *International Journal of Behavioral Sciences*, 8(2), 123-129.
- Eassey, D., Reddel, H. K., Ryan, K., & Smith, L. (2021). Living with severe asthma: the role of perceived competence and goal achievement. *Chronic Illness*, 17(4), 416-432. DOI: [10.1177/1742395319884104](https://doi.org/10.1177/1742395319884104)
- Ezzati, A., Rafieinia, P., Sabahi, P., & Makvand Hosseini, S. (2021). The effectiveness of the Object Relations Brief Psychotherapy on domains of personality organization and postpartum depression symptoms. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 64(3), 3292-3312. [10.22038/mjms.2021.18890](https://doi.org/10.22038/mjms.2021.18890)
- Figuroa, R., Taramasco, C., Pérez-Villalobos, C., Lagos, M. E., Nazar, G., Rimassa, C.,

- Herrera, D., Pino, E., Godoy, J., & Arrieta, J. (2024). Education of Patients with Asthma Leading to the Self-management of their Condition? The primary Health Care Providers' Approach. *Revista médica de Chile*, 152(7), 808-817. DOI: [10.4067/s0034-98872024000700808](https://doi.org/10.4067/s0034-98872024000700808)
- Ghanadzadegan, F., Rahimian Boogar, I., & Pourasghar, M. (2020). Effectiveness of short-term object relation psychotherapy on interpersonal relationships, self-destruct behaviors and personality organization in patients with borderline personality disorder: A clinical trial study. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 22(4), 30-39. URL: <http://goums.ac.ir/journal/article-1-3731-en.html>
- Habibi, N., Bazzazian, S., & Ahadi, H. (2021). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Rational Emotive Behavior Therapy in Reducing Social Anxiety among Overweight Adolescents. *Razavi International Journal of Medicine*, 9(1), 57-62. [10.30483/rijm.2021.254170.1023](https://doi.org/10.30483/rijm.2021.254170.1023)
- Haji alizadeh, K., Haji alizadeh, K., Zarei, E., & Dortaj, F. (2021). Effectiveness of Intensive Short- Term Dynamic Psychotherapy on Alexithymia in Rheumatoid Arthritis Patients *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 19(1), 139-148. <https://doi.org/https://doi.org/10.52547/rbs.19.1.139>
- Hu, B., Mao, Y., & Kim, K. J. (2023). How social anxiety leads to problematic use of conversational AI: The roles of loneliness, rumination, and mind perception. *Computers in Human Behavior*, 145, 107760. DOI: 10.1016/j.chb.2023.107760
- Jaremka, L. M., & Pacanowski, C. R. (2019). Social anxiety symptoms moderate the link between obesity and metabolic function. *Psychoneuroendocrinology*, 110, 104425. DOI: [10.1016/j.psyneuen.2019.104425](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.104425)
- Javaheri Mohamadi, A., Keshavarz Afshar, H., & Bagherzadeh, S. (2022). Relationship between emotional self-control, alexithymia and educational emotional with academic burnout in students with learning disorder. *Pajouhan Scientific Journal*, 20(1), 57-63. [10.61186/psj.20.1.57](https://doi.org/10.61186/psj.20.1.57)
- Jiao, J., Terán, L., & Aubrey, J. S. (2022). Buffering an objectifying culture: Interpersonal sexual objectification, self-objectification, and attachment anxiety. *Psychology of Women Quarterly*, 46(4), 438-453. <https://doi.org/10.1177/03616843221115335>
- Kalmarzi, R. N., Moradi, G., Majd, S. A., & Khanpuor, F. (2018). The effect of mindfulness-based cognitive therapy on mindfulness and quality of life for patients with asthma. *Shenakht J Psychol Psychiatry*, 5(5), 1-14.
- Kernberg, O. F. (2018). *Treatment of severe personality disorders: Resolution of aggression and recovery of eroticism*. American Psychiatric Pub.
- Levy, M. L., Bacharier, L. B., Bateman, E., Boulet, L.-P., Brightling, C., Buhl, R., Brusselle, G., Cruz, A. A., Drazen, J. M., & Duijts, L. (2023). Key recommendations for primary care from the 2022 Global Initiative for Asthma (GINA) update. *NPJ primary care respiratory medicine*, 33(1), 7. doi: 10.1038/s41533-023-00330-1

