



پژوهش‌های

روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دوره ۱۵، شماره ۲، سال ۱۴۰۴

شاپا الکترونیک: ۲۴۲۳-۴۲۶۵

شاپا: ۲۲۵۱-۶۳۵۲

دو فصلنامه علمی

۳۰

- ۵ مقایسه طرحواره‌های ناسازگار، هوش هیجانی، کنش‌های اجرایی و کیفیت زندگی دانشجویان ممتاز و مشروط دانشگاه فردوسی مشهد
سمانه شاهی صنوبری، سید کاظم رسول زاده طباطبایی، سارا گنجعلی شاهی نوغانی
- ۳۳ بررسی الگوهای رفتار خودتخریب‌گری در دانشجویان افغانستان و تدوین بسته آموزشی برای اصلاح الگوهای رفتار خودتخریب
علی رضایی، محبوبه امیردادی، حمیدرضا آقامحمدیان شعراف، سید کاظم رسول زاده طباطبایی، محمدجواد اصغری ابراهیم آباد
- ۴۹ ویژگی‌های روانسنجی نسخه ایرانی پرسشنامه ماشدگی زناشویی
سجاد نقی‌فر، سید علی کیمیایی، بتول شکوهی نیک
- ۷۲ مقایسه اثربخشی فرزند پروری مبتنی بر نظریه انتخاب و فرزند پروری مبتنی بر طرح‌واره درمانی بر تنظیم هیجان و مسئولیت‌پذیری مادران
هما مقیمی، احمد غضنفری
- ۹۹ اثربخشی برنامه مداخله در مادر آزاری بر کفایت والدگری، انطباق‌پذیری و پیوستگی خانوادگی: یک مطالعه آزمایشی تک‌موردی
گلشن واصل، ذبیح‌اله عباس‌پور، رضا خجسته مهر، عباس امان‌الهی
- ۱۲۸ اثربخشی شفقت‌درمانی بر خودکارآمدی زایمان، اضطراب و رضایت جنسی زنان باردار دارای اضطراب بارداری
فاطمه عسکری دولت‌آبادی، آزاده چوب‌فروش زاده، محمدحسین برخوردار دشتخاکی
- ۱۵۰ اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر جهت‌گیری منفی به مشکل و الگوهای پردازش هیجان در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های بدنی شهر اصفهان
لیلا رضایی وشاره، فاطمه ایزدی

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دوفصلنامه علمی

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دانشگاه فردوسی مشهد

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

دوره ۱۵، شماره ۲، 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 شرباف	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، ابوالفضل بخشی پور، سید روح الله حسینی، جعفر طالبیان شریف، فرزانه طیرانی نجاران، زهرا علیزاده بیرجندی، هادی غلام محمدی، سیده مریم مشیریان فراچی، بهروز مهرام.

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 طرحواره های ناسازگار، هوش هیجانی، کنش های اجرایی و کیفیت زندگی دانشجویان ممتاز و مشروط دانشگاه فردوسی مشهد

سمانه شاهی صنوبری، سید کاظم رسول زاده طباطبایی، سارا گنجعلی شاهی نوغانی

- ۳۳ بررسی الگوهای رفتار خودتخریب گری در دانشجویان افغانستان و تدوین بسته آموزشی برای اصلاح الگوهای رفتار خود تخریب

علی رضایی، محبوبه امیردادی، حمیدرضا آقامحمدیان شعیراف، سید کاظم رسول زاده طباطبایی، محمدجواد اصغری ابراهیم آباد

- ۴۹ ویژگی های روانسنجی نسخه ایرانی پرسشنامه ماشدگی زناشویی

سجاد تقیبی فر، سید علی کیمیایی، بتول شکوهی نیک

- ۷۲ مقایسه اثربخشی فرزند پروری مبتنی بر نظریه انتخاب و فرزند پروری مبتنی بر طرح وارده درمانی بر تنظیم هیجان و مسئولیت پذیری مادران

هما مقیمی، احمد غضنفری

- ۹۹ اثربخشی برنامه مداخله در مادر آزاری بر کفایت والدگری، انطباق پذیری و پیوستگی خانوادگی: یک مطالعه آزمایشی تک موردی

گلشن واصل، ذبیح اله عباس پور، رضا خجسته مهر، عباس امان الهی

- ۱۲۸ اثربخشی شفقت درمانی بر خودکارآمدی زایمان، اضطراب و رضایت جنسی زنان باردار دارای اضطراب بارداری

فاطمه عسکری دولت آبادی، آزاده چوب فروش زاده، محمدحسین برخوردار دشتخاکی

- ۱۵۰ اثربخشی درمان هیجان مدار بر جهت گیری منفی به مشکل و الگوهای پردازش هیجان در زنان سرپرست خانوار با نشانه های بدنی شهر اصفهان

لیلا رضایی وشاره، فاطمه ایزدی

Comparison of Maladaptive Schemas, Emotional Intelligence, Executive Functions and Quality of Life between the Privileged and Probationary Students

Samaneh Shahi Senobari 

PhD student in Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. Email: sa_sh233@mail.um.ac.ir

Kazem Rasoulzadeh Tabatabaei 

Associate Professor, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. (Corresponding author), Email: rasool11340@um.ac.ir

Sara Ganjali

Master of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. Email: saraganjali@gmail.com

Received: 2024-11-23	Revised: 2025-07-09	Accepted: 2025-11-03	Published: 2025-12-30
Citation: Shahi Sanobari, S., & Rasoulzadeh Tabatabaei, K., & Ganjali, S. (2025). Comparison of Maladaptive Schemas, Emotional Intelligence, Executive Functions and Quality of Life between the Privileged and Probationary Students. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 15(2), 5-32. doi: 10.22067/tpccp.2025.90050.1701			

Extended Abstract

Introduction

Students have been shown to exert a decisive role in the scientific, cultural, and social development of society. A comprehensive investigation into the factors that influence their mental health and academic performance is imperative to enhance the quality of education and prevent personal harm. Academic success has been demonstrated to be associated with increased self-esteem and improved social relationships. Conversely, academic probation has been shown to result in anxiety and depression (Karande & Kulkarni, 2005; Tentama & Abdillah, 2019). Research has indicated that a multitude of factors are associated with academic failure (Ali et al., 2013). The role of variables such as executive functions (Lucendo et al., 2022), emotional intelligence (Salovey & Mayer, 1990), maladaptive schemas (Young et al., 2005), and quality of life (Ware et al., 1996) is also prominent. Executive functions encompass planning, inhibition, and cognitive flexibility, which play a role in the management of behavior (Lezak, 2004). Emotional intelligence, defined as the ability to effectively understand, regulate, and use emotions, has been linked to academic success (Austin et al., 2007). Early maladaptive schemas, which are rooted in traumatic childhood experiences, have been shown to affect academic performance by creating dysfunctional cognitive patterns (Calvete et al., 2013). The quality of life, understood as an indicator of physical, psychological, and social well-being, has been demonstrated to correlate with academic success (Mokhtari et al., 2019). The objective of the present study is to identify the psychological factors that differentiate between these two groups and to provide practical insights for improving academic performance.

Method

The present study employs a causal-comparative research design. The statistical population of this study comprised undergraduate students at Ferdowsi University of Mashhad who had



©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.

achieved an A grade or were placed on probation in the most recent semester. From this population, 50 individuals (25 with honors and 25 with probation) were randomly selected for the study. Following the elimination of five incomplete questionnaires, the data of 45 participants were subjected to analysis. The measurement of the variables was conducted using the Bradbury and Graves Emotional Intelligence Questionnaire (2004), the short form of Young's Maladaptive Schemas Questionnaire (1998), the Barkley's Executive Functioning Deficits Scale (2012), and SF-12 Health Survey (1996). The reliability of the instruments was reported to be between 0.72 and 0.96 through Cronbach's alpha. To test the hypotheses, independent t-test and MANOVA analyses, using SPSS-25, were conducted.

Findings

The mean age of the privileged group was 22.32 years, while the probationary group had a mean age of 22.05 years. The results of the MANOVA indicated a significant difference in schemas between the two groups (Wilks' Lambda = 0.481, $F(15,29) = 2.8$, $p < 0.05$). Probationary students demonstrated higher scores in schemas such as emotional deprivation, abandonment, distrust, deficiency, failure, dependence, obedience, emotional inhibition, and unrelenting standards. In the context of emotional intelligence, no significant difference was observed in the total score; however, the privileged group demonstrated superiority in relationship management ($F = 4.87$, $p < 0.05$). A subsequent analysis of the data revealed that there was no statistically significant difference in the mean values of executive functions and quality of life at the overall level ($p > 0.05$).

Discussion

The findings indicated that certain psychological variables may serve as differentiating factors between the two study groups. The initial finding of the study indicated that probationary students exhibited elevated levels of early maladaptive schemas. This finding aligns with the results of the research conducted by Risso and McBride (2007) and Vafaei Ghoshuni and Kouchak Entezar (2021), who demonstrated that maladaptive schemas can predict a decline in academic performance. Conversely, certain studies have indicated that the role of schemas may only be accentuated in conjunction with other variables (Arafnia et al., 2013). The explanation of this finding based on Young's (2005) theory is that maladaptive schemas—defined as deeply rooted cognitive and emotional patterns—affect the way information is processed and events are interpreted, and render the individual susceptible to failure in dealing with academic challenges. The second finding of the study demonstrated that there was no significant difference in the total emotional intelligence score between the two groups; however, the privileged students exhibited superior skills in relational management. This finding is inconsistent with the studies of Cho et al. (2013) and Austin et al. (2007) because they reported that higher levels of emotional intelligence were associated with better academic performance. One potential explanation for this phenomenon is that, within the study population, other factors such as schemas or social support may have played a mediating role, thereby moderating the effect of emotional intelligence on academic performance. The third finding of the study demonstrated that there were no overall differences in executive functions between the two groups; however, the mean of the probationary

group was marginally lower. This result is inconsistent with the findings of some studies (May et al., 2015; Besserra-Lagos et al., 2018), which reported executive functions as a significant factor in academic success. One potential explanation for this discrepancy is that the subjects of the present study were at a stage of education where differences in executive functions had not yet reached a clear level. Another possibility is that the instruments used were not sensitive enough to detect these differences. The fourth finding of the study demonstrated that there was no significant difference in quality of life between the two groups. This finding is inconsistent with the results of the research of Farajzadeh et al. (2017) and Mokhtari et al. (2019), which reported a positive relationship between quality of life and academic performance. It is plausible that the prevailing environmental and economic pressures have had a mitigating effect on the disparities between the two groups.

The present study demonstrated that early maladaptive schemas emerged as the predominant differentiating factor between privileged and probationary students. No significant differences were observed among other variables, including general emotional intelligence, executive functions, and quality of life. Consequently, the primary objective of psychological interventions should be to modify schemas, instruct social skills, and enhance executive functions. The findings of this study have the potential to be of benefit to academic counselors, educational policymakers, and student mental health planners, and they may contribute to the development of support programs.

Keywords: maladaptive schemas, emotional intelligence, executive actions, quality of life, academic performance.

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

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

دسترسی آزاد

مقایسه طرحواره‌های ناسازگار، هوش هیجانی، کنش‌های اجرایی و کیفیت زندگی دانشجویان ممتاز و مشروط دانشگاه فردوسی مشهد

سمانه شاهی صنوبری ^{۱b}

دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. sa_sh233@mail.um.ac.ir

سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی ^{۱b}

دانشیار، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)، rasool1340@um.ac.ir

سارا گنججلی

کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. saraganjali@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۰۳	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۴/۱۸	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۱۲	تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۱۰/۰۹
استناد: شاهی صنوبری، سمانه؛ رسول‌زاده طباطبایی، کاظم و گنججلی، سارا. (۱۴۰۴). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار، هوش هیجانی، کنش‌های اجرایی و کیفیت زندگی دانشجویان ممتاز و مشروط دانشگاه فردوسی مشهد. <i>پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره</i> ، ۱۵(۲)، ۳۲-۵. doi: 10.22067/tpccp.2025.90050.1701			

چکیده

هدف: تحصیلات تکمیلی به عنوان یکی از عوامل بهبود فرصت‌های اقتصادی و اجتماعی در سطح خرد و توسعه اقتصادی و فرهنگی جامعه در سطح کلان اهمیت دارد. مطالعات نشان می‌دهد عدم فارغ‌التحصیلی به هنگام می‌تواند پیامدهای منفی روانی و اجتماعی برای فرد و جامعه بدنیاال داشته باشد. لذا شناخت و بررسی مؤلفه‌های درگیر در عملکرد تحصیلی و اقدام جهت پیشگیری ضروری بنظر می‌رسد.

روش: پژوهش حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی، هوش هیجانی، کارکردهای اجرایی و طرحواره‌های ناسازگار در عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد اجرا شد. برای این منظور از روش مطالعه پس‌رویدادی از نوع علی-مقایسه‌ای استفاده شد. از میان دانشجویان مشروط و ممتاز به طور تصادفی ۵۰ نفر انتخاب شدند (از هر گروه ۲۵ نفر). جهت سنجش عوامل مورد نظر پرسشنامه هوش هیجانی برادبری-گریوز، فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار یانگ، مقیاس نارسائی کنشهای اجرایی بارکلی، پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی ۱۲ آیتمی SF-12 استفاده شد. تحلیل داده‌ها با نرم افزار spss-25 از طریق آزمون t مستقل و تحلیل واریانس چند متغیری انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، دانشجویان ممتاز و مشروط در طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، گرفتار/خویش‌تن تحول‌نیافته، ایثارگری، استحقاق/بزرگ‌منشی و خویش‌تن داری ناکافی، و در بین خرده‌مقیاس‌های هوش هیجانی تنها در مدیریت روابط تفاوت معنادار دارند ($p < 0.05$). بر اساس نتایج پژوهش حاضر به نظر می‌رسد که ارزیابی طرحواره‌های ناسازگار در بین دانشجویان سال اول، می‌تواند یک شاخص ضروری برای جلوگیری از شکست تحصیلی باشد.

کلیدواژه: طرحواره‌های ناسازگار، هوش هیجانی، کنشهای اجرایی، کیفیت زندگی، عملکرد تحصیلی

مقدمه

مؤسسات آموزش عالی نقشی محوری در تولید نیروی انسانی واجد شرایط ایفا می‌کنند (Idris et al., 2012). آموزش یک عامل قدرتمند تغییر است که سلامت و معیشت را بهبود می‌بخشد و به ثبات اجتماعی کمک می‌کند. در سطح خرد، کسانی که تحصیلات عالی را دریافت کرده‌اند، از فرصت‌های اقتصادی و اجتماعی بیشتری برخوردارند. در سطح کلان، آموزش و پرورش سرمایه انسانی آگاه و ماهر را ایجاد می‌کند که موتور رشد اقتصادی در نظر گرفته شده است که به طور مثبت به توسعه اقتصادی کمک می‌کند (Sothan, 2019).

عملکرد/پیشرفت تحصیلی^۱ میزانی است که دانش آموز، معلم یا مؤسسه به اهداف آموزشی کوتاه مدت یا بلند مدت می‌رسند و اندازه‌گیری می‌شود (Talib & Sansgiry, 2012). یک مطالعه همبستگی در میان دانش‌آموزان دبیرستان حرفه‌ای در اندونزی نشان داد که دانش‌آموزانی که دستاوردهای تحصیلی خوبی داشتند درآمد بالاتر، مزایای شغلی بهتر و فرصت‌های پیشرفت بیشتری دارند (Tentama & Abdillah, 2019). علاوه بر این، دانش‌آموزان موفق از نظر تحصیلی، عزت‌نفس و اعتماد به نفس بالاتری دارند، سطح اضطراب و افسردگی پایین‌تری دارند، گرایش اجتماعی دارند و کمتر درگیر سوءمصرف مواد هستند (Regier, 2011). با این حال، یک مطالعه مقطعی در مالزی در مؤسسات آموزش عالی گزارش داد که تعداد فزاینده‌ای از دانشجویان هنوز به موقع فارغ‌التحصیل نمی‌شوند، که نشان می‌دهد آنها در تحصیلات خود عملکرد خوبی نداشته‌اند (Ab Razak et al., 2019).

علیرغم سرمایه‌گذاری دولت در آموزش و پرورش، اکثر دانش‌آموزان از رسیدن به عملکرد تحصیلی خوب در تمام سطوح آموزشی شکست می‌خورند. یک مطالعه همبستگی در دانشگاه آربا مینچ، اتیوپی جنوبی،

¹ Academic Performance/Achievement

گزارش داد که روند دانشجویان فارغ‌التحصیل با روند دانشجویان ثبت‌نام شده متناسب نیست و دانشجویان بیشتری به دلیل عملکرد ضعیف تحصیلی حذف می‌شوند (Yigermal, 2017). این امر سطح پیامدهایی در زمینه‌های شخصی، اجتماعی، خانوادگی و آموزشی (Strauss et al., 1982) همچون بیکاری، فقر، مواد مخدر، بی‌خانمانی، فعالیت‌های غیرقانونی، انزوای اجتماعی، بیمه درمانی ناکافی و وابستگی دارد. علاوه بر این، یک بررسی سیستماتیک در هند به این نتیجه رسید که پیشرفت تحصیلی ضعیف باعث استرس قابل توجهی برای والدین و کاهش عزت نفس برای دانش‌آموزان می‌شود (Karande & Kulkarni, 2005). همچنین به طور قابل توجهی با نمرات اضطراب بالا در بین دانشجویان دانشگاه در پاکستان مرتبط است (Talib & Sansgiry, 2012). علاوه بر این، در مدارس دولتی پاکستان، افت تحصیلی بر خودپنداره تأثیر می‌گذارد و منجر به احساس آشفتگی و شوک می‌شود. به این ترتیب دانشجویان در نهایت از سیستم آموزشی خارج می‌شوند (Chohan, 2018). لذا شناخت و بررسی مؤلفه‌های درگیر در عملکرد تحصیلی ضروری بنظر می‌رسد. عوامل که به طور قطعی با AP مرتبط بوده‌اند، سن، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و ساعات مطالعه روزانه بوده است (Ali et al., 2013). برخی از متغیرها نیز به نظر می‌رسد نتایج به دست آمده قبلی را تعدیل می‌کنند، مانند کارکرد های اجرایی^۲ (Lucendo et al., 2022).

کارکردهای اجرایی^۳ (EFs) شامل مجموعه‌ای از عملکردهای شناختی مرتبه بالاتر مرتبط با برنامه‌ریزی رفتار هدف مدار است. موریل لزاک (۲۰۰۴) آنها را به عنوان "ظرفیت های ذهنی مورد نیاز برای تدوین اهداف، برنامه‌ریزی چگونگی دستیابی به آنها و اجرای موثر آن برنامه" تعریف می‌کند که شامل یک سری فرآیندهای شناختی مانند حافظه فعال، ظرفیت برنامه‌ریزی، بازداری و انعطاف پذیری شناختی است (Miyake et al., 2000). اولین عامل به عنوان حافظه کاری^۴ (WM) شناخته می‌شود و شامل یک سیستم ذخیره سازی موقت است که امکان کنترل، نگهداری و بروزرسانی اطلاعات را فراهم می‌کند (Baddeley & Hitch, 1974). کنترل مهارتی^۵ (IC) امکان سرکوب محتوای شناختی فعال شده قبلی و مقاومت در برابر تداخل محرک‌هایی که توجه را به خود جلب می‌کنند را می‌دهد (Bjorklund & Harnishfeger, 1995). جزء سوم که انعطاف

^۲ Executive Functions^۳ Executive Functions^۴ working memory^۵ Inhibitory Control

پذیری شناختی^۶ (CF) نامیده می‌شود، به تنظیم توجه و سیر عمل بر اساس خواسته‌های محیطی اشاره دارد (Lezak, 2004; Stuss & Alexander, 2007). داده‌های یافت شده در مطالعه راموگلازا و همکاران (۲۰۲۰) نشان داده شد که عملکرد تحصیلی پایین دانشجویان دانشگاه‌ها با عملکرد پایین‌تر کارکردهای اجرایی آنها مرتبط است. پژوهشگران در مطالعات مختلف تلاش کردند کارکردهای اجرایی مؤثر در عملکرد تحصیلی را شناسایی کنند. برخی مطالعات نشان می‌دهد، کاهش در متغیرهایی مانند توجه و حل مسئله به طور مستقیم با عملکرد تحصیلی پایین مرتبط است (May et al., 2015). به نوبه خود، پرسون و ویتالیک (۲۰۱۴)، پس از استفاده از ابزار پرسشنامه مهارت‌های اجرایی برای دانشجویان، دریافتند که کارکردهای اجرایی برنامه ریزی، توجه و انعطاف پذیری شناختی مهارت‌های ضروری برای دستیابی به یک هدف عالی تحصیلی هستند. در یک بررسی سیستماتیک، مطالعات نشان داد که کارکردهای اجرایی اصلی درگیر در عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه حافظه کاری و تا حدی کمتر، مهارت‌های برنامه ریزی، کنترل مهارت و انعطاف پذیری شناختی است (Besserra-Lagos et al., 2018).

هوش هیجانی^۷ (EI) توسط سالوی و مایر (۱۹۹۰) تعریف شد و به عنوان زیرمجموعه‌ای از هوش اجتماعی و مشابه هوش درون فردی دیده می‌شود. این مفهوم شامل توانایی فرد برای ارزیابی احساسات و عواطف خود و دیگران، تمایز قائل شدن بین این احساسات و استفاده از اطلاعات هیجانی برای انجام وظایف برای رسیدن به اهداف است (Swanepoel & Britz, 2017). تحقیقات بر روی هوش هیجانی (EI) نشان می‌دهد که این هوش با رفتارهای اجتماعی و عملکرد تحصیلی بهتر ارتباط دارد. چو و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی در بین دانشجویان پزشکی مالزی دریافتند، دانشجویان پزشکی که از هوش هیجانی بیشتری برخوردار بودند، هم در ارزیابی‌های مستمر و هم در امتحان نهایی حرفه‌ای عملکرد بهتری داشتند. آستین و همکاران ارتباط معنی‌داری بین هوش هیجانی و عملکرد دانش‌آموزان در جلسات یادگیری را گزارش شد (Austin et al., 2007).

کیفیت زندگی به میزان رفاه جسمی، روانی و اجتماعی که فرد ادراک می‌کند، اشاره دارد و نشان دهنده میزان رضایت فرد از موهبت‌های زندگی است. در واقع اشاره به تفاوت آنچه هست با آنچه باید باشد است (Farajzadeh et al., 2017; Mokhtari et al., 2019). هنینگ و همکاران (۲۰۱۱) ارتباط بین ادراک دانشجویان پزشکی از کیفیت زندگی، انگیزه یادگیری و پیشرفت تحصیلی را بررسی کرد. یافته‌های مطالعه آنها

^۶ Cognitive Flexibility

^۷ Emotional Intelligence

حاکی از همبستگی مثبت بین کیفیت زندگی، انگیزه یادگیری و نمرات امتحان کتبی بود. همچنین لاندن و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که دانش‌آموزان در نمایه کیفیت زندگی بالاتر فرسودگی شغلی پایین‌تر، جهت‌گیری انگیزشی بهینه‌تری داشتند، با انگیزه درونی و خودکارآمدی بالاتر، و اضطراب امتحان کمتری داشتند. طرحواره را به طور کلی می‌توان به عنوان ساختار، چارچوب، موضوع یا الگوی محتوای شناختی تعریف کرد (Whisman & Uebelacker, 2006). بک معتقد بود که طرحواره‌های ناسازگار، الگوهای عمیقاً ریشه‌دار تفکر تحریف‌شده درباره جهان، خود و رابطه‌اش با دیگران را منعکس می‌کنند (Muris, 2006). طرحواره‌ها بسیار تعمیم‌یافته، مقاوم در برابر تغییر و تأثیر قوی بر شناخت هستند و این تأثیر از طریق پردازش اطلاعات در سطح ناخودآگاه اعمال می‌شود (Riso & McBride, 2007). ریسو و مک برین (۲۰۰۷) در پژوهش خود رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار و حافظه کاری و عملکرد تحصیلی تأیید کردند و به این نتیجه رسیدند که ارزیابی طرحواره‌های ناسازگار در بین دانشجویان سال اول، یک شاخص ضروری برای جلوگیری از شکست‌ها است همچنین این نتایج آنان را بر آن داشت تا پیشنهاد ایجاد یک مرکز پزشکی-روانشناختی برای مراقبت‌های روان‌شناختی این دانشجویان در دانشگاه توسط مراجع ذی‌صلاح را مطرح کنند چرا که چنین نظارتی می‌تواند این طرحواره‌ها را غیرفعال کند و از بدتر شدن سلامت روانی و عملکرد تحصیلی آن‌ها نیز جلوگیری کند. یک مطالعه اخیر در مورد طرحواره‌های ناسازگار و اضطراب انجام شده در یکی از دانشکده‌های ایران که رابطه بین طرحواره‌ها و اضطراب مدرسه را نشان می‌دهد که مطابق با استانداردهای خود فرد برای رسیدن به اهداف است. با توجه به این مطالعه، به نظر می‌رسد طرحواره ناسازگار «معیارهای سخت گیرانه» یکی از منابع نگرش‌های بی‌امان فرد نسبت به خود باشد. هنگامی که فردی با شرایطی مواجه می‌شود که باید بر اساس یکی از استانداردهای بی‌امان خود عمل کند، تعارضات درونی در مورد رعایت یا عدم رعایت این استانداردها می‌تواند منجر به تنش و تعارض شود که از اجزای اصلی اضطراب است (Isanejad et al., 2012).

بنا بر پیامدهای شخصی، اجتماعی، خانوادگی و آموزشی عملکرد تحصیلی، شناخت عوامل مؤثر در آن، ضروری بنظر می‌رسد. در پژوهش حاضر نقش عواملی چون کیفیت زندگی، هوش هیجانی، کارکردهای اجرایی و طرحواره‌های ناسازگار را در عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد مورد بررسی قرار می‌دهیم. امید که بر این اساس عوامل تأثیرگذار شناسایی و در گام‌های بعدی مداخلات مناسب نیز طرح ریزی

و اجرا شود. این امر می تواند در نهایت، صرفه های اقتصادی، بهبود کیفیت نیروی انسانی، افزایش کارایی و سلامت دانشجویان را در پی داشته باشد.

فرضیه های پژوهش

۱. طرحواره های ناسازگار اولیه دانشجویان ممتاز با دانشجویان مشروط، تفاوت معنادار دارد.
۲. هوش هیجانی دانشجویان ممتاز با دانشجویان مشروط، تفاوت معنادار دارد.
۳. کیفیت زندگی دانشجویان ممتاز با دانشجویان مشروط، تفاوت معنادار دارد.
۴. کارکردهای اجرایی دانشجویان ممتاز با دانشجویان مشروط، تفاوت معنادار دارد.

تعریف عملیاتی متغیر های پژوهش

عملکرد تحصیلی: معدل آخرین ترم دانشجویان

هوش هیجانی: نمره ای که فرد در پرسشنامه برادبری-گریوز کسب میکند.

کارکردهای اجرایی: نمره ای که فرد در پرسشنامه بارکلی کسب میکند.

طرحواره های ناسازگار: نمره ای که فرد در پرسشنامه طرحواره یانگ فرم کوتاه ۷۵ سوالی کسب می کند.

کیفیت زندگی: نمره ای که فرد در پرسشنامه کیفیت زندگی SF-12 کسب می کند.

طرح پژوهش

روش پژوهش حاضر پس رویدادی و از نوع علی مقایسه ای می باشد. جامعه آماری پژوهش دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد می باشد. با توجه به هدف پژوهش، زیرجامعه ای از این دانشجویان که مشروط یا معدل الف شده اند، به عنوان جامعه هدف در نظر گرفته شد. از میان این افراد، با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی و با در نظر گرفتن ملاحظات روش شناختی، محدودیت های عملیاتی، و مطالعات پیشین در زمینه طرح های علی-مقایسه ای، تعداد ۵۰ نفر (۲۵ دانشجوی مشروط و ۲۵ دانشجوی ممتاز) به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. به طور مشخص، در طرح های علی-مقایسه ای که گروه بندی براساس ویژگی های موجود در افراد صورت می گیرد (نظیر وضعیت تحصیلی)، حجم نمونه ای بین ۲۰ تا ۳۰ نفر در هر گروه برای دستیابی به قدرت آماری مناسب (حدافل ۰/۸۰) و آشکارسازی اثرات با اندازه متوسط کافی تلقی می شود (Cohen, 1992; Tabachnick & Fidell, 2019).

پرسشنامه‌های مربوطه در هر دو گروه اجرا شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، ۵ پرسشنامه به دلیل عدم تکمیل درست و دقیق اطلاعات حذف شد که هر ۵ پرسشنامه از گروه دانشجویان مشروط بود.

شرکت کنندگان

جامعه هدف دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد هستند.

معیارهای ورود: معیار ورود در هر دو گروه، دانشجوی مقطع کارشناسی دانشگاه فردوسی مشهد بودن است. در گروه مشروطی، مشروط بودن در ترم اخیر و در گروه معدل الف، کسب معدل الف در ترم اخیر معیار ورود محسوب می‌شود.

معیار خروج: عدم تکمیل پرسشنامه‌ها

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه هوش هیجانی برادبری-گریوز^۸: این پرسشنامه دارای ۲۸ ماده است که به ۴ خرده‌مقیاس خودآگاهی، مدیریت خود، آگاهی اجتماعی و مدیریت روابط تقسیم می‌شود. نمره‌گذاری این پرسشنامه با استفاده از مقیاس ۶ درجه‌ای از ۱ تا ۶ انجام می‌شود. جمع نمره‌های آزمودنی در هر یک از سوال‌ها نمره کل پرسشنامه را تشکیل می‌دهد. ضرایب اعتبار برای خودآگاهی ۰/۷۳، مدیریت خود ۰/۸۷، آگاهی اجتماعی ۰/۷۸، مدیریت روابط ۰/۷۶ و نمره کل هوش هیجانی ۰/۹۰ گزارش شده است (Ganji et al., 2006). روایی همگرای این پرسشنامه همراه با پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن (۱۹۹۷) ۰/۶۸ گزارش شده است. در پژوهشی دیگر ضریب اعتبار این پرسشنامه در گروه ۵۴۰ نفری برابر ۰/۸۳ بدست آمد (Ahangar Ghorbani et al., 2022). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۲ است.

فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار یانگ^۹ (YSQ-SF): این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که توسط یانگ در سال ۱۹۹۸ بر اساس نسخه اصلی آن تهیه شد. فرم بلند ۲۰۵ سوالی و فرم کوتاه آن ۷۵ سوال دارد. هر سوال در یک طیف لیکرتی ۶ درجه‌ای از کاملاً غلط تا کاملاً درست سنجیده می‌شود. در فرم کوتاه ۱۵ طرحواره ناسازگار شامل محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای

^۸ Bradbury-Greaves Emotional Intelligence Questionnaire

^۹ Young Schema Questionnaire – Short Form (YSQ-SF)

اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم، شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، گرفتار، اطاعت، ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق، خویش‌داری/خودانضباطی ناکافی سنجیده می‌شود. هر ۵ سوال یک طرحواره را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره بالا در این پرسشنامه احتمال وجود طرحواره ناسازگار بیشتر است. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش والر و همکاران بررسی شد که در آن آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۶ و برای تمام خرده‌مقیاس‌ها بالای ۰/۸۰ گزارش شد (Hamta et al., 2016). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۵ است.

مقیاس نارسائی کنشهای اجرایی بارکلی^{۱۰} (BDEFS): این مقیاس جهت ارزیابی نارسائی کنشهای اجرایی در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی در زندگی روزمره طراحی شده است. این مقیاس ۸۹ سؤالی یک ابزار خود گزارشی است که برای محدوددهی سنی ۱۸ تا ۸۱ سال قابل اجرا بوده و پاسخدهی به آن بر مبنای طیف لیکرت چهار درجه‌ای (هرگز تا همیشه) می‌باشد. مقیاس مذکور شامل پنج خرده‌مقیاس است که این خرده‌مقیاسها نارسایی در ۵ کنش اجرایی مدیریت زمان (۲۱ سؤال)، خودسازماندهی/ حل مسأله (۲۴ سؤال)، مهار خود (۱۹ سؤال)، خودانگیزی (۱۲ سؤال)، و خودنظم‌جویی هیجان (۱۳ سؤال) را اندازه‌گیری میکنند. از این ابزار ۷ نمره استخراج می‌شود که ۵ نمره مربوط به خرده‌مقیاسها، یک نمره کلی و نمره ی دیگر از ۱۱ سؤال این مقیاس که به عنوان فهرست کنشهای اجرایی در ADHD مطرح شده‌اند، به دست می‌آید. نمرهی بالا در هر خرده‌مقیاس نارسائی بیشتر در کنش مربوطه را نشان می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۸۴ بوده است (Barkley, 2011). در جامعه ی ایرانی نیز مشهدی و همکاران (۲۰۱۵)، ضرایب آلفای کرونباخ برای تمام خرده‌مقیاسها و کل مقیاس در هر دو جنس و کل آزمودنیها را بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۶ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۶ بدست آمد.

¹⁰ Barkley Deficits in Executive Functioning Scale (BDEFS)

پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی ۱۲ آیتمی SF-12¹¹: پرسشنامه ۱۲ سوالی کیفیت زندگی، فرم کوتاه‌تر شده پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سوالی است که به طور گسترده‌ای در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد. این ابزار یکی از ابزارهای معتبر بررسی کیفیت زندگی است که از سال ۱۹۹۰ تاکنون در بیش از ۵۰ کشور از جمله ایران استانداردسازی شده است. نسخه ۱۲ سوالی کیفیت زندگی در سال ۱۹۹۶ توسط وار و همکاران طراحی شد (Ware Jr et al., 1996). SF-12 شامل ۱۲ سوال مربوط به عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش به دلیل مشکلات روانی، انرژی/سرزندگی، وضعیت روانی، عملکرد اجتماعی، درد فیزیکی و ادراک سلامت عمومی است. بر اساس این پرسشنامه حداقل و حداکثر امتیاز برای هر بعد بین ۰ تا ۱۰۰ است. نمرات بالاتر از ۳۵ به عنوان کیفیت زندگی خوب، نمره ۲۵-۳۴ میانگین کیفیت زندگی و نمره کمتر یا مساوی ۲۴ به عنوان کیفیت زندگی ضعیف در نظر گرفته می‌شود (Singh et al., 2006). منتظری و همکاران روایی و پایایی این مقیاس در ایران مورد ارزیابی قرار گرفت. پایایی و روایی ۱۲ سوال مولفه‌های روانشناختی و جسمانی به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۳ گزارش شد (Ebadi et al., 2002). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۲ است.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS ۲۵ انجام شد. آزمونهای آماری مورد استفاده در تحقیق حاضر شامل آمار توصیفی و آمار استنباطی (تی همبسته و تحلیل واریانس چندمتغیره) است. در بخش آمار توصیفی اطلاعات دموگرافی مورد بررسی قرار می‌گیرد. همچنین اطلاعات جانبی طرح شده در پرسشنامه شامل تجربه شکست عاطفی، فرزند چندم خانواده، تعداد خواهرها و برادرها، والدین با هم زندگی میکنند یا خیر، داشتن نسبت فامیلی والدین، میزان تحصیلات پدر، میزان تحصیلات مادر، وضعیت اقتصادی خانواده، وجود بیماری جسمی، روانی و یا مشکل هوشی در بستگان درجه یک نیز در جدول گزارش شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان به تفکیک گروه دانشجویان ممتاز و مشروط

¹¹ Short Form Health Survey (SF-12)

جنسیت		فراوانی	درصد	وضعیت اشتغال		فراوانی	درصد	وضعیت تاهل		فراوانی	درصد
دانشجویان	مرد	۶	۰/۲۴	بیکار	۱۷	۰/۶۸	مجرد	۲۳	۰/۹۲		
	زن	۱۹	۰/۷۶	شاغل	۸	۰/۳۲	متاهل	۲	۰/۸		
	کل	۲۵	۰/۱۰۰	کل	۲۵	۰/۱۰۰	کل	۲۵	۰/۱۰۰		
دانشجویان	مرد	۶	۳۰.۰	بیکار	۱۴	۰/۷۰	مجرد	۱۷	۰/۸۵		
	زن	۱۴	۰/۷۰	شاغل	۶	۰/۳۰	متاهل	۳	۰/۱۵		
	کل	۲۰	۱۰۰.۰	کل	۲۰	۰/۱۰۰	کل	۲۰	۰/۱۰۰		

جدول ۲: داده های توصیفی شرکت کنندگان

دانشجویان ممتاز			دانشجویان مشروط				
بله	خیر	کل	بله	خیر	کل		
۹	۱۶	۲۵	۱۴	۶	۲۰	تجربه شکست عاطفی	
۰/۳۶	۰/۶۴	۰/۱۰۰	۰/۵۵	۰/۴۵	۰/۱۰۰	درصد	
۲۴	۱	۲۵	۱۷	۳	۲۰	والدین با هم زندگی میکنند؟	
۰/۹۶	۰/۴	۰/۱۰۰	۰/۸۵	۰/۱۵	۰/۱۰۰	درصد	
۹	۱۶	۲۵	۹	۱۱	۲۰	والدینم با یکدیگر نسبت فامیلی داشتند	
۰/۳۶	۰/۶۴	۰/۱۰۰	۰/۴۵	۰/۵۵	۰/۱۰۰	درصد	
۷	۱۸	۲۵	۲	۱۸	۲۰	وجود بیماری جسمی، روانی و یا	
۰/۲۸	۰/۷۲	۰/۱۰۰	۰/۱۰	۰/۹۰	۰/۱۰۰	مشکل هوشی در بستگان درجه یک	
درصد			درصد				

لازم بذکر است در اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات جانبی ذکر شده، بین دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت. میانگین سنی دانشجویان ممتاز و مشروط به ترتیب ۲۲/۳۲ و ۲۲/۰۵ بود و میانگین معدل کل در دانشجویان ممتاز و مشروط به ترتیب ۱۷/۵۷ و ۱۲/۹۱ بود.

جهت بررسی فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه طرحواره‌های ناسازگار اولیه دانشجویان ممتاز با دانشجویان مشروط، تفاوت معنادار دارد، از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. جدول شماره ۳ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره را جهت نمره کل طرحواره‌های ناسازگار اولیه (ترکیب خطی طرحواره‌های ناسازگار اولیه) نشان می‌دهد. برای بررسی پیش فرض ماتریس کوواریانس-واریانس آزمون ام باکس انجام شد که عدم معناداری آن ($p>0/05$) نشان دهنده برقراری این مفروضه می‌باشد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بین دو گروه در ترکیب خطی طرحواره‌ها

نام آزمون	مقدار	مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری	اندازه اثر
ویلکس لامبدا	۰/۴۸۱	۲/۰۸	۱۵	۲۹	۰/۰۴	۰/۵۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، تفاوت در ترکیب خطی طرحواره‌های ناسازگار در دانشجویان ممتاز و مشروط معنادار می‌باشد. بدین معنا که دو گروه در طرحواره‌های ناسازگار با هم تفاوت معنادار دارند؛ که بطور کلی با فرض اول پژوهش حاضر مطابق است.

جدول ۴ آزمون اثرات بین آزمودنی در هر یک از طرحواره‌های ناسازگار (تحلیل واریانس تک متغیری) را نشان می‌دهد. همانگونه که مشاهده می‌شود نتایج نشان می‌دهند دانشجویان ممتاز و مشروط در طرحواره‌های ره‌اشدگی/بی‌ثباتی، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، گرفتار/خویششتن تحول نیافته، ایثارگری، استحقاق/بزرگ‌منشی و خویششتن داری ناکافی، تفاوت معنادار دارند ($p<0/05$)، و دانشجویان مشروط در طرحواره‌های ذکر شده نمرات بالاتری را کسب نمودند. در طرحواره‌های دیگر تفاوت معناداری در دو گروه ممتاز و مشروط مشاهده نشد.

جدول ۴: آزمون اثرات بین آزمودنی در هر یک از طرحواره‌های ناسازگار اولیه (تحلیل واریانس تک متغیری)

متغیر	گروه	میانگین	انحراف	تحلیل واریانس تک متغیری	F	سطح	اندازه
		معیار	مجموع	درجه	میانگین	معنی	اثر
			مجذورات	آزادی	مجذورات		داری

۰/۰۵	۰/۱	۲/۶۹	۸۲/۲	۱	۸۲/۲	۵/۰۳	۱۱/۴۸	دانشجویان ممتاز	محرومیت هیجانی
						۶/۰۹	۱۴/۲	دانشجویان مشروط	
۰/۱	۰/۰۳	۴/۸۸	۱۴۶/۴۱	۱	۱۴۶/۴۱	۴/۸۴	۱۲/۵۲	دانشجویان ممتاز	رهاشدگی/بی ثباتی
						۶/۱۸	۱۶/۱۵	دانشجویان مشروط	
۰/۰۶	۰/۱	۲/۷۲	۵۳/۲۹	۱	۵۳/۲۹	۳/۵۸	۱۱/۳۶	دانشجویان ممتاز	بی اعتمادی/بدرفتاری
						۵/۹۲	۱۳/۵۵	دانشجویان مشروط	
۰/۰۳	۰/۱۹	۱/۷۵	۴۵/۷۸	۱	۴۵/۷۸	۴/۶۸	۱۱/۱۲	دانشجویان ممتاز	انزوای اجتماعی/بیگانگی
						۵/۶	۱۳/۱۵	دانشجویان مشروط	
۰/۰۱	۰/۵۱	۰/۴۳	۸/۶	۱	۸/۶	۴/۹۷	۷/۷۲	دانشجویان ممتاز	نقص/شرم
						۳/۷۱	۸/۶	دانشجویان مشروط	
۰/۰۷	۰/۰۷	۳/۳۵	۱۸۸/۰۱	۱	۱۸۸/۰۱	۵/۱۸	۸/۸۴	دانشجویان ممتاز	شکست
						۴/۴۶	۱۲/۳	دانشجویان مشروط	
۰/۰۲	۰/۳۱	۱/۰۴	۳۴/۴۱	۱	۳۴/۴۱	۵/۲۸	۸/۶۴	دانشجویان ممتاز	وابستگی/بی کفایتی
						۶/۲۹	۱۰/۴	دانشجویان مشروط	

آسیب پذیری در برابر ضرر و بیمار	دانشجویان ممتاز	۹/۳۲	۴/۳۵	۲۱۸/۰۵	۱	۲۱۸/۰۵	۶/۳۳	۰/۰۱	۰/۱۲
	دانشجویان مشروط	۱۳/۷۵	۷/۳۴						
گرفتار/خویشتن تحول نیافته	دانشجویان ممتاز	۹/۸۴	۳/۵۷	۸۱/۶	۱	۸۱/۶	۴/۶	۰/۰۳	۰/۰۹
	دانشجویان مشروط	۱۲/۵۵	۴/۸۹						
اطاعت	دانشجویان ممتاز	۱۰/۷۶	۴/۴۶	۶۶/۱۵	۱	۶۶/۱۵	۳/۰۲	۰/۰۸	۰/۰۶
	دانشجویان مشروط	۱۳/۲	۴/۹۲						
ایثارگری	دانشجویان ممتاز	۱۵/۸۴	۴/۰۹	۱۷۸/۶۶	۱	۱۷۸/۶۶	۸/۰۰۴	۰/۰۰۷	۰/۱۵
	دانشجویان مشروط	۱۹/۸۵	۵/۴۱						
بازداری هیجانی	دانشجویان ممتاز	۱۴/۱۶	۶/۳	۰/۱۳۴	۱	۰/۱۳۴	۰/۱۳۴	۰/۰۰۳	۰/۰۱
	دانشجویان مشروط	۱۴/۰۵	۶/۶۸						
معیارهای سرسختانه	دانشجویان ممتاز	۲۰/۷۲	۶/۴۷	۶/۵۸	۱	۶/۵۸	۰/۱۵	۰/۶	۰/۰۰۴
	دانشجویان مشروط	۱۹/۹۵	۶/۳۸						
استحقاق/بزرگ منشی	دانشجویان ممتاز	۱۶	۵/۷۳	۱۲۴/۶۹	۱	۱۲۴/۶۹	۴/۳۵	۰/۰۴	۰/۰۹
	دانشجویان مشروط	۱۹/۳۵	۴/۷۴						

خویشتن	داری	دانشجویان	۱۳/۱۲	۵/۷۳	۲۸۱/۱۲	۱	۲۸۱/۱۲	۸/۶۶	۰/۰۰۵	۰/۱۶۸
ناکافی	ممتاز									
	دانشجویان		۱۸/۱۵	۵/۶۴						
	مشروط									

جهت بررسی فرضیه دوم مبنی بر وجود تفاوت معنادار نمرات هوش هیجانی در دو گروه دانشجویان ممتاز و مشروط، آزمون تی مستقل بین دو گروه در نمره کل هوش هیجانی اجرا شد و تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد. خرده مقیاس‌های هوش هیجانی نیز با آزمون تحلیل واریانس چند متغیری بررسی شد. همانگونه که در نتایج جدول ۵ مشاهده می‌شود، ترکیب خطی معنادار نشد. صرفاً در مدیریت روابط دانشجویان مشروط به طور معناداری نسبت به دانشجویان ممتاز نمرات بالاتری کسب کردند. برای بررسی پیش فرض ماتریس کوواریانس-واریانس آزمون ام باکس انجام شد که عدم معناداری آن ($p > 0/05$) نشان دهنده برقراری این مفروضه می‌باشد.

جدول ۵: آزمون اثرات بین آزمودنی در هر یک از خرده مقیاس‌های هوش هیجانی (تحلیل واریانس تک متغیری)

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
خودآگاهی	دانشجویان ممتاز	۲۴/۳۸	۴/۸۴	۱۲/۳۸	۱	۱۲/۳۸	۰/۶۱	۰/۴۴	۰/۰۲
	دانشجویان مشروط	۲۵/۶۴	۴/۰۱						
مدیریت خود	دانشجویان ممتاز	۳۲/۷۷	۵/۵۲	۱۴/۶۷	۱	۱۴/۶۷	۰/۵۶	۰/۴۵	۰/۰۱

آگاهی اجتماعی	دانشجویان	۳۴/۱۴	۴/۵						
	مشروط								
	ممتاز	۲۰	۲/۷	۰/۰۰۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۱	۰/۰۰۱
	دانشجویان	۲۰	۳/۳۹						
مدیریت روابط	مشروط								
	دانشجویان	۳۰/۵	۴/۸۷	۱۰۸/۶۴	۱	۱۰۸/۶۴	۵/۶۷	۰/۰۲	۰/۱۵
	ممتاز								
	دانشجویان	۳۴/۲۱	۳/۶۲						
	مشروط								

در بررسی سایر فرضیه های پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنادار در نمرات کنش های اجرایی و کیفیت زندگی بین دو گروه دانشجویان ممتاز و مشروط، آزمون تی مستقل در نمرات کل و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری در نمرات خرده مقیاس ها اجرا شد و تفاوت معناداری مشاهده نشد. نتایج عدم معناداری در نمرات کنش های اجرایی و کیفیت زندگی بین دو گروه دانشجویان ممتاز و مشروط در جدول ۶ نشان داده شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تی مستقل در نمره کل کنش های اجرایی و کیفیت زندگی

	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنی داری		
کنش های اجرایی	۱۷۷/۱۱	۴۵/۲۷	۳۰	-۰/۶	۰/۵۴		
	۱۸۶/۱۴	۳۶/۷۵					
کیفیت زندگی	۲۱	۲	۴۳	-۰/۵۷	۰/۵۶		
	۲۱/۳۵	۲/۰۵					

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه ای طرحواره های ناسازگار، کنشهای اجرایی، کیفیت زندگی و هوش هیجانی در بین دانشجویان ممتاز و مشروط انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد تفاوت دانشجویان ممتاز

و مشروط بیش از آنکه به کنشهای اجرایی، هوش هیجانی و یا کیفیت زندگی بستگی داشته باشد، بر برخی طرحواره‌های ناسازگار خاص بنا شده است. این یافته، که رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار و عملکرد تحصیلی را تأیید می‌کند، با نتایج پژوهش‌های ریسو و مک‌برید (۲۰۰۷)، وفایی قشونی و کوچک انتظار (۲۰۲۱) و عارف نیا و همکاران (۲۰۱۳) هم خوان است.