- Liang, Y., Song, Z., Wang, H., & Zhang, J. (2024). Learning to trust your feelings: Leveraging self-awareness in llms for hallucination mitigation. *arXiv preprint arXiv:2401.15449*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2401.15449>
- Mattiuzzi, C., & Lippi, G. (2020). Worldwide asthma epidemiology: insights from the Global Health Data Exchange database. *International forum of allergy & rhinology*, doi: 10.1002/alr.22464
- Mobassem, S., Delavar, A., Karami, A., Sana'i, B., & Shafi'abadi, A. (2012). Evaluating the effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy in decreasing marital conflict in women. *Clinical Psychology Studies*, 3(9), 81-102.
- Reddel, H. K., Bacharier, L. B., Bateman, E. D., Brightling, C. E., Brusselle, G. G., Buhl, R., Cruz, A. A., Duijts, L., Drazen, J. M., & FitzGerald, J. M. (2022). Global Initiative for Asthma Strategy 2021: executive summary and rationale for key changes. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 205(1), 17-35.
- Ricciardi, L., Spatari, G., Vicario, C. M., Liotta, M., Cazzato, V., Gangemi, S., & Martino, G. (2023). Clinical Psychology and Clinical Immunology: is there a link between Alexithymia and severe Asthma? *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 11(3).
- Sheykhi, M., Pourvali, A., Ghandi, Y., Alaghmand, A., Zamanian, M., Eslambeik, T., & Tajerian, A. (2024). Exploring the relationship between asthma, its severity and anxiety symptoms in pediatric patients: a case-control study. *Journal of Asthma*, 61(5), 491-500. DOI: [10.1080/02770903.2023.2289158](https://doi.org/10.1080/02770903.2023.2289158)
- Silvestro, O., Ricciardi, L., Catalano, A., Vicario, C. M., Tomaiuolo, F., Pioggia, G., Squadrito, G., Schwarz, P., Gangemi, S., & Martino, G. (2023). Alexithymia and asthma: a systematic review. *Frontiers in psychology*, 14, 1221648. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1221648>
- Soleimani, M., & Izadi, F. (2024). The effectiveness of emotion-focused therapy on emotional self-awareness, self-objectification and reduction of symptoms in girl students with symptoms of binge-eating. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 13(7), 181-190.
- Stadter, M. (2009). *Object relations brief therapy: The therapeutic relationship in short-term work*. Jason Aronson.
- Svrakic, D. M., & Zorumski, C. F. (2021). Neuroscience of object relations in health and disorder: A proposal for an integrative model. *Frontiers in psychology*, 12, 583743. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.583743>
- Turi, E. R., Reigada, L. C., Liu, J., Leonard, S. I., & Bruzzese, J.-M. (2021). Associations among anxiety, self-efficacy, and self-care in rural adolescents with poorly controlled asthma. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 127(6), 661-666. e661. DOI: [10.1016/j.anai.2021.09.010](https://doi.org/10.1016/j.anai.2021.09.010)
- Wang, N., Zhao, L., Liu, C., Shi, X., Wang, J., & Wu, S. (2024). Analysis of risk factors for depression and anxiety related to the degree of asthma control in children according to

gender. *Archives de Pédiatrie*. DOI:[10.1016/j.arcped.2023.09.017](https://doi.org/10.1016/j.arcped.2023.09.017)

Wen, X., Zhang, Q., Liu, X., Du, J., & Xu, W. (2021). Momentary and longitudinal relationships of mindfulness to stress and anxiety among Chinese elementary school students: mediations of cognitive flexibility, self-awareness, and social environment. *Journal of Affective Disorders*, 293, 197-204. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.038>

Table of Contents

- 1 **Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with Exposure and Schema Therapy with Exposure on Depression, Anxiety and Stress in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder**
Mahnaz Ghatreh Samani; Mahmoud Najafi
- 2 **The Effectiveness of Mood Induction on Executive Functions and Theory of Mind in Female University Students**
Alaleh Attaran Khorasani, Imanollah Bigdeli, Ali Mashhadi
- 3 **The Effectiveness of Integrative Behavioral Couple Therapy on Emotional Self-Regulation and Self-Compassion of Conflicted Couples**
Roja Taghizadeh, Ali Mehdizadeh
- 4 **The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Cognitive Emotion Regulation, Intolerance of Uncertainty and Cognitive Flexibility in People with Generalized Anxiety Disorder**
Kobra Ghanizadeh Balderloo, Naimeh Moheb, Marziyeh Alivandi Vafa, Masomeh Azemodeh
- 5 **Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Self-Shame and Alexithymia in Divorce-Seeking Women**
Houriyeh Haghighi, Hadi Gholammohammadi, Jafar Talebian Sharif
- 6 **The Role of Self-Control and Self-Compassion in Predicting Resilience based on Perceived Stress and Alexithymia among Nurses**
Elahe Geramipour, Sheida Sodagar, Maryam Bahrami Hidaji
- 7 **Effectiveness of Short-Term Object Relations Group Intervention on Self-Awareness, Social Anxiety and Alexithymia in Patients with Asthma**
Negar Sarlak, Gholamreza Talebi



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 : Sajad Kamalinia

Technical Editor : Shahrbanoo Aali, Abbas Firoozabadi

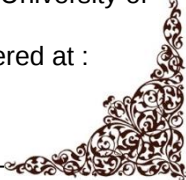
➤ This JOURNAL is published biannually by Ferdowsi University of Mashhad, Iran

➤ 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. 15, No. 1, 2025

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. 15, No. 1, 2025

eISSN: 2423-4265

ISSN: 2251-6352

29

- | | |
|--|-----|
| Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with Exposure and Schema Therapy with Exposure on Depression, Anxiety and Stress in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder
Mahnaz Ghatreh Samani; Mahmoud Najafi | I |
| The Effectiveness of Mood Induction on Executive Functions and Theory of Mind in Female University Students
Alaleh Attaran Khorasani, Imanollah Bigdeli, Ali Mashhadi | II |
| The Effectiveness of Integrative Behavioral Couple Therapy on Emotional Self-Regulation and Self-Compassion of Conflicted Couples
Roja Taghizadeh, Ali Mehdizadeh | III |
| The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Cognitive Emotion Regulation, Intolerance of Uncertainty and Cognitive Flexibility in People with Generalized Anxiety Disorder
Kobra Ghanizadeh Balderloo, Naimeh Moheb, Marziyeh Alivandi Vafa, Masomeh Azemodeh | IV |
| Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Self-Shame and Alexithymia in Divorce-Seeking Women
Houriyeh Haghighi, Hadi Gholammohammadi, Jafar Talebian Sharif | V |
| The Role of Self-Control and Self-Compassion in Predicting Resilience based on Perceived Stress and Alexithymia among Nurses
Elahe Geramipour, Sheida Sodagar, Maryam Bahrami Hidaji | VI |
| Effectiveness of Short-Term Object Relations Group Intervention on Self-Awareness, Social Anxiety and Alexithymia in Patients with Asthma
Negar Sarlak, Gholamreza Talebi | VII |