در زمینه عدم تفاوت معنادار کنش‌های اجرایی بین دانشجویان ممتاز و مشروط، یافته‌های ما با نتایج مطالعاتی همچون راموس گلارزا و همکاران (۲۰۲۰) که عملکرد تحصیلی پایین دانشجویان دانشگاه‌ها را با عملکرد پایین‌تر کنش‌های اجرایی مرتبط دانسته‌اند، ناهمخوان است. همچنین، با نتایج پژوهش می و همکاران (۲۰۱۵) که کاهش در متغیرهایی مانند توجه و حل مسئله را مستقیماً با عملکرد تحصیلی پایین مرتبط می‌دانند، و پرسون و ویتولیک (۲۰۱۴) که کارکردهای اجرایی برنامه‌ریزی، توجه، و انعطاف‌پذیری شناختی را مهارت‌های ضروری برای دستیابی به اهداف عالی تحصیلی می‌دانند، نیز همسو نیست. نتایج پژوهش بصرا الکوز و همکاران (۲۰۱۸)، که در یک بررسی سیستماتیک نشان داد کارکردهای اجرایی اصلی در گیر در عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه حافظه کاری و تا حدی کمتر، مهارت‌های برنامه‌ریزی، کنترل مهارتی، و انعطاف‌پذیری شناختی است، نیز با نتایج پژوهش حاضر ناهمسو می‌باشد.

یافته دیگر پژوهش حاضر مبنی بر عدم تفاوت معنادار در نمرات کیفیت زندگی دانشجویان ممتاز و مشروط با نتایج مطالعه هنینگ و همکاران (۲۰۱۱) که حاکی از همبستگی مثبت بین کیفیت زندگی، انگیزه یادگیری و نمرات امتحان کتبی دانشجویان پزشکی بود ناهمخوان است.

در نمره کل هوش هیجانی نیز تفاوت معناداری در بین دانشجویان ممتاز و مشروط مشاهده نشد. با این حال، در میان خرده‌مقیاس‌های هوش هیجانی، تنها مدیریت روابط تفاوت معناداری را نشان داد که در آن دانشجویان مشروط نمرات بالاتری کسب کردند. این یافته نیز با مطالعات چو و زاین (۲۰۱۳) که نشان دادند دانشجویان پزشکی با هوش هیجانی بالاتر در ارزیابی‌های مستمر و امتحان نهایی عملکرد بهتری داشتند، و آستین و همکاران (۲۰۰۷) که ارتباط معنی‌داری بین هوش هیجانی و عملکرد دانش‌آموزان در جلسات یادگیری گزارش کردند، ناهمخوان است.

در تبیین ناهمخوانی‌های موجود و برجسته‌سازی نقش طرحواره‌های ناسازگار می‌توان گفت که اثر مؤلفه‌هایی چون کنش‌های اجرایی، کیفیت زندگی، و هوش هیجانی بر عملکرد تحصیلی قابل انکار نیست. با این

حال، نکته قابل تأمل در یافته‌های پژوهش حاضر این است که دانشجویان مشروط نسبت به دانشجویان ممتاز، در نمره کل هوش هیجانی، کنش‌های اجرایی، و کیفیت زندگی به طور کلی نمرات بالاتری کسب کردند (هرچند این برتری جز در نمره مدیریت روابط که یکی از خرده‌مقیاس‌های هوش هیجانی است، معنادار نبود). این ناهمسو بودن یافته‌های ما با پژوهش‌های پیشین و در عین حال برتری نسبی دانشجویان مشروط در این متغیرها، در کنار نمرات به‌طور معنادار بالاتر آن‌ها در طرحواره‌های ناسازگار، بر این نکته تأکید دارد که طرحواره‌های ناسازگار می‌توانند به عنوان عوامل مسلط و تعیین‌کننده عمل کنند.

این بدان معناست که حتی اگر یک دانشجویان از نظر هوش هیجانی یا کنش‌های اجرایی در سطح مطلوب یا حتی بالاتری قرار داشته باشد، وجود و شدت برخی طرحواره‌های ناسازگار می‌تواند پتانسیل‌های او را تحت‌الشعاع قرار داده و منجر به شکست تحصیلی شود. به عبارت دیگر، این برتری تعیین‌کننده طرحواره‌های ناسازگار است که تفاوت اصلی بین دانشجویان ممتاز و مشروط را تبیین می‌کند، در حالی که سایر متغیرها به تنهایی قادر به تبیین کامل این تفاوت نیستند. این وضعیت می‌تواند یک دانشجوی توانمند را با پیامدهای منفی عمیقی مواجه کند و در نتیجه هزینه‌های هنگفت مادی و معنوی را برای فرد و سیستم آموزشی کشور ایجاد نماید. همانطور که ریسو و مک برید (۲۰۰۷) در پژوهش خود رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار و عملکرد تحصیلی را تأیید کردند و به این نتیجه رسیدند که ارزیابی طرحواره‌های ناسازگار در بین دانشجویان سال اول، یک شاخص ضروری برای جلوگیری از شکست‌ها است. همچنین این نتایج آنان را بر آن داشت تا پیشنهاد ایجاد یک مرکز پزشکی-روانشناختی برای مراقبت‌های روان‌شناختی این دانشجویان در دانشگاه توسط مراجع ذی‌صلاح را مطرح کنند چرا که چنین نظارتی می‌تواند این طرحواره‌ها را غیرفعال کند و از بدتر شدن سلامت روانی و عملکرد تحصیلی آن‌ها نیز جلوگیری کند. همچنین وفایی قشونی و کوچک انتظار (۲۰۲۱) در نتایج پژوهش خود حاصل از تحلیل معادلات ساختاری نشان دادند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر خود ناتوان سازی تحصیلی اثر مستقیم دارند. عارف نیا و همکاران (۲۰۱۳) نیز در پژوهشی با هدف مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانش‌آموزان دوره راهنمایی با علائم اضطراب مدرسه و بدون اضطراب، نشان دادند که میانگین نمرات همه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانش‌آموزان با علائم اضطراب مدرسه بالا نسبت به دانش‌آموزان با علائم اضطراب مدرسه پایین، بیشتر است.

در توضیح طرحواره‌ها می‌توان گفت، همه انسان‌ها دارای قوانین و الگوهایی هستند که برای تفسیر جهان از آنها استفاده می‌کنند. اطلاعات جدید بر اساس نحوه انطباق آن با این قوانین پردازش می‌شود که طرحواره نامیده می‌شود. این طرحواره‌ها نه تنها برای تفسیر، بلکه برای پیش‌بینی وضعیتی که در محیط ما اتفاق می‌افتد نیز قابل استفاده هستند (Widmayer, 2004). پیازه (۱۹۳۶) فرآیندهای ذهنی اساسی را که افراد برای درک اطلاعات از آنها استفاده می‌کنند به عنوان "ساختارهای شناختی" تعریف کرد. مفهوم طرحواره سپس توسط پیازه به عنوان بخشی از ساختارهای شناختی معرفی شد (Güner, 2017). او معتقد بود که بزرگسالان مجموعه‌ای از ایده‌های جدید را به یکباره درک نمی‌کنند. در عوض، با پیوست کردن اطلاعات جدید به معانی تجربیات قبلی، اطلاعات جدید را به آرامی یاد می‌گیرند (Almy & Genishi, 1979).

در مطالعات بعدی، یک اصطلاح طرحواره برای توصیف باورهای اصلی و باورهای شرطی استفاده کرد. او فرض کرد که تجربیات منفی و استرس‌زا در دوران کودکی ممکن است منجر به تثبیت باورهای اصلی ناسازگار در افراد یا طرحواره‌های شناختی شود که عاطفه و رفتار فرد را در مراحل بعدی زندگی تعیین می‌کند. این نظریه بعدها توسط یانگ، کلسکو و ویشار (Young et al., 2005) گسترش یافت. آن‌ها اشاره کردند که افراد در اوایل زندگی طرحواره‌هایی را ایجاد می‌کنند که به عنوان الگوهایی از انتظارات تعریف می‌شود که بر تفسیر رویدادها تأثیر می‌گذارد و پاسخ‌های افراد را در موقعیت‌های فعلی هدایت می‌کند. به گفته یانگ و همکارانش (Young et al., 2005)، طرحواره‌های ناسازگار اولیه^{۱۲} به الگوهای عاطفی و شناختی خودشکسته‌ای اشاره دارد که ناشی از برآورده نشده «نیازهای عاطفی اصلی» و تجربیات سمی دوران کودکی است که در طول زندگی فرد تداوم می‌یابد. طرحواره‌هایی که از نیازهای برآورده نشده در دوران کودکی، حوادث آسیب‌زا، محیط‌های ناسازگار، و درونی‌سازی طرحواره‌های دیگران ایجاد شده‌اند، بعداً می‌توانند تفسیرهای ناسازگاری از تجربیات زندگی یا رفتارهای ناکارآمد ایجاد کنند که مشکلات بیشتری را در کیفیت زندگی فرد ایجاد کند. یانگ و همکاران وجود ۱۸ EMS را پیشنهاد کردند که در اوایل زندگی شروع می‌شود و بعداً به یک الگوی تکراری در بزرگسالی تبدیل می‌شود. طرحواره‌هایی که از نیازهای برآورده نشده در دوران کودکی، حوادث آسیب‌زا، محیط‌های ناسازگار و درونی‌سازی طرحواره‌های دیگران ایجاد شده‌اند، بعداً می‌توانند تفسیرهای ناسازگاری از تجربیات زندگی یا رفتارهای ناکارآمد ایجاد کنند که مشکلات بیشتری را در کیفیت زندگی فرد

¹² Early Maladaptive Schemas - EMS

ایجاد کند. یانگ و همکاران وجود ۱۸ EMS را پیشنهاد کرد که در اوایل زندگی شروع می‌شود و بعداً به یک الگوی تکراری در بزرگسالی تبدیل می‌شود (Young et al., 2005).

به گفته یانگ و همکارانش (۲۰۰۵)، حوزه طرحواره قطع/رد شامل طرحواره‌هایی است که شامل این انتظار است که نیازهای فرد برای پذیرش و احترام به طور قابل پیش‌بینی برآورده نمی‌شود. حوزه استقلال مختل شده شامل انتظاراتی در مورد خود و محیط است که با ظرفیت درک شده فرد برای عملکرد مستقل یا عملکرد موفقیت‌آمیز تداخل می‌کند (Calvete et al., 2013). نویسندگان همچنین حوزه‌ی جهت‌گیری دیگر را توصیف می‌کنند که متشکل از تمرکز افراطی بر خواسته‌های دیگران، به قیمت هزینه کردن نیاز خود فرد است. حوزه هوشیاری بیش از حد و بازداری با دیدگاه‌هایی مشخص می‌شود که فرد باید احساسات و تکانه‌ها را سرکوب کند تا انتظارات درونی شده بالای رفتار را برآورده کند (Young et al., 2005). در نهایت، یانگ طرحواره‌ها را در حوزه محدودیت‌های آسیب‌دیده، به عنوان نقص در محدودیت‌های درونی، احترام و مسئولیت در قبال دیگران، یا رسیدن به اهداف شخصی واقعی توصیف می‌کند.

طرحواره‌های ناسازگار درگیر در این پژوهش شامل موارد زیر است:

- رهاشدگی/بی‌ثباتی^{۱۳}: انتظار شخص برای دریافت حمایت عاطفی، امنیت، همدلی یا حفاظت توسط دیگران برآورده نمی‌شود. این طرحواره از حوزه طرد و رهاشدگی^{۱۴} است.
- آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری^{۱۵}: مبالغه در ترس از وقوع فاجعه در هر زمان (فجایع ممکن است پزشکی، عاطفی یا خارجی باشند). این طرحواره از حوزه اختلال در استقلال و عملکرد است.
- گرفتار/خویش‌نحوه تحول‌نیافته^{۱۶}: این احساس که باید دیگران را به بهای رشد خود یا اجتماعی خشنود کرد. این طرحواره نیز از حوزه اختلال در استقلال و عملکرد است.
- ایثارگری^{۱۷}: مرکز بیش از حد در ملاقات با خواسته‌های دیگران به قیمت رضایت خود. این طرحواره از حوزه دیگرجهت‌مندی است.

¹³ Abandonment/instability

¹⁴ Disconnection and Rejection

¹⁵ Vulnerability to harm or illness

¹⁶ Enmeshment/Undeveloped Self

¹⁷ Self-sacrifice

- استحقاق/بزرگ منشی^{۱۸}: اعتقاد به برتری بر دیگران که به او اجازه می‌دهد از حقوق و امتیازات ویژه‌ای برخوردار شود. این طحواره از حوزه محدودیت‌های مختل است.
 - خویشتن داری ناکافی^{۱۹}: تضاد بین اهداف زندگی و کنترل کم خود، شاید به دنبال راحتی به جای تلاش برای انجام مسئولیت‌های روزانه. این طحواره نیز از حوزه محدودیت‌های مختل است.
- در تمام موارد ذکر شده، دانشجویان مشروط به‌طور معناداری نمرات بالاتری کسب کردند، بدین معنا که احتمال وجود این طحواره‌های ناسازگار در دانشجویان مشروط، به‌طور معنادار نسبت به دانشجویان ممتاز بیشتر است. این برتری در نمرات طحواره‌های ناسازگار است که وجه تمایز اصلی بین دو گروه دانشجویان را فراهم می‌آورد و نشان‌دهنده اهمیت حیاتی این متغیرها در پیش‌بینی و تبیین عملکرد تحصیلی ناموفق است.
- ما نیز چون ریسو و مک‌برید (۲۰۰۷) تأکید می‌کنیم که ارزیابی طحواره‌های ناسازگار در بین دانشجویان سال اول، می‌تواند یک شاخص ضروری برای پیشگیری از شکست تحصیلی و تبعات آن از جمله تحمیل هزینه اضافی بر دانشجو و مؤسسات آموزشی، کاهش عزت نفس و اعتماد به نفس، و افزایش اضطراب و افسردگی باشد. با شناسایی دانشجویان مستعد و ارائه طرح درمانی مناسب، می‌توانیم به ایجاد فرصت شغلی و اجتماعی مناسب برای فرد کمک کنیم. زمانی که جوانان ما به جای اینکه سال‌ها برای عبور از موانع تحصیلی درجا بزنند و دچار فرسودگی تحصیلی شوند، با انرژی، شاداب، و مهمتر از آن، به‌هنگام وارد بازار کار شوند، پیامد آن را در سطح کلان جامعه و اقتصاد می‌توان مشاهده کرد.

محدودیت پژوهش

پژوهش حاضر به دلیل عدم همکاری دانشجویان، با اندازه نمونه کمی اجرا شد که لازم است در تعمیم نتایج محتاط بود. پیشنهاد می‌شود چنین پژوهش‌هایی در اندازه نمونه بالاتری اجرا گردد.

پیشنهاد پژوهش

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهادهایی در دو بخش کاربردی و پژوهش‌های آینده ارائه می‌گردد:

پیشنهادهای کاربردی

¹⁸ Entitlement/grandiosity

¹⁹ Insufficient self-control/self-discipline

- به مراکز مشاوره دانشجویی، خصوصاً مرکز مشاوره دانشگاه فردوسی مشهد، توصیه می‌شود در پایش سلامت روان دانشجویان نوورود، طرحواره‌های ناسازگار را چه در پایش و چه در طرح‌ریزی مداخلات، مورد توجه ویژه قرار دهند.
 - طراحی و اجرای کارگاه‌های آموزشی و مشاوره‌ای مبتنی بر طرحواره‌درمانی برای دانشجویان مستعد شکست تحصیلی، به ویژه در سال‌های اولیه تحصیل.
 - گنجاندن غربالگری طرحواره‌های ناسازگار به عنوان بخشی از فرآیند پذیرش یا ارزیابی اولیه سلامت روان دانشجویان.
- پیشنهادهای برای پژوهش‌های آینده
- با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی اثربخشی مداخلات طرحواره‌درمانی بر عملکرد تحصیلی دانشجویان مشروط مورد بررسی قرار گیرد. این پژوهش‌ها می‌توانند با طراحی‌های شبه‌تجربی یا تجربی، میزان تأثیر مستقیم طرحواره‌درمانی بر بهبود وضعیت تحصیلی را مشخص کنند.
 - انجام مطالعات طولی برای بررسی تغییرات طرحواره‌های ناسازگار و سایر متغیرهای پژوهش در طول زمان در دانشجویان، به منظور درک بهتر مسیرهای علی و معلولی.
 - بررسی نقش متغیرهای میانجی و تعدیل‌کننده (مانند حمایت اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی، یا سبک‌های مقابله‌ای) در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار و عملکرد تحصیلی در دانشجویان.
 - انجام پژوهش‌های کیفی (مانند مصاحبه‌های عمیق) با دانشجویان مشروط برای درک عمیق‌تر تجربیات آن‌ها، چالش‌ها، و نحوه تأثیر طرحواره‌های ناسازگار بر زندگی تحصیلی و شخصی‌شان.
 - مطالعه مقایسه‌ای طرحواره‌های ناسازگار و سایر متغیرها در دانشجویان رشته‌های مختلف تحصیلی، با توجه به تفاوت‌های احتمالی در فشارهای تحصیلی و ویژگی‌های شخصیتی مورد نیاز برای موفقیت در هر رشته.

References

- Ab Razak, W. M. W., Baharom, S. A. S., Abdullah, Z., Hamdan, H., Abd Aziz, N. U., & Anuar, A. I. M. (2019). Academic performance of University students: a case in a higher learning institution. *KnE Social Sciences*, 1294–1304-1294–1304 . <https://doi.org/10.18502/kss.v3i13.4285>
- Ahangar Ghorbani ,Z., Atadokht, A., Mikaeili, N., & Hajloo, N. (2022). The Causal Relationship Between Creativity and Emotional Intelligence Mediated by Humor: A Study among Adolescents [Research]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*, 10(12), 273-282. <http://frooyesh.ir/article-1-3276-fa.html> . (In Persian).
- Ali, S., Haider, Z., Munir, F., Khan, H., & Ahmed, A. (2013). Factors contributing to the students academic performance: A case study of Islamia University Sub-Campus. *American journal of educational research*, 1(8), 283-289. <https://doi.org/10.12691/education-1-8-3> .
- Almy, M & ,Genishi, C. (1979). *Ways of studying children: An observation manual for early childhood teachers*. Teachers College Press .
- Arefnia, S., Sarandi, p., & Yousefi, R. (2013). The comparison of early maladaptive schemas in secondary school students with and without school anxiety. *Journal of School Psychology*, 1(4), 74-89. https://doi.org/d_1_4_91_12_1_4 .(In Persian).
- Austin, E. J., Evans, P., Magnus, B., & O'Hanlon, K. (2007). A preliminary .(In Persian).study of empathy, emotional intelligence and examination performance in MBChB students. *Medical education*, 41(7), 684-689 . <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02795.x>
- Baddeley, A., & Hitch, G. (1974). Working memory In Bower GA, editor.(Ed.), *The psychology of learning and motivation* (pp. 47–89). In: Cambridge, MA: Academic Press.
- Barkley, R. A. (2011). *Barkley deficits in executive functioning scale (BDEFS)*. Guilford Press .
- Besserra-Lagos, D., Lepe-Martínez, N., & Ramos-Galarza, C. (2018). Las funciones ejecutivas del lóbulo frontal y su asociación con el desempeño académico de estudiantes de nivel superior. *Revista ecuatoriana de neurología*, 27(3), 51-56 .
- Bjorklund, D. F., & Harnishfeger, K. K. (1995). The evolution of inhibition mechanisms and their role in human cognition and behavior. In *Interference and inhibition in cognition* (pp. 141-173). Elsevier . <https://doi.org/10.1016/B978-012208930-5/50006-4>.
- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of anxiety disorders*, 27(3), 278-288 . <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.02.011>.
- Chew, B. H., Zain, A. M., & Hassan, F. (2013) .(Emotional intelligence and academic performance in first and final year medical students: a cross-sectional study. *BMC medical education*, 13(1), 1-10 . . <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-44>
- Chohan, B. I. (2018). The Impact of Academic Failure on the Self-Concept of Elementary Grade Students. *Bulletin of Education and Research*, 40(2), 13-25 .
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/14805-018>
- Ebadi M, Harirchi A.M, Shariati M, Gannaroudi G.R, Fateh A, & Montazeri A.(2002). Determining the reliability and validity of the 12-question public health questionnaire (GHQ-12) [Descriptive].

- Payesh (*Health Monitor*) Journal, 13, 39-46. <http://payeshjournal.ir/article-1-869-en.html> . (In Persian).
- Farajzadeh, M., Gheshlagh, R. G., & Sayehmiri, K. (2017). Health related quality of life in Iranian elderly citizens: a systematic review and meta-analysis. *International journal of community based nursing and midwifery*, 5(2), 100 .(In Persian).
- Ganji, H., Mirhashemi, M., & Sabet, M. (2006). Preliminary standardization of Bradbury-Graves emotional intelligence test. *Applied Psychology*, 2, 35-23 .(In Persian).
- Güner, O. (2017). Psychometric properties and normative values of early maladaptive schema questionnaires set for children and adolescents (SQS). *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(2), 534-554. <https://doi.org/10.1002/cpp.2049>
- Hamta, A., Kazemnejad, A., Gholami-Fesharaki, M., Fekri, N., & Abollfathi, M. (2016). Identification of Early Maladaptive Schemas Based on Young Questionnaire in High School Girls of Qom City, Iran [Original Article]. *Qom University of Medical Sciences Journal*, 10(9), 35-43. <http://journal.muq.ac.ir/article-1-1150-en.html>
- Henning, M. A., Krägeloh, C. U., Hawken, S. J., Doherty, I., Zhao, Y., & Shulruf, B. (2011). Motivation to learn, quality of life and estimated academic achievement: medical students studying in New Zealand. *Medical Science Educator*, 21, 142-150. <https://doi.org/10.1007/BF03341611>
- Idris, F., Hassan, Z., Ya'acob, A., Gill, S. K., & Awal, N. A. M. (2012). The role of education in shaping youth's national identity. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 59, 443-450. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.09.299>
- Isanejad, O., Heidary, M. S., Rudbari, O., & Liaghatdar, M. J. (2012). Early maladaptive schemes and academic anxiety. *World Applied Sciences Journal*, 18(1), 107-112. <https://doi.org/10.5829/idosi.wasj.2012.18.01.3684>
- Karande, S., & Kulkarni, M. (2005). Poor school performance. *The Indian Journal of Pediatrics*, 72, 961-967. <https://doi.org/10.1007/BF02731673>
- Lezak, M. D. (2004). *Neuropsychological assessment*. Oxford University Press, USA .
- Lucendo, M. C., Herrera, Y. R., & López, B. N. F. (2022). Relación entre las funciones ejecutivas y el rendimiento académico en estudiantes de psicología. *HUMAN REVIEW: International Humanities Review/Revista Internacional de Humanidades*, 12(2), 1-10. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10449853>
- Lyndon, M. P., Henning, M. A., Alyami, H., Krishna, S., Zeng, I., Yu, T.-C., & Hill, A. G. (2017). Burnout, quality of life, motivation, and academic achievement among medical students: A person-oriented approach. *Perspectives on medical education*, 6, 108-114. <https://doi.org/10.1007/s40037-017-0340-6>
- Mashhadi, A., Mirdoraghi, F., Hosainzadeh-Maleki, Z., Hasani, J., & Hamzeloo, M. (2015). Factor structure, reliability and validity of Persian version of Barkley Deficits in Executive Functioning Scale (BDEFS)-Adult version. *Journal of Clinical Psychology*, 7(1), 51-62. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2190> .(In Persian).
- May, R. W., Bauer, K. N., & Fincham, F. D. (2015). School burnout: Diminished academic and cognitive performance. *Learning and Individual Differences*, 42, 126-131. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2015.07.015>

- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (۲۰۰۰). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive psychology*, 41(1), 49-100. <https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>
- Mokhtari, Z., Gheshlagh, R. G., & Kurdi, A. (2019). Health-related quality of life in Iranian patients with type 2 diabetes: An updated meta-analysis. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 13(1), 402-407. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2018.10.007>
- Muris, P. (2006). The pathogenesis of childhood anxiety disorders: Considerations from a developmental psychopathology perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 30(1), 5-11. <https://doi.org/10.1177/0165025406059967>
- Prosen, S., & Smrtnik Vitulić, H. (2014). Executive function in different groups of university students. *Review of psychology*, 21(2), 0-143. <https://doi.org/hrcak.srce.hr/147121>
- Qashoni, H. W., & entezar, R. k. (2021). The mediating role of coping strategies with primary maladaptive schemas and academic self-handicapping in female students. *Quarterly Journal of Health Psychology and Social Behavior*, 1(2), 1-20. <https://doi.org/10.30495/hpsbjourn.202> .(In Persian).
- Ramos-Galarza, C., Acosta-Rodas, P., Bolaños-Pasquel, M., & Lepe-Martínez, N. (2020). The role of executive functions in academic performance and behaviour of university students. *Journal of Applied Research in Higher Education*, 12(3), 444-455. <https://doi.org/10.1108/JARHE-10-2018-0221>
- Regier, J. (2011). Why is academic success important. *Saskatchewan School Boards Association* .
- Riso, L. P., & McBride, C. (2007). Introduction: A Return to a Focus on Cognitive Schemas .
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185-211. <https://doi.org/10.1037/11561-001>
- Singh, A., Gnanalingham, K., Casey, A., & Crockard, A. (2006). Quality of life assessment using the Short Form-12 (SF-12) questionnaire in patients with cervical spondylotic myelopathy: comparison with SF-36. *Spine*, 31(6), 639-643. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000202744.48633.44>
- Sothan, S. (2019). The determinants of academic performance: evidence from a Cambodian University. *Studies in Higher Education*, 44(11), 2096-2111. <https://doi.org/10.1080/03075079.2018.1496408>
- Strauss, C. C., Lahey, B. B., & Jacobsen, R. H. (1982). The relationship of three measures of childhood depression to academic underachievement. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 3(4), 375-380. <https://doi.org/10.1080/03075079.2018.1496408>
- Stuss, D. T., & Alexander, M. P. (2007). Is there a dysexecutive syndrome? *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 362(1481), 901-915. <https://doi.org/10.1098/rstb.2007.2096>
- Swanepoel, S., & Britz, L. (2017). Emotional intelligence and academic performance. *Alternation Journal*(20), 171-188. <https://doi.org/10.29086/2519-5476/2017/sp20a9>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). *Using multivariate statistics* (7th ed.). Pearson Education.
- Talib, N., & Sansgiry, S. S. (2012). Determinants of Academic Performance of University Students . *Pakistan Journal of Psychological Research*, 27. <https://psycnet.apa.org/record/2014-02064-007>

- Tentama, F., & Abdillah, M. H. (2019). Student Employability Examined from Academic Achievement and Self-Concept. *International Journal of Evaluation and Research in Education*, 8(2), 243-248. <https://doi.org/10.11591/IJERE.V8I2.18128>
- Ware Jr, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*, 220-233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>
- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2006). Impairment and distress associated with relationship discord in a national sample of married or cohabiting adults. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 369. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.3.369>
- Widmayer, S. A. (2004). Schema theory: An introduction. Retrieved December, 26, 2004 .
- Yigermal, M. E. (2017). Determinant of Academic Performance of Under Graduate Students: In the Cause of Arba Minch University Chamo Campus. *Journal of Education and Practice*, 8(10), 155-166 <https://doi.org/10.11648/j.ash.20170304.12>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). Schema therapy: A practitioner's guide.



Investigating Patterns of Self-Destructive Behavior Among University Students in Afghanistan and Developing an Educational Package for Modifying Self-Destructive Behavior Patterns

Ali Rezaee

PhD student of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.. Email: alirezeai2019@gmail.com

Mahbube Amirdadi

M.A. in Cognitive Psychology, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Email: mahbubeamirdadi@gmail.com

Hamidreza Aghamohammadian Sharbaf

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

Seyed Kazem Rassoolzadeh Tabatabaee

Professor of the Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad. Iran. Email: Rasool1340@um.ac.ir

Mohammadjavad Asghariebrahimabad

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

Received: 2024-06-26

Revised: 2025-06-01

Accepted: 2025-12-15

Published: 2025-12-30

Citation: Rezaee, A., Amirdadi, M., Aghamohammadian Sharbaf, H., Rassoolzadeh Tabatabaee, K. & Asghariebrahimabad, M. (2025). Investigating Patterns of Self-Destructive Behavior Among University Students in Afghanistan and Developing an Educational Package for Modifying Self-Destructive Behavior Patterns. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 15(2), 33-48. doi: 10.22067/tpccp.2025.88388.1656

Abstract

Introduction:

University students are in the stage of late adolescence and early adulthood. Due to their specific developmental needs and situational pressures, the prevalence of behaviors such as self-destructive acts is higher in this group than in others (Moradi Chadegani et al., 2022). As an educated class, these individuals represent a productive force for societal progress and are often viewed as role models for other adolescents and young adults. Consequently, when they engage in such behaviors, it can lead to the normalization and spread of these actions to other segments of society, thereby masking the severity of the problem. Self-destructive behaviors, defined as conscious actions undertaken with the deliberate intention of inflicting harm upon oneself, fundamentally conflict with the biological imperatives of survival and gene transmission (O'Connor & Nock, 2014). These behaviors range from superficial injuries to suicide or non-fatal self-harm. They may be direct and acute, such as skin cutting, or indirect and chronic, such as postponing responsibilities or defensive approaches (Turgay, 2004). The consequences of self-destructive behavior include chronic stress, depression, anxiety, and reduced quality of life. In light of the multifaceted impact of cultural, social, and psychological factors on the phenomenon under study, coupled with the paucity of field research in Afghanistan, the present study was undertaken with the following objectives: first, to investigate patterns of self-destructive behavior among Afghan students; second, to develop an educational package based on the identified patterns; and third, to evaluate the initial effectiveness of the package.



©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.

Method

The present study employs a mixed-methods approach, integrating both quantitative and qualitative data collection and analysis techniques. The statistical population encompassed all students enrolled in the management, law, political science, and clinical psychology programs at Herat University, with an estimated total of approximately 1500 students. The sample size was determined as 305 based on Morgan's table and selected through the convenience sampling method. The data collection instrument employed in the quantitative section was the Aghamohamadian and colleagues' self-destructive behavior measurement questionnaire (Aghamohamadian sharbaf et al., 2013), which comprised 31 items presented as a list of self-destructive behaviors. The quantitative component of the research endeavored to identify behavioral patterns. The qualitative component entailed the development of an educational package and the assessment of its content validity. The educational package was developed following the identification of five recurrent patterns: insufficient exercise, stress and lack of psycho-physical control, Internet and phone addiction, lack of enjoyable activities, and violence and aggression. The content validity of the package was measured by employing the Delphi method and the Content Validity Ratio (CVR) index, utilizing the opinions of a group of experts.

Findings

The results of the analysis of self-destructive patterns using the Friedman test demonstrated that the frequency of these patterns among university students was as follows: first, the pattern of "insufficient exercise" was the most prevalent (mean 1.56). Subsequent to these, the patterns of "stress and lack of physical and mental control" and "Internet addiction" (both with a mean of approximately 1.38) were in the subsequent ranks. "Lack of fun and fun activities" and "phone addiction" were also relatively common patterns. Conversely, behaviors such as "running away from home" (mean 0.06) and "attempting suicide" (mean 0.08) exhibited the lowest means, suggesting a reduced frequency of these high-risk behaviors compared to other patterns observed among the student population under study. The findings indicated a broad spectrum of self-destructive behaviors, ranging from inactivity and chronic stress to aggressive behaviors. The Delphi method was also employed to confirm the content validity of the developed training package.

Conclusion

The findings of this study indicated that the most prevalent patterns of self-destructive behavior among Afghan students include insufficient exercise, stress and lack of mental and physical control, internet and phone addiction, lack of enjoyable activities, and violence and aggression, respectively. These results align with the findings of previous studies (Aghamohamadian sharbaf et al., 2013), particularly those highlighting the high prevalence of insufficient exercise, stress, and lack of enjoyment among students (Webb & Boye, 2024). Additionally, the importance of stress as an unhealthy coping mechanism that can lead to self-destructive behavior was confirmed (Šimić et al., 2021). The high diversity and variety of common self-destructive behaviors confirm the need to develop a comprehensive training package that targets the five most common patterns identified. The educational package developed in this study, which is based on the opinions of experts and various therapeutic approaches (such as behavioral therapy, cognitive-behavioral therapy, schema therapy, and ACT), can be an effective tool for modifying and reducing these behavioral patterns and promoting the mental health of students. However, the generalization of the results of this

study should be done with caution, because the sample size was limited to Herat city and the research method was quasi-experimental. It is recommended that subsequent research prioritize the long-term efficacy of this educational program and undertake a more comprehensive evaluation of the factors contributing to self-destructive behaviors among students.

Keywords: Self-destructive behavior, self-destructive pattern, Afghan students, educational package development.

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

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

دسترسی آزاد

بررسی الگوهای رفتار خودتخریب‌گری در دانشجویان افغانستان و تدوین بسته آموزشی برای اصلاح الگوهای رفتار خود تخریب

علی رضایی ^{ID}

دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. alirezeai2019@gmail.com

محبوبه امیردادی ^{ID}

دانش آموخته کارشناسی ارشد روان‌شناسی شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

mahbubeamirdadi@gmail.com

حمیدرضا آقا محمدیان شعرباف ^{ID}

استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)،

Aghamohammadian@um.ac.ir

سید کاظم رسول زاده طباطبایی ^{ORCID}

استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، ایران. Rasool1340@um.ac.ir

محمدجواد اصغری ابراهیم آباد ^{ID}

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

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۰۶	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۳/۱۱	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۲۴	تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۱۰/۰۹
استناد: رضایی، علی؛ امیردادی، محبوبه؛ آقا محمدیان شعرباف، حمیدرضا؛ رسول زاده طباطبایی، سید کاظم؛ اصغری ابراهیم آباد، محمدجواد. (۱۴۰۴). بررسی الگوهای رفتار خودتخریب‌گری در دانشجویان افغانستان و تدوین بسته آموزشی برای اصلاح الگوهای رفتار خود تخریب. <i>پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره</i>، ۱۵(۲)، ۳۳-۴۸. doi: 10.22067/tpccp.2025.88388.1656			

چکیده

هدف:

هدف از پژوهش حاضر، در دو مرحله اصلی دنبال شد: نخست، شناسایی و مدل‌سازی مهم‌ترین الگوهای رفتار خودتخریب‌گری در میان دانشجویان، و دوم، تدوین یک بسته آموزشی جامع با هدف اصلاح و کاهش این الگوهای رفتاری در جمعیت دانشجویی است.

روش:

این پژوهش با رویکردی آمیخته (کمی-کیفی) اجرا شد. در فاز کمی، از یک طرح پژوهشی پیمایشی استفاده شد. داده‌ها با توزیع پرسشنامه آزمون الگوهای خودتخریب‌گر آقامحمدیان در میان دانشجویان دانشگاه هرات که دارای الگوهای خودتخریب‌گر بودند، گردآوری شد.

در فاز کیفی و توسعه‌ای، با هدف آماده‌سازی بسته آموزشی، یک برنامه درمانی ده‌جلسه‌ای تدوین شد. این بسته آموزشی برای پنج الگوی کلیدی خودتخریب‌گر طراحی شده و مبتنی بر رویکردهای درمانی معتبر و متنوعی بود. منابع و رویکردهای درمانی استفاده‌شده شامل شناختی-رفتاری (CBT)، رفتاری، طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان وجودی بودند. بسته آموزشی شامل فنون و تکنیک‌های مرتبط و عملیاتی برای اصلاح الگوهای شناسایی شده بود.

یافته‌ها:

به‌منظور تضمین کفایت و تناسب محتوای بسته آموزشی تدوین‌شده، روایی محتوایی آن مورد سنجش قرار گرفت. در این راستا، از شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) استفاده شد. دیدگاه یازده نفر از متخصصان فعال و باتجربه در حوزه‌های درمانی پرخطر، اعتماد و رفتارهای خودتخریب‌گر ارزیابی شد.

نتایج تحلیل شاخص CVR نشان داد که تمامی مولفه‌ها و جلسات بسته آموزشی از روایی محتوایی نسبتاً بالایی برخوردار هستند و به تأیید متخصصان رسیدند. بر اساس این یافته‌ها، نتیجه‌گیری می‌شود که بسته آموزشی درمانی طراحی‌شده، ابزاری معتبر و متناسب با هدف پژوهش بوده و قابلیت عملیاتی لازم برای اصلاح و کاهش الگوهای رفتار خودتخریب‌گر در میان دانشجویان را داراست.

واژه‌های کلیدی: رفتار خودتخریب‌گری، الگوی خودتخریب‌گری، دانشجویان افغانستانی، تدوین بسته آموزشی.

مقدمه

در حالی که بقای فرد و انتقال ژن‌ها به نسل آینده از اهداف بنیادی زیست‌شناختی انسان محسوب می‌شود، مشاهده می‌شود که برخی افراد دست به رفتارهایی می‌زنند که به‌طور آشکار با این اهداف در تضاد هستند؛ از جمله اقدام به خودآسیب‌رسانی یا حتی خودکشی. این پرسش که «چرا انسان‌ها به خود آسیب می‌زنند؟» سال‌هاست که ذهن پژوهشگران را به خود مشغول کرده است (O'Connor & Nock, 2014). رفتارهای خودتخریب‌گرانه به آن دسته از کنش‌هایی اطلاق می‌شود که فرد آگاهانه و با هدف آسیب رساندن به خود انجام می‌دهد؛ این رفتارها ممکن است منجر به جراحات سطحی تا صدمات جدی جسمی شوند (Mani et al., 2020; Turgay, 2004). یکی از شایع‌ترین اشکال این رفتارها، خراش دادن یا بریدن پوست است (Lurigio et al., 2024). مطابق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان (DSM-5)، این رفتارها عمدی هستند و شامل طیفی از اقدامات نظیر خودآسیب‌رسانی غیرکشنده، اقدام به خودکشی، مسمومیت عمدی و مصرف بیش از حد دارو می‌شوند.

علاوه بر رفتارهای مستقیم و حاد، نوعی از خودتخریب‌گری نیز وجود دارد که به صورت غیرمستقیم و در بلندمدت به فرد آسیب می‌زند (Baumeister & Scher, 1988; Harat et al., 2021). برای مثال، افراد

دارای چنین الگوهایی ممکن است مسئولیت‌های خود را به تعویق بیندازند، از وظایف شانه خالی کنند، بهانه‌جویی کنند یا رویکردی تدافعی در تعاملات بین‌فردی اتخاذ نمایند. این ویژگی‌ها می‌توانند عملکرد فرد را در ابعاد مختلف زندگی مختل کنند و بسته به میزان و مدت‌زمان درگیری ذهنی فرد با مشکلات، موقتی یا مزمن شوند (Lurigio, 2024, Üzar Özçetin, 20167).

از آنجا که رفتارهای خودتخریب‌گرانه تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی و روان‌شناختی قرار دارند و با توجه به فقدان پژوهش‌های میدانی در این حوزه در جامعه افغانستان، پژوهش حاضر با هدف بررسی الگوهای رفتار خودتخریب‌گرانه در میان دانشجویان افغان طراحی و اجرا شده است.

پدیده خودتخریبی، با قدمتی دیرینه در تاریخ بشر، همواره با پیامدهای روانی، جسمی و اجتماعی همراه بوده است و ریشه‌هایی عمیق در ساختار روان انسان و تحولات تمدنی دارد (Gürtler & Münster, 2013). با وجود پیشرفت‌های علمی و دسترسی به اطلاعات، انسان معاصر هنوز در دستیابی به آرامش و رضایت پایدار با چالش‌های جدی روبروست و شمار زیادی از افراد، فارغ از موقعیت فرهنگی یا اقتصادی، به رفتارهایی روی می‌آورند که سلامت روان و جسم آن‌ها را تهدید می‌کند (Stanković & Nešić, 2022). نوجوانان و جوانان، به دلیل ویژگی‌های رشدی و تحولات هویتی، بیش از دیگر گروه‌های سنی در معرض بروز رفتارهای آسیب‌زا قرار دارند (Berk, 2013). نوسانات خلقی، نیاز به استقلال، و ناتوانی در مدیریت مؤثر استرس، خطر خودتخریب‌گری را در این گروه افزایش می‌دهد.

بررسی‌های آماری، از جمله نتایج آزمون فریدمن، نشان داده‌اند که خودتخریب‌گری در بلندمدت می‌تواند با پیامدهای منفی متعددی همراه باشد، از جمله استرس مزمن، ضعف در کنترل روانی-جسمانی، کاهش فعالیت بدنی، وابستگی به تکنولوژی، پرخاشگری، و اختلال در سبک زندگی سالم (Aghamohamadian, 2013, sharbaf et al.).

خانواده، به عنوان نخستین نهاد اجتماعی که فرد در آن رشد می‌کند، نقش محوری در شکل‌گیری و تداوم این رفتارها دارد (Mani et al., 2020). رفتارهای خودتخریب‌گرانه می‌توانند سلامت روانی-جسمانی فرد و نزدیکان او را تهدید کرده و باعث بروز مشکلاتی نظیر افسردگی، اضطراب و افت کیفیت زندگی شوند (Schneiderman et al., 2005). همچنین، سطح بالای استرس می‌تواند موجب بروز اختلالاتی مانند سوءمصرف مواد، تغییر در الگوهای تغذیه، سبک زندگی بی‌تحرك، و حتی پس از پایان دوره استرس، ادامه یابد (M et al., 2020). عدم دسترسی به مراقبت‌های روانی و جسمی مناسب نیز می‌تواند منبع دائمی استرس باشد (Kim, 2023; Adams, 2021).

مطالعات متعددی در زمینه رفتارهای خودتخریب‌گرانه انجام شده است. پلنر و همکاران (۲۰۰۹) نرخ بالایی از خودآسیب‌رسانی را در نوجوانان آلمانی و آمریکایی گزارش کرده‌اند که تفاوت معناداری بین این دو گروه وجود نداشت (Plener et al., 2009). در پژوهش آرتور و همکاران (۲۰۲۴)، خودتخریبی غیرخودکشی به‌عنوان ابراز آسیب عاطفی و پاسخی به تروما در نظر گرفته شده است (Lurigio et al., 2024). دیرکر و همکاران (Dierker et al., 2015) نشان دادند که خودتخریبی در نوجوانان بیشتر با هدف جلب توجه یا کنترل احساسات درونی انجام می‌شود. در بررسی‌های زیستی، شر و استنلی (Sher & Stanley, 2008) نقش احتمالی سیستم‌های افیونی مغز را در رفتارهای خودتخریب‌گرانه بررسی کرده و پیشنهاد داده‌اند که درمان‌های نوین می‌توانند با در نظر گرفتن این سازوکارها طراحی شوند. از منظر خانواده‌محور، مانی و همکاران (Mani et al., 2020) بر نقش مداخله آموزشی با مادران برای کاهش رفتارهای غیرمستقیم خودتخریبی در دختران نوجوان تأکید کرده‌اند. همچنین پیل و همکاران (Peel & Caltabiano, 2021) در حوزه روابط زناشویی، خودتخریبی را به‌عنوان الگویی رفتاری در شکست‌های عاطفی تحلیل کرده‌اند. با توجه به اثرات گسترده و چندبعدی این پدیده و نیز تفاوت‌های فرهنگی که در شکل‌گیری و بروز آن نقش دارند، پژوهش حاضر با هدف شناسایی و تبیین الگوهای رفتاری خودتخریبی در میان دانشجویان افغانستان طراحی شده است. اهداف اصلی این مطالعه عبارت‌اند از:

۱. شناسایی و تحلیل الگوهای رایج خودتخریب‌گری در میان دانشجویان افغان،
۲. طراحی و تدوین یک بسته آموزشی مبتنی بر الگوهای شناسایی‌شده،
۳. ارزیابی میزان اثربخشی این بسته در کاهش رفتارهای خودتخریب‌گرانه و ارتقای سلامت روانی در این گروه.

یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌توانند مبنایی برای طراحی مداخلات بومی مؤثر در راستای ارتقاء سلامت روان دانشجویان در افغانستان فراهم آورند.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع کمی-کیفی است. در بخش کمی ابتدا از طریق مصاحبه ساختار یافته براساس پرسشنامه آقامحمدیان (۱۳۸۸) با افرادی که به‌صورت اولیه مظنون و احتمال داشتن الگوهای رفتار خودتخریب‌گرانه بودند از بین دانشجویان دانشکده‌های روانشناسی بالینی، زبان و ادبیات انگلیسی، اقتصاد و حقوق علوم سیاسی، داده‌های اولیه جمع‌آوری شد (Ali Ahmadi, 2019). هدف اصلی این مرحله، شناسایی الگوهای خودتخریب‌گری در میان دانشجویان افغانستانی بود.

در ادامه، برای تحلیل دقیق‌تر داده‌ها و چارچوب‌بندی نظری تحقیق، مرور منابع علمی معتبر در حوزه رفتارهای خودتخریب‌گرانه انجام گرفت و دیدگاه‌های نظری مطرح در پژوهش‌های پیشین مورد تحلیل قرار گرفتند. همچنین، مصاحبه‌هایی با متخصصان حوزه رفتارهای خودتخریب‌گرانه صورت گرفت تا نظرات آن‌ها در تفسیر یافته‌ها و تقویت چارچوب نظری پژوهش لحاظ شود.

جامعه آماری، نمونه مورد مطالعه و روش نمونه‌گیری:

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان رشته‌های مدیریت، حقوق، علوم سیاسی و روانشناسی بالینی دانشگاه هرات بود که تعداد آن‌ها حدود ۱۵۰۰ نفر برآورد شد. با استناد به جدول مورگان و با توجه به ماهیت پیمایشی مطالعه، حجم نمونه برابر با ۳۰۵ نفر تعیین و از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه سنجش رفتارهای خودتخریب‌گرانه (Aghamohamadian sharbaf et al., 2013) بود. این پرسشنامه شامل ۳۱ گویه به صورت فهرست رفتارهای خودتخریب‌گرانه طراحی شده و پاسخ‌دهندگان می‌توانستند با انتخاب گزینه‌های بلی یا خیر، تجربه انجام هر رفتار را مشخص کنند. نسخه اولیه این پرسشنامه توسط آقامحمدیان (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان «بررسی رفتارهای خودتخریب‌گری و علل آن در میان دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد» اعتباریابی شده بود. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش مذکور برابر با ۰.۸۳ گزارش شده است.

با توجه به شباهت‌های فرهنگی میان شهرهای مشهد و هرات، پرسشنامه مذکور با در نظر گرفتن تفاوت‌های فرهنگی جزئی، برای جامعه افغانستانی انطباق داده شد. نسخه نهایی انطباق‌یافته در این مطالعه نیز دارای ضریب پایایی (ثبات درونی) برابر با ۰.۷۸ بود که نشان از کفایت روان‌سنجی آن دارد.

مرحله دوم پژوهش، کیفی بود و شامل دو بخش اصلی: تدوین بسته آموزشی و تعیین روایی محتوایی آن می‌شد. پس از شناسایی الگوهای رفتاری خودتخریب‌گرانه در مرحله کمی، پژوهشگر با بررسی رویکردهای مختلف درمانی و آموزشی مانند درمان شناختی-رفتاری، رفتاردرمانی، طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان وجودی، به طراحی یک بسته آموزشی اولیه پرداخت.

این بسته آموزشی با تمرکز بر پنج الگوی پرتکرار در میان دانشجویان شامل: (۱) ورزش ناکافی، (۲) استرس و عدم کنترل روانی-جسمانی، (۳) اعتیاد به اینترنت و تلفن، (۴) نبود فعالیت‌های مفرح، و (۵) خشونت و پرخاشگری طراحی شد.

در مرحله بعد، به منظور سنجش روایی محتوایی بسته، از روش دلفی استفاده گردید. در این روش، نظرات

جمعی از متخصصان برای بررسی میزان انطباق محتوای بسته با موضوع پژوهش گردآوری و تحلیل شد. برای تحلیل روایی محتوایی از شاخص «نسبت روایی محتوا» یا CVR بهره گرفته شد. این شاخص میزان ضرورت هر مؤلفه را از دید متخصصان ارزیابی می‌کند و یکی از ابزارهای معتبر در سنجش روایی محتوای مداخلات آموزشی و درمانی به‌شمار می‌رود.

جدول ۱ CVR

تعداد خبرگان	مقدار CVR
۲۵	۰/۳۷
۳۰	۰/۳۳
۳۵	۰/۳۱
۴۰	۰/۲۹
۱۱	۰/۵۹
۱۲	۰/۵۶
-	۰/۵۴
۱۴	۰/۵۱
۱۵	۰/۴۹
۲۰	۰/۴۲
-	۰/۷۵
۱۰	۰/۶۲

به منظور ارزیابی روایی و پایایی بسته آموزشی طراحی شده، یازده نفر از اساتید مجرب دانشگاه فردوسی پس از دریافت محتوای آموزشی، مورد ارزیابی قرار گرفت. محتوای این بسته آموزشی، که بر اصلاح الگوهای خودتخریبی تمرکز داشت، پیش از بررسی اثربخشی عملی از طریق طرح‌های تجربی، با استفاده از روش دلفی مورد ارزیابی قرار گرفت. به این منظور، روایی محتوایی یک بسته آموزشی ده جلسه‌ای برای پنج الگو محاسبه شد و به همراه فنون و تکنیک‌های اصلاح آن الگوها جهت ارزیابی نسبت روایی محتوایی (CVR) برای متخصصان درمانگر ارسال گردید. پس از دریافت نظرات متخصصان و اعمال اصلاحات لازم، الگوهای مناسب بر اساس محاسبه CVR انتخاب و برای اجرای نهایی بسته آموزشی نهایی شدند.

یافته‌ها

نتایج بررسی الگوهای خودتخریبی بر اساس آزمون فریدمن نشان می‌دهد که "ورزش ناکافی" با میانگین $1/56$ و انحراف استاندارد $0/83$ در رتبه اول قرار دارد، به این معنی که این الگو در بین دانشجویان مورد مطالعه از شیوع بالاتری برخوردار است. پس از آن، "استرس و عدم کنترل جسمی و روانی" و "اعتیاد به اینترنت" هر دو با میانگین $1/38$ و انحراف استاندارد $0/81$ و $0/88$ به ترتیب، در رتبه‌های بعدی قرار دارند. "نداشتن تفریح و فعالیت‌های مفرح" (میانگین $1/28$ ، انحراف استاندارد $0/79$) و "اعتیاد به تلفن" (میانگین $0/93$ ، انحراف استاندارد $0/87$) نیز از الگوهای نسبتاً شایع خودتخریبی در این جامعه دانشجویی به شمار می‌روند. در مقابل، الگوهایی نظیر "فرار از خانه" (میانگین $0/06$ ، انحراف استاندارد $0/26$) و "اقدام به خودکشی" (میانگین $0/08$ ، انحراف استاندارد $0/27$) کمترین میانگین را به خود اختصاص داده‌اند، که نشان‌دهنده فراوانی کمتر این رفتارها در مقایسه با سایر الگوها در بین دانشجویان مورد مطالعه است. به طور کلی، این یافته‌ها طیف وسیعی از رفتارهای خودتخریبی را در بین دانشجویان نشان می‌دهد که از کم‌حرکی و استرس تا رفتارهای پرخطرتر را شامل می‌شود.

اطلاعات متخصصان صاحب نظر در این پژوهش برای بررسی روایی و پایایی بسته طراحی شده در جدول زیر می‌باشد.

جدول ۲ اطلاعات اساتید صاحب نظر

ردیف	جنسیت	میزان تحصیلات	تخصص	رتبه علمی سابقه	علمی سابقه (سال)	درمانگری سابقه (سال)
۱	مرد	دکتر	روان‌درمانگر	استاد	۱۵	۱۵
۲	زن	دکتر	روان‌شناسی	استادیار	۱۵	۱۷
۳	مرد	دکتر	روان‌شناسی	استاد	۲۰	۲۵
۴	زن	دکتر	روان‌شناسی	استادیار	۱۵	۱۲
۵	مرد	دکتر	روان‌شناسی	استاد	۳۱	۲۵
۶	مرد	دکتر	روان‌شناسی	دانشیار	۱۴	۲۰
۷	زن	دکتر	روان‌شناسی	استادیار	۸	۱۲
۸	مرد	دکتر	روان‌شناسی	دانشیار	۱۶	۲۲
۹	زن	دکتر	روان‌شناسی	استاد	۳۰	۲۷
۱۰	مرد	دکتر	روان‌شناسی	دانشیار	۱۷	۲۰
۱۱	مرد	دکتر	روان‌شناسی	استاد	۳۲	۲۷

و به جهت احراز روایی محتوایی بسته آموزشی مبتنی بر رویکردهای متخلف درمانی از شاخص‌های روایی محتوایی (CVR) و شاخص روایی محتوایی (CVI) استفاده شده بود که در زیر نمایش داده شده است.

جدول ۳ شاخص روایی

جلسات	ضریب	معیار	وضعیت	ضریب	معیار	وضعیت
جلسه اول	۱	$0/59 <$	مطلوب	۱	$0/79 <$	مطلوب
جلسه دوم	۱	$0/59 <$	مطلوب	۱	$0/79 <$	مطلوب
جلسه سوم	۱	$0/59 <$	مطلوب	۱	$0/79 <$	مطلوب
جلسه چهارم	۱	$0/59 <$	مطلوب	۱	$0/79 <$	مطلوب
جلسه پنجم	۱	$0/59 <$	مطلوب	۱	$0/79 <$	مطلوب
جلسه ششم	۱	$0/59 <$	مطلوب	۱	$0/79 <$	مطلوب
جلسه هفتم	۱	$0/59 <$	مطلوب	۱	$0/79 <$	مطلوب
جلسه هشتم	۱	$0/59 <$	مطلوب	۱	$0/79 <$	مطلوب
جلسه نهم	۱	$0/59 <$	مطلوب	۱	$0/79 <$	مطلوب
جلسه دهم	۱	$0/59 <$	مطلوب	۱	$0/79 <$	مطلوب

این تکنیک‌ها به دلیل نداشتن اعتبار لازم از بسته حذف گردیدند، و بسته نهایی به صورت جدول زیر می‌باشد.

جدول ۴ بسته نهایی

جلسات	رفتار خود تخریب‌گری	هدف	تکنیک‌های مورد استفاده	رابطه میان تکنیک‌های مورد استفاده با اهداف جلسه درمانی	CVR نتیجه نهایی
جلسه اول	عدم ورزش کافی	آشنایی با اهداف و قواعد گروه، بیان صادقانه افکار و احساسات خودشان. ایج اد و شکل‌گیری رفتار جدید(و	توضیح و بیان تکنیک ایفای نقش، و اجرای آن تصویرسازی ذهنی، تکنیک بررسی سود و زیان در صورت نداشتن ورزش، بیان اثرات نامطلوب عدم ورزش کردن.	۱. بیان اهداف و قواعد گروه. ۲. بیان صادقانه افکار و احساسات. ۳. بیان اثرات نامطلوب عدم ورزش کردن.	۱ تایید

 رزش کردن)

جلسه	نداشتن	آشنایی به	استفاده از مهارت	۱ تایید
سوم	تفریح	مساله	حل مسأله، اجرایی	
چهارم	و فعالیت	وراهکارهای	کردن راه حل	
	مفرح	حل مساله	ها، تکنیک فعال	
		و مشکل،	سازی رفتاری،	
		ایجاد تغییر	تکنیک بارش	
		رفتار و داشتن	فکری.	
		فعالیت های		
		مفرح		
جلسه	اعتیاد به	برسی عللی	مشخص نمودن	۱ تایید
پنجم	تلفن	و عوامل	عوارض	
ششم	و اینترنت	اعتیاد	اعتیاد، آموزش	
		و چگونگی	تکنیک توجه	
		تغییر و اصلاح	برگردانی، تکنیک	
		آن.	توقف	
			افکار و سواسی، بیان	
			عوامل درونی	
			و بیرونی اعتیاد، ایجاد	
			فعالیت های	
			جایگزین	
جلسه	کاهش	استفاده از فنون	۱ تایید	
هفتم	استرس	استرس	ارامش بخشی، توجه	
وهشتم	و عدم	و عدم کنترل	برگردانی	
	کنترل	جسمی	تصویرسازی ذهنی،	
	جسمی	وروانی	تمرین ۵ دقیقه	
	وروانی		حضور ذهن	

جلسه	خشونت	کاهش	شناسایی افکار خود	۱ تایید
نهم دهم	وپرخاش	خشونت	آیند، شناسایی	
	گری	وپرخاشگری	طرحواره با استفاده	
			، شناسایی	
			ازپیکان عمودی،	
			علل وعوامل	
			تمرین آرامیدگی	
			خشیم، تکنیک	
			بازسازی شناختی،	
			تکرر	
			موقعیت، تکنیک	
			تحمل پریشانی	

بحث و نتیجه

این پژوهش به بررسی الگوهای رفتار خود تخریب‌گری در دانشجویان افغانستان و تدوین بسته آموزشی و اصلاح الگوهای رفتار خود تخریب‌گری پرداخته است. یافته‌های نشان داد که بیشترین فراوانی را مدل و الگوهای رفتارهای خود تخریب‌گری عبارت بودن از ورزش ناکافی، استرس وعدم کنترل روانی و جسمانی، اعتیاد به اینترنت و تلفن، نداشتن فعالیت های مفرح و خشونت و پرخاشگری در رتبه های بعدی قرار داشته است یعنی موارد ذکر شده از شیوع بالای برخوردار بوده است در مقابل، الگوهای نظیر "فرار از خانه" اقدام به خودکشی "کمترین میانگین را به خود اختصاص داده‌اند، که نشان‌دهنده فراوانی کمتر این رفتارها در مقایسه با سایر الگوها در بین دانشجویان مورد مطالعه است. و همچنین نتایج پژوهش آقامحمدیان و همکاران (Aghamohamadian sharbaf et al., 2013) حاکی از این امر می‌باشد که از میان ۳۱ الگوی رفتاری خود تخریب‌گر مورد بررسی در میان دانشجویان دانشگاه فردوسی ورزش ناکافی، نداشتن تفریح، اعتیاد به تلفن و اینترنت، استرس، عدم کنترل جسمی و روانی و خشونت و پرخاشگری بیشترین میزان شیوع و رفتار فرار از خانه و مصرف دائم هرگونه مواد مخدر همجنس‌گرایی و اقدام به خودکشی دارای کمترین میزان شیوع می‌باشند. و در مورد همه متغیرهای سن، جنس تأهل و میزان تحصیلات در رفتارهای یاد شده به صورت تقریبی بیشترین و کمترین میزان شیوع یافت است. و هم‌راستا با عدم کنترل جسمی و روانی جی شیمیچ و همکارانش (Šimić et al., 2021) معتقد هستند، رفتار خودتخریب‌گری ممکن است زمانی که فرد احساس فشار روانی می‌کند به عنوان یک مکانیزم مقابله استفاده شود. به عنوان مثال، کسی که با یک ارزیابی

تحصیلی فوری مواجهه است، ممکن است به جای مقابله با استرس، به رفتارهای تخریب‌گرایانه روی آورد. این امر ارائه (یا قبولی) ارزیابی را غیرممکن می‌کند، اما نگرانی مرتبط با آن را برطرف می‌کند. و همین استرس باعث عدم کنترل جسمی و روانی گردد. جنبه مهمی از رفتار افراد خودویرانگر معمولاً فاقد مکانیسم‌های مقابله سالم است به عنوان مثال جان آر وب^۱ (Webb & Boye, 2024) معتقد است که شرم و انگ اجتماعی در افراد درگیر با اعتیاد و خودکشی بسیار رایج است و خودآزادی می‌تواند به عنوان ابزاری برای مقابله با این احساسات مخرب عمل کند. پژوهش گویون، یاری (Gvion & Fachler, 2015) همچنین بر اساس یافته ما در خصوص عدم تفریح و فعالیت مفرح هم جهت بود. و آنان معتقدند افراد خود تخریب‌گر، خود را به صورت فعال تلاش برای دور کردن دیگران نشان دهد. برای مثال، آنها ممکن است از اینکه یک رابطه را "خراب کنند" بترسند. افراد خودویرانگر اجتماعی به جای مقابله با این ترس، رفتارهای آزاردهنده یا بیگانه کننده‌ای از خود نشان می‌دهند تا دیگران ابتدا آنها را رد کنند. و سپس تفریح و فعالیت‌های اجتماعی را از خود می‌گیرند.

با توجه به اینکه رفتارهای خودتخریب‌گری متنوع و گوناگون است و این تنوع و گوناگونی نیازمند طراحی و تدوین بسته آموزشی است که بتواند این ۵ نوع رفتار را که در یافته‌ها به آن رسیده ایم، بیشترین شیوع را داشته است باعث اصلاح و کاهش این رفتارها گردد. با توجه به بسته آموزشی تهیه شده براساس نظرات متخصصین روانشناسی که مبتنی بر رویکردها مختلف درمانی (درمان رفتاری، شناختی رفتاری، طرحواره درمانی، اکت، مراجع محور) می‌باشد باعث اثر بخشی این درمان بوده و سبب کاهش و اصلاح رفتار دردانشجویان گریده است. داشتن دورنمایی عینی برای بهینه سازی و ترویج سبک‌های زندگی سالم، نگاهی کل نگرانه برای فراگیر کردن راهبرد مراقبتی فرایندی است. بروهن (جامعه شناس بالینی) توصیه می‌کند برای حرکت از سبک زندگی مختل (بیماری آور) به سمت سبک زندگی سالم باید به ملاحظات چند در عوامل مختلف توجه کرد از قبیل: عوامل روانی، اجتماعی، فرهنگی و زیست محیطی در حال حاضر و در آینده. یافته‌های این پژوهش الگوهای رفتار خودتخریب‌گری گری که در میان دانشجویان افغانستانی شایع است را، نشان می‌دهد. بسته آموزشی تدوین شده در این پژوهش می‌تواند ابزاری مفید برای پیشگیری از این رفتارها باشد. با این حال، لازم است که تحقیقات بیشتری برای بررسی اثربخشی بلندمدت این بسته و شناسایی عوامل مرتبط با رفتارهای خودتخریب‌گری در دانشجویان افغانستان انجام شود.

تشکر و قدردانی

1 Jon R Webb

محدودیت‌ها

یکی از محدودیت‌های این پژوهش این بود که نمونه مطالعه نسبتاً کوچک بوده است و برای شهر هرات فقط می‌باشد. بنابراین، نتایج این پژوهش را باید با احتیاط تعمیم داد. محدودیت دیگر این پژوهش این بود که از روش شبه تجربی استفاده شد. این روش به اندازه روش تجربی قوی نیست، زیرا امکان کنترل کامل همه متغیرهای مزاحم را فراهم نمی‌کند.

پیشنهادات برای تحقیقات آینده

تحقیقات آینده باید بر روی بررسی اثربخشی بلندمدت بسته آموزشی تدوین شده در این پژوهش تمرکز کنند. همچنین، لازم است که تحقیقات بیشتری برای بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای خودتخریب‌گری در دانشجویان افغانستان انجام شود.

References

- Adams, G. S., Converse, B. A., Hales, A. H., & Klotz, L. E. (2021). People systematically overlook subtractive changes. *Nature*, 592(7853), 258-261.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41586-021-03380-y>
- Aghamohamadian sharbaf, H. r., Moradian, Z., & baensaf, n. (2013). Self-destructive Behaviors and psychosocial correlates among Students of Ferdowsi University of Mashhad. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 2(2), -.
<https://doi.org/https://doi.org/10.22067/ijap.v2i2.3128>
- Ali AhmAdi, O. (2019). Complementary and Alternative Methods in Survey and Polling. *Communication Research*, 26(98), 113-137. <https://doi.org/https://doi.org/10.22082/cr.2019.36450>
- Baumeister, R. F., & Scher, S. J. (1988). Self-defeating behavior patterns among normal individuals: Review and analysis of common self-destructive tendencies. *Psychological Bulletin*, 104(1), 3-22. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0033-2909.104.1.3>
- Berk, L. E. (2013). *Growth in the human lifespan* (محمدی، س. ی.، Trans.; Vol. 1). انتشارات ارسباران.
<https://doi.org/https://doi.org/>
- Dierker, L., Hedeker, D., Rose, J., Selya, A., & Mermelstein, R. (2015). Early emerging nicotine dependence symptoms in adolescence predict daily smoking in young adulthood. *Drug Alcohol Depend*, 151, 267-271. <https://doi.org/https://10.1016/j.drugalcdep.2015.03.009>
- Gürtler, O., & Münster, J. (2013). Rational self-sabotage. *Mathematical Social Sciences*, 65(1), 1-4.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mathsocsci.2012.06.008>
- Gvion, Y., & Fachler, A. (2015). Traumatic Experiences and Their Relationship to Self-Destructive Behavior in Adolescence. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14(4), 406-422. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/15289168.2015.1090863>
- Harat, M., Kiec, M., Rudaś, M., Birski, M., & Furtak, J. (2021). Treating Aggression and Self-destructive Behaviors by Stimulating the Nucleus Accumbens: A Case Series [Original Research]. *Frontiers in Neurology*, 12.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fneur.2021.706166>

- Kim, I., & Kim, H. R. (2023). Factors Associated with Job Stress and Their Effects on Mental Health among Nurses in COVID-19 Wards in Four Hospitals in Korea. *Healthcare (Basel)*, 11(10). <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/healthcare11101500>
- Lurigio, A. J., Nesi, D., & Meyers, S. M. (2024). Nonsuicidal self injury among young adults and adolescents: Historical, cultural and clinical understandings. *Social Work in Mental Health*, 22(1), 122-148. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/15332985.2023.2264434>
- M, A. L. v. T., Edlynn, E., Maddaloni, M., van Kempen, K., Díaz-González de Ferris, M., & Thomas, J. (2020). High Levels of Stress Due to the SARS-CoV-2 Pandemic among Parents of Children with and without Chronic Conditions across the USA. *Children (Basel)*, 7(10). <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/children7100193>
- Mani, J. S., Johnson, J. B., Steel, J. C., Broszczak, D. A., Neilsen, P. M., Walsh, K. B., & Naiker, M. (2020). Natural product-derived phytochemicals as potential agents against coronaviruses: A review. *Virus Res*, 284, 197989. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.virusres.2020.197989>
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/s2215-0366(14)70222-6)
- Peel, R., & Caltabiano, N. (2021). The relationship sabotage scale: an evaluation of factor analyses and constructive validity. *BMC Psychol*, 9(1), 146. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s40359-021-00644-0>
- Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. M., & Muehlenkamp, J. J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychol Med*, 39(9), 1549-1558. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/s0033291708005114>
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annu Rev Clin Psychol*, 1, 607-628. <https://doi.org/https://10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141>
- Sher, L., & Stanley, B. H. (2008). The role of endogenous opioids in the pathophysiology of self-injurious and suicidal behavior. *Arch Suicide Res*, 12(4), 299-308. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/13811110802324748>
- Šimić, G., Tkalčić, M., Vukić, V., Mulc, D., Španić, E., Šagud, M., Olucha-Bordonau, F. E., Vukšić, M., & R. Hof, P. (2021). Understanding emotions: origins and roles of the amygdala. *Biomolecules*, 11(6), 823. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/biom11060823>
- Stanković, M., & Nešić, M. (2022). Association of internet addiction with depression, anxiety, stress, and the quality of sleep: Mediation analysis approach in Serbian medical students. *Current Research in Behavioral Sciences*, 3, 100071. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.crbeha.2022.100071>
- Turgay, A. (2004). Aggression and disruptive behavior disorders in children and adolescents. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 4(4), 623-632. <https://doi.org/https://doi.org/10.1586/14737175.4.4.623>
- Üzar Özçetin, Y. S., & Hiçdurmaz, D. (2016). Kendini Sabote Etme ve Ruh Sağlığı Üzerine Etkisi. [Self-handicapping and its impact on mental health.]. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(2), 145-154. <https://doi.org/https://doi.org/10.18863/pgy.13806>
- Webb, J. R., & Boye, C. M. (2024). Self-Forgiveness and Self-Condensation in the Context of Addictive Behavior and Suicidal Behavior. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 15(null), 21-30. <https://doi.org/https://doi.org/10.2147/SAR.S396964>

Psychometric Properties of the Iranian Version of We-ness Questionnaire

Sajjad Naghibifar 

M.A. in Family Counseling, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. Email:
s.naghibifar@alumni.um.ac.ir

Seyed Ali Kimiaei 

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

Batool Shokoohinik 

M.A. in Family Counseling, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. Email:
shokoohinik.ba@mail.um.ac.ir

Received: 2024-05-18	Revised: 2025-04-19	Accepted: 2025-11-05	Published: 2025-12-30
Citation: Naghibifar, S., Kimiaei, A. & Shokoohinik, B. (2025). Psychometric Properties of the Iranian Version of We-ness Questionnaire. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 15(2), 49-71. doi: 10.22067/tpccp.2025.85490.1595			

Abstract

Introduction

The concept of interdependence among couples, as well as the notion of mutual identity between spouses, constitutes a fundamental construct within the domain of family and couple therapy research. The marital relationship is defined as the combination of two pasts and two futures that include different values and paradigms. This combination results in the creation and establishment of a relationship that is dyadic and valuable (Long & Young, 2006). However, this union is not a transient and temporary phenomenon. It requires the promotion of an integrity sense. It has been demonstrated that, over time, the desires, needs, and satisfaction of each individual become the other one's life goals. Consequently, the elements contributing to the satisfaction of the couple gradually become analogous to each other (Gildersleeve et al., 2017). At the beginning of a couple's relationship, each couple has an individual self-image that seems to transform over time, based on the couples' understanding of their relationship, into a shared image of "we". In essence, as partners develop a close and intimate relationship, they move toward the formation of a shared identity or "we-ness" (Topcu-Uzer et al., 2021). Research has demonstrated that the fundamental factor in dyadic adjustment and satisfaction is the shared we-ness identity. The presence of we-ness strengthens acceptance, forgiveness, patience, and companionship in the vicissitudes of life between couples (Reid et al., 2006; Reid et al., 2008). Furthermore, the perception of we-ness fosters a greater investment in the relationship among couples who function as a cohesive unit (Konstam, 2019). Consequently, there is a necessity for a self-report instrument that encompasses cognitive, emotional, and behavioral dimensions associated with the perception of partner interdependence. The objective of the present study was to evaluate the reliability and validity of the Iranian version of We-ness Questionnaire (Topcu-Uzer et al., 2021).

Method

This descriptive-comparative study collected data from 623 Iranian married participants. The participants in this study were individuals with age range of 17 to 88 years who were selected using convenience sampling method. The research instruments employed in this study



©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.

included the We-ness Questionnaire (Topcu-Uzer et al., 2021); Dyadic Coping Inventory (Bodenmann, 2008); Emotional Harassment Scale (Barahimi, 2008); Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976); and Young Schema Questionnaire (Young & Brown, 1990). In this study, the psychometric properties of the questionnaire were examined using SPSS version 27. These properties include internal consistency, confirmatory factor analysis, convergent and divergent validity.

Findings

The final sample demonstrated acceptable internal consistency ($\alpha=0.95$). To assess the construct validity, the CVI and CVR indices were calculated and obtained as 0.87 and 0.85, respectively. The result of confirmatory factor analysis showed one factor that explained 58.06% of the total variance. The 17 items of the We-ness Questionnaire were loaded onto a single factor, which exhibited a range from 0.63 to 0.83. Furthermore, a positive and significant correlation of 0.68 and 0.71 was obtained between the We-ness Questionnaire and the Shared Stress Coping Styles from the Dyadic Coping Inventory and the Dyadic Consensus from the Dyadic Adjustment Scale. Additionally, a negative and significant correlation of -0.63 and -0.20 was obtained between the We-ness Questionnaire and the Emotional Harassment and Mistrust Schema.

Discussion & Conclusion

The goal of this research was to analyze the psychometric properties of We-ness Questionnaire in Iranian population. Decades of research studies have demonstrated that we-ness has a positive correlation with mutual satisfaction and commitment to the relationship (see Alea et al., 2015). Moreover, it has been evidenced that we-ness negatively predicts the likelihood of a decrease in relationship quality and ultimately separation or divorce (Bohlman et al., 2011). To evaluate the internal consistency, the Cronbach's alpha was used and indicated high internal consistency and reliability of the questionnaire. This finding was consistent with the relevant finding of research in Turkey by Üçok et al. (2024). To assess the construct validity, the CVI and CVR was calculated and gained data showed the acceptable construct validity. The result of confirmatory factor analysis revealed one factor which was in consistent with Topcu-Uzer et al (2021) findings. Additionally, results showed strong and positive correlations between We-ness Questionnaire and Common Dyadic Coping subscale of the Dyadic Coping Inventory, and Dyadic Cohesion subscale of the Dyadic Adjustment Scale. These findings indicate the convergent validity of the Iranian version of the We-ness Questionnaire. When couples feel more agreement, support, and respect in their relationships, they are more likely to have a higher level of cohesion and life satisfaction, and the reason for this may be that a successful and satisfying marital relationship can be a source of emotional support, security, and empathy. On the other hand, the presence of problems in marital adjustment (such as constant confrontations, lack of intimacy, and dissatisfaction with the relationship) can lead to a decrease in the level of couples' cohesion, increased stress, anxiety, and depression. Furthermore, strong negative correlation was showed between Weness questionnaire and Emotional Harassment inventory while low negative correlation was revealed between Weness questionnaire and Young Schema inventory. Couples with high levels of intimacy and unity will have a greater ability to cope with problems, challenges, and changes related to the relationship and will also have higher marital commitment. Thus, the level of emotional abuse, which includes neglect, verbal abuse, dominance, and social restriction, will decrease with increasing intimacy and unity between couples. In addition, the distrust/mistreatment schema seriously undermines trust, which prevents the formation

of a close and intimate relationship. People with a distrust schema have difficulty establishing honest and open relationships, which prevents the formation of a common understanding. Psychometric analysis of the We-ness Questionnaire indicates that it possesses appropriate validity and reliability in Iranian society and provides the ability to assess the level of couples' perceived weness.

Keywords: Weness, Validity, Reliability

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

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

دسترسی آزاد

ویژگی‌های روانسنجی نسخه ایرانی پرسشنامه ماشدگی

سجاد نقیبی فر ^{ID}

دانش آموخته کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه روان‌شناسی مشاوره و تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

s.naghibifar@alumni.um.ac.irسید علی کیمیایی ^{ID}دانشیار گروه روان‌شناسی مشاوره و تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)، kimiaee@um.ac.irبتول شکوهی نیک ^{ID}

دانش آموخته کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه روان‌شناسی مشاوره و تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

Bitashokoohi6@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۲۹	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۳۰	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۱۴	تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۱۰/۰۹
استناد: نقیبی فر، سجاد؛ کیمیایی، سید علی؛ شاهی نیک، بتول. (۱۴۰۴). ویژگی‌های روانسنجی نسخه ایرانی پرسشنامه ماشدگی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۵(۲)، ۴۹-۷۱. doi: 10.22067/tpccp.2025.85490.1595			

چکیده

هدف: درک وابستگی متقابل زوجها و هویت متقابل همسر سازه‌ای کلیدی در تحقیق پیرامون خانواده و زوج‌درمانی می‌باشد. در همین راستا، نیاز به ابزاری خود - سنجی که ابعاد شناختی، عاطفی و رفتاری درک زوجها از وابستگی متقابل ایشان که ما شدگی نامیده می‌شود را بسنجد کاربردی به نظر می‌رسد. هدف پژوهش حاضر ارزیابی پایایی و روایی پرسشنامه ماشدگی در جامعه ایران می‌باشد.

روش: در پژوهشی توصیفی - همبستگی از نوع انطباق یابی، تعداد نمونه در دسترس ۶۲۳ نفر انتخاب شده و پرسشنامه‌های ماشدگی، راهبردهای مقابله‌ای زوجها، آزار عاطفی، سازگاری زناشویی و طرح‌واره در اختیار ایشان قرار گرفت.

یافته‌ها: میزان همسانی درونی در نمونه نهایی ۰/۹۵ و میزان نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۵ به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، وجود یک عامل که تبیین کننده ۵۸/۰۶ واریانس بود را نشان داده و ۱۷ گویه پرسشنامه ماشدگی، بار عاملی در بازه ۰/۶۳ تا ۰/۸۳ داشته‌اند. همچنین بین پرسشنامه ماشدگی با مقیاس سبک‌های مقابله با استرس مشترک از پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای زوجها و مقیاس توافق دونفره پرسشنامه سازگاری زناشویی همبستگی مثبت و معنادار به میزان ۰/۶۸ و ۰/۷۱ و بین پرسشنامه ماشدگی با پرسش‌نامه‌های آزار عاطفی و طرح‌واره بی‌اعتمادی، همبستگی منفی و معنادار به میزان ۰/۶۳- و ۰/۲۰- به دست آمد که تأیید کننده روایی همگرا و واگرای این پرسشنامه می‌باشد. **نتیجه:** با توجه به نتایج به دست آمده پرسشنامه ماشدگی در جامعه ایرانی، انطباق یابی شده و قابلیت استفاده پژوهشی و بالینی را دارد.

واژه‌های کلیدی: ماشدگی، روایی، پایایی

مقدمه

رابطه زوجی یک رابطه‌ی داوطلبانه، منحصر به فرد و عمیق می‌باشد که در نتیجه شکل‌گیری تعادل بین دو عامل ثبات و رشد اتفاق می‌افتد. رابطه همسری به معنای ترکیب شدن دو گذشته و هم‌چنین دو آینده می‌باشد که ارزش‌ها و جهان‌بینی متفاوتی را شامل شده که این به خلق و ایجاد یک رابطه‌ی دوجانبه و ارزشمند منجر می‌شود (Long & Young, ۲۰۰۶)؛ اما این اتحاد مقدس پدیده‌ای گذرا و مقطعی نبوده و نیازمند ایجاد و رشد و ارتقای حس یگانگی و یکپارچگی فضای شناختی، هیجانی و رفتاری میان زوج‌ها می‌باشد. به طوری که تمایلات و خواسته‌ها، نیازها و رضایت هر یک از زوج‌ها به هدف دیگری زندگی مبدل شده و به تدریج و با گسترش این هویت اشتراکی، مؤلفه‌های رضایتمندی زوج‌ها به همدیگر شبیه شوند (Gildersleeve et al., ۲۰۱۷). در آغاز شکل‌گیری رابطه زوجی، هر کدام از زوج‌ها تصویری فردی از خویش دارند که اینطور به نظر می‌آید که در گذر زمان و بر پایه ادراکی که زوج‌ها از رابطه‌ی خویش پیدا می‌کنند به تصویری مشترک (ما) مبدل می‌شود (Topcu-Uzer et al., ۲۰۲۱). به عبارت دیگر در طول برقراری رابطه نزدیک و صمیمی، شرکای زندگی به سمت تشکیل هویت مشترک پیش می‌روند. به خصوص شرکایی که دارای دید فردی هستند "من یا مرا" ممکن است به سمت وابستگی متقابل که انعکاس دهنده رابطه ایشان است، به پیش روند "تشکیل ما یا برای ما" (Reid et al., ۲۰۰۶). وابستگی متقابل میان زوج مستلزم حرکت آن‌ها به سمت یک موضع مشترک و همچنین تلاشی هماهنگ برای رسیدن به هدفی مشترک می‌باشد (Konstam, ۲۰۱۹).

لازمه شکل‌گیری و خلق مآشددگی، ترکیب دو من و الحاق دیگری به خود می‌باشد که پدید آمدن این هویت مشترک برای زوج‌ها بسیار مهم و ارزشمند بوده که می‌تواند آن‌ها را برای روبه‌رو شدن با چالش‌های زندگی آماده کرده و کمک کند به بهترین شکل با این چالش‌ها مقابله کنند (Fergus & Reid, ۲۰۰۱)؛ بنابراین طبق تعریف، مآشددگی عبارت است از؛ درجه‌ای که شرکای زندگی یکدیگر را به عنوان یک من واحد (ما) در وجوه مختلف شناختی، عاطفی و رفتاری درک می‌کنند در مقابل زمانی که برای خودشان هویت‌های جداگانه (من یا تو) قائل هستند.

هویت مآشددگی زمانی می‌تواند وجود داشته باشد که احساسی که فرد از خودش دارد، شامل رابطه‌اش با همسر نیز باشد. وجود این جنبه از احساس، نشانگر مفهوم اشتراک و نیز ارتباطی درونی شده و در عین حال حضور هم‌زمان احساس استقلال و خودمختاری می‌باشد. افراد در حضور حس مآشددگی است که قادرند عامل ایجاد کنش و واکنش‌های همسر خویش را تشخیص داده و تأثیرگذاری عملکرد خویش بر

افکار و احساسات همسر خود را ادراک کرده و پذیرای آن باشند. پژوهش‌هایی که در حوزه زوج و خانواده انجام شده نشان داده است که عامل بنیادین سازگاری و رضایتمندی زناشویی همین ساختاردهی و تجربه گری متفاوت است (Reid et al., ۲۰۰۶). بررسی دقیق مطالعه طولی بولمن، گاتمن و کتز (Buehlman et al., ۱۹۹۲) نشان می‌دهد که مashedگی توسط زن و شوهر به شدت با رضایت از رابطه زمانی که این دو سازه به‌طور هم‌زمان ارزیابی می‌شوند، مرتبط است.

مashedگی ساختاری تعیین‌کننده و پیچیده دارد. حس مashedگی به نحوه تطبیق و هماهنگی زوج‌ها در یک رابطه کارآمد و هم‌چنین سازگاری آن‌ها به عنوان یک واحد مشترک در مقابل تمام عناصر بیرونی تأثیرگذار بر عملکرد و رضایت زناشویی بر می‌گردد. مهارت و توانمندی در ایجاد یک هویت مشترک و زوجی، باعث تشکیل مرزهای ارتباطی شده و در برابر چالش‌های بیرونی زوج را به سرمایه‌گذاری بهینه‌تر جهت حفظ انسجام رابطه شان یاری می‌دهد (Reid et al., ۲۰۰۸). از طرف دیگر همسران با حضور حس مashedگی، از انجام فعالیتی به نفع خویش فاصله گرفته و سود و زیان را نیز به طریقی دیگر تعبیر و تفسیر می‌نمایند. به این صورت که موقعیتی را که یک نفر از آن سود می‌برد برای خود شکست به حساب نمی‌آورند. که در آن یکی سود می‌برد شکست خود تلقی نمی‌کنند، این مشخصه با نوعی از ایثار و از خودگذشتگی همراه شده و در زوج‌هایی که به عنوان یک واحد مشترک و قوی عمل می‌کنند منجر به سرمایه‌گذاری بیشتری در رابطه می‌شود (Konstam, ۲۰۱۹).

در ادبیات خانواده و زوج‌درمانی؛ اصطلاح مashedگی برای اولین بار، توسط بولمن و همکاران (Buehlman et al., ۱۹۹۲) که نشأت گرفته از رویکرد یادگیری اجتماعی بندورا^۱ (Bandura, 1997) و تقویم خانوادگی ستیر^۲ (Satyr, 1964) می‌باشد ابداع شد، با این منطق و استدلال که نحوه‌ی بازگویی زوج‌ها از شروع و نحوه آشنایی‌شان می‌تواند موفقیت رابطه را پیش‌بینی کند (Topcu-Uzer et al., ۲۰۲۱). سازه مashedگی که اعتبار و درستی آن از طریق گزارش‌های ارائه شده زوج‌ها از اشتراک‌های زناشویی خویش مستند شده است؛ در ادامه زندگی بیشتر نمایانگر هویت و یکپارچگی آن‌ها به عنوان زوج می‌باشد (Gottman & Levenson, ۱۹۹۹).

سینگر و اسکرت (Singer & Skerrett, ۲۰۱۴)، در ادامه مسیر مashedگی بیان کردند که؛ همان‌گونه که بیان خود برای تجربه شخص از فردیت خود ضروری می‌باشد، بیان داستان‌هایی نیز از زوج‌ها برای هویت بخشیدن به رابطه زناشویی و هم‌چنین "ما" ضروری است. این دو محقق بر این باور هستند که همین روایت

^۱. Bandura's social learning theory

^۲. Setir family calendar

و داستان‌ها باعث شکل‌گیری و خلق هویت، ارزش‌ها و همین‌طور رسوم زوجی می‌شود و نیز منبعی جهت ایجاد معنا و مقصود در زندگی زوج‌ها می‌باشد. مashedگی که در روابط میان زوج‌ها به وجود آمده، به عنوان یک راهنما جهت تعاملات روزمره میان زوج‌ها و هم چنین به عنوان وسیله‌ای برای رشد و ارتقای آینده رابطه‌شان بوده و عاملی برای اعتبار بخشیدن به عشق و تعهد میان زوج‌ها در زمان‌های بروز تعارض و قالبی جهت انتقال میراث‌های زوج‌ها می‌شود. در همین راستا این دو محقق در سال (2017)، عناصر اصلی مashedگی را؛ امنیت، پذیرش، شوخ طبعی، لذت، همدلی، احترام، دیدگاه و منظر مشترک عنوان کردند (Gildersleeve et al., ۲۰۱۷).

هم‌چنین پژوهش‌ها نشان داده است که وجود حس مashedگی؛ پذیرش، بخشش، صبوری و همراهی را در فراز و نشیب‌های به وجود آمده در زندگی بین زوج‌ها تقویت کرده و توانایی هر زوج برای ادراک دیدگاه دیگری هم‌بسط پیدا می‌کند و همسران نسبت به شرایط و بستر ایجاد کننده رفتار همسرشان پذیرا تر خواهند بود (Reid et al., ۲۰۰۸; Reid et al., ۲۰۰۶). به نظر می‌رسد که درک مفهوم مashedگی، یکی از عناصر اصلی رابطه زوجی می‌باشد و همین رابطه و وجود حس مashedگی؛ پریشانی‌های زناشویی و نیز تهدیدهای ادراک شده در پیوند دل‌بستگی را کاهش می‌دهد. تحقیقات نشان‌گر این است که زوج‌هایی که از جهت‌گیری "ما" برخوردارند؛ رضایت زناشویی و سلامت و رفاه بیشتری را تجربه کرده و همسران کارآمدتری می‌باشند (Godwin et al., ۲۰۱۳; Reid et al., ۲۰۰۶; Rohrbaugh et al., ۲۰۱۲).

هم‌چنین از نتایج پژوهش‌ها چنین بر می‌آید که ایجاد و حفظ حس مashedگی؛ یکی از نیرومندترین پیش‌بینی‌کننده‌های انعطاف ارتباطی، ثبات و سازگاری زناشویی می‌باشد (Fergus & Skerrett, ۲۰۱۵; Gottman, ۲۰۱۱).

مashedگی به عنوان یکی از عوامل اصلی ثبات و دوام حیات خانواده با تعدادی سازه‌های موجود در این حوزه همبستگی مثبت و معنادار و با برخی سازه‌های دیگر همبستگی منفی و معنادار دارد. شناخت این سازه‌ها که با عنوان سازه‌های همگرا و واگرا با سازه مashedگی تعریف می‌شود می‌تواند به درک بهتر این سازه در روابط زوج‌ها کمک کند. از جمله سازه‌های هم‌گرا می‌توان به زیرمقیاس انسجام زوج‌ها از پرسش‌نامه سازگاری زناشویی (Spanier, ۱۹۷۶) اشاره کرد. سازگاری در یک رابطه شامل قصد و توافق برای حفظ و ثبات رابطه در طولانی مدت است و به شرایطی اشاره دارد که می‌تواند زوج‌ها را در کنار هم نگه‌دارد و باعث اتحاد و پیوستگی میان آن‌ها شود. سازگاری هم‌چنین باعث پایدار نگه داشتن رابطه در هنگام روبه‌رو شدن با مشکلات و شرایط استرس‌زای زندگی می‌شود و در مقابل فقدان این سازگاری موجب فاصله

عاطفی زوج‌ها از هم و در نهایت طلاق می‌شود. این سازه دارای مولفه‌هایی هم چون ارتباط موثر، حل تعارض، احترام و حمایت متقابل می‌باشد. می‌توان گفت زمانی که زوج‌ها در روابط خود احساس توافق، حمایت و احترام بیشتری دارند، احتمال اینکه از سطح بالاتری از انسجام و رضایت از زندگی برخوردار باشند، نیز بیشتر است و دلیل آن می‌تواند این باشد که یک رابطه زناشویی موفق و رضایت‌بخش می‌تواند منبع حمایت عاطفی، امنیت و همدلی باشد. از طرف دیگر وجود مشکلات در سازگاری زناشویی (مثل تعارضات مداوم، فقدان صمیمیت و نارضایتی از رابطه)، می‌تواند به کاهش میزان همبستگی زوج‌ها، افزایش استرس، اضطراب و افسردگی منجر شود (Shahabi & Sanagouye-Moharer, ۲۰۱۹).

از جمله سازه‌ها و اگر با سازه‌ها می‌توان به سازه آزار عاطفی (Barahimi, 2008) اشاره کرد. آزار عاطفی به طور کلی به رفتارهایی اشاره دارد که برای آسیب رساندن به عزت نفس، خودانگاره و سلامت روان فرد در رابطه زوجی به کار می‌رود و شامل رفتارهایی چون غفلت، آزار کلامی، سلطه‌گری و محدودیت اجتماعی می‌باشد. غفلت می‌تواند شامل نادیده گرفتن، عدم حمایت عاطفی، عدم پاسخ‌گویی به نیازهای فرد باشد. نتایج پژوهش‌های چندی نشان داد که آزار عاطفی با صمیمیت و همبستگی زناشویی رابطه منفی و معنادار دارد. مولفه مشترک در اکثر روابط آشفته میان زوج‌ها این است که زوج‌ها نیازهای صمیمیت یکدیگر را برآورده نمی‌کنند. اگر شرایط برای ابراز انواع صمیمیت‌ها و احساس اتحاد و همبستگی میان زوج‌ها فراهم نباشد، زوج‌ها در رسیدن به رضایتمندی و صمیمیت به موفقیت دست نخواهند یافت که این به نوبه خود باعث بروز آزار عاطفی در بین زوج‌ها خواهد شد. می‌توان گفت که فردی که میزان بالایی از صمیمیت زناشویی را در روابط خود تجربه می‌کند قادر خواهد بود خود را به شکل مطلوب‌تری در رابطه عرضه کرده و به نیازهای خود و شریک زندگی به شکل موثرتری پاسخ دهد و بدین شکل حمایت عاطفی لازم را برای شریک خود فراهم کند. در نهایت می‌توان گفت که زوج‌ها با میزان صمیمیت و اتحاد بالا قابلیت بیشتری جهت مقابله با مشکلات و چالش‌ها و تغییرات مربوط به رابطه خواهند داشت و از تعهد زناشویی بالاتری هم برخوردار خواهند بود. بدین صورت میزان آزار عاطفی با بالا رفتن صمیمیت و اتحاد بین زوج‌ها کاهش خواهد یافت (Aydogan et al., ۲۰۲۴).

سازه واگرایی دیگر با سازه‌ها می‌توان به زیرمقیاس بی‌اعتمادی/بدرفتاری از سازه طرح‌واره یانگ (Young & brown, 1990) اشاره کرد. طرح‌واره‌ها الگوی ذهنی هستند که از تجربیات اولیه زندگی شکل می‌گیرند و دیدگاه ما را نسبت به خودمان، دیگران و جهان شکل می‌دهند. در تعریف طرح‌واره‌های حوزه بریدگی و طرد که طرح‌واره بی‌اعتمادی/بدرفتاری در این طبقه قرار می‌گیرد، می‌توان گفت

که زمانی که نیاز فرد برای امنیت و اعتماد، محبت، همدلی، احساس مشترک و تعلق، پذیرش و احترام به نحوی قابل قبول برآورده نشود این طرح واره‌ها شکل می‌گیرد. طرح واره بی‌اعتمادی/بدرفتاری، اعتماد را به طور جدی تضعیف می‌کند که این عدم اعتماد، مانع از شکل‌گیری یک رابطه نزدیک و صمیمی می‌شود. افراد دارای طرح واره بی‌اعتمادی در برقراری رابطه صادقانه و باز با مشکل مواجه هستند که این امر از شکل‌گیری یک درک مشترک جلوگیری می‌کند. به دلیل بدبینی و عدم اعتماد، افراد دارای این طرح واره در احساس تعلق به رابطه مشکل دارند و ممکن است احساس کنند که از رابطه جدا شده‌اند. پس می‌توان نتیجه گرفت که به هر میزانی که نیازهای فرد در زمینه طرح واره بی‌اعتمادی ارضا نشود؛ میزان رضایت، مشارکت و همراهی در زندگی، توافق و اتحاد در زمینه‌های مختلف و ابراز محبت از سوی زوج‌ها کاهش می‌یابد که این خود عامل مهمی برای کاهش میزان مashedگی بین زوج می‌باشد (Peirouvi & Bahrami, 2017).

زیر مقیاس مقابله مشترک از پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای زوج‌های بودنمن (Bodenmann, 2008)، سازه همگرایی دیگری با سازه مashedگی می‌باشد که در ارتباط با کیفیت زندگی زناشویی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. راهبردهای مقابله‌ای زوج‌ها به رفتارها و واکنش‌هایی اشاره دارد که افراد در مواجهه با استرس و چالش‌ها به کار می‌برند. این سازه شامل چهار بعد مقابله ارتباطی، مقابله مشترک، مقابله حمایتی و مقابله منفی می‌باشد. در تبیین وجود همگرایی بین این دو سازه می‌توان گفت، زمانی که یکی از شرکا به دیگری در شرایط استرس‌زا حمایت عاطفی و عملی ارائه می‌دهد، احساس نزدیکی و وابستگی را تقویت می‌کند. همکاری در حل مشکلات و مقابله با چالش‌ها به طور مشترک نیز می‌تواند احساس همبستگی بین زوج‌ها را تقویت کند و این گونه عملکرد زوج در مقابل شرایط استرس‌زا و مشکلات به طور مثبت بر کیفیت رابطه زناشویی آن‌ها اثر می‌گذارد. مقابله مشترک زوجی شیوه تعامل زوج‌ها را در رابطه با ارزیابی، به اشتراک‌گذاری نیازها و برنامه‌ریزی برای مقابله و مواجهه با هم برای عوامل استرس‌زا را مفهوم‌سازی می‌کند. زمانی که زوج‌ها به صورت یک تیم عمل کنند و به طور مشترک به مشکلات پاسخ دهند از روابط خود در برابر فرسودگی روزانه محافظت کرده، صمیمیت بین خود را تقویت نموده که این احساس صمیمیت باعث تقویت احساس ما شده و به توسعه هویت مشترک کمک می‌کند (Abedini Chamgordani & Niknejadi, 2022). مشخص شده است که مداخلات زوج‌محور که بر مقابله مشترک یا جمعی تمرکز دارند، رفاه فردی را افزایش می‌دهند و به افراد در مدیریت بحران‌های سلامتی مانند سرطان، مصرف الکل یا بیماری مزمن کمک می‌کنند. هم‌چنین به نظر می‌رسد که درک بهتر ما و چگونگی افزایش آن بتواند نتایج زوج درمانی را بهتر کند (Abedini et al, 2022).

در پژوهشی عوامل تأثیرگذار بر مashedگی به عوامل درون فردی، بین فردی و محیطی تقسیم‌بندی شده است (Reid et al., ۲۰۰۶). از جمله عوامل درون فردی اثرگذار بر فرایند مashedگی زوجها عبارت است از: مؤلفه‌های شخصیتی و شناختی و هیجانی هر کدام از زوجها هم چون؛ خودآگاهی، سبک‌های دل‌بستگی آنها، میزان برون‌گرایی و مهارت تنظیم هیجانی، مثبت‌اندیشی ذاتی و شوخ‌طبعی، میزان تمایز‌یافتگی، اسنادها و طرح‌واره‌های شناختی و میزان گشودگی فرد در پذیرش مفروضات و تجربیات جدید. مهارت‌های ارتباط مؤثر، رویکردها به حل تعارض، میزان پذیرش و همدلی و شفقت ابراز شده در رابطه را می‌توان جز عوامل بین فردی مؤثر بر مایی دسته‌بندی کرد. عواملی هم چون میزان حمایت‌های اجتماعی، ساختار خانواده مبدا که آیا کنترل‌گر بوده یا حمایت‌گر، مشکلات خاصی چون (اعتیاد، افسردگی و مسائل مالی) و ساختار سیاسی- فرهنگی و اجتماعی تشکیل‌دهنده هویت زوجها را می‌توان در دسته عوامل محیطی قرار داد (Ahmad & Reid, ۲۰۱۶; Chircop, ۲۰۱۷; Reid et al., ۲۰۰۶; Singer & Skerrett, ۲۰۱۴; Stanley et al., ۲۰۱۰). ساختارهای فرهنگی و همچنین باورهای اجتماعی که در یک جامعه وجود دارد همان‌طور که بر سازه کلی مثل ازدواج مفهوم می‌بخشند، سازه‌های خردتری هم چون شادکامی، سازگاری و رضایت زناشویی را نیز متأثر کرده و به تبع بر فرایند مashedگی نیز اثر می‌گذارد؛ بنابراین بدون شک همان‌طور که فرهنگ در ایجاد و شکل‌دهی هویت فردی افراد نقش دارد در موفقیت یا عدم موفقیت همسران در شکل‌دهی هویت زوجی نیز مؤثر است (Kahn, ۲۰۰۶).

با توجه به مباحث مطرح شده می‌توان گفت که درک متقابل شرکای زندگی، موضوع اصلی تحقیقات زیادی از ۱۹۹۰ بوده است به‌طور مثال در پایگاه داده EBSCO Host تا جولای ۲۰۲۰، بیش از ۱۷۵۰۰ مقاله در این مورد وجود داشته است. عناوین بعضی از این مقالات عبارت‌اند از مashedگی^۱ (Buehlman et al., ۱۹۹۲)، وابستگی متقابل شناختی^۲ (Agnew et al., ۱۹۹۸)؛ هویت زوجها (Acitelli et al., ۱۹۹۹)؛ دو سویگی (Singer et al., ۲۰۱۵)؛ وابستگی متقابل در تجربه استرس آن گونه که در مدل تبادلی سیستمی شرح داده شده است (Bodenmann, ۲۰۰۸)؛ مashedگی به عنوان فرآیندی نوظهور (Reid & Ahmad, ۲۰۱۵). مطلب قابل توجه این است که هر یک از تحقیقات پیشین تنها به بررسی یکی از ابعاد مashedگی (شناختی، عاطفی و یا رفتاری) پرداخته‌اند.

بخش شناختی مرتبط با مashedگی، انعکاس‌دهنده درجه‌ای است که فرد هویت خود را با شریک زندگی‌اش می‌شناسد که همانا تفکر در مورد اشتراک داشتن درباره معنای زندگی با شریک خویش و

^۱. we-ness

^۲. Cognitive interdependence

ادراک آینده روابطشان، با هم دیگر می‌باشد (Agnew et al., ۱۹۹۸; Buehlman et al., ۱۹۹۲; Carrère et al., ۲۰۰۰).

عواطف مرتبط با ما شدگی اغلب انعکاس دهنده فرآیندهای عاطفی است که شرکای زندگی در مورد شریک شان و یا رابطه شان، تجربه می‌کنند که شامل اتحاد و صمیمیت، احساس همخوانی در رابطه و از لحاظ احساسی در دسترس و پاسخگو به شریک زندگی بودن است (Acitelli et al., ۱۹۹۹; Carrère et al., ۲۰۰۰; Reid et al., ۲۰۰۶).

بخش رفتاری ما شدگی انعکاس دهنده اعمال است (که شامل گفتگو به عنوان یک واحد، اتخاذ تصمیم با همدیگر، مراقبت کردن از شریک زندگی و صرف وقت با کیفیت به عنوان یک زوج می‌باشد). بخش رفتاری نمایش گر بخش شناختی و عاطفی در زندگی روزمره می‌باشد (Reid et al., ۲۰۰۶; Singer et al., ۲۰۱۵).

بر اساس آنچه ما از پیشینه پژوهش دریافتیم، بررسی هر سه بعد شناختی، عاطفی و رفتاری برای درک صحیح مفهوم "ما شدگی" ضروری است. همچنین با وجود نقش بنیادین سازه ما شدگی در سازگاری و رضایتمندی زوجی؛ تا به امروز ابزار جامع خودسنجی که هر سه بعد شناختی، عاطفی و رفتاری را در یک پرسشنامه سهل کاربرد و هنجار و بومی شده با فرهنگ ایران ارزیابی کند وجود نداشته است. لذا تلاش محققین بر این است که از طریق انجام پژوهشی برای بومی ساختن پرسش نامه سنجش سازه مایی، باعث درک هرچه بهتر سازه مایی در زوج‌های ایرانی شوند.

روش

این مطالعه از نوع انطباق یابی می‌باشد که در آن آزمونی که برای یک فرهنگ و زبان ساخته شده است، برای استفاده در یک فرهنگ و زبان دیگر متناسب سازی می‌شود (Karehski, ۲۰۱۹). ترجمه ابتدایی که توسط متخصصین زبان انگلیسی انجام شده بود در اختیار سه نفر از اساتید زبان انگلیسی با مدرک حداقل کارشناسی ارشد قرار داده شده و مورد بازبینی قرار گرفت. ترجمه نهایی توسط متخصصین روانشناسی مورد ارزیابی قرار گرفته و در اختیار ۱۰ تن از اساتید دانشگاه به منظور بررسی روایی محتوایی قرار گرفت. نمره CVR (نسبت روایی محتوایی) برابر ۰/۸۷ و نمره CVI (شاخص روایی محتوایی) برابر ۰/۸۵ به دست آمد که با توجه به تعداد ارزیاب‌ها؛ تأیید کننده روایی محتوایی متخصصان می‌باشد (Ayre & Scally, ۲۰۱۳).

نمونه‌گیری اولیه، از ۳۰ نفر انجام شد. همسانی درونی اولیه ۰/۹ به دست آمد و پرسشنامه آماده نمونه‌گیری نهایی شد. با توجه به هدف این پژوهش که هنجاریابی پرسشنامه ما شدگی در زوج‌های جامعه ایرانی بود، بر اساس فرمول کوکران به حداقل ۳۸۵ نمونه نیاز داشتیم. لذا برای نمونه‌گیری نهایی، بر اساس نمونه‌گیری

دردسترس، نسخه الکترونیکی پرسشنامه از طریق شبکه‌های اجتماعی و نسخه چاپی از طریق مراجعه حضوری، در اختیار شرکت کنندگان در طرح قرار گرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند از: تأهل و دارای حداقل تحصیلات سوم راهنمایی. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارتند از سابقه بستری در بیمارستان‌های روان پزشکی و داشتن اعتیاد. ۶۲۳ نفر در این طرح شرکت کردند که ۱۰۰ پرسشنامه به دلیل نقص در اطلاعات، کنار گذاشته شد. داده‌های به دست آمده از ۵۲۳ پرسشنامه باقی مانده با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزارها

در این پژوهش اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان شامل سن، جنسیت، مدت زمان ازدواج و عقد، نوع ازدواج (فامیلی، غیر فامیلی)، تعداد فرزندان و تحصیلات جمع‌آوری گردید. علاوه بر اطلاعات جمعیت شناختی از پرسشنامه‌های ماسدگی (Topcu-Uzer et al., ۲۰۲۱)؛ سبک‌های مقابله زوج‌ها (Bodenmann, ۲۰۰۸)؛ آزار عاطفی (Barahimi, ۲۰۰۸)؛ پرسشنامه سازگاری زناشویی (Spanier, ۱۹۷۶)؛ پرسشنامه طرح‌واره (Young & Brown, ۱۹۹۰).

پرسشنامه ماسدگی

پرسشنامه ماسدگی، یک پرسشنامه خود سنجی چند گویه ای جهت سنجش درک شناختی، عاطفی و رفتاری افراد درگیر در رابطه عاشقانه است. این پرسشنامه توسط سیگدوم تاپکو اوزر، اشلی. ک. رندل، آنا. م. ودز، دیوید ری، گای بودنمن در جامعه آمریکا ساخته و اعتباریابی شده و در مجله "زوج و رابطه درمانی" منتشر شده است. براساس نمونه‌ی ۴۳۴ نفری که در ایالات متحده آمریکا درگیر روابط عاشقانه بوده‌اند، پرسشنامه ماسدگی میزان خوبی از پایایی و روایی همگرا و افتراقی را نشان داده است. جهت بررسی روایی همگرا، از زیر مقیاس انسجام زوج‌ها از پرسشنامه انطباق زوج‌ها (Spaniar, 1976, DAS)، استفاده شد. نتایج نشانگر پایایی قابل قبولی برای آقایان ($\alpha=0/80$) و خانم‌ها ($\alpha=0/78$) در این تحقیق بود. زیر مقیاس روش‌های مقابله‌ای مشترک زوج‌ها (Randall et al, 2017, CDC) که بخشی از مقیاس روش‌های مقابله‌ای زوج‌ها (MCI) است، نیز در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت که در عامل مشکل مدار CDC برای خانم‌ها ($\alpha=0/84$) و برای آقایان ($\alpha=0/89$) به دست آمد. همچنین در عامل هیجان مدار CDC خانم‌ها ($\alpha=0/75$) و آقایان ($\alpha=0/77$) حاصل گردید. با به کار بستن زیر مقیاس نیاز به خودگردانی از مقیاس خرسندی از نیازها (Ryan et al., 2000)؛ پایایی برای آقایان ($\alpha=0/63$) و برای خانم‌ها ($\alpha=0/72$) برآورد شد. بررسی زیر مقیاس تصمیم ادراک شده در عمل از مقیاس خود تصمیم‌گیری

(Sheldon et al., ۱۹۹۶)، در این پژوهش پایایی $\alpha=0/80$ برای هم آقایان و هم خانم‌ها به دست آمد. تحلیل عاملی اکتشافی نهایی با ۱۷ گویه اجرا گردید. شاخص KMO، (۰/۹۶) و آزمون کرویت بارلت، (4415.49, $P<0.001$) به دست آمد. همچنین ۵۱/۰۸ درصد واریانس‌ها توسط ۱۷ گویه نهایی تبیین گردید. جهت برآورد پایایی همسانی درونی، از آلفای کرونباخ استفاده شد. نتایج آلفای کرونباخ برای خانم‌ها (۰/۹۴)، برای آقایان (۰/۹۵) و آلفای کل را (۰/۹۵) نشان داد.

پاسخ‌های شرکت کنندگان در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (کاملاً موافقم) تا ۵ (کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری سؤالات به صورت مستقیم بوده و حداکثر جمع نمرات ۸۵ و حداقل ۱۷ می‌باشد که نمرات بالاتر بیانگر میزان بالاتر مآشدگی در زوج‌ها می‌باشد.

پرسش‌نامه راهبردهای مقابله زوج‌ها

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای زوج‌ها توسط بودنمن و همکاران (Bodenmann, ۲۰۰۸)، ساخته شده و برای بررسی راهبردهای مقابله‌ای زندگی زناشویی کاربرد دارد. این پرسشنامه نوعی ابزار خودگزارش دهی با ۳۷ گویه می‌باشد که پاسخ به آن‌ها در مقیاسی پنج درجه‌ای با طیف لیکرت (از بیشتر اوقات تا هیچ وقت) مورد سنجش قرار می‌گیرند. این ابزار ابعاد مختلفی از رفتارهای مقابله‌ای متقابل که مربوط به خود شخص و رفتارهای همسر می‌شود را اندازه‌گیری نموده و جهت مقابله زوج‌ها در مقابل استرس ساخته شده است. خرده مقیاس‌های این ابزار شامل: ۱. مقابله حمایتی زوج‌ها: راهبردهای موثر و حمایت‌گرانه برای مقابله کردن با استرس فرد مقابل، ۲. مقابله ارتباطی زوج‌ها: راهبردهایی جهت برقراری ارتباط زوج‌ها با یکدیگر، ۳. مقابله مشترک زوج‌ها: فعالیت‌هایی که زوج‌ها به کمک هم به کار می‌برند و ۴. مقابله منفی زوج‌ها: واکنش‌های ارتباطی منفی در زوج‌ها می‌باشد. نمره کلی در این مقیاس جهت ارزیابی مقابله زوج‌ها با استرس مابین صفر تا ۱۸۵ متغیر می‌باشد. میزان آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های آن نیز بین ۰/۷۲ و ۰/۹۳ و هم چنین آلفای کرونباخ کلی در مورد زنان ۰/۹۳ و در مورد مردان ۰/۹۲ به دست آمده است (Bodenmann, ۲۰۰۸). پایایی آزمون-بازآزمون این ابزار با توجه به این که برای زنان ۰/۸۰ و برای مردان ۰/۶۴ گزارش شده است مناسب می‌باشد. تحلیل عاملی نشانگر برازندگی عامل‌های مقابله‌ای ارتباطی، مقابله‌ای مشترک، مقابله‌ای منفی و مقابله‌ای حمایتی بوده است. از طرف دیگر اعتبار همگرا و واگرایی مناسبی را دارا می‌باشد (Bodenmann, ۲۰۰۸). آلفای کرونباخ را در مورد هر کدام از مؤلفه‌های این ابزار مقابله‌ای زوج‌ها بدین صورت گزارش نمود؛ مقابله حمایتی زوج‌ها ۰/۸۹، مقابله منفی زوج‌ها ۰/۷۷، مقابله مشترک زوج‌ها ۰/۸۶ و مقابله ارتباطی زوج‌ها ۰/۸۱. در پژوهشی که توسط خجسته مهر و همکاران

(KHojaeste mehr et al., ۲۰۱۳) انجام شد، پایداری ابزار مد نظر را با استفاده از روش آلفای کرونباخ در مورد نمره کل ۰/۹۱، آلفای کرونباخ کلی این مقیاس برای زنان ۰/۹۲ و برای مردان ۰/۸۹ و برای هر کدام از زیر مقیاس‌ها به ترتیب؛ مقابله ای حمایتی ۰/۸۹، مقابله ای منفی ۰/۷۷، مقابله ای مشترک ۰/۸۶ و مقابله ای ارتباطی ۰/۷۹ محاسبه نمودند.

پرسش‌نامه آزار عاطفی

در این پژوهش از پرسش‌نامه‌ای محقق ساخته که توسط براهیمی (Barahimi, ۲۰۰۸)، تهیه شده استفاده شده است که بعد از گذراندن مراحل مقدماتی و پس از تأیید توسط متخصصان در دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان، به صورت مقدماتی اجرا شده است. برای ۸۰ سوال این مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده است و مقدار آن ۰/۹۷ به دست آمده است. روایی همگرا و واگرایی این پرسش‌نامه هم با پرسش‌نامه رضایت زناشویی با ضریب همبستگی ۰/۸۵- و با پرسش‌نامه تعارض زناشویی با ضریب همبستگی ۰/۶۸ به دست آمده است.

این پرسش‌نامه، آزار عاطفی را در ۴ بعد مورد سنجش قرار می‌دهد که با هدف بررسی و سنجش میزان آزار عاطفی از طرف همسران به کار می‌رود که عبارت است از: غفلت/ کناره‌گیری، آزار کلامی/ انتقاد، سلطه‌گری و محدودیت اجتماعی. ضرایب آلفای کرونباخ به دست آمده برای این خرده مقیاس‌ها به ترتیب برابر با ۰/۹۳، ۰/۹۷، ۰/۹۰ و ۰/۸۹ می‌باشد. پاسخ‌دهی به این پرسش‌نامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای؛ هرگز= ۱، به ندرت= ۲، گاهی اوقات= ۳، اغلب اوقات= ۴ و همیشه= ۵ می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری به این شیوه است که میزان نمرات به دست آمده از ۸۰ گویه با هم جمع شده که حداقل نمره ۸۰ و حداکثر آن ۴۰۰ و حد متوسط نمرات ۲۴۰ می‌باشد. نمره به دست آمده اگر بین ۸۰ تا ۱۶۰ بیانگر آزار عاطفی کم از سوی همسر، نمره بین ۱۶۰ تا ۲۴۰ بیانگر آزار عاطفی متوسط توسط همسر و نمره بالای ۲۴۰ نشان دهنده میزان بالای آزار عاطفی توسط همسر می‌باشد. میزان آلفای کرونباخ برای این پرسش‌نامه در پژوهش جزایری و شریفی (Jazayeri & Sharifi, ۲۰۱۲)، ۰/۹۵ محاسبه شده است.

پرسش‌نامه سازگاری اسپانیر

در این پژوهش با توجه به هدف مورد بررسی از پرسش‌نامه سازگاری دو عضوی اسپانیر (Spanier, ۱۹۷۶)، جهت جمع‌آوری اطلاعات مورد نظر استفاده شده است. پرسش‌نامه سازگاری اسپانیر جهت سنجش و ارزیابی سازگاری بین زوج‌ها و یا دو نفری که با هم زندگی می‌کنند تهیه و تنظیم شده است؛ به عبارت دیگر این معیار در اصل برای زوج‌هایی که در روابط سالم (هم‌خانواده یا متاهل) بودند، ایجاد شد.

بررسی‌های تحلیل عاملی بیانگر این است که این مقیاس ۴ بعد را مورد سنجش قرار می‌دهد که شامل: همبستگی زوجی (میزان توافق زوجها در مورد موضوعات مهم در رابطه)، رضایت زوجی (میزان رضایت زوجها از رابطه خود)، انسجام زوجی (درجه نزدیکی و فعالیت‌های مشترک تجربه شده توسط زوج) و ابراز عاطفی (درجه تظاهرات محبت و روابط جنسی بین زوجها) می‌باشد.

این پرسش‌نامه یک ابزار با ۳۲ سوال می‌باشد که جهت سنجش و ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی طبق دیدگاه زوجها و یا هر دو شخصی که با یکدیگر زندگی می‌کنند، می‌باشد و می‌توان آن را در ۵ تا ۱۰ دقیقه تکمیل کرد. با به دست آوردن کل نمرات پرسش‌نامه، می‌توان برای اندازه‌گیری و سنجش رضایت کلی در یک رابطه نزدیک و صمیمانه این ابزار را به کار برد. سوالات خرده مقیاس‌ها عبارت است از: رضایت زناشویی: ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۳۱ و ۳۲. همبستگی دو نفری: ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷ و ۲۸. توافق دو نفری: ۱، ۲، ۳، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵. ابراز محبت: ۴، ۶، ۲۹ و ۳۰. این معیار دارای دستورالعمل‌های امتیازدهی ساده است که شامل محاسبات اولیه است و نیازی به امتیازدهی توسط فردی با آموزش خاص نیست. برای به دست آوردن نمره افراد در این مقیاس؛ نمرات خرده مقیاس‌ها با جمع بندی آیتم‌هایی که هر خرده مقیاس را تشکیل می‌دهند، به دست می‌آید. نمره کل DAS با جمع کردن تمام نمرات خرده مقیاس فردی به دست می‌آید. امتیاز حاصل از ۰ تا ۱۵۱ متغیر است که نمرات بالاتر نشان دهنده سازگاری زوجی مثبت‌تر و سطح پایین‌تر پریشانی است (Spanier, ۱۹۷۶).

در یک فرا تحلیل انجام شده توسط اسپانیر (Spanier, ۱۹۷۶)، که شامل ۱۲۸ نمونه بود آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ و خرده مقیاس‌های فردی بین ۰/۷۱ و ۰/۸۷ بود. همسانی درونی برای نمره کل این پرسش‌نامه برابر با ۰/۹۶ بیانگر همسانی درونی خوبی است. هم‌چنین همسانی درونی به دست آمده برای خرده مقیاس‌ها مابین خوب تا عالی می‌باشد، به صورتی که همسانی درونی برای رضایتمندی دو نفری ۰/۹۴، هم‌بستگی دو نفری ۰/۸۱، توافق‌پذیری دو نفری ۰/۹۰ و در نهایت ابرازگری محبت ۰/۷۳ می‌باشد. ثنایی و همکاران (sanayi et al., ۲۰۱۸)، در ایران این مقیاس را هنجاریابی کرده‌اند. این مقیاس با استفاده از روش آزمون- باز آزمون و به فاصله ۱۰ روز روی نمونه‌ای که از ۱۲۰ نفر (۶۰ مرد و ۶۰ زن)، تشکیل شده بود اجرا شد و از روش گشتاوری پیرسون برای میزان همبستگی استفاده شد که ضریب همبستگی بین نمرات زوجها در دوبار اجرا برای کل نمرات ۰/۸۶، رضایت زناشویی ۰/۶۸، همبستگی دو نفری ۰/۷۵ و توافق دو نفری ۰/۷۱ و ابراز محبت ۰/۶۱ به دست آمد.

پرسش‌نامه طرح‌واره

این پرسش‌نامه توسط یانگ و براون (Young & Brown., 1990)، تدوین شد. یک مقیاس خود گزارش دهی که دارای ۹۰ گویه است و ۱۸ حیطه از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را شامل می‌شود. این طرح‌واره‌ها عبارت است از: محرومیت اجتماعی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، رها شدگی/بی‌ثباتی، بیگانگی/انزوای اجتماعی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، اطاعت، ایثار، گرفتاری، وابستگی/بی‌کفایتی، نقص/شکست، بازداری هیجانی، معیارهای سخت‌گیرانه، برتری داشتن/استحقاق بودن، خویشتن‌داری/خود انضباطی ناکافی، خود تنبیهی، تحسین/جلب توجه و نگرانی/بد بینی. هر گویه به وسیله طیف لیکرت ۶ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (۱=کاملاً در مورد من نادرست است. ۲=تقریباً در مورد من نادرست است. ۳=مقداری درست است تا اینکه غلط باشد. ۴=اندکی در مورد من درست است. ۵=تقریباً در مورد من درست است. ۶=کاملاً در مورد من درست است). نمرات هر خرده مقیاس از جمع نمرات ماده‌های آن خرده مقیاس به دست می‌آید و نمره کل پرسش‌نامه از جمع نمرات تمام خرده مقیاس‌ها حاصل می‌شود؛ به عبارت دیگر، هر مقیاس شامل ۵ ماده می‌باشد که نوع طرح‌واره اولیه را اندازه‌گیری می‌کند. کمینه و بیشینه نمره‌های اندازه‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بین ۱ تا ۶ می‌باشد که نمره بالا حاکی از میزان بالای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در آزمودنی‌هاست.

یانگ و همکاران (Young et al., ۱۹۹۵)، اعتبار یابی این پرسش‌نامه را بر روی نمونه‌ای به حجم ۵۶۴ نفر از دانش‌جویان آمریکایی انجام دادند که با استفاده از روش همسانی درونی و هم‌چنین آزمون-بازآزمون اعتبار آن به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۱ به دست آمد. روایی هم‌گرایی این مقیاس نیز توسط یانگ و همکاران (Young et al., ۱۹۹۵)، با ابزارهای اندازه‌گیری اعتمادبه‌نفس، درماندگی روان‌شناختی، آسیب‌پذیری شناختی برای نشانگان اختلال افسردگی و هم‌چنین اختلال شخصیت مورد بررسی قرار گرفت که نتایج حاکی از آن بود که این طرح‌واره‌های ناسازگار با صفاتی مثبت از جمله اعتمادبه‌نفس، عاطفه مثبت ارتباطی منفی داشته و هم‌چنین ارتباطی مثبت با اختلال شخصیت، درماندگی، عاطفه منفی و نیز اختلال عملکرد دارند.

آهی و همکاران (Ahi et al., ۲۰۰۸)، در ایران فرم کوتاه ویرایش اول (۷۵ سوالی) و فنی و همکاران (Fatty et al., ۲۰۱۰)، نیز فرم جدید ویرایش سوم (۹۰ سوالی) را اعتبار یابی کردند. هم‌چنین روایی و پایایی پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه روی نمونه‌ای به حجم ۵۷۹ نفر در دو مرحله (مرحله اول، ۳۹۴ و مرحله دوم ۱۸۵) انجام شد. نسخه اصلی این پرسش‌نامه به زبان انگلیسی بود که توسط پژوهشگر به فارسی برگردانده شد و جهت اطمینان از درستی ترجمه و تطابق آن با نسخه اصلی، ترجمه آن برای بررسی

در اختیار دو فرد مسلط به زبان انگلیسی و فارسی قرار گرفت. در نهایت نیز روایی محتوایی آن به وسیله افراد متخصص (روانشناس، مشاور متخصص شناختی درمانی) تعیین و اصلاحات کمی روی آن انجام شد. بدین صورت فرم نهایی پس از چند مرحله بررسی و بازبینی و اعمال اصلاحات جهت اجرای پژوهش آماده شد.

اعتبار و پایایی پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در این بررسی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و هم‌چنین دو نیمه کردن، در دختران به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۴ و در پسران ۰/۸۴ و ۰/۸۱ و در کل نمونه ۰/۹۱ و ۰/۸۶ به دست آمد و هم‌چنین تحلیل عاملی مشخص کرد که عامل‌های استخراج شده قابلیت بالا و رضایت بخشی دارند.

یافته‌ها

در این پژوهش ۵۲۳ نفر مشارکت کردند که ۶۱ درصد شرکت کنندگان خانم و ۳۹ درصد را آقایان تشکیل می‌دهند که از دامنه سنی ۱۷ سال تا ۸۸ سال با میانگین سنی ۳۶/۹ سال می‌باشند. ۷۴ درصد ازدواج‌ها، غیر فامیلی و ۲۶ درصد فامیلی بوده است. تعداد فرزندان ایشان، به‌طور متوسط ۱/۶ می‌باشد. متوسط زمان ازدواج در بین شرکت کنندگان، ۱۳/۷ سال بوده است. ۴۹/۳ درصد ایشان دارای مدرک دیپلم، ۵/۵ درصد فوق‌دیپلم، ۲۶/۶ کارشناسی، ۱۶/۶ کارشناسی ارشد و ۲/۱ دکترا می‌باشند.

به منظور سنجش پایایی درونی از آلفای کرونباخ استفاده گردید که ۰/۹۵ به دست آمد. هم‌چنین به منظور بررسی روایی محتوایی همگرا از مقیاس سبک‌های مقابله با استرس مشترک از پرسشنامه‌های سبک‌های مقابله زوج‌ها (Bodenmann, ۲۰۰۸) و مقیاس توافق دو نفری از پرسشنامه سازگاری زناشویی (Spanier, ۱۹۷۶) و به منظور بررسی روایی محتوایی واگرا از پرسشنامه آزار عاطفی (Barahimi, ۲۰۰۸) و مقیاس طرح‌واره بی‌اعتمادی از پرسشنامه طرح‌واره‌ها (Young & Brown, ۱۹۹۰) استفاده گردید.

به دلیل غیر نرمال بودن داده‌ها، ضریب همبستگی اسپیرمن در محاسبات لحاظ گردید. ضرایب همبستگی به دست آمده (جدول شماره ۱) نشانگر همبستگی مثبت و معنادار بین پرسشنامه مآش‌گی با پرسشنامه‌های همگرا بوده و تأیید کننده روایی همگرا می‌باشد. هم‌چنین بین پرسشنامه مآش‌گی با پرسشنامه آزار عاطفی همبستگی معنادار منفی به دست آمد که نشان‌گر روایی واگرا می‌باشد. ولی بین پرسشنامه مآش‌گی و مقیاس طرح‌واره بی‌اعتمادی، همبستگی ضعیفی به دست آمد (Acitelli, ۱۹۹۲). همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است. در ادامه کار به منظور سنجش روایی سازه از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. با توجه به

حجم بالای نمونه می‌توان از نرمال نبودن داده‌ها صرف نظر کرد. شاخص KMO برابر ۰/۹۷ و آزمون بارتلت معنادار بود ($\chi^2=6095.21$, $df=136$, $p<0.001$). بر اساس جدول ارزش‌های ویژه بزرگ‌تر از ۱، یکی است و این تک عامل ۵۸/۰۶ درصد واریانس را تبیین می‌کند. این مقدار قابل توجه و معنادار است. نمودار اسکری نیز تأیید کننده این تک عامل بوده است. تمام ۱۷ گویه در این تک عامل بوده و بار عاملی آن‌ها در دامنه بین ۰/۶۳ تا ۰/۸۳ قرار گرفته است.

جدول ۱- همبستگی‌ها (اسپیرمن)

ماشدگی	راهبردهای مقابله زوج‌ها	سازگاری زناشویی	آزار عاطفی	طرح‌واره بی اعتمادی
۱				
راهبردهای مقابله زوج‌ها	۱			
سازگاری زناشویی	۰/۶۴	۱		
آزار عاطفی	-۰/۶۱	-۰/۶۵	۱	
طرح‌واره بی اعتمادی	-۰/۲۰	-۰/۲۱	-۰/۲۵	۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش هنجاریابی پرسشنامه ماشدگی در فرهنگ و جامعه ایرانی بود. دهه‌ها مطالعات تحقیقاتی نشان داده‌اند که ماشدگی به طور مثبت رضایت متقابل و تعهد به رابطه را پیش‌بینی می‌کند (Alea et al., ۲۰۱۵). همچنین ماشدگی به طور منفی احتمال کاهش بعد کیفیت رابطه و در نهایت جدایی یا طلاق را پیش‌بینی می‌کند (Bohlman et al., 1992). لذا سنجش ماشدگی زوج‌ها، ابزاری بالقوه ارزشمند جهت مداخله زود هنگام برای پژوهش و درمان از جمله در جامعه ایرانی به شمار می‌رود. به منظور سنجش پایایی درونی از آلفای کرونباخ استفاده گردید که آلفای به دست آمده ۰/۹۵ بوده و نشان از همسانی درونی و پایایی بالای پرسشنامه می‌باشد. این نتایج با پژوهش (Topcu-Uzer et al., ۲۰۲۱) شباهت دارد. برای ارزیابی روایی سازه، شاخص‌های CVI و CVR محاسبه و روایی سازه قابل قبول به دست آمد. در ادامه کار به منظور سنجش روایی سازه از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. نتیجه تحلیل عاملی، یک

عامل را نشان داد که با پژوهش پرسشنامه نمونه انگلیسی ماشدگی (Topcu-Uzer et al., ۲۰۲۱) همخوان بود. همچنین بین پرسشنامه ماشدگی با مقیاس سبک‌های مقابله با استرس مشترک از پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای زوج‌ها و مقیاس توافق دونفره پرسشنامه سازگاری زناشویی همبستگی مثبت و معنادار به دست آمد که نشانگر روایی همگرایی نسخه ایرانی پرسشنامه ماشدگی می باشد. زمانی که زوج‌ها در روابط خود احساس توافق، حمایت و احترام بیشتری دارند، احتمال اینکه از سطح بالاتری از انسجام و رضایت از زندگی برخوردار باشند، نیز بیشتر است و دلیل آن می تواند این باشد که یک رابطه زناشویی موفق و رضایت بخش می تواند منبع حمایت عاطفی، امنیت و همدلی باشد. از طرف دیگر وجود مشکلات در سازگاری زناشویی (مثل تعارضات مداوم، فقدان صمیمیت و نارضایتی از رابطه)، می تواند به کاهش میزان همبستگی زوج‌ها، افزایش استرس، اضطراب و افسردگی منجر شود (Shahabi & Sanagouye-moharer., 2019). در مورد سازه همگرایی دیگر می توان گفت که مقابله مشترک زوجی شیوه تعامل زوج‌ها را در رابطه با ارزیابی، به اشتراک گذاردن نیازها و برنامه ریزی برای مقابله و مواجهه با هم برای عوامل استرس‌زا را مفهوم سازی می کند. زمانی که زوج‌ها به صورت یک تیم عمل کنند و به طور مشترک به مشکلات پاسخ دهند از روابط خود در برابر فرسودگی روزانه محافظت کرده، صمیمیت بین خود را تقویت نموده که این احساس صمیمیت باعث تقویت احساس ما شده و به توسعه هویت مشترک کمک می کند (Abedini Chamgordani & Niknejadi, ۲۰۲۲).

بین پرسشنامه ماشدگی با پرسشنامه‌های آزار عاطفی و طرح‌واره بی اعتمادی نیز، همبستگی منفی و معنادار به دست آمد که تائید کننده روایی واگرایی این پرسشنامه می باشد. زوج‌ها با میزان صمیمیت و اتحاد بالا قابلیت بیشتری جهت مقابله با مشکلات و چالش‌ها و تغییرات مربوط به رابطه خواهند داشت و از تعهد زناشویی بالاتری هم برخوردار خواهند بود. بدین صورت میزان آزار عاطفی که شامل غفلت، آزار کلامی، سلطه‌گری و محدودیت اجتماعی می باشد؛ با بالا رفتن صمیمیت و اتحاد بین زوج‌ها کاهش خواهد یافت (Aydogan et al., ۲۰۲۴). علاوه بر این طرح‌واره بی اعتمادی/بدرفتاری، اعتماد را به طور جدی تضعیف می کند که این عدم اعتماد، مانع از شکل‌گیری یک رابطه نزدیک و صمیمی می شود. افراد دارای طرح‌واره بی اعتمادی در برقراری رابطه صادقانه و باز با مشکل مواجه هستند که این امر از شکل‌گیری یک درک مشترک جلوگیری می کند. به هر میزانی که نیازهای فرد در زمینه طرح‌واره بی اعتمادی ارضا نشود؛ میزان رضایت، مشارکت و همراهی در زندگی، توافق و اتحاد در زمینه‌های مختلف و ابراز محبت از سوی زوج‌ها کاهش می یابد که این خود عامل مهمی برای کاهش میزان ماشدگی بین

زوج می‌باشد (Peirouvi & Bahrami, ۲۰۱۷). هم‌چنین بر اساس پژوهش هنجاریابی پرسش‌نامه‌ها شدگی در کشور ترکیه توسط آکوک و همکاران (Üçok et al., ۲۰۲۴) تنها یک عامل در تحلیل عاملی اکتشافی به دست آمد و همسانی درونی پرسش‌نامه نیز ۰/۹۵ گزارش شد که با یافته‌های این پژوهش هماهنگ و همراستا می‌باشد.

نتایج روان‌سنجی بیانگر آن است که این پرسشنامه دارای روایی و پایایی مناسب در جامعه ایرانی بوده و قابلیت ارزیابی میزان درک زوج‌ها از بودن به عنوان بخشی از یک واحد تقابلی را فراهم می‌کند. بر اساس مطالب پیش گفته می‌توان نتیجه گرفت که پرسشنامه ماسدگی قابلیت استفاده پژوهشی و درمانی در جامعه ایرانی را دارا می‌باشد.

References

- Abedini Chamgordani, S., & Niknejadi, F. (2022). Investigating the mediating role of Dyadic Coping and Understanding and Intellectual Coordination in the relationship between Marital Attractions and Marital Quality. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 10(12), 73-84. <http://frooyesh.ir/article-1-3149-en.html>
- Acitelli, L. K. (1992). Gender Differences in Relationship Awareness and Marital Satisfaction among Young Married Couples. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(1), 102-110. <https://doi.org/10.1177/0146167292181015>
- Acitelli, L. K., Rogers, S., & Knee, C. R. (1999). The Role of Identity in the Link between Relationship Thinking and Relationship Satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 16(5), 591-618. <https://doi.org/10.1177/0265407599165003>
- Agnew, C. R., Van Lange, P. A. M., Rusbult, C. E., & Langston, C. A. (1998). Cognitive interdependence: Commitment and the mental representation of close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(4), 939-954. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.4.939>
- Ahi, g., Mohhamadi far, M. a., & Besharati, m. a. (2008). Reliability and validity of the short form of Young's Schemas Questionnaire. *Psychology and Educational Sciences*, 3(37), 5-20. <https://sid.ir/paper/55767/fa>
- Ahmad, S., & Reid, D. W. (2016). Enhancing the relationship adjustment of South Asian Canadian couples using a systemic-constructivist approach to couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42(4), 615-629. <https://doi.org/10.1111/jmft.12161>
- Alea, N., Singer, J. A., & Labunko, B. (2015). "We-ness" in Relationship-Defining Memories and Marital Satisfaction. In K. Skerrett & K. Fergus (Eds.), *Couple Resilience: Emerging Perspectives* (pp. 163-177). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9909-6_9
- Aydogan, D., Özgülük Üçok, S. B., & Randall, A. K. (2024). Being One and Staying Two as a Couple: Turkish Married Couples' Sense of We-Ness, Psychological Distress, and Common Dyadic Coping. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 23(4), 282-304. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/15332691.2024.2406812>

- Ayre, C., & Scally, A. J. (2013). Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio: Revisiting the Original Methods of Calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 47(1), 79-86. <https://doi.org/10.1177/0748175613513808>
- Barahimi, N. (2008). *The Effect of Choice/Control Training on Emotional Abuse of Couple in Isfahan* [Isfahan University].
- Bodenmann, G. (2008). Dyadisches coping inventar (DCI). http://www.verlag-hanshuber.com/testverlag/spezial/DCI/edit_index.html
- Buehlman, K. T., Gottman, J. M., & Katz, L. F. (1992). How a couple views their past predicts their future: Predicting divorce from an oral history interview. *Journal of Family Psychology*, 5(3-4), 295-318. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.5.3-4.295>
- Carrère, S., Buehlman, K. T., Gottman, J. M., Coan, J. A., & Ruckstuhl, L. (2000). Predicting marital stability and divorce in newlywed couples. *Journal of Family Psychology*, 14(1), 42-58. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.14.1.42>
- Chircop, Y. R. (2017). From "Me" to "We": The journey of young married couples' experience towards the co-construction of couplehood. *Institute of Family Therapy Malta*.
- Fatty, I., Motabi, F., Molodi, R., & Zia'i, K. (2010). The factor structure of the Iranian version of the Yang Schema Questionnaire - 232-question form in a non-clinical sample. *New psychological researches (Psychology of Tabriz University)*, 4(16), 227-246. <https://sid.ir/paper/448976/fa>
- Fergus, K., & Skerrett, K. (2015). Resilient Couple Coping Revisited: Building Relationship Muscle. In K. Skerrett & K. Fergus (Eds.), *Couple Resilience: Emerging Perspectives* (pp. 199-210). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9909-6_11
- Fergus, K. D., & Reid, D. W. (2001). The Couple's Mutual Identity and Reflexivity: A Systemic-Constructivist Approach to the Integration of Persons and Systems. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(3), 385-410. <https://doi.org/10.1023/A:1016658301629>
- Gildersleeve, S., Singer, J. A., Skerrett, K., & Wein, S. (2017). Coding "We-ness" in couple's relationship stories: A method for assessing mutuality in couple therapy†. *Psychotherapy Research*, 27(3), 313-325. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1262566>
- Godwin, K. M., Swank, P. R., Vaeth, P., & Ostwald, S. K. (2013). The longitudinal and dyadic effects of mutuality on perceived stress for stroke survivors and their spousal caregivers. *Aging & Mental Health*, 17(4), 423-431. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.756457>
- Gottman, J. M. (2011). *The science of trust: Emotional attunement for couples*. W W Norton & Co.
- Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (1999). Dysfunctional Marital Conflict. *Journal of Divorce & Remarriage*, 31(3-4), 1-17. https://doi.org/10.1300/J087v31n03_01
- Halford, W. K., Rhoades, G., & Morris, M. (2018). Effects of the parents' relationship on children. *Handbook of parenting and child development across the lifespan*, 97-120. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-319-94598-9_5
- Jazayeri, R. S., & Sharifi, M. (2012). Comparing the level of spouse emotional abuse and the perception of social support in patients with chronic tension headaches and migraines with healthy people. *Scientific Journal of Legal Medicine*, 17, 87-94, Article 2. <https://www.noormags.ir/view/ar/articlepage/922737>
- Kahn, J. H. (2006). Factor Analysis in Counseling Psychology Research, Training, and Practice: Principles, Advances, and Applications. *The Counseling Psychologist*, 34(5), 684-718. <https://doi.org/10.1177/0011000006286347>
- Kareshki, H. (2019). *Testing and testing in educational and psychological research*. Respected publications.

- KHojaste mehr, R., Naderi, F., & Sudani, M. (2013). The Mediating Role of Dyadic Coping on the Relationship Between Marital Standards and Marital Satisfaction. *Psychological Models and Methods*, 3(vol 3/ no 12), 47-67. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_291_6ad58d855d89cf3f53045d5989f35496.pdf
- Konstam, V. (2019). *The Romantic Lives of Emerging Adults: Getting from I to We*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190639778.001.0001>
- Long, L., & Young, M. (2006). *Counseling and treatment of husband and wife problems book "Counseling and psychotherapy for problems of couples"* (A. M. Nazari, Trans.). Avai Noor Publications.
- Peirouvi, M., & Bahrani, H. (2017). INVESTIGATE THE RELATIONSHIP BETWEEN EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS COUPLES AND MARITAL ADJUSTMENT IN MARRIED STUDENTS OF TEHRAN SCIENCE AND RESEARCH BRANCH. *ROOYESH E RAVANSHENASI JOURNAL*, 6(18), 158-131. <https://doi.org/https://sid.ir/paper/224201/en>.
- Reid, D. W., & Ahmad, S. (2015). Identification with the Relationship as Essential to Marital Resilience: Theory, Application, and Evidence. In K. Skerrett & K. Fergus (Eds.), *Couple Resilience: Emerging Perspectives* (pp. 139-161). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9909-6_8.
- Randall A, Bodenmann G. (2017). Stress and its associations with relationship satisfaction. *Current Opinion in Psychology*. 13, 96-106.
- Reid, D. W., Dalton, E. J., Laderoute, K., Doell, F. K., & Nguyen, T. (2006). Therapeutically Induced Changes in Couple Identity: The Role of We-ness and Interpersonal Processing in Relationship Satisfaction. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 132(3), 241-284. <https://doi.org/10.3200/MONO.132.3.241-288>
- Reid, D. W., Doell, F. K., Dalton, E. J., & Ahmad, S. (2008). Systemic-constructivist couple therapy (SCCT): Description of approach, theoretical advances, and published longitudinal evidence. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), 477-490. <https://doi.org/10.1037/a0014334>
- Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M., & McGinn, M. M. (2014). Marital quality and health: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 140(1), 187-140. <https://doi.org/doi:10.1037/a0031859>
- Rohrbaugh, M. J., Shoham, V., Skoyen, J. A., Jensen, M., & Mehl, M. R. (2012). We-talk, communal coping, and cessation success in a couple-focused intervention for health-compromised smokers. *Family Process*, 51(1), 107-121. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01388.x>
- Ryan, R. M., Couchman, C. E., & Deci, E. L. (2000). Within-person variation in security of attachment: A self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(3), 367-384. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.3.367>
- sanayi, b., alaghemand, s., homan, a., & falahati, s. (2018). *Haas family and marriage scale*. mission.
- Shahabi, S., & Sanagouye-Moharer, G. (2019). The effect of group schema therapy on marital adjustment and marital intimacy in couples in Kerman. *Salamat Ijtimai (Community Health)*, 6(2), 236-243. <https://doi.org/http://doi.org/10.22037/ch.v6i3.22565>.
- Sheldon, K. M., Ryan, R., & Reis, H. T. (1996). What Makes for a Good Day? Competence and Autonomy in the Day and in the Person. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(12), 1270-1279. <https://doi.org/10.1177/01461672962212007>
- Singer, J. A., Labunko, B., Alea, N., & Baddeley, J. L. (2015). Mutuality and the Marital Engagement – Type of Union Scale [ME (To US)]: Empirical Support for a Clinical Instrument in Couples

- Therapy. In K. Skerrett & K. Fergus (Eds.), *Couple Resilience: Emerging Perspectives* (pp. 123-137). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9909-6_7
- Singer, J. A., & Skerrett, K. (2014). *Positive couple therapy: Using We-Stories to enhance resilience* [doi:10.4324/9780203383995]. Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780203383995>
- Spanier, G. B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38(1), 15-28. <https://doi.org/10.2307/350547>
- Stanley, S. M., Rhoades, G. K., & Whitton, S. W. (2010). Commitment: Functions, Formation, and the Securing of Romantic Attachment. *Journal of family theory & review*, 2(4), 243-257. <https://doi.org/10.1111/j.1756-2589.2010.00060.x>
- Topcu-Uzer, C., Randall, A. K., Vedes, A. M., Reid, D., & Bodenmann, G. (2021). We-ness Questionnaire: Development and Validation. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 20(3), 256-278. <https://doi.org/10.1080/15332691.2020.1805082>
- Üçok, S. B. Ö., Aydoğan, D., Topcu, Ç., & Randall, A. K. (2024). Adaptation and Validation of the We-ness Questionnaire in a Turkish Sample. *Bartın University Journal of Faculty of Education*, 13(1), 222-231. <https://doi.org/https://doi.org/10.14686/buefad.1247631>
- Young, E. J., & Brown, G. (1990). *Young schema questionnaire, short form (YSQ-SF)*.
- Young, J. E., Schmidt, N. B., Joiner, T. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295-321. <https://doi.org/10.1007/BF02230402>



Comparing the Effectiveness of Choice Theory-Based Parenting and Schema Therapy-Based Parenting on Emotion Regulation and Responsibility in Mothers

Homa Moghimi

PhD in General Psychology, Islamic Azad University of Shahrekord, Shahrekord, Iran. (Corresponding Author),
Email: homamoghimi67@gmail.com

Ahmad Ghazanfari

Associate Professor, General Psychology, Islamic Azad University of Shahrekord, Shahrekord, Iran. Email:
aghazan5@yahoo.com

Received: 2024-10-31 Revised: 2025-04-28 Accepted: 2025-12-30 Published: 2025-12-30

Citation: Moghimi, H. & Ghazanfari, A. (2025). Comparing the Effectiveness of Choice Theory-Based Parenting and Schema Therapy-Based Parenting on Emotion Regulation and Responsibility in Mothers. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 15(2), 72-98. doi: 10.22067/tpccp.2025.90146.1702

Abstract

Introduction

Parenting is of pivotal importance for children's psychosocial development and the quality of parent-child relationships. The statistical population of the study comprised mothers with children aged 8 to 13 years residing in Isfahan. These mothers, as the primary caregivers, assume a pivotal role in shaping their children's cognitive and emotional schemas. The two approaches, choice theory and schema therapy, were selected based on their distinct theoretical foundations and applicability in the field of parenting. The present study elected to utilize two comprehensive theoretical frameworks for the intervention: the choice theory approach (Glasser, 1998), which emphasizes responsibility and control of personal behavior, and schema therapy (Yang, 2008), which focuses on the modification of early maladaptive schemas. The present study was conceived with the objective of addressing the research deficit concerning the comparative analysis of these two approaches within the cultural context of Iran. The necessity of the research is explained by three main factors: the prevalence of parenting stress and emotional dysregulation in Iranian mothers, the paucity of comparative studies in the field of parenting approaches, and the need to identify the precise mechanisms of intervention effectiveness. The findings of this study provide a scientific basis for designing culturally-appropriate interventions in the field of parenting.

Method

The present study was conducted as a quasi-experimental study with a pretest-posttest design, incorporating a control group and a one-month follow-up. Convenience sampling was employed to select 30 mothers who had received the lowest scores on the Parenting Relationship Questionnaire (Driscoll, 2011a). These participants were randomly assigned to three groups of 10. The random assignment of subjects to one of three groups resulted in a uniform distribution of confounding effects and reduced systematic differences. The instruments employed in this study included the Child-Parent Relationship Scale (Driscoll, 2011b), the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Kraaij, 2006), and the Social Responsibility Scale (Glenn, 1998). Two distinct educational interventions were administered in person by trained therapists. The first intervention was a 12-session

program of choice-based parenting education (Glasser, 1998) that emphasized the concepts of personal responsibility, controlling one's own behavior rather than controlling others, and building relationships based on free choice. The second intervention was a 12-session program of schema therapy-based parenting education (Yang, 2008) that focused on identifying and modifying mothers' early maladaptive schemas, changing dysfunctional communication patterns, and improving emotional regulation. Prior to implementation, the training format was reviewed and endorsed by three psychological experts to ensure uniformity. The collected data were then subjected to analysis using ANOVA with repeated measures and Bonferroni post hoc test in SPSS.

Findings

The mean pre-test scores for the cognitive emotion regulation and responsibility variables were comparable across all groups. The mean post-test and follow-up scores of both experimental groups exhibited a significant increase compared to the control group, and this enhancement persisted in the follow-up phase. A repeated-measures analysis of variance demonstrated that the interaction effect of "group" and "measurement phase" was significant for both variables ($p < 0.05$). In the context of cognitive emotion regulation, a significant discrepancy was observed in both the pre-test and post-test scores ($p < 0.001$) and the pre-test and follow-up scores ($p < 0.001$). However, the post-test and follow-up scores did not demonstrate a significant difference, suggesting that the intervention effect remained consistent over time. Both interventions resulted in a significant enhancement in emotion regulation ($p < 0.05$), with no statistically significant variation in efficacy between the two interventions. With respect to responsibility, the variation in outcomes was substantial at all three stages: pretest to posttest ($p < 0.001$), pretest to follow-up ($p < 0.001$), and posttest to follow-up ($p = 0.066$). While both interventions demonstrated efficacy in comparison to the control group, choice theory-based training exhibited greater sustained effectiveness at the follow-up stage than schema therapy ($p < 0.05$).

Conclusion

The findings of this study demonstrated that both educational interventions resulted in improvements in emotion regulation, which is consistent with the findings of (Sabeti Rad, 2019) and (Lanjekar, 2022). The primary innovation of this study was the systematic comparison of two distinct theoretical frameworks and the simultaneous examination of their effects on key psychological variables. The fundamental reason for this enhancement was the skill-based nature of both approaches in providing practical emotion regulation techniques. In the domain of responsibility, education grounded in choice theory demonstrated marked superiority in the follow-up phase, a finding that aligns with the outcomes reported by (Nili Ahmedabadi, 2019). This superiority can be attributed to the fundamental emphasis of this theory on "personal responsibility" and "control of one's own behavior" (Glasser, 1998). The primary benefit of this study was to address the existing research gap by conducting a direct comparison of the effectiveness of the two theoretical approaches in Iran. Furthermore, the concurrent emphasis on the variables of emotion regulation and responsibility as independent outcomes has yielded a more comprehensive understanding of the mechanisms underlying the effects of parenting interventions. The findings align with the research conducted by (Shamsi, 2020), suggesting the longevity of the observed attitudinal shifts. In light of the findings and limitations of this study, it is recommended that both interventions be utilized to enhance emotion regulation.

Additionally, the implementation of choice theory training to promote responsibility through the facilitation of regular follow-up sessions and the establishment of self-help groups to bolster the therapeutic effects is proposed.

Keywords: Schema Therapy, Choice Theory, Parenting, Cognitive Emotion Regulation, Responsibility

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

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

دسترسی آزاد

مقایسه اثربخشی فرزند پروری مبتنی بر نظریه انتخاب و فرزند پروری مبتنی بر طرح وارده درمانی بر تنظیم هیجان و مسئولیت پذیری مادران

هما مقیمی

دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی شهرکرد، شهرکرد، ایران. (نویسنده مسئول)، homamoghimi67@gmail.com

احمد غضنفری

دانشیار، روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی شهرکرد، شهرکرد، ایران. aghazan5@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۱۰ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۲/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۰۹ تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۱۰/۰۹

استناد: مقیمی، هما؛ غضنفری، احمد. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی فرزند پروری مبتنی بر نظریه انتخاب و فرزند پروری مبتنی بر طرح وارده درمانی بر تنظیم هیجان و مسئولیت پذیری مادران. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱۵(۲)، ۹۸-۷۲. doi: 10.22067/tpccp.2025.90146.1702

چکیده

هدف: این مطالعه به مقایسه اثربخشی دو روش مداخله‌ای پرداخت.

روش: نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری یک‌ماهه با گروه گواه و تخصیص تصادفی، بجامعه آماری مادران دارای فرزند ۶-۱۲ ساله ساکن اصفهان در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود که با روش نمونه‌گیری داوطلبانه هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود (نداشتن سابقه اختلالات روان‌پزشکی، سطح تحصیلات دیپلم به بالا) انتخاب شدند. پس از غربالگری اولیه با مقیاس فرزندپروری دریسکول و پائتا، ۳۰ نفر که نمره پایین‌تری کسب کرده بودند، به‌صورت تصادفی در سه گروه (هر گروه ۱۰ نفر) جایگزین شدند. پروتکل نظریه انتخاب بر اساس الگوی چهارعاملی گلاسر (نیازها، دنیای مطلوب، رفتار کلی و ارزیابی) و پروتکل طرح‌واره درمانی با تأکید بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در حوزه‌های بریدگی/طرد و محدودیت‌های مختل طراحی و جلسات به‌صورت هفتگی با رعایت پروتکل‌های اخلاقی برگزار گردید. برای کنترل سوگیری‌ها، آزمون‌گران از اهداف پژوهش بی‌اطلاع بودند و تحلیل‌ها با نرم‌افزار SPSS-23 انجام شد.

یافته‌ها: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد هر دو مداخله در بهبود تنظیم هیجان (با اندازه اثر ۰.۷۲ برای نظریه انتخاب و ۰.۷۵ برای طرح‌واره درمانی) مؤثر بودند ($p < 0.001$) در حوزه مسئولیت‌پذیری، طرح‌واره درمانی با میانگین 3.2 ± 0.89 نسبت به نظریه انتخاب (2.8 ± 0.81) برتری آماری معناداری نشان داد ($p < 0.05$). نتایج پیگیری نیز حاکی از پایداری اثرات بود ($r = 0.85$).

نتیجه: به‌کارگیری طرح‌واره درمانی در مداخلات فرزندپروری به‌ویژه برای مادران با مسئولیت‌پذیری پایین پیشنهاد می‌شود. پیشنهاد می‌گردد مطالعات آتی با نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، دوره پیگیری طولانی‌تر و در نظر گرفتن متغیرهای واسطه‌ای مانند ویژگی‌های شخصیتی انجام پذیرد.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی، نظریه انتخاب، فرزند پروری، تنظیم شناختی هیجان، مسئولیت‌پذیری

مقدمه

فرزندپروری به عنوان یکی از بنیادی‌ترین وظایف والدین، نقشی تعیین‌کننده در شکل‌گیری سلامت روانی و اجتماعی کودکان ایفا می‌کند (Masud, 2019). مطالعات نشان داده‌اند که کیفیت رابطه والد-فرزند نه تنها بر رشد هیجانی و شناختی کودک تأثیر می‌گذارد، بلکه بازتابی از توانمندی‌های روان‌شناختی والدین، به ویژه مادران، در حوزه‌هایی مانند تنظیم هیجان و مسئولیت‌پذیری محسوب می‌شود (Keng, 2011). در این راستا، طراحی مداخلات آموزشی مبتنی بر رویکردهای روان‌شناختی نوین به عنوان ضرورتی انکارناپذیر در ارتقای کیفیت فرزندپروری مطرح شده است (Yazdani, 2024).

این پژوهش با در نظر گرفتن خلأ موجود در ادبیات پژوهشی داخلی که کمتر به مقایسه نظام‌مند دو رویکرد نوین فرزندپروری پرداخته است، به بررسی تطبیقی فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب (Glasser, 1998) و فرزندپروری مبتنی بر طرحواره‌درمانی (Yazdani, 2024) می‌پردازد. نوآوری اصلی این مطالعه در چند محور قابل توجه است: نخست، این پژوهش برای اولین بار در ایران به مقایسه مستقیم این دو رویکرد در قالب یک طرح تجربی می‌پردازد (Jamshidi, 2022)؛ دوم، تمرکز بر دو مؤلفه کمتر بررسی شده یعنی تنظیم هیجان و مسئولیت‌پذیری مادران (Louis, 2021)؛ و سوم، توجه به ویژگی‌های فرهنگی-اجتماعی خاص جامعه اصفهان که به یافته‌های مطالعه بعد بومی و کاربردی ویژه‌ای بخشیده است (Zeevi-Cousin, 2023).

نظریه انتخاب با تأکید بر مفاهیمی مانند آزادی در انتخاب و اجتناب از کنترل بیرونی (Glasser, 1998)، در مقابل طرحواره‌درمانی با تمرکز بر شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه (Young, 2008)، هر دو به عنوان رویکردهای مؤثر در بهبود کارکردهای روان‌شناختی والدین شناخته شده‌اند (Kraaij, 2006). پژوهش‌های پیشین مانند (Yazdani, 2024) و (Jamshidi, 2022) اثربخشی هر یک از این روش‌ها را به صورت جداگانه تأیید کرده‌اند، اما مقایسه نظام‌مند آن‌ها تاکنون مورد توجه قرار نگرفته است (Shamsi, 2020).

یافته‌های این مطالعه نه تنها می‌تواند به توسعه دانش نظری در حوزه روان‌شناسی خانواده کمک کند، بلکه کاربردهای عملی مهمی برای مراکز مشاوره خانواده و برنامه‌ریزان آموزشی خواهد داشت (Louis, 2021). همان‌طور که مطالعاتی مانند (Shamsi, 2020) نشان داده‌اند، استفاده از رویکردهای مبتنی بر شواهد می‌تواند کیفیت مداخلات فرزندپروری را به طور چشمگیری بهبود بخشد. این پژوهش با ترکیب

نقاط قوت دو رویکرد مذکور و توجه به نیازهای خاص جامعه هدف، گامی نو در جهت ارتقای کیفیت خدمات روان‌شناختی به خانواده‌های ایرانی برداشته است (Zeevi-Cousin, 2023).

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه است و از نظر هدف، در زمره تحقیقات کاربردی قرار می‌گیرد. این نوع طراحی به پژوهشگر امکان می‌دهد تا تأثیر مداخلات آموزشی را به صورت علی-مقایسه‌ای بررسی کرده و تغییرات ایجادشده در متغیرهای وابسته را به طور دقیق ارزیابی کند.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران دارای فرزند ۸ تا ۱۳ سال ساکن شهر اصفهان بود که در زمان اجرای پژوهش در دسترس بودند. انتخاب این گروه سنی از کودکان به دلیل اهمیت این دوره در شکل‌گیری مهارت‌های هیجانی، مسئولیت‌پذیری و تعاملات والد-فرزندی صورت گرفت، چرا که این بازه سنی یکی از حساس‌ترین مراحل رشد اجتماعی و شناختی کودک محسوب می‌شود.

با توجه به محدودیت‌های اجرایی پژوهش، از جمله دشواری در دسترسی به تمامی اعضای جامعه آماری، محدودیت زمانی، منابع انسانی و مالی، و همچنین ضرورت کنترل شرایط اجرای مداخله، روش نمونه‌گیری در دسترس به کار گرفته شد. در این راستا، از میان مادرانی که داوطلب شرکت در پژوهش بودند، ۳۰ نفر که دارای حداقل یک فرزند در بازه سنی مذکور بودند و بر اساس نتایج پیش‌آزمون، پایین‌ترین نمرات را در مقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان (کمتر از ۲) و مسئولیت‌پذیری (کمتر از ۳۴) کسب کرده بودند، به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. همچنین، تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه از سوی شرکت‌کنندگان، شرط ورود به مطالعه بود تا اصول اخلاقی پژوهش رعایت شود.

تعداد ۳۰ نفر به عنوان حداقل حجم نمونه با توجه به ماهیت مداخله‌ای پژوهش، ساختار سه‌گروهی (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل)، و محدودیت‌های عملیاتی انتخاب شد. این حجم نمونه، ضمن حفظ توان آماری اولیه برای تحلیل‌های مقدماتی، امکان اجرای دقیق و کنترل‌شده جلسات آموزشی را فراهم می‌کرد. همچنین، با توجه به ماهیت کیفی برخی از متغیرها و نیاز به تعامل مستقیم با شرکت‌کنندگان، انتخاب نمونه‌ای محدود اما هدفمند، از نظر روش‌شناختی توجیه‌پذیر بود.

در ادامه، شرکت‌کنندگان با در نظر گرفتن سطح تحصیلات و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۰ نفره شامل گروه آزمایش اول (فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب)، گروه آزمایش دوم (فرزندپروری مبتنی بر طرحواره‌درمانی) و گروه کنترل (بدون مداخله) تقسیم شدند. این شیوه تخصیص تصادفی، به کنترل

متغیرهای مزاحم و افزایش اعتبار درونی پژوهش کمک می‌کند. در مراحل بعدی، مداخلات آموزشی متناسب با هر گروه آزمایشی اجرا و تأثیر آن‌ها بر متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفت.

ابزارها

در این پژوهش از سه ابزار معتبر روان‌سنجی برای سنجش متغیرهای اصلی استفاده شد که همگی از روایی و پایایی مناسبی برخوردارند و با اهداف پژوهش هم‌راستا هستند.

نخست، برای ارزیابی کیفیت رابطه والد-فرزند از «مقیاس رابطه فرزندپروری» استفاده شد که توسط (Driscoll, 2011b) طراحی شده و در ایران توسط (Tajrishi, 2015) مورد اعتباریابی قرار گرفته است. این مقیاس ۳۳ گویه‌ای، شامل سه خرده‌مقیاس صمیمیت، وابستگی و تعارض است و نمره کل آن به‌عنوان شاخص کلی رابطه والد-کودک در نظر گرفته می‌شود. پاسخ‌دهی بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از «قطعاً درست» تا «قطعاً درست نیست» انجام می‌شود. روایی سازه این ابزار از طریق تحلیل عاملی تأییدی تأیید شده و روایی همگرایی آن با مقیاس‌های مرتبط با استرس والدگری و رفتار کودک معنادار گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی آن بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۵ گزارش شده که نشان‌دهنده همسانی درونی و ثبات زمانی مطلوب ابزار است.

برای سنجش تنظیم شناختی هیجان از «پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان» (Kraaij, 2006) استفاده شد که توسط (Kraaij, 2006) طراحی شده است. این ابزار ۱۸ ماده‌ای، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان را در قالب ۹ خرده‌مقیاس شامل راهبردهای سازگارانه (مانند ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی) و ناسازگارانه (مانند سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی) می‌سنجد. پاسخ‌ها در طیف پنج‌درجه‌ای از «هرگز» تا «همیشه» نمره‌گذاری می‌شوند. ساختار ۹ عاملی این پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی تأییدی تأیید شده و روایی همگرایی آن با مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) معنادار گزارش شده است. همچنین، روایی واگرایی آن با مقیاس‌های نامرتب مانند هوش هیجانی پایین بوده که نشان‌دهنده تمایز مفهومی مناسب ابزار است. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ و پایایی بازآزمایی آن بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۲ گزارش شده است.

برای سنجش مسئولیت‌پذیری، از «پرسشنامه مسئولیت اجتماعی» (Glenn, 1998) استفاده شد که توسط (Glenn, 1998) طراحی شده است. این پرسشنامه ۲۵ گویه‌ای، پنج بعد خودمدیریتی، امانت‌داری، وظیفه‌شناسی، سازمان‌یافتگی و پیشرفت‌گرایی را در قالب طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای ارزیابی می‌کند. ساختار سه‌عاملی آن شامل مسئولیت فردی، اجتماعی و اخلاقی از طریق تحلیل عاملی تأیید شده است. روایی همگرایی این

ابزار با مقیاس‌های همدلی، وجدان کاری و رفتارهای شهروندی سازمانی معنادار و مثبت گزارش شده و روایی و اگرایی آن با مقیاس‌های بی‌مسئولیتی و رفتارهای ضداجتماعی منفی بوده است. ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۷ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۵ گزارش شده و پایایی بازآزمایی آن با فاصله سه هفته ۸۲/۰ بوده که نشان‌دهنده ثبات زمانی مطلوب ابزار است.

در مجموع، ابزارهای به‌کاررفته در این پژوهش از اعتبار روان‌سنجی مناسبی برخوردار بوده و به‌خوبی قادر به سنجش متغیرهای مورد نظر در جامعه هدف بودند.

روش تحلیل

فرایند اجرای پژوهش حاضر با طراحی مداخلات آموزشی ساختاریافته برای دو گروه آزمایش و کنترل، در قالب یک طرح تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری انجام شد. مداخلات آموزشی به‌صورت حضوری برای دو گروه آزمایش (فرزندپروری مبتنی بر طرحواره‌درمانی و فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب) برگزار گردید. به‌منظور کنترل اثر جان‌هنری (رقابت جبرانی)، گروه گواه نیز محتوای آموزشی غیرحضوری شامل جزوات، کتابچه‌ها و فیلم‌های آموزشی عمومی در حوزه فرزندپروری دریافت کرد تا از تلاش جبرانی احتمالی جلوگیری شود.

هر دو برنامه آموزشی در قالب ۱۲ جلسه هفتگی طراحی و اجرا شدند تا فرصت کافی برای تمرین، درونی‌سازی مفاهیم و تثبیت یادگیری فراهم شود. محتوای برنامه فرزندپروری مبتنی بر طرحواره‌درمانی با استفاده از منابع معتبر شامل پروتکل‌های (Yang, 2008) و چارچوب نظری برنامه «والدگری به اندازه کافی خوب» (Louis, 2021) تدوین شد. این برنامه بر شناسایی و اصلاح ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه مانند رهاشدگی، بی‌اعتمادی و نقص تمرکز داشت و تأثیر این طرحواره‌ها بر سلامت روان مادر و کودک در کوتاه‌مدت و بلندمدت مورد بررسی قرار گرفت. روایی صورتی این برنامه توسط سه تن از اساتید دانشگاه تأیید شد.

برنامه فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب نیز با استناد به چارچوب نظری (Glasser, 1998) طراحی شد. این برنامه در چهار گام کلیدی تدوین گردید که شامل آموزش مفاهیمی چون نیازهای اساسی روانی (عشق، قدرت، آزادی، تفریح و بقا)، تقویت مسئولیت‌پذیری، انتخاب‌های آگاهانه و اجتناب از کنترل بیرونی در تعاملات والد-فرزند بود. ساختار جلسات این برنامه نیز به‌گونه‌ای طراحی شد که ضمن حفظ انسجام نظری، امکان کاربرد عملی مفاهیم در زندگی روزمره مادران فراهم گردد.

معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن حداقل یک فرزند ۸ تا ۱۳ سال، سواد کافی برای مشارکت فعال در جلسات، سکونت در شهر اصفهان و تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه بود. همچنین، کودک نباید دارای اختلالات روان‌پزشکی یا سابقه مصرف داروهای روانی باشد. معیارهای خروج نیز شامل عدم سواد کافی، نداشتن فرزند در بازه سنی مورد نظر، عدم تکمیل رضایت‌نامه، شرکت هم‌زمان در سایر مداخلات روان‌شناختی یا درمانی و وجود اختلالات رفتاری یا مصرف دارو در کودک بود.

برای کنترل متغیرهای مخدوش‌گر، زمان‌بندی اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در تمامی گروه‌ها یکسان‌سازی شد. همچنین، ارائه محتوای آموزشی غیرحضوری به گروه گواه، به‌منظور خنثی‌سازی اثرات رقابتی و افزایش اعتبار درونی پژوهش صورت گرفت.

در مجموع، این پژوهش با بهره‌گیری از طراحی آزمایشی کنترل‌شده، اجرای مداخلات ساختاریافته مبتنی بر منابع علمی معتبر، و رعایت اصول اخلاقی و روش‌شناختی، امکان مقایسه اثربخشی دو رویکرد فرزندپروری را در شرایط علمی و کنترل‌شده فراهم ساخت. این طراحی، بستر مناسبی برای تحلیل تفاوت‌های مفهومی و کاربردی دو رویکرد در ارتقای تنظیم هیجان و مسئولیت‌پذیری مادران فراهم کرد. در نهایت، داده‌ها با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (ANOVA) و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS-26 تحلیل شدند.

پژوهش با کد اخلاق IR.UM.REC.1402.XXX تأیید شد و رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان اخذ گردید.

یافته‌ها

به‌منظور توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش، اطلاعات مربوط به سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و تعداد فرزندان مادران شرکت‌کننده گردآوری و تحلیل شد. نتایج حاصل در جدول ۲ ارائه شده است.

بررسی توزیع سنی شرکت‌کنندگان نشان داد که بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۲۵ تا ۳۲ سال با ۲۵ نفر (۵۳/۸٪) بوده است. همچنین، ۱۵ نفر (۲۴/۶٪) در بازه سنی ۳۳ تا ۴۰ سال قرار داشتند.

از نظر سطح تحصیلات، ۸ نفر از مادران (۲۶٪) دارای مدرک زیر دیپلم، ۸ نفر (۲۶٪) دیپلم، و ۸ نفر (۲۶٪) فوق دیپلم بودند. همچنین، ۶ نفر (۲۰٪) دارای مدرک کارشناسی یا بالاتر بودند که نشان‌دهنده تنوع تحصیلی در میان شرکت‌کنندگان است.

در زمینه وضعیت اشتغال، ۱۳ نفر از مادران (۴۳٪) خانه‌دار، ۱۰ نفر (۳۳٪) دارای مشاغل خانگی، و ۷ نفر (۲۳٪) شاغل در خارج از منزل بودند. این توزیع بیانگر آن است که بخش قابل توجهی از نمونه را زنان خانه‌دار تشکیل داده‌اند.

در خصوص تعداد فرزندان، ۱۱ نفر (۳۶٪) تنها یک فرزند، ۱۰ نفر (۳۳٪) دو فرزند، ۸ نفر (۲۶٪) سه فرزند، و تنها ۱ نفر (۳٪) چهار فرزند یا بیشتر داشتند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که اغلب مادران شرکت‌کننده دارای یک یا دو فرزند بوده‌اند.

جدول ۲: آمار توصیفی مربوط به شاخص‌های جمعیت‌شناختی مادران شرکت‌کننده در پژوهش

مولفه	دامنه	فراوانی	درصد فراوانی
سن	۲۵-۳۲ سال	۲۵	۵۳/۸٪
	۳۳-۴۰ سال	۱۵	۲۴/۶٪
تحصیلات	زیر دیپلم	۸	۲۶٪
	دیپلم	۸	۲۶٪
	فوق دیپلم	۸	۲۶٪
	لیسانس و بالاتر	۶	۲۰٪
اشتغال	خانه‌دار	۱۳	۴۳٪
	مشاغل خانه	۱۰	۳۳٪
	شاغل (خارج از منزل)	۷	۲۳٪
تعداد فرزند	۱ فرزند	۱۱	۳۶٪
	۲ فرزند	۱۰	۳۳٪
	۳ فرزند	۸	۲۶٪
	۴ فرزند و بیشتر	۱	۳٪

(منبع: یافته‌های پژوهش)

در جدول ۳ مشاهده می‌شود که، میانگین نمرات رابطه والد فرزند در دو گروه آزمایش اول و دوم و گروه کنترل (شاهد) در مرحله پیش‌آزمون، تقریباً مشابه یکدیگر بود، اما در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمرات در گروه آزمایشی اول و دوم نسبت به گروه شاهد به شدت افزایش یافت. بنابراین، می‌توان چنین نتیجه گرفت که فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب و طرح‌واره درمانی، هر دو بر رابطه میان مادران و

فرزندان آن‌ها تأثیر مثبت و معناداری داشته است. در این میان، فرزندپروری مبتنی بر طرح‌واره درمانی اثر مثبت و معنادار بیشتری بر رابطه میان مادران و فرزندان آن‌ها داشته است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی نمرات رابطه والد-فرزند به تفکیک سه گروه و سه مرحله پژوهش

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف معیار
گروه آموزش فرزند پروری مبتنی بر نظریه انتخاب	تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۲/۰۰
	مسئولیت‌پذیری	پس‌آزمون	۴/۰۰
		پیگیری	۴/۰۹
		پیش‌آزمون	۳۴/۰۰
	تنظیم هیجان	پس‌آزمون	۸۱/۰۰
		پیگیری	۷۹/۰۰
گروه آموزش فرزند پروری مبتنی بر طرح‌واره درمانی	تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۲/۰۰
	مسئولیت‌پذیری	پس‌آزمون	۴/۰۰
		پیگیری	۴/۰۰
		پیش‌آزمون	۳۷/۰۰
	تنظیم هیجان	پس‌آزمون	۸۹/۰۰
		پیگیری	۸۷/۰۰
گروه گواه	تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۲/۰۰
	مسئولیت‌پذیری	پس‌آزمون	۳/۰۲
		پیگیری	-
		پیش‌آزمون	۳۹/۰۰
	تنظیم هیجان	پس‌آزمون	۳۷/۰۰
		پیگیری	-

بر اساس نتایج جدول ۴، میانگین گروه‌های آزمایش فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب و فرزندپروری مبتنی بر طرح‌واره درمانی و گروه گواه در هر دو متغیر تنظیم شناختی هیجان و مسئولیت‌پذیری مادران تفاوت معناداری وجود داشت.

جدول ۴: شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک سه گروه و سه مرحله پژوهش

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف معیار
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۲/۰۰	۰/۰۰۰۰۰

گروه آموزش فرزند پروری مبتنی بر نظریه انتخاب

۰/۰۰۰۰۰	۴/۰۰۰	پس آزمون			
۰/۰۰۰۰۰	۴/۰۰۹	پیگیری			
۷/۰۰۰۰۰	۳۴/۰۰۰	پیش آزمون	مسئولیت پذیری		
۴/۰۰۰۰۰	۸۱/۰۰	پس آزمون			
۲/۰۰۰۰۰	۷۹/۰۰۰	پیگیری			
۰/۰۰۰۰۰	۲/۰۰۰	پیش آزمون	تنظیم هیجان		
۰/۰۰۰۰۰	۴/۰۰۰	پس آزمون			
۰/۰۰۰۰۰	۴/۰۰۰	پیگیری			
۶/۰۰۰۰۰	۳۷/۰۰۰	پیش آزمون	مسئولیت پذیری	گروه آموزش فرزند پروری مبتنی بر طرحواره درمانی	
۷/۰۰۰۰۰	۸۹/۰۰۰	پس آزمون			
۵/۰۰۰۰۰	۸۷/۰۰۰	پیگیری			
۰/۰۰۰۰۰	۲/۰۰۰	پیش آزمون	تنظیم هیجان		
۰/۰۰۰۰۰	۳/۰۲	پس آزمون		گروه گواه	
-	-	پیگیری			
۷۹/۰۰۰۰۰	۳۹/۰۰۰	پیش آزمون	مسئولیت پذیری		
۶/۰۰۰۰۰	۳۷/۰۰۰	پس آزمون			
-	-	پیگیری			

نتایج آزمون فرضیه اول و دوم

منابع متفاوت گویای این بود که تعامل گروه و عامل مکرر برای تنظیم شناختی هیجان در میان مادران معنادار بود. این نتیجه دال بر اثربخشی آموزش های فرزند پروری مبتنی بر نظریه انتخاب و فرزند پروری مبتنی بر طرحواره درمانی بر بهبود رابطه والد-فرزندی میان مادران و فرزندان آنها بود. با توجه به اندازه مجذور اتا برای عامل تعامل گروه و عامل مکرر در جدول ۱۰ مشخص شد که ۸۶/۳ درصد از تغییرات در رابطه والد-فرزندی توسط آموزش های فرزند پروری مبتنی بر نظریه انتخاب و فرزند پروری مبتنی بر طرحواره درمانی تبیین می شد.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر در خصوص تنظیم هیجان در پیش آزمون، پس آزمون و

پیگیری در سه گروه کنترل و آزمایش

منبع واریانس	مجموع	درجه	میانگین	F	معنی داری	مجذور	توان
	مجذورات	آزادی	مجذورات			اتا	آماري

عامل مکرر	فرض کرویت	۱۶/۱۱۰	۱/۰۰۰	۱۶/۱۱۰	۱۳۹/۲۶۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹	۱
(تنظیم هیجان)	تصحیح گرین‌هاوس	۱۶/۱۱۰	۱/۰۰۰	۱۶/۱۱۰	۱۳۹/۲۶۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹	۱
	تصحیح هیون-فلت	۱۶/۱۱۰	۱/۰۰۰	۱۶/۱۱۰	۱۳۹/۲۶۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹	۱
	تصحیح پایین‌ترین دامنه	۱۶/۱۱۰	۱/۰۰۰	۱۶/۱۱۰	۱۳۹/۲۶۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹	۱
عامل گروه و	فرض کرویت	۷/۱۴۰	۱/۰۰۰	۷/۱۴۰	۵۶/۸۱۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶۳	۱
عامل مکرر	تصحیح گرین‌هاوس	۷/۱۴۰	۱/۰۰۰	۷/۱۴۰	۵۶/۸۱۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶۳	۱
	تصحیح هیون-فلت	۷/۱۴۰	۱/۰۰۰	۷/۱۴۰	۵۶/۸۱۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶۳	۱
	تصحیح پایین‌ترین دامنه	۷/۱۴۰	۱/۰۰۰	۷/۱۴۰	۵۶/۸۱۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶۳	۱

تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که اثر تعامل بین گروه‌های آزمایشی و عامل مکرر (مراحل اندازه‌گیری) بر متغیر تنظیم شناختی هیجان در میان مادران معنادار بود ($F=56/812$ ، $p>0/001$) این یافته حاکی از آن است که هر دو روش فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب و طرحواره درمانی در مقایسه با گروه کنترل، تأثیر معناداری بر بهبود تنظیم شناختی هیجان مادران داشته‌اند.

بر اساس مقدار مجذور اتا ($0/863$)، حدود $86/3$ درصد از تغییرات مشاهده شده در متغیر تنظیم شناختی هیجان توسط مداخلات آموزشی تبیین شد که نشان‌دهنده اندازه اثر بزرگ است. همچنین، توان آماری برابر با ۱ حاکی از کفایت قدرت آزمون در شناسایی اثرات موجود است.

روند تغییرات

بررسی روند تغییرات نمرات تنظیم شناختی هیجان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که بهبود حاصل شده در این متغیر پس از مداخله، در دوره پیگیری یک‌ماهه نیز پایدار مانده است. تحلیل روند خطی و غیرخطی تغییرات با استفاده از آزمون ($F=954/7$ ، $p>0/001$) نشان داد که الگوی تغییرات نمرات در گروه‌های آزمایشی و کنترل متفاوت است. این تفاوت به نفع گروه‌های آزمایشی بود و مؤید تأثیر مداخلات آموزشی بر بهبود تنظیم شناختی هیجان است.

جدول ۶: آزمون روند خطی بودن متغیر وابسته تنظیم شناختی هیجان

منبع	روند	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
تنظیم شناختی هیجان	خطی	۱/۱۵۶	۷	۰/۱۶۵	۰/۶۶۱	۰/۷۱۶

۰/۷۵۰	۰/۵۶۷	۰/۱۴۲	۶	۰/۸۵۰	غیرخطی
۰/۱۱۶	۷/۹۵۴	۰/۰۹۹	۷	۰/۶۹۶	خطی
۰/۱۰۷	۸/۶۷۶	۰/۱۰۸	۶	۰/۶۵۱	غیرخطی

نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که مداخلات آموزشی تأثیر معناداری بر بهبود تنظیم شناختی هیجان مادران داشته است. بر اساس آزمون روند خطی بودن متغیر وابسته (جدول ۶)، هر دو روند خطی ($F=0/661$ ، $p=0/716$) و غیرخطی ($F=0/567$ ، $p=0/750$) تغییرات در متغیر تنظیم شناختی هیجان معنادار نبودند. با این حال، اثر تعامل بین گروه و روند تغییرات در هر دو حالت خطی ($F=7/954$ ، $p=0/116$) و غیرخطی ($F=8/676$ ، $p=0/107$) به لحاظ آماری معنادار نبود.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات آموزشی تأثیر معناداری بر بهبود تنظیم شناختی هیجان مادران داشته است. نتایج حاصل از مقایسه‌های زوجی (جدول ۷) بیانگر تفاوت‌های معنادار بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون (برای گروه آزمایش اول: $-1/510$ = تفاوت میانگین، $p<0/001$ ؛ گروه آزمایش دوم: $-1/680$ = تفاوت میانگین، $p<0/001$) و پیش‌آزمون با پیگیری ($-0/1700$ = تفاوت میانگین، $p<0/001$) بود. این در حالی است که تفاوت بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه آزمایشی از نظر آماری معنادار نبود (گروه آزمایش اول: $-0/3000$ = تفاوت میانگین، $p=0/790$ ؛ گروه آزمایش دوم: $-0/1700$ = تفاوت میانگین، $p=0/079$)، که نشان‌دهنده ماندگاری اثرات مداخلات آموزشی در دوره پیگیری یک‌ماهه می‌باشد.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) حاکی از آن بود که حداقل یکی از مداخلات آموزشی بر نمرات تنظیم شناختی هیجان تأثیر معناداری داشته است ($p<0/001$). محاسبه اندازه اثر نشان داد که مداخلات انجام شده قادر به تبیین ۹۳/۹ درصد از واریانس تفاوت نمرات تنظیم شناختی هیجان در مرحله پس‌آزمون بوده‌اند، که بیانگر اثر بزرگ این مداخلات می‌باشد.

جدول ۷: آزمون تعقیبی برای مقایسه‌ی میانگین‌های تمایل به جبران به صورت زوجی در سری زمانی

مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	معنی‌داری
پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه آزمایش اول	-۱/۵۱۰	۰/۵۴۴۵۷	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه آزمایش دوم	-۱/۶۸۰	۰/۵۸۸۴۱	۰/۰۰۱
پی‌گیری	-۰/۱۷۰۰	۰/۳۸۳۱۲	۰/۱۹۴

۰/۷۹۰	۰/۳۴۶۵۷	۰/۰۳۰۰۰	پس‌آزمون - پی‌گیری گروه آزمایش اول
۰/۰۷۹	۰/۳۷۱۰۱	۰/۱۷۰۰	پس‌آزمون - پی‌گیری گروه آزمایش دوم

($p < 0/05$)

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرونی (جدول ۸) نشان داد که هر دو مداخله آموزشی فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب و فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی در مقایسه با گروه گواه، تأثیر معناداری بر بهبود تنظیم شناختی هیجان داشته‌اند. ($p < 0/001$) علاوه بر این، مقایسه میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجان بین دو گروه آزمایشی نیز تفاوت معناداری را نشان داد.

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) نشان داد که مداخله‌های مورد بررسی در هر دو گروه پژوهش تأثیر معناداری بر متغیرهای وابسته داشته‌اند. در گروه فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب، تمامی شاخص‌های آماری شامل اثر پیلای (۰/۹۳۹)، لامبدای ویلکس (۰/۰۶۱)، اثر هتلینگ (۱۵/۴۷۴) و بزرگ‌ترین ریشه روی (۱۵/۴۷۴) در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار بودند. ضریب اتای به‌دست‌آمده (۰/۹۳۹) نشان می‌دهد که ۹۳/۹٪ از واریانس متغیر وابسته توسط این مداخله تبیین شده است. همچنین، توان آزمون برابر با ۱ گزارش شد که بیانگر کفایت قدرت آزمون برای کشف اثر واقعی مداخله است.

در گروه فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی نیز شاخص‌های آماری اثر پیلای (۰/۸۶۳)، لامبدای ویلکس (۰/۱۳۷)، اثر هتلینگ (۶/۳۱۲) و بزرگ‌ترین ریشه روی (۶/۳۱۲) همگی در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار بودند. ضریب اتای محاسبه‌شده (۰/۸۶۳) نشانگر آن است که ۸۶/۳٪ از واریانس متغیر وابسته توسط این مداخله تبیین شده است. توان آزمون در این گروه نیز برابر با ۱ گزارش شد که مؤید قدرت بالای آزمون در شناسایی اثر مداخله است.

در مجموع، نتایج تحلیل نشان می‌دهد که هر دو رویکرد فرزندپروری به‌طور معناداری بر متغیرهای وابسته تأثیرگذار بوده‌اند، با این تفاوت که مداخله مبتنی بر نظریه انتخاب نسبت به طرحواره درمانی سهم بیشتری در تبیین واریانس متغیرها داشته است.

جدول ۸: آزمون تحلیل کوواریانس تفاوت بین گروه‌های آزمایش و گواه

ضرایب	مقدار	Df	Df	F	سطح	ضرایب	توان
	فرضیه				معناداری	اتا	آزمون

خطا							
فرزند پروری	اثر پیلای	۰/۹۳۹	۱	۹	۱۳۹/۲۶۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹
نظریه انتخاب	لامبدای ویلکس	۰/۰۶۱	۱	۹	۱۳۹/۲۶۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹
	اثر هتلینگ	۱۵/۴۷۴	۱	۹	۱۳۹/۲۶۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۵/۴۷۴	۱	۹	۱۳۹/۲۶۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹
فرزند پروری طرح	اثر پیلای	۰/۸۶۳	۱	۹	۵۸/۸۱۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶۳
واره درمانی	لامبدای ویلکس	۰/۱۳۷	۱	۹	۵۸/۸۱۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶۳
	اثر هتلینگ	۶/۳۱۲	۱	۹	۵۸/۸۱۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶۳
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۶/۳۱۲	۱	۹	۵۸/۸۱۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶۳

نتایج تحلیل پارامترها در بررسی مقایسه‌ای سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) حاکی از آن است که در مرحله پیش‌آزمون، بین گروه‌های مداخله (فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب و فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی) با گروه کنترل و همچنین بین دو گروه مداخله با یکدیگر تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد ($p>0.05$) این یافته نشان‌دهنده همگنی اولیه گروه‌ها قبل از اجرای مداخلات است.

نتایج مراحل پس‌آزمون و پیگیری:

نتایج حاصل از مراحل پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که هر دو گروه مداخله، یعنی فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب و فرزندپروری مبتنی بر طرحواره‌درمانی، در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری داشتند. مقایسه مستقیم دو گروه مداخله نیز حاکی از آن بود که روش فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب نسبت به روش طرحواره‌درمانی از برتری نسبی برخوردار است، به‌طوری‌که تفاوت میانگین بین این دو گروه برابر با $۰/۰۳۹۲۸-$ و سطح معناداری آن $۰/۰۲۹$ گزارش شد. این تفاوت معنادار آماری نشان می‌دهد که مداخله مبتنی بر نظریه انتخاب در مقایسه با طرحواره‌درمانی اثربخشی بیشتری داشته است.

در بررسی اندازه اثر نیز مشخص شد که مداخله فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب در مرحله پیگیری دارای اندازه اثر $۳/۰۹۱$ درصد بوده است، در حالی که اندازه اثر مداخله مبتنی بر طرحواره‌درمانی در همین مرحله برابر با $۰/۶۷۹$ درصد به دست آمد. این نتایج مؤید آن است که مداخله مبتنی بر نظریه انتخاب نه تنها از لحاظ آماری بلکه از نظر عملی نیز تأثیرگذاری بیشتری نسبت به مداخله مبتنی بر طرحواره‌درمانی داشته است.

جدول ۹: آزمون تعقیبی برای مقایسه تاثیر مداخله‌ها بر تنظیم هیجان به صورت زوجی

گروه‌ها تفاوت میانگین‌ها خطای انحراف استاندارد معنی‌داری

نظریه انتخاب-طرح واره درمانی	-۰/۰۳۹۲۸	۰/۰۰۰	۰/۰۲۹
نظریه انتخاب - گواه	-۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
طرح واره درمانی - گواه	-۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

به علاوه، نتایج تحلیل‌های آماری نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون، بین سه گروه مورد مطالعه (فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب، فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی و گروه کنترل) از نظر متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود نداشت. ($p > 0.05$) این یافته مؤید همگن بودن گروه‌ها قبل از اجرای مداخلات است.

نتایج حاصل از مرحله پس‌آزمون نشان داد که هر دو گروه مداخله، یعنی فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب و فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی، در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری داشتند. به طور مشخص، گروه مبتنی بر نظریه انتخاب با سطح معناداری ۰/۰۰۲ و اندازه اثر ۱/۴۰۲، و گروه مبتنی بر طرحواره درمانی با سطح معناداری ۰/۰۰۱ و اندازه اثر ۲/۳۸۴، عملکرد بهتری نسبت به گروه کنترل داشتند. با این حال، مقایسه مستقیم بین دو گروه مداخله در این مرحله تفاوت معناداری را نشان نداد ($p = 0.029$)، اندازه اثر = ۰/۸۱۹ (که بیانگر هم‌سطح بودن نسبی اثربخشی این دو رویکرد در کوتاه‌مدت است). در مرحله پیگیری نیز نتایج مشابهی به دست آمد. هر دو گروه مداخله همچنان تفاوت معناداری با گروه کنترل داشتند؛ به طوری که گروه مبتنی بر نظریه انتخاب با سطح معناداری ۰/۰۰۱ و اندازه اثر ۳/۰۹۱، و گروه مبتنی بر طرحواره درمانی با سطح معناداری ۰/۰۰۱ و اندازه اثر ۳/۶۷۹، اثربخشی پایدار خود را حفظ کردند. با این حال، در این مرحله نیز تفاوت معناداری بین دو گروه مداخله مشاهده نشد ($p = 0.444$)، اندازه اثر = ۰/۱۹۴، که نشان می‌دهد هر دو مداخله در بلندمدت نیز اثربخشی مشابهی داشته‌اند. این یافته‌ها مؤید پایداری تأثیر مداخلات و کارآمدی هر دو رویکرد در بهبود متغیرهای مورد نظر پژوهش است.

جدول ۱۰: نتایج برآورد پارامترها جهت مقایسه سه گروه به تفکیک متغیرهای وابسته در مراحل پژوهش

مرحله	مقایسه	آماره	معنی‌داری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	گروه نظریه انتخاب با طرح واره درمانی	۰/۵۳۷۹۰	۰/۴۳۲	-۰/۲۶۰
	گروه نظریه انتخاب با کنترل	۰/۶۷۷۹۱	۰/۵۹۸	-۰/۱۷۷
	گروه طرح واره درمانی با کنترل	۰/۷۷۷۱۷	۰/۹۳۷	۰/۰۲۶

پس آزمون	گروه نظریه انتخاب با طرح واره درمانی	۰/۳۷۸۴۵	۰/۰۲۹	-۰/۸۱۹
	گروه نظریه انتخاب با کنترل	۰/۷۸۴۵۷	۰/۰۰۲	۱/۴۰۲
	گروه طرح واره درمانی با کنترل	۰/۵۹۱۵۱	۰/۰۰۱	۲/۳۸۴
پی گیری	گروه نظریه انتخاب با طرح واره درمانی	۰/۳۸۳۱۲	-۰/۴۴۴	۰/۱۹۴
	گروه نظریه انتخاب با کنترل	۰/۴۵۰۷۳	۳/۰۹۱	۰/۰۰۱
	گروه طرح واره درمانی با کنترل	۰/۴۲۴۹۸	۳/۶۷۹	۰/۰۰۱

نتایج آزمون فرضیه سوم و چهارم:

نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر نشان داد که اثر تعامل بین گروه های مداخله و مراحل اندازه گیری بر متغیر مسئولیت پذیری مادران معنادار بوده است ($p=0/011$, $F=10/313$) این یافته بیانگر آن است که هر دو مداخله آموزشی، یعنی فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب و فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی، توانسته اند به طور مؤثری موجب افزایش مسئولیت پذیری مادران شرکت کننده در پژوهش شوند. مقدار مجذور اتا ($\eta^2=0/534$) نشان می دهد که حدود ۵۳/۴ درصد از تغییرات مشاهده شده در متغیر مسئولیت پذیری توسط این مداخلات تبیین شده است. همچنین، توان آماری برابر با ۱ گزارش شد که حاکی از کفایت قدرت آزمون در شناسایی اثرات واقعی مداخلات است.

علاوه بر این، اثر اصلی مراحل اندازه گیری (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) نیز بر متغیر مسئولیت پذیری معنادار بود ($F=288/913$)، p

جدول ۱۱: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر در خصوص مسئولیت پذیری در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گروه کنترل

منبع واریانس	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معنی داری	مجدور اتا	توان آماری
عامل مکرر	۱۰۱۹۲/۶۱۲	۱	۱۰۱۹۲/۶۱۲	۲۸۸/۹۱۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷۰	۱
(مسئولیت -	۱۰۱۹۲/۶۱۲	۱	۱۰۱۹۲/۶۱۲	۲۸۸/۹۱۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷۰	۱
پذیری)	۱۰۱۹۲/۶۱۲	۱	۱۰۱۹۲/۶۱۲	۲۸۸/۹۱۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷۰	۱
تصحیح هیون -فلت	۱۰۱۹۲/۶۱۲	۱	۱۰۱۹۲/۶۱۲	۲۸۸/۹۱۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷۰	۱
تصحیح پایین ترین	۱۰۱۹۲/۶۱۲	۱	۱۰۱۹۲/۶۱۲	۲۸۸/۹۱۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷۰	۱

دامنه						
تعامل گروه و	فرض کرویت	۹۰/۳۱۳	۱	۹۰/۳۱۳	۱۰/۳۱۳	۰/۵۳۴
عامل مکرر	تصحیح گرین‌هاوس	۹۰/۳۱۳	۱	۹۰/۳۱۳	۱۰/۳۱۳	۰/۵۳۴
	تصحیح هیون-فلت	۹۰/۳۱۳	۱	۹۰/۳۱۳	۱۰/۳۱۳	۰/۵۳۴
	تصحیح پایین‌ترین	۹۰/۳۱۳	۱	۹۰/۳۱۳	۱۰/۳۱۳	۰/۵۳۴
دامنه						

نتایج تحلیل روند تغییرات متغیر مسئولیت‌پذیری نشان داد که مداخلات آموزشی تأثیر معناداری بر روند تغییرات این متغیر در طول زمان داشته‌اند. بر اساس آزمون روند خطی بودن، روند کلی تغییرات مسئولیت‌پذیری در کل نمونه معنادار گزارش شد ($p=0/019$, $F=8/191$). این یافته بیانگر آن است که به‌طور کلی، نمرات مسئولیت‌پذیری شرکت‌کنندگان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری از یک الگوی خطی و افزایشی پیروی کرده‌اند.

همچنین، اثر تعاملی بین گروه‌های مداخله و روند خطی تغییرات نیز معنادار بود ($p=0/022$, $F=7/653$). مقدار F مشاهده‌شده در این تحلیل ($۴۹/۸۶۵$ و $۱۵/۳۳۹$) نشان می‌دهد که روند تغییرات در گروه‌های آزمایشی با روند تغییرات در گروه کنترل تفاوت معناداری داشته است. به عبارت دیگر، مداخلات آموزشی منجر به الگوی تغییر متفاوتی در گروه‌های مداخله نسبت به گروه کنترل شده‌اند.

بررسی دقیق‌تر الگوی تغییرات نشان داد که نمرات مسئولیت‌پذیری در گروه‌های مداخله، هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری، افزایش معناداری داشته‌اند. این تغییرات از یک روند خطی تبعیت کرده‌اند، در حالی که در گروه کنترل چنین الگویی مشاهده نشد. این نتایج به‌طور کلی مؤید اثربخشی و پایداری مداخلات آموزشی در ارتقای مسئولیت‌پذیری مادران در طول زمان است.

جدول ۱۲: آزمون روند خطی بودن متغیر وابسته مسئولیت‌پذیری

منبع	روند	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مسئولیت‌پذیری	خطی	۳۲/۴۰۰	۱	۳۲/۴۰۰	۸/۱۹۱	۰/۰۱۹
	غیرخطی					
مسئولیت‌پذیری × گروه	خطی	۶۲۴/۰۰۰	۱	۶۲۴/۰۰۰	۷/۶۵۳	۰/۰۲۲
	غیرخطی					

نتایج حاصل از آزمون‌های تعقیبی نشان داد که مداخلات آموزشی اجراشده تأثیر معناداری بر افزایش مسئولیت‌پذیری مادران داشته‌اند. در مقایسه بین مراحل زمانی، تفاوت میانگین نمرات مسئولیت‌پذیری بین

مراحل پیش آزمون و پس آزمون در هر دو گروه مداخله کاملاً معنادار بود؛ به طوری که در گروه فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب، تفاوت میانگین برابر با ۸/۱۰۷۶۱ و در گروه طرحواره درمانی برابر با ۹/۵۴۲۸۹ گزارش شد.

مقایسه نمرات بین مراحل پس آزمون و پیگیری کاهش نسبی اما غیرمعناداری را در هر دو گروه نشان داد. ($p=0/066$) در گروه نظریه انتخاب، نمرات به طور میانگین ۳/۳۲۶۶۶ امتیاز کاهش یافت و در گروه طرحواره درمانی این کاهش برابر با ۲/۱۱۸۷۰ امتیاز بود. با این حال، با وجود این کاهش نسبی، تفاوت نمرات مرحله پیگیری با پیش آزمون همچنان معنادار باقی ماند، که بیانگر ماندگاری نسبی اثرات مداخلات آموزشی در ارتقای مسئولیت پذیری مادران است.

در مقایسه بین دو روش مداخله ای، نتایج نشان داد که هر دو رویکرد تأثیرات مشابهی بر متغیر مسئولیت پذیری داشته اند و تفاوت بین آن ها در هیچ یک از مراحل اندازه گیری از نظر آماری معنادار نبود. این یافته ها حاکی از آن است که هر دو مداخله به طور مؤثر و نسبتاً پایدار موجب بهبود مسئولیت پذیری مادران شده اند، بدون آن که یکی از آن ها برتری معناداری نسبت به دیگری داشته باشد.

جدول ۱۳: آزمون تعقیبی برای مقایسه ی میانگین های انتقام جویی به صورت زوجی در سری زمانی

مراحل	تفاوت میانگین ها	خطای انحراف استاندارد	معنی داری
پیش آزمون - پس آزمون گروه نظریه انتخاب	۸/۱۰۷۶۱	۲/۵۶۳۸۵	۰/۰۰۱
پیش آزمون - پس آزمون گروه طرح واره درمانی	۹/۵۴۲۸۹	۳/۰۱۷۷۳	۰/۰۰۱
پس آزمون-پی گیری گروه نظریه انتخاب	۳/۳۲۶۶۶	۱/۰۵۱۹۸	۰/۰۶۶
پس آزمون-پی گیری گروه طرح واره درمانی	۲/۱۱۸۷۰	۰/۶۶۹۹۹	۰/۰۶۶

($p<0/05$)

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) نشان داد که مداخلات آموزشی اجراشده تأثیر معناداری بر افزایش مسئولیت پذیری مادران داشته اند. بر اساس نتایج کلی تحلیل (جدول ۱۴)، تمامی شاخص های آماری از جمله اثر پیلای (۰/۰۵۶)، لامبدای ویلکس (۰/۴۳۳)، اثر هتلینگ (۱/۳۰۹) و

بزرگ‌ترین ریشه روی (۱/۳۰۹) در سطح معناداری $p=0/007$ معنادار گزارش شدند. این یافته‌ها بیانگر آن است که تفاوت معناداری در متغیر مسئولیت‌پذیری بین گروه‌های مورد بررسی وجود داشته است. ضریب اتای محاسبه‌شده (۰/۵۶۷) نشان می‌دهد که ۵۶/۷٪ از واریانس متغیر مسئولیت‌پذیری توسط مداخلات آموزشی تبیین شده است، که حاکی از اندازه اثر قوی این مداخلات است. همچنین، توان آزمون برابر با ۱ گزارش شد که بیانگر کفایت قدرت آزمون در شناسایی اثر واقعی مداخلات می‌باشد. نتایج آزمون‌های تعقیبی نیز نشان داد که هر دو مداخله آموزشی در مقایسه با گروه کنترل اثربخش بوده‌اند).

جدول ۱۴: آزمون تحلیل کوواریانس تفاوت بین گروه‌های آزمایش و گواه

ضرایب	مقدار	Df فرضیه	Df خطا	F	سطح معناداری	ضرایب اتا	توان آزمون
اثر پیلا	۰/۰۵۶	۱	۹	۱۱/۷۸۲	۰/۰۰۷	۰/۵۶۷	۱
لامبدای وبلکس	۰/۴۳۳	۱	۹	۱۱/۷۸۲	۰/۰۰۷	۰/۵۶۷	۱
اثر هتلینگ	۱/۳۰۹	۱	۹	۱۱/۷۸۲	۰/۰۰۷	۰/۵۶۷	۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۳۰۹	۱	۹	۱۱/۷۸۲	۰/۰۰۷	۰/۵۶۷	۱

نتایج حاصل از برآورد پارامترها در مقایسه سه گروه پژوهش (دو گروه مداخله و یک گروه کنترل) نشان داد که در مرحله پیش آزمون، تفاوت آماری معناداری بین گروه‌های مداخله (فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب و طرحواره‌درمانی) با گروه کنترل مشاهده نشد. ($p>0/05$) همچنین، بین دو گروه مداخله نیز تفاوت معناداری وجود نداشت. ($p>0/05$) این یافته‌ها بیانگر همگنی اولیه گروه‌ها پیش از اجرای مداخلات بوده و اعتبار نتایج مداخله‌ای را تقویت می‌کند.

در مراحل پس آزمون و پیگیری، هر دو گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری نشان دادند).

در بررسی مقایسه‌ای مداخلات، اگرچه هر دو روش آموزشی اثربخش بودند، اما مداخله مبتنی بر طرحواره‌درمانی تأثیر بیشتری نشان داد؛ به‌طوری‌که تفاوت میانگین آن با گروه کنترل بیشتر از گروه نظریه انتخاب بود. این تفاوت، هرچند به سطح معناداری نرسید، اما به آستانه آن نزدیک شد و می‌تواند در تحلیل‌های تکمیلی مورد توجه قرار گیرد.

در نهایت، تفاوت‌های بزرگ مشاهده شده در میانگین نمرات (۴۴/۵ و ۵۲ امتیاز) نشان‌دهنده اندازه اثر قوی مداخلات است. این یافته‌ها با نتایج پیشین که نشان دادند ۵۶/۷٪ از واریانس متغیر مسئولیت‌پذیری توسط مداخلات تبیین شده است، همخوانی دارد و بر قدرت و اثربخشی این مداخلات تأکید می‌کند.

جدول ۱۵: آزمون تعقیبی برای مقایسه تاثیر مداخله‌ها بر مسئولیت‌پذیری به صورت زوجی

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	معنی‌داری
نظریه انتخاب- طرح واره درمانی	-۷/۵۰۰	۳/۳۸۰۵۰	۰/۰۵۴
نظریه انتخاب - گواه	۴۴/۵۰۰	۲/۵۴۸۹۸	۰/۰۰۱
طرح واره درمانی - گواه	۵۲/۰۰۰	۳/۷۶۸۲۹	۰/۰۰۱

نتایج تحلیلی نشان داد که هر دو مداخله آموزشی، یعنی فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب و طرح‌واره درمانی، تأثیر معناداری بر بهبود مسئولیت‌پذیری مادران داشته‌اند، با این تفاوت که میزان و پایداری اثربخشی در مراحل مختلف بین دو روش متفاوت بوده است. در مرحله پیش‌آزمون، هیچ تفاوت معناداری بین سه گروه مشاهده نشد (همه مقایسه‌ها با $p > 0/05$)، که این یافته نشان‌دهنده همگنی اولیه گروه‌ها پیش از اجرای مداخلات است و اعتبار تحلیل‌های بعدی را تقویت می‌کند.

در مرحله پس‌آزمون، هر دو گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بهبود معناداری در مسئولیت‌پذیری نشان دادند. در گروه مبتنی بر نظریه انتخاب، سطح معناداری $p = 0/054$ گزارش شد که نزدیک به آستانه معناداری بود، در حالی که در گروه طرح‌واره درمانی این تفاوت کاملاً معنادار بود.

در مرحله پیگیری، اثرات مداخلات همچنان پایدار باقی ماند و هر دو گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری نشان دادند.

بررسی اندازه اثر نیز این الگو را تأیید می‌کند. در مرحله پس‌آزمون، طرح‌واره درمانی اندازه اثر بزرگ‌تری داشت (۴/۳۶۴ در مقابل -۴/۹۳۹)، اما در مرحله پیگیری، نظریه انتخاب با اندازه اثر ۴/۷۳۹ نسبت به طرح‌واره درمانی با اندازه اثر ۳/۶۳۳ عملکرد بهتری نشان داد. این نتایج نشان می‌دهد که اگرچه طرح‌واره درمانی در کوتاه‌مدت اثربخش‌تر بوده، اما مداخله مبتنی بر نظریه انتخاب در بلندمدت از پایداری درمانی بیشتری برخوردار است. این نتیجه با تفاوت معنادار مشاهده شده در مرحله پیگیری ($p = 0/007$) و اندازه اثر بالاتر در این مرحله به خوبی مشهود است.

جدول ۱۶: نتایج برآورد پارامترها جهت مقایسه سه گروه بر مسئولیت پذیری در مراحل پژوهش

مرحله	مقایسه	آماره	معنی داری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	گروه نظریه انتخاب با کنترل	۸/۸۵۷۵۱	۰/۱۲۸	-۰/۵۳۱
	گروه طرح واره درمانی با کنترل	۹/۹۳۰۸۷	۰/۵۰۱	-۰/۲۲۲
	گروه نظریه انتخاب یا طرح واره درمانی	۱۱/۸۸۱۳۶	۰/۵۲۲	-۰/۲۱۰
پس‌آزمون	گروه نظریه انتخاب با کنترل	۹/۰۰۹۲۵	۰/۰۵۴	۴/۹۳۹
	گروه طرح واره درمانی با کنترل	۱۱/۹۱۶۳۸	۰/۰۰۱	۴/۳۶۴
	گروه نظریه انتخاب یا طرح واره درمانی	۱۰/۶۹۰۰۸	۰/۰۰۱	-۰/۷۰۲
پی‌گیری	گروه نظریه انتخاب با کنترل	۸/۳۵۵۹۷	۰/۰۰۱	۴/۷۳۹
	گروه طرح واره درمانی با کنترل	۱۳/۱۸۶۲۷	۰/۰۰۱	۳/۶۳۳
	گروه نظریه انتخاب یا طرح واره درمانی	۷/۵۱۳۶۹	۰/۰۰۷	-۱/۱۰۵

نتیجه

بر اساس یافته‌های به‌دست آمده، می‌توان نتیجه گرفت که هر دو مداخله آموزشی، یعنی فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب و فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی، تأثیر معناداری بر افزایش مسئولیت‌پذیری مادران داشته‌اند. این مداخلات نه تنها در کوتاه‌مدت (پس‌آزمون) بلکه در بلندمدت (مرحله پیگیری) نیز اثربخش بوده‌اند و توانسته‌اند تغییرات پایداری در رفتار والدینی ایجاد کنند. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های پیشین هم‌راستا هستند که نشان داده‌اند آموزش مهارت‌های فرزندپروری می‌تواند به بهبود عملکرد والدین و ارتقای ویژگی‌هایی چون مسئولیت‌پذیری منجر شود (Ahmadi, 2021; Nazari, 2021).

در مقایسه با پژوهش (Nazari, 2021) که اثربخشی آموزش مبتنی بر نظریه انتخاب را بر بهبود سبک‌های فرزندپروری بررسی کرده بود، یافته‌های حاضر نیز نشان داد که این رویکرد می‌تواند به‌طور معناداری مسئولیت‌پذیری مادران را افزایش دهد. همچنین، نتایج با مطالعه (Ahmadi, 2021) که به بررسی تأثیر طرحواره درمانی بر بهبود عملکرد والدینی پرداخته بودند، هم‌خوانی دارد. با این حال، تفاوت‌هایی نیز مشاهده شد؛ به‌ویژه در پایداری اثرات، که در پژوهش حاضر، نظریه انتخاب در مرحله پیگیری اثربخشی بیشتری نسبت به طرحواره درمانی نشان داد، در حالی که در مطالعه (Ahmadi, 2021)، تأکید بیشتری بر اثربخشی کوتاه‌مدت طرحواره درمانی شده بود.

مقایسه دو روش مداخله‌ای نشان داد که اگرچه هر دو رویکرد در بهبود مسئولیت‌پذیری مادران مؤثر بودند، اما الگوی اثربخشی آن‌ها متفاوت بود. طرحواره‌درمانی در مرحله پس‌آزمون عملکرد بهتری داشت و توانست به سرعت تغییرات معناداری در رفتار مادران ایجاد کند. در مقابل، نظریه انتخاب در مرحله پیگیری اثربخشی بیشتری نشان داد و توانست پایداری درمانی بالاتری را حفظ کند. این تفاوت می‌تواند ناشی از ماهیت رویکردها باشد؛ به‌طوری‌که طرحواره‌درمانی با تمرکز بر بازسازی الگوهای شناختی اولیه، در کوتاه‌مدت تغییرات چشمگیری ایجاد می‌کند، در حالی‌که نظریه انتخاب با تأکید بر مسئولیت‌پذیری و انتخاب آگاهانه، به تدریج منجر به تغییرات پایدارتر می‌شود.

در مجموع، یافته‌های این پژوهش بر اهمیت طراحی و اجرای مداخلات آموزشی مبتنی بر رویکردهای روان‌شناختی تأکید دارد و نشان می‌دهد که می‌توان از این مداخلات به‌عنوان ابزار مؤثری برای ارتقای مسئولیت‌پذیری والدین بهره گرفت. همچنین، انتخاب نوع مداخله می‌تواند بر اساس اهداف کوتاه‌مدت یا بلندمدت مراجعان تنظیم شود؛ به‌گونه‌ای که در موارد نیاز به تغییرات سریع، طرحواره‌درمانی و در موارد نیاز به پایداری بیشتر، نظریه انتخاب توصیه می‌شود.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که هر دو مداخله فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب و طرحواره‌درمانی تأثیر معناداری بر بهبود تنظیم هیجانی و مسئولیت‌پذیری مادران داشته‌اند. این نتایج با تأکید بر اهمیت سبک‌های فرزندپروری در رشد و تکامل کودکان (Lanjekar, 2022) و تأثیر آن بر ابعاد مختلف روانشناختی والدین همسو است. پژوهش حاضر مؤید این نکته است که آموزش‌های فرزندپروری نه تنها دانش و مهارت‌های والدگری را افزایش می‌دهد، بلکه موجب ارتقای خودکارآمدی، اعتماد به نفس و سلامت روانشناختی والدین می‌شود (Saberi Rad, 2019).

نتیجه‌گیری نهایی پژوهش حاضر نشان داد که هر دو مداخله آموزشی، یعنی فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب و طرحواره‌درمانی، در بهبود مسئولیت‌پذیری مادران اثربخش بوده‌اند. با این حال، الگوی اثربخشی این دو رویکرد در طول زمان متفاوت بود. در کوتاه‌مدت، طرحواره‌درمانی تأثیر قوی‌تری بر افزایش مسئولیت‌پذیری نشان داد، که می‌توان آن را به تمرکز این رویکرد بر بازسازی الگوهای شناختی عمیق و اصلاح باورهای ناسازگار نسبت داد. در مقابل، در بلندمدت، نظریه انتخاب پایداری درمانی بیشتری از خود نشان داد؛ یافته‌ای که با دیدگاه (Glasser, 1998) مبنی بر تمرکز بر کنترل رفتار خود به جای کنترل دیگران هم‌راستا است. این نتیجه بیانگر آن است که تأکید نظریه انتخاب بر مسئولیت‌پذیری فردی، زمینه‌ساز تغییرات پایدارتر در رفتار والدینی می‌شود.

از منظر مکانیسم‌های تأثیر، مداخلات آموزشی موجب افزایش آگاهی مادران از نقش رفتارهای خود در تعاملات والد-فرزندی شد. آموزش‌ها به مادران کمک کرد تا به جای تمرکز بر کنترل کودکان، به اصلاح رفتارهای خود بپردازند. این تغییر نگرش، همراه با بهبود در تنظیم هیجانی، منجر به کاهش تعارضات خانوادگی و ایجاد محیطی ایمن‌تر برای رشد هیجانی کودکان شد.

از نظر دستاوردهای نظری، این پژوهش شواهد تجربی جدیدی در حمایت از اثربخشی دو رویکرد روان‌شناختی در حوزه فرزندپروری فراهم کرد و نشان داد که می‌توان از این مداخلات برای ارتقای مسئولیت‌پذیری والدین بهره گرفت. همچنین، یافته‌ها به درک عمیق‌تری از تفاوت‌های زمانی در اثربخشی این دو رویکرد کمک می‌کنند و می‌توانند مبنایی برای توسعه نظریه‌های تلفیقی در حوزه آموزش والدین باشند.

از منظر کاربردی، نتایج پژوهش بر اهمیت گنجاندن آموزش‌های فرزندپروری در برنامه‌های حمایت از خانواده تأکید دارد. با توجه به پایداری اثرات نظریه انتخاب، این رویکرد می‌تواند به‌ویژه در مداخلات بلندمدت مورد استفاده قرار گیرد. در عین حال، طرحواره‌درمانی با تأثیر سریع خود می‌تواند در شرایطی که نیاز به مداخلات کوتاه‌مدت و فوری وجود دارد، مفید واقع شود. ترکیب این دو رویکرد نیز می‌تواند راهکاری مؤثر برای دستیابی هم‌زمان به بهبود سریع و پایداری تغییرات رفتاری باشد.

در نهایت، این پژوهش نشان داد که آموزش‌های فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب و طرحواره‌درمانی می‌توانند به‌عنوان مداخلاتی مؤثر برای بهبود کارکردهای هیجانی و رفتاری مادران مورد استفاده قرار گیرند. با توجه به چالش‌های روزافزون والدگری در جهان معاصر، چنین برنامه‌هایی می‌توانند گامی مهم در جهت ارتقای کیفیت روابط والد-فرزندی و در نهایت سلامت روان جامعه باشند. یافته‌ها بر ضرورت توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان اجتماعی به طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی برای والدین تأکید می‌کند.

با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود دوره‌های مهارت‌های ارتباطی مبتنی بر آموزش فرزندپروری با رویکرد نظریه انتخاب و طرحواره‌درمانی در قالب کارگاه‌های آموزشی برای دانش‌آموزان و دانشجویان دختر و پسر برگزار شود تا از سنین پایین، آگاهی و توانمندی لازم برای ایفای نقش والدگری در آینده در آنان تقویت گردد. همچنین، به‌منظور ارتقای مهارت‌های فرزندپروری و راهبردهای حل مسئله در روابط والد-فرزندی، ارائه محتوای آموزشی مبتنی بر مهارت‌های زندگی برای والدینی که دارای فرزندان ۸ تا ۱۳ سال هستند، می‌تواند نقش مؤثری در پیشگیری از بروز مشکلات حاد در آینده ایفا کند. در همین

راستا، برگزاری دوره‌هایی با هدف افزایش آگاهی و دانش والدین در زمینه تعاملات والد-فرزند و آموزش‌های فرزندپروری مبتنی بر نظریه انتخاب و طرحواره‌درمانی در کلیه سازمان‌های آموزشی نیز توصیه می‌شود تا این آموزش‌ها به صورت ساختاریافته و فراگیر در سطح جامعه گسترش یابد.

References

- Ahmadi, S., Shahi, A., & Moradi, A. (2021). The effectiveness of schema therapy on improving parenting performance. *Journal of Counseling Research*, 20(78), 45–62.
- Driscoll, K., & Pianta, R. C. (2011a). Mothers' and Fathers' Perceptions of Conflict and Closeness in Parent-Child Relationships during Early Childhood. *Journal of Early Childhood & Infant Psychology*, 7.
- Driscoll, K., & Pianta, R. C. (2011b). Mothers' and Fathers' Perceptions of Conflict and Closeness in Parent-Child Relationships during Early Childhood. *Journal of Early Childhood & Infant Psychology*, 7.
- Glasser. (1998). *Choice Theory: A New Psychology of Personal Freedom*.
- Glenn, H., & Nelson, J. (1998). *Raising self-reliant children in a self-indulgent world: Seven building blocks for developing capable young people*. Prima Publishing.
- Jamshidi, B., Narimani, M., Poladi Rishehri, A. . (2022). Comparing the effectiveness of good enough parenting training with schema therapy approach and positive parenting program training on parent-child conflict in mothers of children with conduct disorder. . *Journal of Preventive Counselling*, 3(3), 29–41.
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. . (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 3(16), 1041–1056. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>
- Kraaij, G. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41, 1045–1053.
- Lanjekar, P. D., Joshi, S. H., Purva, D., Shiv, H., & Vasant, W. (2022). The Effect of Parenting and the Parent-Child Relationship on a Child's Cognitive Development: A Literature Review. . *Cureus*, 14(10).
- Louis, J. P. (2021). The Good Enough Parenting early intervention schema therapy based program: Participant experience. *PLoS One*, 16(1).
- Masud, H., Ahmad, M., Cho, K., & Fakhr, Z. (2019). Parenting Styles and Aggression Among Young Adolescents: A Systematic Review of Literature. *Community Ment Health J.*, 55(6), 1015–1030.
- Nazari, F., Bakhtiyari, M., Golestani Fard, M., Kianimoghadam, A. S., Mohajerin Iravani, B., & Farahani, H. (2021). Investigating the efficacy of a dialectical behavioral therapy-based

- parenting intervention: A randomized controlled trial. . *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 27(4), 356–370.
- Nili Ahmedabadi, Z., Bagheri, F., & Salimi Bejestani, H. . (2019). The effectiveness of parenting education program with emphasis on selection theory Improving the parent-child relationship and mothers' life satisfaction. *Culture of Counseling Quarterly and Psychotherapy, Allameh Tabataba'i University*, 10(39), 99–122.
- Saberi Rad, A., Heydari, H., & Davoudi, H. . (2019). The effectiveness of the parenting program based on the Saunders model on mothers' emotion regulation and mother-child interaction with behavioral disorders. *Disability studies*, 10(1).
- Shamsi, A. H., & Qumrani, A. (2020). Comparing the effectiveness of parenting based on organizational skills and Mindful parenting on child-parent relationships and symptoms - Children with attention deficit/hyperactivity disorder [In Persian]. *Scientific Research Quarterly Journal of Psychology of Exceptional People of Allameh Tabatabai University*, 10(39), 99–132.
- Tajrishi, J., Besharat, M. A., & Pourshahbaz, A. . (2015). Validation of the Parent-Child Relationship Scale in an Iranian sample. . *Practice in Clinical Psychology*, 3(4), 271–280.
- Yang, C., Yuan, S., Feng, J., Yang, M., Yao, Y., & Zhang, X. (2008). The relationship between parental style and middle school students' Internet addiction. *South China Journal of Preventive Medicine*, 34, 52–54.
- Yazdani, M., Soltanifar, A., Moharri, F., Raai, F., & Jahanbakhsh, F. (2024). Investigating the effectiveness of parenting education based on choice theory on children's behavioral problems Suffering from attention deficit hyperactivity disorder with oppositional defiant disorder [In Persian]. *New ideas of psychology quartely*, 21(25).
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. . (2008). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Zeevi-Cousin, A., & Lavenda, O. (2023). The Mediating Role of Parenting Style in the Relationship between Parents' Openness to Different Ways of Thinking and Child Anxiety. . *Children*, 10.

The Effectiveness of a Mother Abuse Intervention Program on Parental Competence, Adaptability, and Family Cohesion: A Single-Case Experimental Study

Golshan Vasel 

Ph.D student in counseling, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. Email: g.vassel96@gmail.com

Zabihollah Abbaspour 

Associate Professor, Department of counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. (Corresponding Author), Email: z.abbaspour@scu.ac.ir

Reza Khojasteh Mehr 

Professor, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. Email: khojasteh_r@scu.ac.ir

Abbas Amanuelahi 

Professor, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. Email: a.amanelahi@scu.ac.ir

Received: 2025-09-06	Revised: 2025-10-08	Accepted: 2025-12-15	Published: 2025-12-30
Citation: Vasel, G., Abbaspour, Z., Khojasteh Mehr, R. & Amanuelahi, A. (2025). The Effectiveness of a Mother Abuse Intervention Program on Parental Competence, Adaptability, and Family Cohesion: A Single-Case Experimental Study. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 15(2), 99-127. doi: 10.22067/tpccp.2025.95254.1826			

Abstract

Introduction

Adolescent violence against parents, particularly mothers, is a relatively understudied form of family violence that has received scant attention despite its alarming prevalence and pervasive psychological, social, and familial consequences (Burgos-Benavides et al., 2024; Morgan & Janes, 2024). Cottrell (2001) defines this phenomenon, widely referred to as "parent abuse" or "mother abuse," as adolescents' deliberate actions aimed at exerting control or dominance over their parents. Parent abuse can lead to a number of mental health consequences for mothers, who play a crucial role in the well-being of their families, characterized by a heightened sense of helplessness, emotional disconnection, and feeling of shame (Arias-Rivera et al., 2022). In such circumstances, three important indicators of family health—including parenting adequacy, adaptability, and family cohesion—are weakened, leading to the emergence of individual and relational disorders (Vasel, 2022). Parenting adequacy, as defined by Kaasbøll et al. (2024), refers to the parents' perceived ability to fulfill a caring role. Adaptability, as described by Gao et al. (2024), indicates a family's capacity to respond to pressures and restructure roles. According to Olson (2000), the concept of family cohesion encompasses emotional bonding, support, and positive interactions among members. Given the pressing need to address mother abuse, alongside the limitations of existing international intervention, which frequently exhibit a lack of cultural sensitivity and a systematic perspective, there is an urgent imperative to evaluate



©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.

culturally relevant and comprehensive approaches to confronting this pervasive issue. One such intervention is the mother abuse intervention program of Abbaspour et al. (Abbaspour et al., 2024b). The present study aims to examine the effectiveness of this mother abuse intervention on parenting adequacy and family adaptability and cohesion.

Method

To assess the effectiveness of the mother abuse intervention program, a multiple baseline single-case experimental design (SCED) was utilized. The mother abuse intervention developed by Abbaspour et al. (2024b) comprised 18 sessions, with 9 sessions dedicated to the family unit (including both family and adolescent participation) and 9 sessions specifically designed for the adolescent. The Gibaud-Wallston's Parenting Sense of Competence Scale (Gibaud-Wallston, 1977) and the Olson's Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (Olson, 1992) were the instruments of choice in this study. Both scales were completed by mothers. The measurements were conducted at the baseline, which was defined as two to three times, during the intervention, which was defined as six times, and at the two-month follow-up. The analysis of the data was conducted through the utilization of graphical charts, the Resilient Change Index (RCI), and the percentage of improvement. The research population consisted of parents who referred adolescents exhibiting harmful behaviors to counseling centers in Dezful, Iran, during the years 2022 and 2023. Three participants were selected based on inclusion and exclusion criteria and convenience sampling. The ethical considerations that were observed included informed consent, confidentiality, and the possibility of voluntary withdrawal.

Findings

The results demonstrated that the scores pertaining to parenting competence and family adaptability exhibited an increase in the intervention phase in comparison to the baseline, a trend that was sustained in the subsequent follow-up phase. Consequently, the percentage of overall improvement in these domains during the intervention and follow-up phases signifies substantial clinical accomplishments (The treatment phase demonstrated a 31.4% and 32.3% improvement, while the follow-up phase exhibited a 60.8% and 53.3% enhancement, respectively). RCI values were found to be higher than the criterion z score (1.96) for all three participants in these two areas (5.4, 5.3, and 4.7 on the parenting sense competence scale and 4.1, 3.8, and 5.8 on the adaptability scale, respectively). This finding indicates the statistical significance of the observed changes. In contrast, findings related to family cohesion demonstrated that only one participant exhibited significant improvement, while the changes observed in the other two participants were not statistically or clinically significant (9.4% improvement at treatment and 24.9% improvement at follow-up). Therefore, it can be concluded that the intervention program was effective in promoting parenting competence and family adaptability, yet it was ineffective in enhancing family cohesion.

Conclusion

The findings of present study suggest that the intervention program for mother abuse (Abbaspour et al., 2024b) was effective in enhancing maternal parenting competence and family adaptability.

These findings were consistent with the studies of Morgan & Janes (2024) and Abbaspour et al. (2024b). The program's efficacy can be attributed to its provision of a secure environment conducive to emotional expression, cognitive correction, and the fortification of familial bonds. This has resulted in a reduction in maternal self-blame, an enhancement in confidence in parenting abilities, and an improved capacity to navigate and overcome daily familial challenges. The intervention program for mother abuse (Abbaspour et al., 2024b) was also found to be ineffective in improving family cohesion. This result aligns with the findings reported by Najjari et al. (Najjari et al., 2023). This finding can be explained by the notion that the reconstruction of emotional bonds and mutual trust necessitates a greater investment of time and the occurrence of repeated successful experiences. Moreover, contextual factors, such as socio-economic challenges (Spitz & Steinhausen, 2023), can necessitate prolonged interventions to rebuild family cohesion. The present study was subject to several limitations, including the repeated administration of tests, the utilization of a relatively small sample size, and the absence of long-term follow-up. Consequently, the generalization of the results obtained requires a degree of caution. It is recommended that subsequent studies assess the efficacy of the intervention package on more heterogeneous samples with extended follow-up periods. It is also proposed that interventions specifically designed for the enhancement of familial cohesion be formulated.

Keywords: Psychological-Educational Intervention Program, Mother Abuse, Parental Competence, Family Cohesion, Adaptability

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

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

مقاله پژوهشی



دسترسی آزاد

اثربخشی برنامه مداخله در مادرآزاری بر کفایت والدگری، انطباق‌پذیری و پیوستگی خانوادگی: یک مطالعه آزمایشی تک موردی

گلشن واصل ^{ID}

دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. g.vassel96@gmail.com

ذبیح اله عباس پور ^{ID}

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

رضا خجسته مهر ^{ID}

استاد گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. khojasteh_r@scu.ac.ir

عباس امان الهی ^{ID}

استاد گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. a.amanelahi@scu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۱۵	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۷/۱۶	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۲۴	تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۱۰/۰۹
استناد: واصل، گلشن؛ عباس پور، ذبیح اله؛ خجسته مهر، رضا؛ امان الهی، عباس. (۱۴۰۴). اثربخشی برنامه مداخله در مادرآزاری بر کفایت والدگری، انطباق‌پذیری و پیوستگی خانوادگی: یک مطالعه آزمایشی تک موردی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۵(۲)، ۱۲۷-۹۹. doi: 10.22067/tpccp.2025.95254.1826			

چکیده

مقدمه: والدآزاری، از اشکال کمتر شناخته‌شده خشونت خانوادگی، به رفتارهای آسیب‌زای فرزندان نسبت به والدین، به‌ویژه مادران، اشاره دارد. این پدیده با پیامدهای روانی و اجتماعی جدی، سلامت خانواده را تهدید کرده و نیازمند مداخلات تخصصی است.

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه مداخله در مادرآزاری بر کفایت والدگری، انطباق‌پذیری و پیوستگی خانوادگی بود.

روش: بدین منظور از روش پژوهش تک موردی به روش خط پایه چندگانه استفاده شد. مشارکت‌کنندگان پژوهش، شامل سه نوجوان (دو دختر و یک پسر) به همراه والدین خود بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

برنامه مداخله در مادرآزاری در ۱۸ جلسه (۹ جلسه مختص نوجوان و ۹ جلسه برای والدین و خانواده) به مشارکت-کنندگان ارائه شد. مشارکت کنندگان (مادران) در مراحل مختلف خط پایه، مداخله و پیگیری به مقیاس احساس کفایت والدگری (PSOC) و مقیاس ارزیابی انطباق پذیری و پیوستگی خانوادگی (FACES-2) پاسخ دادند. به منظور تحلیل داده‌ها از نمودار گرافیکی، تغییر شاخص پایا و درصد بهبودی استفاده گردید.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش بیانگر آن بودند که برنامه‌ی مداخله در مادرآزاری منجر به افزایش معنادار نمرات کفایت والدگری و انطباق پذیری مشارکت کنندگان در مرحله درمان و پیگیری نسبت به خط پایه شده و این برنامه بر افزایش کفایت والدگری و انطباق پذیری مؤثر است (به ترتیب با ۳۱/۴ و ۳۲/۳ درصد بهبودی در مرحله درمان و ۶۰/۸ و ۵۳/۳ درصد بهبودی در مرحله پیگیری) هرچند افزایش نمرات در پیوستگی خانوادگی معنادار نبوده (۹/۴ درصد بهبودی در مرحله درمان و ۲۴/۹ درصد بهبودی در مرحله پیگیری) است.

نتیجه: مشاوران خانواده و نوجوان می‌توانند از برنامه مداخله در مادرآزاری به منظور کمک به بهبود تعاملات و همچنین افزایش کفایت والدگری و انطباق پذیری افراد درگیر، در جلسات درمانی بهره ببرند.

کلید واژه‌ها: برنامه مداخله روانی-آموزشی، مادرآزاری، کفایت والدگری، پیوستگی خانوادگی، انطباق پذیری.

مقدمه

والدین در مسیر والدگری و تربیت فرزند، ممکن است با چالش‌ها و استرس‌های مختلفی مواجه شوند (Marison & Vernon, 2022d). هرچند همه این چالش‌ها از جمله رسیدگی به تکالیف مدرسه و فعالیت‌های فوق برنامه می‌تواند با هیجانات منفی و افکار و رفتارهای مشکل آفرینی همراه باشد، اما برخی از چالش‌هایی که برخی از والدین در رابطه با فرزندان خود تجربه می‌کنند مزمن بوده و آسیب‌های جدی را به همراه دارد که نیازمند مداخله فوری است. از جمله این موضوعات، پدیده والدآزاری^۱ است، که از آن تحت عناوین دیگری مانند «خشونت نوجوانان نسبت به والدین»، «پرخاشگری نوجوان به والدین»، «مادرآزاری»، «سوء آزاری نسبت به مادر»، «خشونت کودکان نسبت به والدین»، «خشونت توسط نوجوانان نسبت به والدین»، «والدین مورد آزار فرزندان» و «آزار والدین توسط نوجوان خود» نیز یاد شده است (Burgos-Benavides et al., 2024).

¹ parent abuse

به طور کلی، والدآزاری الگوی رفتاری است که در آن والد یا مراقب توسط فرزند تحت مراقبت خود، مورد سوءاستفاده و خشونت قرار می‌گیرد (Rogers & Ashworth, 2024). کاترل (Cottrell, 2001) این نوع خشونت خانوادگی را انجام رفتارهای هدفمندی از جانب فرزند می‌داند که موجب آسیب روانی، فیزیکی یا مالی والدین و به منظور کسب قدرت یا اعمال کنترل و تسلط بر آن‌ها می‌شود. عباس‌پور و همکاران (Abbaspour et al., 2021) در بیان مصادیق والدآزاری انواع آن را شامل، والدآزاری روانی یا عاطفی، که شامل رفتارهایی مانند اجبار، ارعاب، آزار کلامی، اعمال کنترل بر خانواده، تحقیر و تهدید به آسیب؛ همچنین والدآزاری اجتماعی یا مالی، شامل رفتارهایی مانند مطالبه پول یا دارایی، ایجاد بدهی و سرقت؛ و والدآزاری فیزیکی، را که شامل رفتارهایی مانند سیلی زدن، ضربه زدن و هل دادن است، گزارش کرده‌اند.

والدآزاری علی‌رغم نرخ شیوع و پیامدها و آسیب‌های نگران‌کننده‌ای که به همراه دارد، نسبت به سایر خشونت‌های خانوادگی کمتر مورد توجه بوده و به نوعی یک موضوع پنهان به شمار می‌آید (Burgos-Benavides et al., 2024; Morgan & Janes, 2024). به‌طوری که هنگام بحث در خصوص خشونت خانوادگی، اولین مسئله‌ای که به ذهن خطور می‌کند، خشونت فرد نسبت به همسرش یا موضوعات مرتبط با کودک آزاری است. حتی جستجویی ساده در فضای مجازی و اینترنت نیز اطلاعات بیشتری ارائه نمی‌کند و همچنان با حجم وسیعی از منابع، در خصوص خشونت نسبت به شریک عاطفی و یا کودک آزاری مواجه خواهیم بود، درحالی که در بررسی و ارائه اطلاعات در مورد پدیده‌ی والدآزاری شواهد بسیار کمی وجود دارد (Abbaspour et al., 2024b).

این در صورتی است که تحقیقات بین‌المللی انجام شده در ایالات متحده و کانادا نشان می‌دهد که شیوع والدآزاری فیزیکی بین ۱۱ تا ۲۲ درصد و والدآزاری روانی بین ۵۱ تا ۷۵ درصد است (Margolin & Baucom, 2014). عباس‌پور و همکاران (Abbaspour et al., 2024a) نیز نرخ شیوع والدآزاری در ایران را برای والدآزاری فیزیکی ۶/۲ درصد، والدآزاری عاطفی ۵ درصد، والدآزاری مالی ۱۱/۴ درصد و نمره کل آن را ۴/۱ گزارش کرده‌اند. علاوه بر این، والدآزاری اثرات و آسیب‌های کوتاه مدت و بلند مدت بر فرزند، والد و به صورت کلی بر سیستم خانواده به همراه دارد (Rogers & Ashworth, 2024). از جمله پیامدهای والدآزاری برای والدین احساس

کارآمدی بسیار پایین، دشواری در تنظیم هیجان، احساس بدبینی و بی‌اعتمادی، احساس تنهایی و شرم و همچنین تهدید و ترس و در نوجوانان آسیب‌های روانی، تحصیلی و اجتماعی است (Arias et al., 2022; Kennedy et al., 2010; Rogers & Ashworth, 2024). همچنین آسیب‌های والدآزاری در در بافت خانوادگی شامل به چالش کشیده شدن نقش‌های والدین و اثرات نامطلوب ماندگار در همه‌ی اعضای خانواده (Moulds et al., 2019) و از بین رفتن احساس یگانگی و وحدت بین اعضای خانواده است. به‌طوری‌که خانواده که همواره یادآور محبت، حمایت، نزدیکی، دوستی و مراقبت بوده، دیگر محل امنی برای اعضای خود محسوب نمی‌شود. در این وضعیت، فضای خانوادگی به محیطی سرد و بی‌روح تبدیل می‌شود و اعضای خانواده از نظر احساسی از یکدیگر فاصله می‌گیرند (Cortina & Martín, 2020; Ibabe et al., 2019; Moulds et al., 2019). علی‌رغم اینکه پدران نیز ممکن است مانند مادران قربانی خشونت نوجوانان شوند، مطالعه مروری راجرز و آشورث (Rogers & Ashworth, 2024) نشان داد که عمده قربانیان والدآزاری مادران هستند و به نظر می‌رسد مادرانی که همواره نقش اساسی در تأمین سلامت روان خانواده دارند در نتیجه والدآزاری آسیب دیده و نقش اثرگذار خود را از دست می‌دهند. با در نظر گرفتن موارد مطرح شده، به نظر می‌رسد احساس کفایت والدگری^۱، انطباق‌پذیری و پیوستگی خانوادگی^۲ از جنبه‌های خانوادگی هستند که در نتیجه‌ی والدآزاری به صورت معناداری و به صورت ویژه در مادران آسیب دیده و زمینه‌ساز مشکلات خانوادگی و فردی می‌شوند (Beckmann, 2020; Calvete et al., 2013). کفایت والدگری به میزان احساس توانمندی و اعتماد به نفس والدین در رسیدگی کردن به چالش‌های مرتبط با فرزند اشاره دارد (Kaasbøll et al., 2024). کفایت والدگری که شامل دو عامل خودکارآمدی و رضایت والدین است، با رفتارهای والدین و پیامدهای رفتاری فرزندان در ارتباط است. خودکارآمدی به باور والدین نسبت به توانایی خود اشاره دارد و رضایت والدینی نیز نشان دهنده میزان احساس ناامیدی یا رضایت والدین از نقش خود است (Buchanan-Pascall et al., 2023). گزارش شده زمانی که والدین احساس کفایت

^۱ parenting competence^۲ family adaptability and cohesion

والدگری دارند، صمیمی‌تر و پاسخگوتر بوده و پذیرش بیشتری نسبت به فرزندان خود دارند (Johnston & Mash, 1989, as cited in Kaasbøll et al., 2024). این در حالی است که بسیاری از والدینی که توسط فرزندانشان مورد آزار قرار می‌گیرند، به دلیل اینکه از رفتار آزاردهنده فرزندشان شرم‌منده می‌شوند، تجربه قربانی شدن خود را از ترس پنهان کرده یا به حداقل می‌رسانند (Baker, 2012). طبیعتاً احساس بی‌کفایتی و ناتوانی در انجام امور والدینی را تجربه می‌کنند (Arias-Rivera et al., 2022). این والدین و عمدتاً مادران، ممکن است منزوی شوند و در سکوت رنج ببرند، زیرا این تجربه را به عنوان یک «شکست والدینی»^۱ درک کرده و شک و تردیدهایی را در مورد مهارت‌های خود به عنوان یک «مادر خوب» ایجاد می‌کند (Ibabe et al., 2023).

انطباق‌پذیری خانواده نیز به توانایی خانواده برای انطباق با رهبری، روابط نقش و قوانین در پاسخ به رویدادهای استرس‌زا مربوط می‌شود (Spitz & Steinhausen, 2023). به عبارت دیگر انطباق‌پذیری خانوادگی به توانایی سیستم خانواده در پاسخگویی به استرس موقعیتی و رشدی اشاره دارد (Gao et al., 2024). با توجه به تعاریف ارائه شده، مشخص است یکی دیگر از موضوعاتی که در خانواده‌های درگیر والدآزاری به طور قابل توجهی تضعیف شده است، انطباق‌پذیری خانوادگی است. در نهایت، پیوستگی خانوادگی نیز که با احساس تعلق و صمیمیت، حمایت، مراقبت و عاطفه شناخته می‌شود (Olson, 2000) از شاخص‌های اثبات شده در سلامت خانواده بوده که اثرات قدرتمندی در سازگاری عاطفی، اجتماعی و رفتاری نوجوانان دارد. به‌طوری‌که نشان داده شده نوجوانانی که در خانواده‌های دارای پیوستگی بالا زندگی می‌کنند، مشکلات درونی و بیرونی کمتری دارند (Fosco & Lydon-Staley, 2020). این مؤلفه نشانه‌ی پیوندهای عاطفی اعضای خانواده با یکدیگر بوده و مؤلفه‌هایی مانند رابطه پدر و مادر، رابطه فرزندان و والدین، تعاملات خانوادگی، نوع دوستی و نحوه گذران اوقات فراغت را در بر می‌گیرد (De Graaf et al., 2012). روابط منفی یا ضعیف بین والدین و فرزندان با افزایش خطر والدآزاری همراه بوده و بیانگر سطوح پایین پیوستگی است و بالعکس، روابط مثبت، رابطه معکوسی با احتمال آزار کلامی و فیزیکی نوجوانان نسبت به والدین دارد (Beckmann, 2020; Ibabe et al., 2019). بکمن (Beckmann,

^۱ parenting failure

(2020) معتقد است که روابط منسجم خانوادگی یک عامل محافظتی مهم در برابر رفتارهای خشونت آمیز در نوجوانی است. ایبابه و بنتلر (Ibabe & Bentler, 2016) نیز گزارش کرده‌اند که روابط مثبت خانوادگی سطح پایین‌تری از والدآزاری را پیش‌بینی می‌کنند.

با توجه به نرخ شیوع و آسیب‌هایی جدی والدآزاری به والد، نوجوان و خانواده و با در نظر گرفتن اهمیت مفاهیم کفایت والدگری و همچنین انطباق‌پذیری و پیوستگی خانوادگی و لطماتی که در این شاخص‌های سلامت خانواده در نتیجه‌ی والدآزاری و به صورت خاص در مادران ایجاد می‌شود، و به علاوه با توجه به نقش مادران در تأمین سلامت خانواده، ضرورت مداخله مؤثر در زمینه مادرآزاری احساس می‌شود.

بررسی تول-آنستی و همکاران (Toole-Anstey et al., 2023) در خصوص مداخلات مرتبط با والدآزاری، نشان می‌دهد چندین مداخله در خصوص والدآزاری وجود دارد که اکثر آن‌ها، توسط متخصصانی ارائه شده که در یک سازمان فعالیت می‌کنند و لذا و به طور مختصر و جزئی از مشاوره و ارتباط درمانی با افراد استفاده می‌شود. در این مداخلات ویژگی‌های کلیدی اجرای جلسات مشاوره، مانند رابطه درمانی، به طور کامل بررسی و اجرا نشده است و باید تلاش‌های بیشتری در خصوص پر کردن شکاف مرتبط با نبود مداخلات مؤثر در این زمینه صورت پذیرد. ایبابه و همکاران (Ibabe et al., 2023a) نیز معتقدند برنامه‌های مداخله در والدآزاری دارای یک پروتکل دقیق بسیار محدود است، و در میان آن‌ها هیچ کدام پشتیبانی علمی کافی برای تأیید اثربخشی در عمل بالینی وجود ندارد. بررسی انجام شده توسط نویسندگان پژوهش حاضر نیز نشان می‌دهد مداخلات موجود در سایر کشورها و عمدتاً در اسپانیا، ایالات متحده آمریکا، کانادا و تا حدی استرالیا و نیوزلند انجام شده است (Arias-Rivera & Hidalgo García, 2020) و ظرفیت‌های فرهنگی و اجتماعی مرتبط با بافت خانواده و جامعه در آن‌ها نادیده گرفته شده است. تنها مداخله‌ای طراحی شده در والدآزاری در کشور برنامه مداخله روان-آموزشی مادرآزاری^۱ بود که توسط عباس‌پور و همکاران (Abbaspour et al., 2024b) طراحی و ارائه شده است. گزارش شده که این برنامه توانسته، ضمن استفاده از نقاط قوت سایر مداخلات، با داشتن نگرش کل‌نگر و سیستمی و

¹ Psycho-Educational Intervention Program

درگیری همه اعضای خانواده در مداخله، استفاده از قابلیت‌ها و ظرفیت‌های مرتبط با رویکرد هیجان مدار و شناختی-رفتاری و همچنین توجه به بافت و زمینه فرهنگی اجرای مداخلات در کاهش والدآزاری مؤثر باشد (Abbaspour et al., 2024b).

بنابراین و در مجموع با توجه به آسیب‌های مادرآزاری و همچنین اهمیت افزایش کفایت والدگری و انطباق و پیوستگی خانوادگی در سلامت روان خانواده و همچنین ظرفیت احتمالی **برنامه مداخله روان-آموزشی مادرآزاری** (Abbaspour et al., 2024b) به عنوان یک پژوهش سیستمی و کل نگر و همچنین حساس به ظرافت‌های فرهنگی و بهره‌مند از نقاط قوت رویکردهای نظری مختلف، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا برنامه مداخله روان آموزشی مادرآزاری منجر به افزایش کفایت والدگری، پیوستگی و انطباق خانوادگی می‌شود؟

روش

به منظور بررسی اثربخشی برنامه مداخله در مادرآزاری (Abbaspour et al., 2024b) از طرح آزمایشی تک موردی^۱ (SCED) استفاده گردید. این روش که با نام‌های دیگری چون آزمایش تک آزمودنی^۲ و آزمایش سری‌های زمانی^۳ هم شناخته می‌شود، آزمایشی است مشتمل بر تحقیق فشرده بر روی یک فرد یا تعدادی از افراد که به عنوان یک گروه واحد در نظر گرفته می‌شوند (Skvortsov & Romashchuk, 2015). استفاده از این روش امکان مشاهده تغییرات ایجاد شده در شرکت کنندگان را، از طریق مقایسه مراحل مختلف فراهم می‌کند (Ibabe et al., 2023). اعتقاد بر این است این طرح امکان بررسی اعتبار بوم شناختی و تأیید و بهبود یک نظریه یا مدل درمانی را فراهم آورده است (Skvortsov & Romashchuk, 2015). همچنین بررسی کارایی یک روش درمانی بر روی یک مشکل و مسئله خاص را میسر می‌سازد (Engel & Schutt, 2016). در استفاده از این روش باید هم مداخله و هم رفتار هدفی که قرار است مورد ارزیابی قرار بگیرد، کاملاً مشخص باشد. لذا شرایط مشارکت کننده به دقت کنترل شده و متغیر مستقل نیز به طور منظم به کار گرفته و اندازه گیری می‌شود.

در این مطالعه، مداخله‌ی مورد نظر، برنامه مداخله در مادر آزاری که توسط عباس‌پور و همکاران (Abbaspour et al., 2024b) ارائه گردیده است، بود. از میان انواع طرح‌های آزمایشی تک موردی در پژوهش حاضر طرح

^۱ single-case experimental design

^۲ single subject experiment

^۳ time-series experiment

خط پایه چندگانه^۱ مورد استفاده قرار گرفت. مطابق با این روش، برای تعیین خط پایه، رفتار هدف (متغیرهای وابسته) قبل از ارائه مداخله، با استفاده از مقیاس‌های معتبر در مشارکت‌کننده اول و سوم سه بار و در مشارکت‌کننده سوم، سه مرتبه اندازه‌گیری شد تا به الگویی از این رفتار دست یافته شود. این اندازه‌گیری و بررسی پس از اجرای مداخله و برای هر مشارکت‌کننده شش مرتبه و در انتهای جلسات سوم، ششم، نهم، دوازدهم، پانزدهم و هجدهم صورت پذیرفت. هدف از این نظارت و اندازه‌گیری‌های مستمر در این روش، بررسی سیستماتیک و نظام‌مند تغییر و پیشرفت مراجع بود. در نهایت برای تحلیل داده‌های پژوهش حاضر از تحلیل نمودار گرافیکی، تغییر شاخص پایا و درصد بهبودی استفاده شد.

جامعه آماری، کلیه والدینی بودند که به دلیل رفتارهای آسیب‌رسان نوجوان خود، به مراکز مشاوره شهرستان دزفول در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ مراجعه کرده بودند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱. کسب حداقل یک انحراف معیار بالاتر از میانگین مقیاس احساس کفایت والدگری و مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و پیوستگی خانواده ۲. دامنه سنی ۱۲ تا ۱۸ ساله نوجوان ۳. تعهد به مشارکت در کلیه جلسات درمانی ۴. عدم بهره‌مندی از سایر انواع درمان به صورت همزمان (خانواده درمانی، زوج درمانی، درمان فردی و روان‌پزشکی) ۵. برخورداری مادر از سواد لازم برای پاسخگویی مستقل به ابزارهای پژوهش ۶. تمایل به مشارکت در پژوهش، ۷. عدم سوء استفاده مواد و الکل؛ و ۸. نبود خشونت فعال والدینی. همچنین معیارهای خروج شامل عدم حضور در بیش از سه جلسه درمانی و استفاده از مواد مخدر یا مشروبات الکلی در طول دوره اجرای برنامه بود. از میان جامعه مذکور و با توجه به ملاک‌های مطرح شده سه نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان مشارکت‌کنندگان مطالعه انتخاب شدند.

در سراسر فرایند پژوهش کلیه ملاحظات اخلاقی از جمله: رضایت آگاهانه، امکان خروج از درمان در هر مرحله از پژوهش و استفاده از نام مستعار رعایت شد. همچنین این پژوهش دارای کد اخلاق IR.SCU.REC.1402.005 بود و در طول فرایند پژوهش گروه تحصیلات تکمیلی دانشگاه شهید چمران اهواز بر رعایت ملاحظات اخلاقی نظارت داشت.

شیوه اجرای پژوهش

¹ multiple baseline

به منظور شناسایی مشارکت کنندگان بالقوه پژوهش حاضر، به برخی از مراکز مشاوره دزفول مراجعه شد و از نوجوان و والدینی که با این شکایت به مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند، برای همکاری در پژوهش دعوت به عمل آمد. بدین صورت که از طریق تماس با خانواده‌ها، مصاحبه‌ی مقدماتی با ایشان برنامه‌ریزی گردید تا ضمن توضیح اهداف پژوهش و در صورت برخورداری از ملاک‌های ورود و موافقت در خصوص همکاری، وارد فرایند پژوهش شوند. بدین ترتیب مشارکت کنندگان پژوهش، شامل سه نوجوان (دو دختر و یک پسر) به همراه والدین خود به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و برای تعیین خط پایه، هر کدام به مقیاس احساس کفایت والدگری و مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و پیوستگی خانواده دو تا سه مرتبه در فواصل زمانی یک هفته و قبل از ارائه هر گونه مداخله‌ای پاسخ دادند. در ادامه برنامه ۱۸ جلسه‌ای مداخله در مادرآزاری را دریافت کردند (نه جلسه خانواده و والدین، نه جلسه نوجوان). در طول فرایند برنامه مداخلاتی و همزمان با اجرای جلسات درمانی، مقیاس‌های پژوهش در جلسات سوم، ششم، نهم، دوازدهم، پانزدهم و هجدهم ارائه و وضعیت مشارکت-کنندگان در طول فرایند درمان ثبت شد. همچنین پس از دو ماه و به منظور پیگیری اثرات درمان، ابزارهای پژوهش مجدداً توسط مشارکت کنندگان پاسخ داده شد. فرایند شناسایی و ارائه برنامه مداخلاتی به عهده نویسنده اول و دوم بود که هر دو، دارای پروانه اشتغال از سازمان روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران به ترتیب به شماره ۱۴۰۱۰۷۲ و ۳۶۱۴ هستند. همچنین نویسنده دوم دارای گواهی‌نامه تخصصی درمان هیجان از مرکز بین‌المللی درمان هیجان مدار (سایرفت) است.

ابزارهای پژوهش

مقیاس احساس کفایت والدگری

مقیاس احساس کفایت والدگری^۱ توسط گیباود-والستون (Gibaud-Wallston, 1977) ارائه شده است. این مقیاس مشتمل بر ۱۷ گویه است و احساس توانمندی والدین در انجام امور مرتبط با والدگری را می‌سنجد (Abbaspour et al., 2018). نمره‌گذاری این مقیاس، از مقیاس شش درجه‌ای لیکرتی تبعیت کرده که از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۶) نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار برای سنجش احساس کفایت والدگری دو خرده مقیاس

^۱ Parenting Sense of Competence Scale

مهارت/دانش^۱ و ارزش/آسایش^۲ درک شده را اندازه گیری می کند. خرده مقیاس دانش/مهارت با ۸ ماده یا گویه و خرده مقیاس ارزش/آسایش درک شده با ۹ ماده سنجیده می شوند. دامنه نمرات در این مقیاس از ۱۷ تا ۱۰۲ خواهد بود و کسب نمره بیشتر به معنای احساس کفایت و توانمندی بیشتر در والدگری است (Abdollahpour et al., 2017). کارپ و همکاران (Karp et al., 2015) که برای تعیین روایی این پرسشنامه همبستگی آن را با مقیاس عزت نفس روزنبرگ^۳ ۰/۵۱ با پرسشنامه حمایت اجتماعی کارکردی^۴ ۰/۵۶ و با مقیاس شیوع افسردگی^۵ ۰/۵۴ گزارش کرده اند که همگی در سطح $P < 0/01$ معنادار بود. ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس شناخت/دانش و ارزش/آسایش به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۶۹ و همچنین کل مقیاس ۰/۸۰ گزارش شده است (Gibaud-Wallston, 1977). در ایران نیز عباس پور و همکاران (Abbaspour et al., 2018) ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس شناخت/دانش و ارزش/آسایش به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۷۱ و همچنین کل مقیاس ۰/۸۱ گزارش کرده اند. این ابزار توسط مادر تکمیل شده است و به منظور سنجش احساس کفایت وی در نقش والدگری مورد استفاده قرار گرفت.

مقیاس ارزیابی انطباق پذیری و پیوستگی خانواده

مقیاس ارزیابی انطباق پذیری و پیوستگی خانواده^۶ (FACES-2) توسط السون (Olson, 1992) و در ۳۰ ماده تدوین شده است (as cited in Abbaspour et al., 2014). ۱۴ ماده این مقیاس به اندازه گیری انطباق پذیری و ۱۶ ماده آن به پیوستگی خانواده اختصاص دارد. در این مقیاس پیوستگی خانوادگی از ۸ مفهوم (پیوندهای عاطفی، مرزهای خانواده، ائتلاف ها، فاصله، زمان، دوستان، تصمیم گیری، علایق و تفریح) تشکیل شده است. انطباق-پذیری نیز شامل ۶ مفهوم (قاطعیت، رهبری، انضباط، گفت وگو، نقش ها و قواعد) می باشد. مقیاس ۵ درجه ای لیکرتی برای نمره گذاری این مقیاس به کار رفته است که از تقریباً همیشه (۵) تا تقریباً هیچوقت (۱) نمره گذاری می شود. حداقل و حداکثر نمره مشارکت کننده در خرده مقیاس پیوستگی ۱۶ و ۸۰، در انطباق پذیری ۱۴ و ۸۰ و در کل مقیاس ۳۰ و ۱۵۰ می باشد. نمره بیشتر در هر مورد منعکس کننده عملکرد بهتر خانواده است. السون (Olson, 2000) ضریب پایایی مقیاس ارزیابی انطباق پذیری و پیوستگی خانواده (FACES-2) به روش آلفای

¹ skill/knowledge

² valuing/comfort

³ Rosenberg Self-esteem Scale (RS-E)

⁴ Functional Social Support Questionnaire (FSSQ)

⁵ Epidemiologic Studies-Depression Scale

⁶ Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale

کرونباخ برای خرده مقیاس پیوستگی، انطباق‌پذیری و برای کل مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و پیوستگی خانواده (FACES-2)، به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۸ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. همچنین السون (Olson, 2000) پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آزمون مجدد و با فاصله ۵ هفته برای خرده مقیاس پیوستگی ۰/۸۳ و برای خرده مقیاس انطباق‌پذیری ۰/۹۰ نشان داده است. در ایران خجسته مهر و همکاران (Khojasteh Mehr et al., 2008) (as cited in Abbaspour et al., 2014) آلفای کرونباخ پیوستگی خانوادگی را، ۰/۹۱، خرده مقیاس انطباق‌پذیری را، ۰/۹۰ و آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند. این ابزار توسط مادر تکمیل شده است و به منظور سنجش سطح انطباق‌پذیری و پیوستگی خانواده در شرایط مرتبط با رفتارهای آسیب‌رسان نوجوان مورد استفاده قرار گرفت.

پروتکل برنامه مداخله در مادرآزاری (Abbaspour et al., 2024b) مورد استفاده دارای ۱۸ جلسه درمانی است، که ۹ جلسه درمانی را خانواده (در برخی جلسات با حضور نوجوان و در سایر جلسات بدون حضور نوجوان) و ۹ جلسه دیگر را نوجوان دریافت می‌کند. در ادامه پروتکل درمانی هر کدام در جداول جداگانه ارائه شده است. جدول ۱- پروتکل خانواده (Abbaspour et al., 2024b)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول (والدین)	جلب همکاری والدین / متمرکزسازی درمان بر خانواده: آشنایی، اخذ تاریخچه مشکل، بررسی سایر جنبه‌های زندگی خانوادگی مانند روابط زوجین، وضعیت تحصیلی نوجوان و ...، بررسی میزان توافق زوجین در خصوص رفتار نوجوان، تلاش برای تعریف رفتار نوجوان به عنوان یک مشکل خانوادگی.
جلسه دوم و سوم (والدین)	آموزش مربی‌گری عاطفی / آشنایی والدین با فرایندهای هیجانی، یادگیری مهارت‌های مراقبتی پیشرفته: تشویق والدین به روایت یکی از رویدادهای والدآزای، همدلی با والدین و تمرکز بر تجارب احتمالی فرزند، تشریح هیجان و نقش آن و ترغیب بر تمرکز والدین به بعد عاطفی نوجوان در مواقع والدآزای، طرح مدل پنج مرحله‌ای مربیگری عاطفی، نام‌گذاری حالات هیجانی، یادگیری هیجان-های اولیه و ثانویه، آموزش چگونگی تصدیق و انعکاس هیجانات فرزند، ارائه تکلیف مبنی بر اجرای موارد در موقعیت واقعی و رابطه با فرزند.
جلسه چهارم (خانواده)	الحاق به خانواده / آشنایی درمانگر و خانواده، تمرکز بر فرایند و هیجان، اعتماد سازی و امیدبخشی، تعیین اهداف درمان، انعقاد قرارداد درمانی: تلاش برای اعتماد سازی در اعضا با شنیدن روایت ایشان و همدلی با آن‌ها، تمرکز بر فرآیند ارتباطی در روایت ارائه شده، تمرکز بر هیجانات والدین و نوجوان، ترغیب اعضای خانواده به توجه نسبت به همه اجزای رفتار آسیب‌رسان و به صورت زنجیره‌ای، تعیین

اهداف به ۸ صورت مشترک، قرارداد درمانی، ارائه تکلیف به اعضا مبنی بر کشف همه جنبه‌ها و دلایل مؤثر بر بروز مشکل.	
جلسه پنجم و ششم (خانواده)	پردازش هیجان/ تشریح، گسترش و صورت بندی مجدد هیجانات دلبستگی، استفاده از هیجانات صورت بندی شده جدید برای گسترش معنایی: عمق بخشی به هیجانات بر اساس یکی از تجربه‌های رفتار مشکل دار، تمرکز زدایی از نوجوان به عنوان عضو آسیب‌رسان، توجه به تجربه‌های والدین به ویژه مادر، سعی در تمرکز توجه اعضا به کلیه رویدادهای برانگیزاننده، ترغیب اعضا به تشریح ادراک اولیه خود از رویداد، کمک به اعضای خانواده به منظور پردازش موقعیت عاطفی و صورت بندی مجدد تجربه، ارائه تکلیف به اعضای خانواده مبنی بر توجه به تمام جنبه‌های هیجانی در موقعیت‌های دشوار.
جلسه هفتم و هشتم (خانواده)	شناسایی چرخه آسیب/ الگوهای تعاملی تکرارشونده، تمرکز بر الگوی تعاملی، چارچوب بندی مجدد هیجان در قالب نیازهای دلبستگی: تمرکز بر مفهوم «چرخه تعاملی» موجود در رابطه و توجه دادن خانواده به این موضوع که چگونه قربانی این چرخه تعاملی معیوب شده‌اند، کمک به نوجوان به ابراز هیجانات آسیب‌پذیر خود و نیازهایش در شرایط دشوار، فرمول‌بندی نیازهای ابراز شده حول نیازهای دلبستگی، تشویق والدین به ابراز پاسخ‌های هیجانی متناسب به جای پاسخ‌های عقلانی نامتناسب، تلاش برای پردازش عمیق هیجان توسط اعضا و کسب احساس امنیت در یک چرخه تعاملی، ارائه تکلیف مبنی بر ثبت و تحلیل و ارائه گزارش از یک الگوی خشک و تکراری که تجربه کرده‌اند.
جلسه نهم (والدین)	عذرخواهی از فرزند/ آشنایی با اهمیت عذرخواهی، یادگیری فرایند عذرخواهی: تشریح اهمیت عذرخواهی والدین در کاهش رفتارهای آسیب‌رسان، تشریح اثرات عذرخواهی بر آرامش والدین، رجوع به موقعیت‌هایی که در جلسات گذشته نقل شده به عنوان مواردی از موقعیت‌هایی که احتمالاً والدین می‌توانند در خصوص آن‌ها عذرخواهی کنند، تمرین عذرخواهی با استفاده از صندلی خالی و در نهایت تصمیم‌گیری در خصوص زمان و موقعیتی که در آن می‌خواهند عذرخواهی کنند.

جدول ۲- پروتکل نوجوان (Abbaspour et al., 2024b)

جلسات	محتوای جلسات
-------	--------------

جلسه اول	اتحاد مثبت/ جلب اعتماد نوجوان، اعتبار بخشی به تجربیات درونی، امید بخشی، طرح ایمنی: تشویق نوجوان به ابراز مشکلات خانواده و بیان همه جزئیات، ایجاد فضایی امن برای نوجوان، نشان دادن میل و اشتیاق به شنیدن داستان نوجوان، اعتبار بخشی به تجربه نوجوان و همدلی با وی، ایجاد نقطه‌ای امید بخشی جهت بهبود تعاملات و وضعیت زندگی نوجوان، ایجاد طرح ایمنی با کنکاش تجربه‌های موفق به منظور مدیریت احساس انفجار و پرخاشگری فیزیکی.
جلسه دوم	تمیز رفتارهای آسیب رسان و شناسایی اشکال آن/ افزایش آگاهی نوجوان از پیامدهای رفتار، افزایش توانمندی تحلیل رفتاری، آگاهی از دامنه رفتارهای آزارنده: تهیه فهرستی از رفتارهای مطرح شده توسط نوجوان و تحلیل آن‌ها، ترغیب نوجوان به بیان احساسات خود در زمان وقوع رفتار و احساس فعلی‌اش از ابراز آن، ارائه تکلیف به نوجوان مبنی بر تهیه فهرست از ۱۰ رفتار خود در فاصله دو جلسه و ثبت و تحلیل پیامد آن، بررسی اشکال رفتار آزار دهنده.
جلسه سوم و چهارم	تحلیل ابعاد شناختی رفتاری و هیجانی رفتار آسیب‌رسان/ افزایش آگاهی نوجوان از ابعاد چندگانه رفتار آسیب‌رسان، توانایی تمیز رفتار، فکر و احساس نوجوان: تحلیل جنبه‌های رفتاری آشکار، احساسی و شناختی برای نوجوان به وسیله درمانگر با ارائه مثال از کنش فردی دیگر، مرور یکی از رفتارهای آسیب‌رسان مطرح شده در جلسات قبلی، ترغیب نوجوان به حدس زدن و تحلیل جنبه‌های رفتاری، شناختی و احساسی آن، بیان تفاوت بین فکر و احساس.
جلسه پنجم	شناسایی باورها و نگرش‌های آسیب‌رسان/ آشنایی با باورهای ناکارآمد، توانایی ردگیری منشأ باورهای ناکارآمد: گسترش ابعاد شناختی با ذکر مثال‌هایی در خصوص اینکه رفتارها از باورها و عقیده‌های افراد نشأت می‌گیرند، مرور یکی از رفتارهای آسیب‌رسان مطرح شده در جلسات قبل و شناسایی باورهای احتمالی تشکیل دهنده آن، تشویق نوجوان به ردگیری منبع باورهای ناکارآمد، تمرین و تقویت مهارت ارائه شده با چند رفتار مطلوب و نامطلوب، ارائه تکلیف به نوجوان مبنی بر تحلیل چند موقعیت از تعاملات خانوادگی بر اساس آموخته‌های این جلسه.
جلسه ششم و هفتم و هشتم	آموزش مدل شناختی/ یادگیری مدل شناختی، گسترش این مدل در تعاملات روزمره: کمک به نوجوان به درک عامل اصلی رفتار بر اساس مدل شناختی ABC با طرح یک موقعیت مشکل‌آفرین، آموزش تغییر رفتار با استفاده از مدل شناختی و با تغییر باورها و عقاید ناکارآمد، تحلیل یکی از رفتارهای آسیب‌رسان مطرح شده در جلسات قبل و شناسایی نقش باورهای ناکارآمد و به چالش کشیدن آن‌ها، ارائه تکلیف به نوجوان مبنی بر ثبت یک رفتار چالش برانگیز در تعاملات خانوادگی و تحلیل آن بر اساس مدل آموخته شده.
جلسه نهم	آموزش مدل حل مسئله / یادگیری مدل حل مسئله، گسترش این مهارت به موقعیت‌های روزمره: قالب‌بندی موقعیت‌های دشوار به عنوان مسائلی که نیاز به راه‌حل دارند، تحلیل یکی از موارد مطرح شده در جلسات قبلی به منظور نشان دادن اینکه در صورت استفاده از راه‌حل سازنده بسیاری از موقعیت‌های دشوار شکل نمی‌گیرند، تشریح

مدل ۵ مرحله‌ای به نوجوان، تشویق نوجوان به تحلیل موقعیت‌ها بر اساس این مدل، اراده تکلیف به نوجوان مبنی بر استفاده از مهارت حل مسئله و تحلیل یکی از موقعیت‌های دشوار بر اساس این مدل.

یافته ها

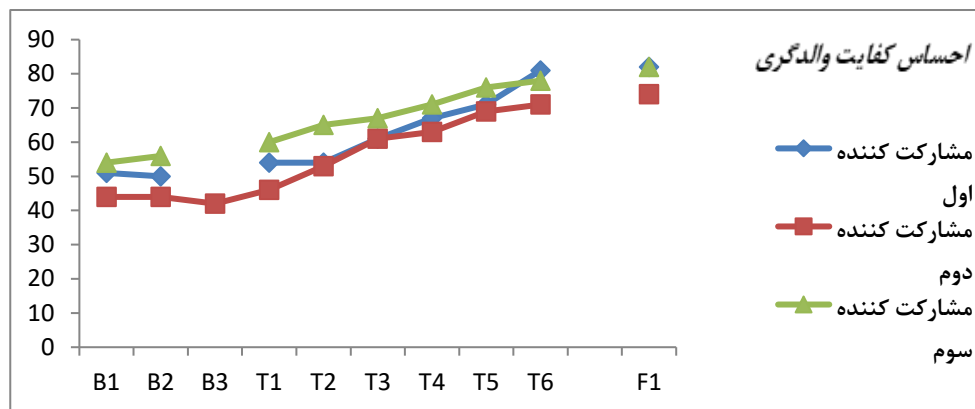
مشارکت کنندگان مطالعه حاضر سه مادر ۳۳، ۳۸ و ۳۷ ساله بودند که به ترتیب فرزند دختر ۱۴، دختر ۱۵ و پسر ۱۳ ساله داشتند. یک نفر از ایشان دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و دو نفر دیپلم بودند. همچنین همه آن‌ها شاغل و بیش از یک فرزند داشتند. جدول ۳، اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان را نشان می‌دهد. جدول شماره ۳- اطلاعات ویژگی‌های جمعیت شناختی مشارکت کنندگان

مشارکت کننده	سن مشارکت کننده	تحصیلات	شغل	تعداد فرزندان	سن فرزند نوجوان	جنسیت فرزند
مشارکت کننده ۱	۳۳	دیپلم	صنایع دستی	۲	۱۴	دختر
مشارکت کننده ۲	۳۸	دیپلم	مریی باشگاه	۲	۱۵	دختر
مشارکت کننده ۳	۳۷	فوق لیسانس	مدرس دانشگاه	۳	۱۳	پسر

جدول شماره ۴ - نشان دهنده نمرات مشارکت کنندگان در مقیاس احساس کفایت والدگری، پیوستگی خانوادگی و انطباق‌پذیری در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری است. همچنین نمرات مربوط به شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی در این جدول قابل مشاهده است.

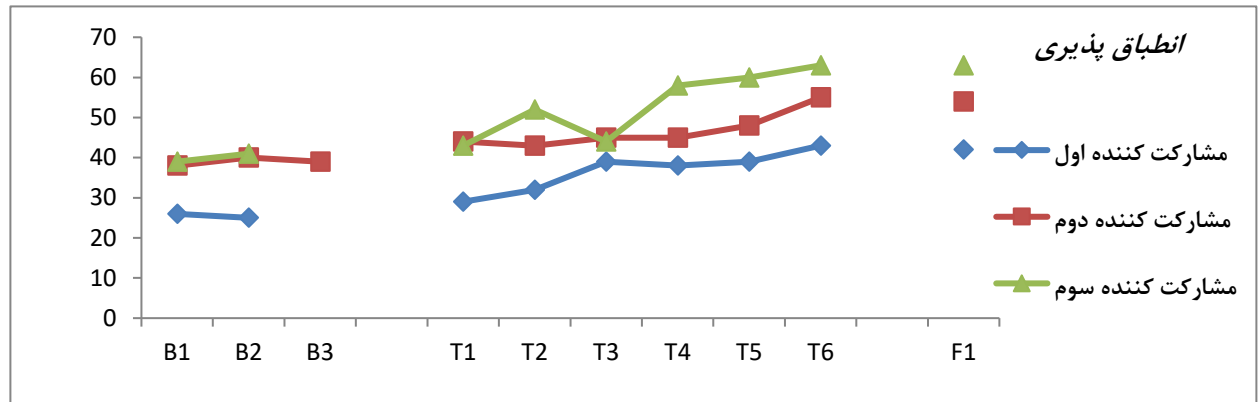
جدول شماره ۴- احساس کفایت والدگری (PSOC)، پیوستگی خانوادگی (COH) و انطباق‌پذیری (ADAP)

آزمودنی	متغیر	خط پایه ۱	خط پایه ۲	خط پایه ۳	مداخله ۱	مداخله ۲	مداخله ۳	مداخله ۴	مداخله ۵	مداخله ۶	میزان بهبودی	شاخص تغییر پایا	پیش‌بینی	میزان بهبودی	شاخص تغییر پایا
اول	PSOC	۵۱	۵۰	-	۵۴	۵۴	۶۱	۶۷	۷۱	۸۱	۲/۱	۲/۴	۸۲	۶/۴	۵/۴
	COH	۳۲	۳۰	-	۳۴	۳۶	۴۲	۳۷	۳۹	۵۰	۲/۱	۲/۴	۴۹	۵/۱	۴/۹
	ADAP	۲۶	۲۵	-	۲۹	۳۲	۳۹	۳۸	۳۹	۴۳	۴/۹	۲/۸	۴۲	۶/۷	۴/۱
دوم	PSOC	۴۴	۴۴	۴۲	۴۶	۵۳	۶۱	۶۳	۶۹	۷۱	۳/۷	۲/۹	۷۴	۷/۹	۵/۳
	COH	۵۲	۴۷	۴۹	۵۰	۴۹	۵۰	۴۷	۵۴	۶۰	۱/۰۵	۰/۹	۵۸	۰/۲	۳/۴
	ADAP	۳۸	۴۰	۳۹	۴۴	۴۳	۴۵	۴۵	۴۸	۵۵	۱/۷	۱/۹	۵۴	۳/۴	۳/۸
سوم	PSOC	۵۴	۵۶	-	۶۰	۶۵	۶۷	۷۱	۷۶	۷۸	۲/۳	۲/۵	۸۲	۴/۱	۴/۷
	COH	۶۰	۶۲	-	۶۳	۶۱	۴۸	۶۲	۶۵	۷۶	۱/۰۲	۰/۴	۷۱	۱/۳	۲/۷
	ADAP	۳۹	۴۱	-	۴۳	۵۲	۴۴	۵۸	۶۰	۶۳	۳/۳	۳/۴	۶۳	۵/۵	۵/۸



نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های مشارکت‌کنندگان در مقیاس احساس کفایت والدگری، در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

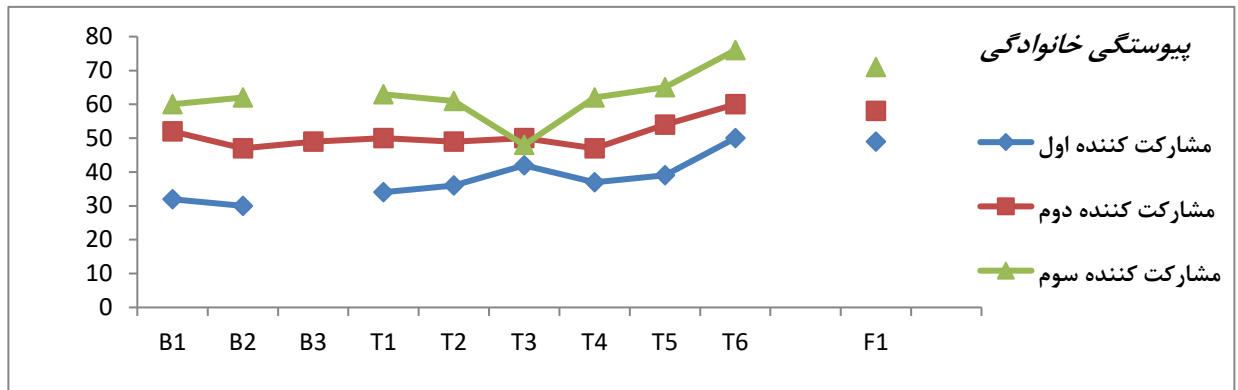
نمودار ۱ نمرات مشارکت‌کنندگان در مقیاس احساس کفایت والدگری را در مراحل سه گانه خط پایه (B) مداخله (T) و پیگیری (F) را نشان می‌دهد. افزایش نمرات در مرحله مداخله نسبت به خط پایه و حفظ این روند در مرحله پیگیری، بیانگر اثربخشی مداخله در ارتقاء احساس کفایت والدگری است. مطابق با ملاک دوگانه‌ی محافظه‌کارانه فیشر و همکاران (Fisher et al., 2003)، زمانی که حداقل شش نقطه داده در مرحله مداخله بالاتر از سطح خط پایه قرار گیرد، تغییر حاصل از مداخله معنادار تلقی می‌شود؛ شرطی که در مورد هر سه مشارکت‌کننده برقرار بوده است. داده‌های جدول ۴ نیز این روند را تأیید می‌کنند. شاخص تغییر پایا (RCI) برای مشارکت‌کنندگان در مرحله مداخله به ترتیب ۲/۴، ۲/۹، ۲/۵ و در مرحله پیگیری ۵/۴، ۵/۳ و ۴/۷ گزارش شده است که با توجه به بالاتر بودن این نمرات از نمره ملاک Z که ۱/۹۶ است، می‌توان تغییرات ایجاد شده در مشارکت‌کنندگان را تغییرات معناداری تلقی کرد. علاوه بر این درصد بهبودی کلی پس از مداخله (۳۱/۴) و پیگیری (۶۰/۸) است که بیانگر معناداری بالینی میزان بهبودی است.



نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های مشارکت‌کنندگان در مقیاس انطباق‌پذیری در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

نمودار ۲ نیز نمرات سه مشارکت‌کننده در مقیاس انطباق‌پذیری را در مراحل سه گانه خط پایه (B) مداخله (T) و پیگیری (F) را نشان می‌دهد. مطابق با ملاک دوگانه‌ی محافظه‌کارانه فیشر و همکاران (Fisher et al., 2003) سیر صعودی نمرات از ابتدای خط پایه تا مرحله پیگیری نشان دهنده اثربخشی مطلوب مداخله بر مشارکت‌کنندگان است. نمرات مربوط به شاخص خط پایا و درصد بهبودی انطباق‌پذیری خانوادگی نیز در جدول ۴ آورده شده و نشان می‌دهد مقدار شاخص تغییر پایا نیز برای مشارکت‌کنندگان به ترتیب در مرحله مداخله ۲/۸، ۱/۰۹، ۳/۴ و در مرحله پیگیری ۴/۱، ۳/۸ و ۵/۸ به دست آمده است که با توجه به بالاتر بودن این نمرات از نمره ملاک Z (۱/۹۶) می‌توان تغییرات ایجاد شده در مشارکت‌کنندگان را تغییرات معناداری به حساب آورد. میزان درصد بهبودی کلی پس از مداخله (۳۲/۳) و پیگیری (۵۳/۳) نیز بیانگر معناداری بالینی میزان بهبودی است.

نمودار ۳. روند تغییر نمره‌های مشارکت‌کنندگان در مقیاس پیوستگی خانوادگی در مراحل خط پایه، مداخله و



پیگیری

با مشاهده نمودارهای ۳ نیز می‌توان نتیجه گرفت که میانگین و سطح نمرات مشارکت‌کننده اول در مرحله مداخله و پیگیری بالاتر از مرحله خط پایه قرار گرفته است و در مقیاس پیوستگی خانوادگی نمرات این مشارکت‌کننده افزایش داشته است. در صورتی که میانگین و سطح نمرات مشارکت‌کننده دوم و سوم در مرحله مداخله پایین‌تر از مرحله خط پایه گزارش شده و پیشرفتی در پیوستگی خانوادگی در نتیجه ارائه بسته مداخلاتی مشاهده نشده است. بر اساس ملاک دوگانه‌ی محافظه‌کارانه‌ی فیشر و همکاران (Fisher et al., 2003) و با توجه به داده‌های گرافیکی موجود می‌توان نتیجه گرفت بسته مداخلاتی حاضر بر پیوستگی خانوادگی مادران اثربخش نبوده است. همچنین همانطور که در جدول ۴ قابل مشاهده است، با توجه به این که مقادیر شاخص تغییر پایای سه مشارکت‌کننده به ترتیب ۲/۴، ۰/۹ و ۰/۴ در مرحله درمان و ۴/۹، ۳/۴ و ۲/۷ در مرحله پیگیری به دست آمده است، می‌توان نتیجه گرفت این مقادیر در سطح آماری $P < 0.05$ برای مشارکت‌کننده دوم و سوم معنادار نیستند. درصد بهبودی کلی مشارکت‌کنندگان نیز در مرحله درمان ۹/۴ و در مرحله پیگیری ۲۴/۹ محاسبه شده که بیانگر عدم دستیابی به سطح معناداری بالینی در میزان بهبودی است.

نتیجه

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه‌ی مداخله در مادرآزاری بر احساس کفایت والدگری، انطباق‌پذیری و پیوستگی خانوادگی صورت پذیرفت. یافته‌ها نشان داد، ارائه برنامه‌ی مداخله در مادرآزاری

می‌تواند منجر به افزایش احساس کفایت والدگری و انطباق‌پذیری خانوادگی می‌شود. هر چند بر افزایش پیوستگی خانوادگی مادران آزاردیده اثر بخش نبود. اثربخشی برنامه‌ی مداخله در مادرآزاری بر احساس کفایت والدگری و انطباق‌پذیری همسو با پژوهش عباس‌پور و همکاران (Abbaspour et al., 2024b) است که نشان دادند ارائه این برنامه می‌تواند منجر به کاهش مادرآزاری در خانواده‌های درگیر شود. همچنین این یافته همسو با ادعای مورگان و جینز (Morgan & Janes, 2024) مبنی بر توجه به پیچیدگی‌ها و پویایی‌های خانواده در مداخلات مرتبط با والد آزاری است. عدم اثربخشی بسته مداخله بر پیوستگی خانوادگی نیز ناهمسو با مطالعه گودرام و همکاران (Goodrum et al., 2020) مبنی بر اینکه مداخلات مبتنی بر خانواده برای کاهش رفتارهای پرخطر نوجوانان، احتمالاً پیوستگی خانوادگی در خانواده را بهبود می‌بخشد است.

اقدامات آزارگرانه فرزند بر علیه مادر قربانی، بیش از هر چیز، احساس خودسرزنشگری مادران را فعال سازد و باعث شود آن‌ها با خود بیندیشند که علت اصلی رفتارهای آزارگرانه فرزندشان، عدم کفایت و صلاحیت ایشان در تربیت صحیح و سازنده بوده است. مداخله در مادرآزاری مانع رفتارهای آسیب‌رسان و آزارهای کلامی و غیرکلامی فرزند شده و در نتیجه خودسرزنشگری مادران آزاردیده کاسته شده و موجب می‌شود این مادران کمتر صلاحیت و شایستگی خود در والدگری را نقد کنند؛ و در نهایت، احساس کفایت والدگری بیشتری نمایند. به عبارت دیگر مادران پس از اینکه تأثیر مثبتی بر روی رفتار فرزندشان مشاهده می‌نمایند، اعتماد بیشتری به توانایی‌های خودشان در ایفای نقش مادری و مسئولیت‌های خواهند کرد و رضایت بالاتری نسبت به توانایی خود در روابط والد - فرزندی را نشان می‌هند (Vasel, 2022)

به عنوان نمونه مادر دومین مشارکت‌کننده در چهارمین جلسه ویژه والدین این گونه بیان کرد که:

«من فکرش رو نمی‌کردم روزی بشه دخترم بیاد از من یا باباش تشکر کنه و باهامون حرف بزنه یه جورایی من دیگه این اواخر قید بچه‌ام رو زده بودم و ناامید شده بودم، چون واقعاً حس می‌کردم هیچ کنترلی روی تربیتش ندارم همش می‌گفتم من کجا اشتباه کردم که دخترم اینجوری بزرگ شد اما الان خیلی حس بهتری نسبت به خودم دارم.»

مشارکت‌کننده سوم نیز با توجه به اینکه نامادری و مراقب فرزند نوجوان بود در ابتدای جلسات بیان می‌کرد که فکر می‌کند نمی‌تواند مادر خوبی برای فرزندان همسرش باشد و با رفتار آزاردهنده فرزند نوجوان نسبت به وی، احساس گناه و خودسرزنشگری به دلیل عدم توانایی و رضایتش در نقش والدگری تشدید می‌شد. او در سومین

جلسه ویژه والدین بیان کرد که اعتماد بیشتری نسبت به توانایی خود در نقش مادری دارد و توانسته ارتباط بهتری با فرزند نوجوان برقرار کند.

در رابطه با مشارکت کنندگان پژوهش تلاش می‌شود باورهای ناکارآمد شناختی مانند شخصی‌سازی مشکلات را کنار گذاشته و با تغییر شناخت و جداسازی خود از مشکل، زمینه‌ساز تجربه احساسات بهتر و بهبود شرایط شوند. مادر دومین مشارکت‌کننده معتقد بود همیشه به خاطر رفتارهای بدی که در کودکی با فرزندش داشته خود را سرزنش می‌کرده و همواره خود را مقصر آسیب‌های فعلی می‌دانسته است، درحالی که در نتیجه جلسات و دیدن تصویر کلی‌تر، احساس بهتری نسبت به خود پیدا کرده است.

گزارش‌ها نشان می‌دهد در سیستم خانواده، اعضای آن روی هم اثر می‌گذارند و از هم اثر می‌پذیرند. با توجه به اینکه پرید و همکاران (Preyde et al., 2011) در طی پژوهش خود اشاره می‌کنند که رفتارهای فرزندان بر کیفیت زندگی همه اعضای خانواده و ادراک والدین اثر می‌گذارد و والدین با فرزندان دارای مشکلات رفتار برون‌سازی خانه‌های خود را پر آشوب و استرس‌زا گزارش کرده‌اند. استفاده از رویکرد سیستمی خانواده، در این مداخله نقطه قوت برنامه مداخله در مادرآزاری در ارتباط با حس کفایت والدگری محسوب می‌شود.

زمانی که اعضای خانواده دور یک اتاق نشسته و به کمک درمانگر هیجانات اولیه خود را ابراز کرده، تجربه واقعی خود را به اشتراک می‌گذارند. در نتیجه‌ی این امر، مادران آزاردیده ضمن آگاهی از احساسات سایر اعضا، قدرت همدلی و همراهی بیشتری با تجارب خود و سایرین را پیدا کرده و احساس کفایت والدگری وی بهبود خواهد یافت. مادر اولین مشارکت‌کننده با بیان اینکه هرگز فکرش را نمی‌کرده فرزندش چنین احساساتی را تجربه کرده باشد و با شنیدن آن‌ها متعجب شده است، از اهمیت تجربه هیجان‌های واقعی می‌گوید.

در مجموع می‌توان گفت برنامه مداخله در مادرآزاری توانسته با ایجاد احساس نوعی کنترل بر ارتباط مادر و فرزندی مادران آزاردیده و کمک به مدیریت روابط در موقعیت‌های بحرانی موجب شود مادران احساس کنند قدرت اثرگذاری در شرایط و اعمال وظایف موجود در نقش‌های والد را دارند و در نتیجه احساس کفایت و توانمندی در این حوزه را تجربه نمایند. هر سه مشارکت‌کننده در گزارش‌های خود از بهبود رابطه و امکان گفت‌وگو در خصوص موقعیت و وضعیت فرزند صحبت کردند. سومین مشارکت‌کننده بیان می‌کند فرزندش حتی کوچک‌ترین مسائل مربوط به مدرسه و تحصیل خود را در خانه مطرح نمی‌کرده است، اما اکنون از کلیه روابط و اتفاقاتی که در بیرون برایش افتاده برای مادرش صحبت می‌کند و این موضوع برایش بسیار خوشایند است.

در خصوص اثربخشی برنامه‌ی مداخله در مادرآزاری بر انطباق‌پذیری نیز باید گفت از آن جهت که والدآزاری به عنوان یک موقعیت بحرانی در رابطه والد و فرزند، موجب می‌شود ساختار و نقش‌های خانواده دچار اختلال شده و امکان رهبری مناسب خانواده در نتیجه فروپاشی ساختار خانواده مختل شود، برنامه‌ی مداخله در مادرآزاری به اعضای خانواده کمک می‌کند با بازتعریف نقش‌ها و زیرنظام‌های خانواده، وظایف هر عضو در موقعیت‌های مختلف مشخص باشد و امکان موضع‌گیری و چیش درست و ارائه پاسخ مناسب به موقعیت‌های مختلف زندگی فراهم شود. سومین مشارکت‌کننده در این خصوص بیان می‌کند:

«خیلی از موقعیت‌ها، تصمیماتی که می‌گیریم تصمیم من نیست و فقط برای از واکنش دخترم نگران و دوست ندارم اوضاع بدتر بشه و تو روی من قرار بگیری، کوتاه میام؛ حتی زمان‌هایی که مطمئنم این تصمیم اوضاع را برای ما بدتر میکنه».

همچنین به نظر می‌رسد برنامه‌ی مداخله در مادرآزاری با کاهش اضطراب مادر در انجام وظایف والدگری، زمینه انطباق مطلوب‌تر ایشان با چالش‌های جدید خانوادگی را افزایش می‌دهد. این مداخله با تقویت کیفیت روابط خانوادگی، امکان گفت‌وگو و حل‌سازنده تعارض و در نتیجه پاسخ مطلوب‌تر به آن را ممکن می‌سازد. به عبارتی دیگر، به نظر می‌رسد مادران با رهایی از ترس و نگرانی اعمال وظایف والدینی و اجتناب از آن برای گریز از موقعیت‌هایی که می‌تواند به والدآزاری ختم شود، نقش فعال‌تری در موقعیت‌های چالش برانگیز به خود گرفته و امکان مواجهه مطلوب با آن را دارند. در خصوص مؤلفه‌های بسته مداخله‌ای که زمینه ساز این تغییر است، مجدداً باید به کل‌نگری و درگیری همه اعضای خانواده در درمان، تکلیف محور بودن و استفاده التقاطی از رویکردهای شناختی و هیجان مدار که موجب می‌شود کلیت رفتار انسان در نظر گرفته شود، اشاره کرد.

در خصوص عدم اثربخشی برنامه‌ی مداخله در مادرآزاری بر پیوستگی خانوادگی می‌توان این‌گونه استدلال کرد که پیوستگی خانوادگی، بر خلاف کفایت والدگری و انطباق‌پذیری، سازه‌ای است که ترمیم و اصلاح آن در روابط اعضای خانواده، نیازمند زمان بیشتری است. به عبارت دیگر، به نظر می‌رسد مشاهده اثرات تغییر در مفاهیمی چون احساس کفایت والدگری و انطباق‌پذیری خانوادگی، بسیار فوری‌تر از مفهومی چون پیوستگی خانوادگی است و برای اینکه اعتماد و علاقه و حمایت اعضای خانواده بهبود یابد و به طور معناداری افزایش پیدا کند، تکرار تجربه‌های موفق بسیار بیشتری مورد نیاز است. به عبارت دیگر، به نظر می‌رسد سنجش پیوستگی خانوادگی در خانواده‌های مانند خانواده‌های پژوهش حاضر که شدت آسیب زیاد بوده و بازیابی انسجام و

پیوستگی دشوار است، نیازمند پیگیری‌های بلندمدت باشد. چنانچه در مرحله پیگیری در یکی از مشارکت-کنندگان بهبودی نسبی مشاهده شد. همان‌طور که نجاری و همکاران (Najjari et al., 2023) بیان کرده‌اند، با توجه به اینکه نوجوانان اگر والدین خود را سرد و یا متخاصم بدانند و این باور شکل بگیرد، به احتمال بیشتری زورگویی و آزار رساندن را پیش می‌گیرند، نشان می‌دهد که احتمالاً این باورها به سختی تغییر پیدا می‌کنند و باور به داشتن خانواده‌ای با پیوند عاطفی قوی، نیازمند زمان و جلسات بیشتری است.

علاوه بر این، در تبیین این مسئله می‌توان به شرایط خاص برخی از مشارکت‌کنندگان از جمله سابقه زندانی شدن پدر، مشاهده خیانت پدر یا مادر توسط فرزند و موضوعاتی این‌چنینی اشاره کرد که موجب می‌شود بازیابی پیوستگی خانوادگی بسیار دشوار شده و نیازمند درمان تروماهای تجربه شده باشد. علاوه بر این، وضعیت اجتماعی - اقتصادی نیز از جمله موضوعات مهمی هستند که نشان داده شده است می‌توانند تأثیر عمده‌ای بر پیوستگی خانوادگی داشته باشند (Spitz & Steinhausen, 2023) و ممکن است نتایج تحت تأثیر این متغیرها بوده باشد.

آنجایی که در طرح‌های تک آزمودنی نیاز به اجرای مکرر مقیاس‌ها برای تعیین خط پایه و مداخله و پیگیری است، ممکن است اجرای مکرر آزمون‌ها نتایج آن را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین از آنجایی که در پژوهش حاضر نمونه‌ها محدود به سه خانواده، مادران و نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله بود، در تعمیم نتایج باید احتیاط شود و برای اطمینان از اثربخشی برنامه‌ی مداخله در مادرآزاری باید اثربخشی آن در نمونه‌های دیگر و با ویژگی‌های جمعیت شناختی متفاوت مورد ارزیابی قرار بگیرد. علاوه بر این عدم پیگیری بلند مدت نتایج درمانی در پژوهش حاضر از دیگر محدودیت‌های آن است، و پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی ضمن اجرای بسته مداخلاتی ارائه شده بر روی مشارکت‌کنندگانی با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متفاوت، از برنامه پیگیری بلندمدت به منظور اطمینان از ماندگاری تغییرات استفاده شود. همچنین با توجه به اینکه برنامه مداخله در مادرآزاری تدوین شده داخلی و مبتنی بر بافت است، پیشنهاد می‌شود اثربخشی آن با سایر برنامه‌های مداخلاتی مورد مقایسه و بررسی قرار بگیرد.

References

- Abbaspour, Z., Karimi, S., & Sodani, M. (2024a). Prevalence of Parent Abuse in High School Boy Students during the Coronavirus Pandemic. *Journal of Ilam University of Medical Sciences: Volume*, 31(6).
- Abbaspour, Z., Khojasteh Mehr, R., Rajabi, G., Alipour, S., Attari, Y. A., & Hasan Rahmani, A. (2014). The effectiveness of family-based cognitive behavioral therapy and solution-focused therapy on suicidal ideation, depression signs, family cohesion and adaptability of suicide attempters. *Family Counseling and Psychotherapy*, 4(2), 185–227. <https://doi.org/https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.22516654.1393.4.2.1.2>
- Abbaspour, Z., Poursardar, F., Ghanbari, Z., Shahuri, S., & Shadfar, A. (2018). Development and validation of parent abuse scale (boy-mother). *Quarterly of Educational Measurement*, 9(31), 33–46. <https://doi.org/https://doi.org/10.22054/jem.2018.25002.1611>
- Abbaspour, Z., Vasel, G., Khojasteh Mehr, R., & Amanelahi, A. (2024b). Development of a Psycho-Educational Intervention Program Designed to Mother Abuse and its Effectiveness on Mother Abuse. *Family Counseling and Psychotherapy*, 13(2), 1–30. <https://doi.org/https://doi.org/10.22034/fcp.2024.139408.2173>
- Abbaspour, Z., Vasel, G., & Khojastehmehr, R. (2021). Investigating the lived experiences of abused mothers: a phenomenological study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 10(2), 108–114. <https://doi.org/https://doi.org/10.22062/jqr.2021.193653.0>
- Abdollahpour, N., Seyedfatemi, N., HakimShooshtari, M., & Mehran, A. (2017). The effect of education on sense of competence of mothers of children with hyperactivity disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 5(4), 19–26. <https://doi.org/https://doi.org/10.22034/fcp.2024.139408.2173>
- Arias-Rivera, S., & Hidalgo García, V. (2020). Theoretical framework and explanatory factors for child-to-parent violence. A scoping review. <https://doi.org/https://doi.org/10.6018/analesps.338881>
- Arias-Rivera, S., Lorence, B., & Hidalgo, V. (2022). Parenting skills, family functioning and social support in situations of child-to-parent violence: A scoping review of the literature. *Journal of family violence*, 37(7), 1147–1160. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10896-021-00316-y>
- Baker, H. (2012). Problematising the relationship between teenage boys and parent abuse: Constructions of masculinity and violence. *Social Policy and Society*, 11(2), 265–276. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S1474746411000583>
- Beckmann, L. (2020). Family relationships as risks and buffers in the link between parent-to-child physical violence and adolescent-to-parent physical violence. *Journal of family violence*, 35(2), 131–141. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10896-019-00048-0>
- Buchanan-Pascall, S., Melvin, G. A., Gordon, M. S., & Gray, K. M. (2023). Evaluating the effect of parent-child interactive groups in a school-based parent training program: Parenting behavior, parenting stress and sense of competence. *Child Psychiatry &*

- Human Development*, 1–19. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10578-021-01276-6>
- Burgos-Benavides, L., Cano-Lozano, M. C., Ramírez, A., Contreras, L., & Rodríguez-Díaz, F. J. (2024). To what extent is child-to-parent violence known in Latin America? A systematic review and meta-analysis. *Rev. Iberoam. Psicol. Salud*, 15, 80–95. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.23923/j.rips.2024.02.078>
- Calvete, E., Orue, I., & Gámez-Guadix, M. (2013). Child-to-parent violence: Emotional and behavioral predictors. *Journal of interpersonal violence*, 28(4), 755–772.
- Cortina, H., & Martín, A. M. (2020). The behavioral specificity of child-to-parent violence.
- Cottrell, B. (2001). *Parent abuse: The abuse of parents by their teenage children*. Family Violence Prevention Unit, Health Canada.
- De Graaf, H., Van de Schoot, R., Woertman, L., Hawk, S. T., & Meeus, W. (2012). Family cohesion and romantic and sexual initiation: A three wave longitudinal study. *Journal of youth and adolescence*, 41, 583–592. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10964-011-9708-9>
- Engel, R. J., & Schutt, R. K. (2016). *The practice of research in social work*. Sage Publications.
- Fisher, W. W., Kelley, M. E., & Lomas, J. E. (2003). Visual aids and structured criteria for improving visual inspection and interpretation of single-case designs. *Journal of applied behavior analysis*, 36(3), 387–406. <https://doi.org/https://doi.org/10.1901/jaba.2003.36-387>
- Fosco, G. M., & Lydon-Staley, D. M. (2020). Implications of family cohesion and conflict for adolescent mood and well-being: Examining within-and between-family processes on a daily timescale. *Family process*, 59(4), 1672–1689. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/famp.12515>
- Gao, Y., Wang, Y., Wang, Z., Ma, M., Li, H., Wang, J., Liu, J., Qian, H., Zhu, P., & Xu, X. (2024). Family intimacy and adaptability and non-suicidal self-injury: a mediation analysis. *BMC psychiatry*, 24(1), 210.
- Gibaud-Wallston, J. (1977). *Self-esteem and situational stress: factors related to sense of competence in new parents*. Peabody College for Teachers of Vanderbilt University.
- Goodrum, N. M., Smith, D. W., Hanson, R. F., Moreland, A. D., Saunders, B. E., & Kilpatrick, D. G. (2020). Longitudinal relations among adolescent risk behavior, family cohesion, violence exposure, and mental health in a national sample. *Journal of abnormal child psychology*, 48, 1455–1469. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10802-020-00691-y>
- Ibabe, I., Arnoso, A., & Elgorriaga, E. (2019). Programa de intervención precoz en situaciones de violencia filio-parental: descripción, protocolización y evaluación. *Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz*.
- Ibabe, I., Arnoso, A., & Elgorriaga, E. (2023a). Early intervention program in youth-to-parent aggression: clinically relevant long-term changes. *Journal of family violence*, 38(7), 1273–1285. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10896-022-00447-w>

- Ibabe, I., Arnoso, A., Elgorriaga, E., & Asla, N. (2023). Evaluation report of early intervention program in situation of child-to-parent abuse: parents and children as participants. *Journal of family studies*, 29(1), 77–96. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/13229400.2021.1872404>
- Ibabe, I., & Bentler, P. M. (2016). The contribution of family relationships to child-to-parent violence. *Journal of family violence*, 31, 259–269. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10896-015-9764-0>
- Kaasbøll, J., Thaulow, K., & Reedtz, C. (2024). Parenting sense of competence and associated factors among parents facing adversity in Norway: a cross-sectional study. *Children and Youth Services Review*, 163, 107806. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.107806>
- Karp, S. M., Lutenbacher, M., & Wallston, K. A. (2015). Evaluation of the parenting sense of competence scale in mothers of infants. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 3474–3481. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10826-015-0149-z>
- Kennedy, T. D., Edmonds, W. A., Dann, K. T., & Burnett, K. F. (2010). The clinical and adaptive features of young offenders with histories of child-parent violence. *Journal of family violence*, 25, 509–520. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10826-015-0149-z>
- Margolin, G., & Baucom, B. R. (2014). Adolescents' aggression to parents: Longitudinal links with parents' physical aggression. *Journal of Adolescent Health*, 55(5), 645–651. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.05.008>
- Marison, F., DY R, & Vernon, Y., Dy. (2022d). Parenting Stress, Family Adaptability, Family Cohesion, and Family Communication of Parents of a Preschool Laboratory. *International Journal of Arts Humanities and Social Sciences Studies*, 7(3).
- Morgan, G., & Janes, J. (2024). Understanding the importance of therapeutic interventions to support families experiencing child-to-parent abuse: process evaluation insight from the parallel lives programme. *Safer Communities*(ahead-of-print). <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/SC-07-2024-0045>
- Moulds, L., Day, A., Mayshak, R., Mildred, H., & Miller, P. (2019). Adolescent violence towards parents—Prevalence and characteristics using Australian Police Data. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 52(2), 231–249. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0004865818781206>
- Najjari, E., Ashouri, A., Zahedi, K., & Gharree, B. (2023). The mediating role of parenting styles in the relationship between family adaptability and cohesion and cyberbullying in adolescents. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 12(3).
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of family therapy*, 22(2), 144–167. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/jfr.12331>
- Preyde, M., Cameron, G., Frensch, K., & Adams, G. (2011). Parent–child relationships and family functioning of children and youth discharged from residential mental health treatment or a home-based alternative. *Residential Treatment for Children & Youth*, 28(1), 55–74. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10896-022-00447-w>

- Rogers, M. M., & Ashworth, C. (2024). Child-to-parent violence and abuse: A scoping review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(4), 3285–3298. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/15248380241246033>
- Skvortsov, A., & Romashchuk, A. (2015). Single case studies as a means for developing psychological theories. *PsyCh Journal*, 4(4), 231–242. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/pchj.117>
- Spitz, A., & Steinhausen, H.-C. (2023). Development of family adaptability and cohesion from adolescence to young adulthood and associations with parental behavior. *Journal of Child and Family Studies*, 32(7), 2036–2045. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10826-023-02562-8>
- Toole-Anstey, C., Keevers, L., & Townsend, M. L. (2023). A systematic review of child to parent violence interventions. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(2), 1157–1171. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/15248380211053618>
- Vasel, G. (2022). *Development of a psycho-educational intervention program designed to mother abuse and its effectiveness on mother abuse parenting competence and family cohesion* Shahid Chamran University of Ahvaz]. Ahvaz, Iran. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/e786c7b6aebb1afa6c731c340f40fc52>



The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Childbirth Self-Efficacy, Anxiety, and Sexual satisfaction in Pregnant Women with Pregnancy-Related Anxiety

Fatemeh Askari Dolat Abadi

M.A.Student in General psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Science, Ardakan University, Yazd, Ardakan, Iran. Email: as.fatemeh76@gmail.com

Azadeh Choobforoushzade

Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.. (Corresponding Author), Email: azadechoobforoush@ardakan.ac.ir

Mohammad Hosein Barkhordary Dashtkhaki

MA. Student in Rehabilitation Counseling, Department of Counseling, Ardakan University, Ardakan, Iran. Email: mohammadho3ein8708@stu.ardakan.ac.ir

Received: 2024-05-19 Revised: 2025-08-05 Accepted: 2025-11-08 Published: 2025-12-30

Citation: Askari Dolat Abadi, F., Choobforoushzade, A. & Barkhordary Dashtkhaki, M. (2025). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Childbirth Self-Efficacy, Anxiety, and Sexual satisfaction in Pregnant Women with Pregnancy-Related Anxiety. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 15(2), 128-149. doi: 10.22067/tpccp.2025.93403.1783

Abstract

Introduction

Pregnancy is a delicate period accompanied by substantial physiological and psychological transformations, which can result in the onset of anxiety disorders (Viswasam et al., 2019; Hadfield et al., 2022). The selection of pregnant women with anxiety as the target population is imperative due to the elevated vulnerability of this demographic to the adverse consequences of anxiety and the paramount importance of maternal and fetal mental health. Pregnancy anxiety has been demonstrated to exert a detrimental influence on the daily lives of affected individuals, their social relationships, and maternal and child mental health, potentially culminating in adverse outcomes such as preterm birth and low birth weight (Chandra et al., 2020; Becker et al., 2021). Furthermore, sexual satisfaction and childbirth self-efficacy have been identified as pivotal factors in mental health and a positive pregnancy experience, which can be influenced by anxiety (Gagné et al., 2021; Shoja et al., 2020). Psychological interventions, particularly compassion-focused therapy, have been shown to be efficacious in reducing pregnancy anxiety and enhancing sexual satisfaction and childbirth self-efficacy (Kolts et al., 2018; Abbaszadeh et al., 2023). The present study aims to investigate the effects of compassion-focused therapy on reducing pregnancy anxiety, increasing childbirth self-efficacy, and promoting sexual satisfaction in anxious pregnant women, thereby determining the role of this psychological intervention in improving maternal mental health. This objective is of particular importance due to the recognized benefits of reducing anxiety and improving psychological indicators during pregnancy.

Method

The present quasi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population comprised pregnant women who sought medical attention at health centers in Rafsanjan city and were subsequently divided into two groups



©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.

of 20 subjects. These subjects were assigned to either an intervention group, which underwent eight 90-minute sessions of compassion-focused therapy grounded in the Gilbert model, or a control group. The inclusion criteria encompassed the following: subjects had to be in the second trimester of pregnancy, literate, and not diagnosed with any psychological disorders. Informed consent was also a prerequisite for participation. The data were collected using the following instruments: the Childbirth Self-Efficacy Inventory (Lowe & Anderson, 2000), the Pregnancy Related Anxiety Questionnaire (Van den Bergh, 1989), and the Index of Sexual Satisfaction (Hudson et al., 1981). After confirming the reliability and validity of the instruments, the data were analyzed using descriptive statistical methods and analysis of covariance.

Findings

The results of univariate analysis of covariance demonstrated that compassion-focused therapy significantly increased childbirth self-efficacy ($F=48.748$, $p<0.001$), reduced pregnancy anxiety ($F=8.552$, $p=0.006$), and improved sexual satisfaction ($F=17.761$, $p<0.001$) in pregnant women. The post-test scores of the experimental group were significantly higher (in self-efficacy and sexual satisfaction) and lower (in pregnancy anxiety) than the pre-test and control group scores, confirming the positive effect of the intervention. Furthermore, the findings of the subsequent phase indicated that the impact of the intervention persisted over time. The efficacy of compassion-focused therapy on childbirth self-efficacy ($F=46.123$, $p<0.001$), pregnancy anxiety ($F=7.994$, $p=0.008$), and sexual satisfaction ($F=16.872$, $p<0.001$) was sustained until the follow-up stage. These findings suggest that compassion-focused therapy exerts a statistically significant and enduring effect on enhancing childbirth self-efficacy, mitigating pregnancy anxiety, and augmenting sexual satisfaction in pregnant women. The findings further indicate that compassion-focused therapy can be utilized as an efficacious approach to enhance mental health and quality of life during pregnancy.

Discussion

The findings of the study indicated that compassion-focused therapy led to a significant enhancement in childbirth self-efficacy, a reduction in pregnancy anxiety, and an improvement in sexual satisfaction among anxious pregnant women. These findings are consistent with those reported in several studies (Jafari et al., 2024; Heydari et al., 2023; Abbaszadeh et al., 2023; Safarinia et al., 2021; Hasani et al., 2021; Amiri Rad et al., 2020; Sauer, 2023; Erbil, 2022; Samios et al., 2021). The present study's findings align with extant research on the efficacy of interventions to enhance childbirth self-efficacy (Erbil, 2022; Samios et al., 2021; Hosseinimehr et al., 2021; Ebrahimifar et al., 2019). Similarly, the results of the present study are consistent with the findings of research on the efficacy of interventions to reduce pregnancy anxiety (Abbaszadeh et al., 2023; Sauer, 2023; Gilbert & Procter, 2006; Penlington, 2019; Monteiro et al., 2019; Hadi Ghanavat, 2019). Furthermore, the present study's findings are consistent with the findings of research on the efficacy of interventions to promote sexual satisfaction (Safarinia et al., 2021; Hasani et al., 2021; Amiri Rad et al., 2020). Compassion-focused therapy has been demonstrated to enhance women's belief in their ability to manage childbirth, reduce anxiety, and improve sexual satisfaction. This effect is achieved by strengthening self-compassion, reducing self-criticism, increasing emotional acceptance, and fostering psychological security. Furthermore, it has been

demonstrated to enhance their resilience to the pressures associated with pregnancy by exerting a positive influence on cognitive and emotional mechanisms. The implementation of compassion-focused therapy as a complementary mental health program alongside routine prenatal education in health and medical centers is suggested in order to improve the pregnancy experience, preparation for childbirth, and quality of life of couples.

Keywords: Pregnancy anxiety, pregnancy, childbirth self-efficacy, sexual satisfaction, compassion-focused therapy

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دسترسی آزاد

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

مقاله پژوهشی



اثربخشی شفقت درمانی بر خودکارآمدی زایمان، اضطراب و رضایت جنسی زنان باردار دارای اضطراب بارداری

فاطمه عسکری دولت‌آبادی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران. as.fatemeh76@gmail.comآزاده چوب فروش زاده 

دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران. (نویسنده مسئول)،

azadechoobforoush@ardakan.ac.irمحمدحسین برخوردار دشتخاکی دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران. mohammadho3ein8708@stu.ardakan.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۲۹	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۳۰	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۱۴	تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۱۰/۰۹
استناد: عسکری دولت‌آبادی، فاطمه؛ چوب فروش زاده، آزاده؛ برخوردار دشتخاکی، محمدحسین. (۱۴۰۴). اثربخشی شفقت درمانی بر خودکارآمدی زایمان، اضطراب و رضایت جنسی زنان باردار دارای اضطراب بارداری. <i>پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره</i> ، ۱۵(۲)، ۱۴۹-۱۲۸. doi: 10.22067/tpccp.2025.93403.1783			

چکیده

هدف: هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی شفقت درمانی بر خودکارآمدی زایمان، اضطراب و رضایت جنسی زنان باردار مضطرب بود.

روش: این مطالعه به روش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شد. نمونه پژوهش شامل ۴۰ زن باردار دارای اضطراب بارداری بود که در پاییز ۱۴۰۳ به مراکز بهداشت مراجعه کرده بودند. شرکت کنندگان به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای از میان ۱۲ مرکز بهداشت انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) گمارده شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های اضطراب بارداری، رضایت جنسی و خودکارآمدی زایمان استفاده شد. ابتدا، این پرسش‌نامه‌ها در شرایط یکسان برای هر دو گروه اجرا شد. سپس گروه آزمایش در یک برنامه آموزش شفقت درمانی ۸ جلسه‌ای شرکت کرد، درحالی‌که گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار گرفت. پس از پایان جلسات، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داده که شفقت درمانی در گروه آزمایش موجب کاهش اضطراب بارداری و بهبود رضایت جنسی و خودکارآمدی زایمان شده است.

نتیجه: براین اساس، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش شفقت‌درمانی در مراکز مراقبتی زنان باردار می‌تواند به کاهش مشکلات مرتبط با بارداری، از جمله اضطراب بارداری، کاهش استرس‌زایمان و بهبود رضایت جنسی منجر شود.

کلیدواژه‌ها: اضطراب بارداری، بارداری، خودکارآمدی زایمان، رضایت جنسی، شفقت‌درمانی

مقدمه

بارداری^۱ دوره‌ای حساس برای زنان است و تغییرات فیزیولوژیکی و روان‌شناختی قابل‌توجهی در این دوران رخ می‌دهد (Viswasam et al., 2019). همچنین، زنان در دوران بارداری در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به بیماری‌های روانی قرار دارند (Hadfield et al., 2022). مطالعات نشان داده‌اند که درصد قابل‌توجهی از زنان در این دوران علائم اضطراب^۲ شدیدی را تجربه می‌کنند (Viswasam et al., 2019) نگرانی در مورد رشد جنین، مسئولیت‌های آینده، و نقش مادری می‌تواند آن‌ها را در معرض مشکلات روان‌شناختی مختلفی مانند تغییرات خلقی، خستگی، اختلالات هیجانی، اضطراب-افسردگی مختلط و اضطراب مرتبط با بارداری قرار دهد (Bjelica et al., 2018).

یکی از انواع اضطراب که تاکنون توجه کافی به آن نشده است، اضطراب ویژه بارداری^۳ است. در این شرایط، زنان باردار دچار نگرانی و ترس درباره بارداری، زایمان، سلامت نوزاد، مسئولیت‌های فرزندپروری، مراقبت‌های بهداشتی و نقش مادری می‌شوند (Chandra & Nanjundaswamy, 2020)، راموس و همکاران (Ramos et al., 2019). برآوردها نشان می‌دهند که علائم اضطراب در بارداری شایع است و حدود ۱۵ درصد از زنان باردار معیارهای تشخیصی یکی از اختلالات اضطرابی را دارند (Dennis et al., 2017). درحالی‌که اضطراب خفیف در بارداری می‌تواند به آمادگی زنان برای مادر شدن کمک کند، اما شدت بالای آن می‌تواند تأثیر منفی بر زندگی روزمره، روابط اجتماعی و روان‌شناختی زنان باردار داشته باشد (Evans et al., 2022). افزون بر این، اضطراب بارداری نه تنها مادر را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه می‌تواند موجب زایمان زودرس (Chandra & Nanjundaswamy, 2020) و کاهش طول دوره بارداری شود (Becker et al., 2023) و همچنین پیامدهای بلندمدتی برای فرزندان به همراه داشته باشد (Grigoriadis et al., 2018). مطالعات نشان داده‌اند که فرزندان مادرانی که سطوح بالایی از اضطراب بارداری را تجربه می‌کنند، بیشتر در معرض زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد و مشکلات عاطفی و رفتاری در دوران کودکی و حتی بعد از آن قرار دارند (Kartal & Oskay, 2017). با توجه به پیامدهای منفی اضطراب بارداری،

1. pregnancy

2. Anxiety

3. Pregnancy-specific anxiety

مداخلات روان‌شناختی مختلفی برای کاهش این اضطراب موردبررسی قرار گرفته‌اند. در این میان، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شفقت‌درمانی می‌تواند تأثیر مثبتی بر کاهش اضطراب و افسردگی داشته باشد (Aghalar & Akrami, 2022).

بارداری همچنین می‌تواند تغییراتی در فعالیت جنسی^۱ والدین ایجاد کند. کاهش یا توقف فعالیت جنسی در این دوران امری رایج است (Fuchs et al., 2019). رابطه جنسی نقش مهمی در زندگی انسان دارد و بر ابعاد مختلف زندگی فردی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد (Loew et al., 2018). رضایت جنسی که به‌عنوان یک پاسخ عاطفی ناشی از ارزیابی ذهنی فرد از ابعاد مثبت و منفی رابطه جنسی تعریف می‌شود (Gagné et al., 2021)، می‌تواند در بهزیستی روانی زنان باردار نقش کلیدی ایفا کند. زندگی جنسی رضایت‌بخش نه تنها به حفظ و بهبود روابط زوجین کمک می‌کند، بلکه بر عزت‌نفس و سلامت روانی زنان باردار نیز تأثیر مثبت دارد (Branecka-Woźniak et al., 2020). باین‌حال، عوامل متعددی مانند تغییر تصویر بدنی، کاهش حس جذابیت، ترس از آسیب به جنین، احساس گناه درباره فعالیت جنسی، و نگرانی از زایمان زودرس می‌توانند بر عملکرد جنسی زنان در دوران بارداری تأثیر منفی بگذارند و در نهایت منجر به اضطراب، کاهش اعتمادبه‌نفس و اختلال در سلامت روان زوجین شوند (Fan et al., 2017). در این میان، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شفقت‌درمانی می‌تواند با کاهش نگرانی‌های مرتبط با تصویر بدنی و افزایش پذیرش خود، رضایت جنسی زنان را بهبود بخشد (Hasani et al., 2021).

یکی دیگر از ابعاد مهم بارداری، خودکارآمدی زایمان^۲ است که به باورها و انتظارات زنان درباره توانایی آن‌ها در مدیریت فرایند زایمان اشاره دارد (Shoja et al., 2020). بر اساس نظریه بندورا، خودکارآمدی زایمان به درک زنان از آمادگی شناختی آن‌ها برای کنترل زایمان مربوط می‌شود (Gemedeta et al., 2023) و می‌تواند انگیزه و نگرش مادران را نسبت به زایمان طبیعی تحت تأثیر قرار دهد. ملکی و همکاران (Maleki et al., 2023)، مادرانی که خودکارآمدی بالاتری دارند، درد و ترس کمتری را تجربه می‌کنند، کمتر به داروهای مسکن نیاز دارند (Shoja et al., 2020)، و کنترل بهتری بر تجربه زایمان خود دارند، در نتیجه رضایت بیشتری از زایمان خواهند داشت (Howarth & Swain, 2019). در مقابل، زنان با خودکارآمدی پایین بیشتر در معرض اضطراب، افسردگی و علائم استرس پس از سانحه قرار دارند که می‌تواند خطر بروز عوارض پرناتال^۳ را افزایش دهد (Soh et al., 2020). علاوه بر این، مطالعات نشان

1. Sexual activity in pregnancy

2. Childbirth self-efficacy

3. perinatal

داده‌اند که مداخلات مبتنی بر شفقت، از طریق کاهش استرس و تقویت احساس کنترل در زنان، می‌تواند به افزایش خودکارآمدی زایمان و بهبود تجربه زایمان طبیعی کمک کند (Liao et al., 2021).

علاوه بر درمان‌های دارویی، روش‌های روان‌شناختی مؤثری نظیر فعال‌سازی رفتاری، درمان شناختی-رفتاری، یوگا، موسیقی‌درمانی و ریلکسیشن نیز در کاهش اضطراب دوران بارداری مورد استفاده قرار گرفته‌اند (Domínguez-Solís et al., 2021). همچنین، شواهد حاکی از آن است که گروه‌درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند در کاهش اضطراب و بهبود علائم مرتبط با اختلالات اضطرابی در زنان طی دوره پری‌ناتال مؤثر باشد (Green et al., 2020).

بر اساس یافته‌های پژوهشی، مؤثرترین مداخلات برای کاهش اضطراب بارداری، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی هستند (Callanan et al., 2022). یکی از رویکردهایی که به طور فزاینده‌ای در این زمینه مورد توجه قرار گرفته، درمان متمرکز بر شفقت است (Khoraminejad & Khalatbari, 2022). این نوع درمان که از جمله درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری محسوب می‌شود، بر مؤلفه‌هایی چون ذهن‌آگاهی، پذیرش، تنظیم هیجان و خودشفقتی تمرکز دارد (Craig et al., 2020).

درمان مبتنی بر شفقت که ریشه در نظریه‌های تکاملی، دلبستگی و آموزه‌های شرقی دارد، باهدف کاهش رنج‌های روان‌شناختی و تقویت توانمندی‌های فردی طراحی شده است (Klits et al., 2018). در این رویکرد، شفقت به خود به معنای داشتن نگرشی مهربانانه و پذیرشی بدون قضاوت نسبت به ناکامی‌ها، رنج‌ها و چالش‌های فردی تعریف می‌شود (Neff, 2023).

گیلبرت (Gilbert, 2020) شفقت را به‌عنوان الگوریتمی تکاملی معرفی می‌کند که هدف اصلی آن کاهش رنج انسان است. او بر اهمیت شناسایی ترس‌ها و مقاومت‌های درونی نسبت به شفقت تأکید دارد؛ مسأله‌ای کلیدی در کاربرد این رویکرد درمانی. درمان متمرکز بر شفقت به افراد کمک می‌کند تا درک کنند که مغز انسان به‌گونه‌ای تکامل یافته که مستعد نشخوار فکری، سوگیری منفی‌گرایانه و خودانتقادی است. در این فرایند درمانی، افراد می‌آموزند به جای احساس شرم نسبت به این الگوهای ذهنی، با آن‌ها به شیوه‌ای دلسوزانه و پذیرنده برخورد کنند (Neff & Germer, 2013).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر شفقت تأثیرات مثبت قابل‌توجهی بر سلامت روان دارد و می‌تواند به کاهش اضطراب، افسردگی و سایر مشکلات روان‌شناختی کمک کند (Millard et al., 2023). همچنین پژوهش عباس‌زاده و همکاران (Abbaszadeh et al., 2023) نشان داد که زنان بارداری که سطح

بالایی از خودشفقتی دارند، کمتر دچار اضطراب و افسردگی می‌شوند و بهتر می‌توانند با چالش‌های دوران بارداری کنار بیایند.

پروتکل شفقت‌درمانی مورد استفاده در این پژوهش بر اساس چارچوب درمان متمرکز بر شفقت و با الهام از منابع معتبر تدوین شده است. در این راستا، از کتاب "درمان متمرکز بر شفقت" کلتس و همکاران (Kolts et al., 2018) و کتاب "درمان متمرکز بر شفقت" تیرچ و همکاران (Tirch et al, 2017) بهره گرفته شده است. این منابع، خودمبئی بر پژوهش‌های گیلبرت (Gilbert, 2000) هستند و چارچوب علمی و عملی شفقت‌درمانی را ارائه می‌دهند. این پروتکل یکی از مداخلات موج سوم شناختی-رفتاری محسوب می‌شود و با تمرکز بر تقویت خودشفقتی، ذهن آگاهی و تنظیم هیجانات، ساختاری منسجم و مرحله‌ای دارد. مطالعات نشان داده‌اند که درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با مداخلات سنتی، به‌ویژه در کاهش اضطراب بارداری، افسردگی پس از زایمان و ارتقای تنظیم هیجان در زنان باردار، اثربخشی بیشتری دارد (Khoraminejad & Khalatbari, 2022). تمرکز این رویکرد بر کاهش خودسرزنشگری و پذیرش هیجانات، آن را با نیازهای روان‌شناختی دوران بارداری هماهنگ‌تر و نسبت به سایر پروتکل‌های شفقت محور متمایز می‌سازد.

حال، از آنجایی که طبق پژوهش‌های داخلی و خارجی، اضطراب بارداری حدود ۱۵ تا ۲۳ درصد از زنان را درگیر می‌کند و می‌تواند منجر به پیامدهای جدی مانند زایمان زودرس، وزن پایین نوزاد، عوارض بارداری، مشکلات تکاملی کودک و حتی اختلالات روان‌شناختی بلندمدت در فرزند شود، شناسایی و کاهش این اضطراب از اهمیت بالایی برخوردار است. از سوی دیگر، تجربه زایمان با میزان خودکارآمدی ادراک‌شده توسط مادر، ارتباطی مستقیم دارد و کاهش آن می‌تواند ترس، درماندگی و مشکلات زایمانی را تشدید کند. همچنین کاهش رضایت جنسی زنان باردار، که تحت تأثیر عوامل جسمی و هیجانی متعددی است، در کنار تابو بودن موضوع، موجب بی‌توجهی گسترده به این بخش از نیازهای روان‌جسمانی زنان شده است. با وجود اهمیت بالای این مؤلفه‌ها، بررسی‌های پژوهشی غالباً به صورت تک‌متغیره و پراکنده به هریک پرداخته‌اند و کمتر مطالعه‌ای به بررسی هم‌زمان آن‌ها با یک مداخله روان‌شناختی منسجم و اثربخش پرداخته است. این در حالی است که درمان‌های موج سوم مانند شفقت‌درمانی، با تأکید بر تنظیم هیجانی، پذیرش خود، و کاهش خودانتقادی، ظرفیت بالایی در بهبود مجموعه‌ای از شاخص‌های روان‌شناختی دوران بارداری دارند. لذا هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی شفقت‌درمانی بر اضطراب بارداری، خودکارآمدی زایمان و رضایت جنسی زنان باردار مضطرب است تا گامی مؤثر در پاسخ به خلأهای موجود در حوزه سلامت روان مادران برداشته شود.

روش

این پژوهش از نوع کاربردی و به صورت یک مطالعه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شده است. در این مطالعه، شفقت‌درمانی به عنوان متغیر مستقل و خودکارآمدی زایمان، اضطراب و رضایت جنسی به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده‌اند. محقق متغیرهای وابسته را پیش و پس از اجرای مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل بررسی کرده است.

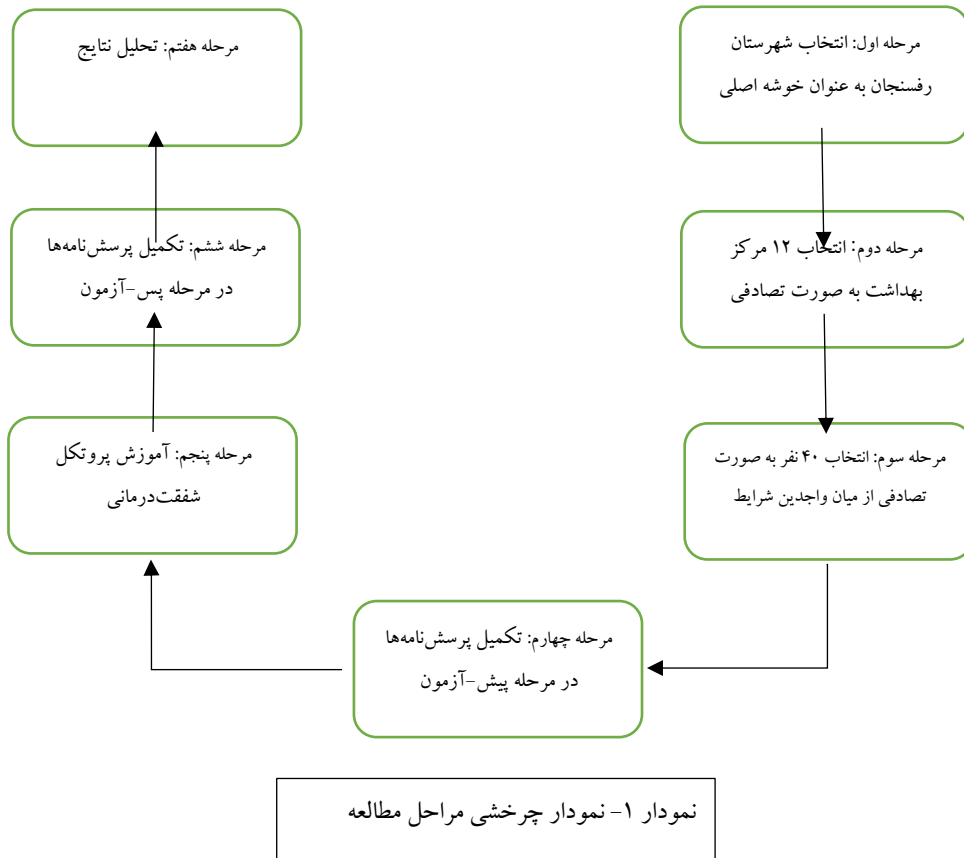
جامعه آماری این پژوهش شامل زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهرستان رفسنجان در پاییز سال ۱۴۰۳ بود. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شد. در مرحله اول، شهرستان رفسنجان به عنوان خوشه اصلی انتخاب شد. در مرحله دوم، از میان مراکز بهداشتی این شهرستان، ۱۲ مرکز به صورت تصادفی انتخاب شدند. در مرحله سوم، فهرست زنان باردار مراجعه‌کننده به هر مرکز تهیه شد و از بین آن‌ها، زنانی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، به صورت تصادفی انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل قراردادش در سه ماهه دوم بارداری (بین هفته‌های ۱۴ تا ۲۸)، توانایی خواندن و نوشتن، نداشتن اختلالات شدید روان‌شناختی بر اساس پرونده سلامت و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. از مجموع ۴۰ شرکت‌کننده، ۲۵ نفر در نخستین بارداری خود و ۱۵ نفر در دومین بارداری قرار داشتند. پس از انتخاب افراد واجد شرایط، شرکت‌کنندگان با استفاده از روش قرعه‌کشی ساده (قراردادن برگه‌های کدگذاری شده در پاکت‌های دربسته و انتخاب تصادفی) به دو گروه مداخله (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) تقسیم شدند. معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت در بیش از دو جلسه، بروز مشکلات جسمی یا روانی جدید و انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد. پرسش‌نامه خودکارآمدی زایمان توسط لوو (Lowe, 1993) باهدف سنجش باور زنان نسبت به توانایی مدیریت فرایند زایمان تدوین شده است. این ابزار شامل ۶۲ گویه است که در دو مرحله بارداری و زایمان، هر یک شامل دو مؤلفه انتظار پیامد و انتظار خودکارآمدی، میزان خودکارآمدی زنان را ارزیابی می‌کند. پاسخ‌دهی بر اساس مقیاس لیکرت ۱۰ درجه‌ای از ۱ (اصلاً مفید نیست) تا ۱۰ (کاملاً مفید است) انجام می‌شود و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از خودکارآمدی در زایمان است. روایی نسخه اصلی این پرسشنامه از طریق روایی محتوایی و روایی سازه تأیید شده و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد مختلف، در بازه‌ای بین ۰.۸۶ تا ۰.۹۶ گزارش شده است (Lowe & Anderson, 2000). همچنین، اعتبار نسخه فارسی این ابزار در مطالعات بومی با استفاده از روایی محتوایی و پایایی درونی بررسی شده و ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰.۸۲ تا ۰.۸۷ به دست آمده است (ghazaei et al., 2018). در پژوهش حاضر نیز، پایایی

درونی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰.۹۶ محاسبه شد که نشان‌دهنده پایایی بسیار مطلوب ابزار در نمونه موردبررسی است.

پرسش‌نامه اضطراب بارداری توسط وندنبرگ (Van den Bergh, 1990) باهدف سنجش میزان اضطراب مرتبط با بارداری طراحی و تدوین شده است. این ابزار شامل ۱۷ گویه بوده و پنج مؤلفه را ارزیابی می‌کند: ترس از زایمان، ترس از تولد نوزاد با ناتوانی جسمی یا روانی، ترس از تغییر در روابط زناشویی، ترس از نوسانات خلقی و تأثیر آن بر کودک، و ترس از تغییر در زندگی شخصی مادر. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (از ۱ = اصلاً درست نیست تا ۷ = کاملاً درست است) انجام می‌شود و نمره بالاتر نشان‌دهنده اضطراب بیشتر در دوران بارداری است. روایی نسخه اصلی این ابزار با استفاده از روش روایی هم‌زمان و از طریق همبستگی با پرسش‌نامه اضطراب بک بررسی شده است. ضریب همبستگی پیرسون بین دو ابزار ۰.۷۴ گزارش شده که حاکی از روایی هم‌زمان مطلوب پرسش‌نامه است (Van den Bergh, 1990). همچنین در نسخه بومی‌سازی شده، پایایی درونی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰.۷۸ به‌دست آمده و روایی محتوایی آن نیز مورد تأیید قرار گرفته است (Askarizadeh & Behroozy, 2017). در مطالعه حاضر، پایایی درونی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۴ محاسبه شد که بیانگر پایایی مطلوب آن در جمعیت موردبررسی است.

پرسش‌نامه رضایت جنسی هادسون و همکاران (Hudson et al., 1981) ابزاری خودگزارشی است که به‌منظور ارزیابی سطح رضایت جنسی در روابط زناشویی طراحی شده است. این پرسش‌نامه شامل ۲۵ گویه است که پاسخ‌دهی به آن‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (از ۰ تا ۶) انجام می‌شود. برخی از گویه‌ها به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (از جمله گویه‌های ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۰، ۲۴ و ۲۵). دامنه نمره کل پرسش‌نامه از ۰ تا ۱۵۰ متغیر است، به‌طوری که نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از رضایت جنسی است. براین اساس، نمره بین ۲۵ تا ۶۷ به‌عنوان رضایت جنسی پایین، بین ۶۷ تا ۱۰۰ رضایت متوسط و بالاتر از ۱۰۰ رضایت بالا در نظر گرفته می‌شود. ثبات درونی این ابزار در مطالعه هادسون و همکاران (Hudson et al., 1981) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰.۹۱ گزارش شده است. همچنین، پایایی بازآزمایی بافاصله یک هفته نیز ۰.۹۳ به‌دست آمده که بیانگر پایایی بسیار بالا و قابل اعتماد ابزار است. روایی تفکیکی این پرسش‌نامه نیز تأیید شده است؛ به‌طوری که نتایج نشان داده‌اند مقیاس قادر به تمایزگذاری میان زوجین دارای مشکل جنسی و بدون مشکل است (Rahmani. et al., 2011). در مطالعه

حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای سنجش پایایی درونی پرسش‌نامه ۰.۸۶ محاسبه شد که نشان‌دهنده قابلیت اعتماد بالای ابزار در نمونه مورد مطالعه است. نمودار زیر جهت درک بهتر روش پژوهش رسم شده است.



برای اجرای پژوهش شرکت‌کنندگان حاضر در گروه مداخله در دوره شفقت‌درمانی مبتنی بر مدل گیلبرت، شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طی ۴ هفته (دو جلسه در هفته) شرکت کردند. همچنین گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار گرفت. داده‌های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی تحلیل داده با استفاده از نرم‌افزارهای آماری تحلیل شد. در سطح توصیفی از شاخص‌هایی مانند:

فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و همچنین در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. خلاصه جلسات آموزشی به شرح زیر است:

جدول ۱- خلاصه جلسات شفقت درمانی

جلسه	محتوا
اول	آشنایی، ایجاد رابطه‌ی درمانی، درک تفاوت رفتار فرد با خود و افرادی که دوست‌شان دارد. تمرین ریتم تنفس تسکین‌دهنده
دوم	تبیین وجود نامهربانی‌های افراد در بافت ارتباطات از کودکی تا حال حاضر، تبیین وجود نامهربانی در والدین و اطرافیان و الزام وجود شفقت در میان نامهربانی‌ها
سوم	تمرین ذهن آگاهی، بررسی مغز قدیم و جدید در انسان‌ها و لزوم وجود مغز آگاه برای مدیریت تصمیم‌گیری‌های مهم زندگی
چهارم	معرفی و بررسی سه سیستم تنظیم هیجان (سیستم تهدید، انگیزه و امنیت)، تمرین تنفس بهوشیار
پنجم	تمرین استدلال مهربانانه، تمثیل مسیری در میان درختان
ششم	تمرین خودهای چندگانه، بررسی مولفه‌های ۶گانه شفقت به خود و تفسیر و تبیین هر مولفه
هفتم	تمرین ایجاد مکانی امن، مطرح کردن توضیحات و ویژگی‌های یک نامه مهربانانه، تکلیف: انجام تمرین نامه‌ی مهربانانه
هشتم	بررسی و خواندن نامه‌ی مهربانانه مراجعان، حرف آخر درباره‌ی شفقت

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر در دو بخش توصیفی و استنباطی برای پاسخ به این پرسش است که آیا شفقت درمانی می‌تواند بر خودکارآمدی زایمان، اضطراب و رضایت جنسی زنان باردار مضطرب تأثیر داشته باشد؟ مطرح شده‌اند.

یافته‌های توصیفی پژوهش حاضر نشان داد که در میان شرکت‌کنندگان، ۲ نفر (۵ درصد) دارای سطح تحصیلات زیر دیپلم، ۱۹ نفر (۴۷.۵ درصد) دارای مدرک دیپلم، ۱۶ نفر (۴۰ درصد) دارای مدرک کارشناسی، و ۳ نفر (۷.۵ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. میانگین سنی مشارکت‌کنندگان ۲۶.۳۷ سال با انحراف معیار ۴.۹۰ گزارش شد. کمترین سن در این نمونه ۱۶ سال و بیشترین آن ۳۷ سال بود. از نظر سابقه بارداری، ۲۵ نفر (۶۲.۵ درصد) نخستین بارداری خود را تجربه می‌کردند و ۱۵ نفر (۳۷.۵ درصد) در دومین بارداری خود قرار داشتند.

در ادامه، به بررسی آمار توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش شامل خودکارآمدی زایمان، اضطراب بارداری و رضایت جنسی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرداخته می‌شود.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه شفقت‌درمانی و گروه گواه

متغیر	گروه	مراحل آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین نمره	بیشترین نمره
خودکارآمدی زایمان	شفقت‌درمانی	پیش‌آزمون	۳۹۷	۹۸/۰۴	۲۲۴	۵۸۷
		پس‌آزمون	۴۴۱/۲۵	۷۶/۴۴	۳۲۳	۵۸۴
	گواه	پیش‌آزمون	۳۷۴/۱۵	۷۴/۴۰	۲۴۸	۵۰۱
		پس‌آزمون	۳۶۷/۶۰	۷۶/۸۳	۲۳۵	۵۱۰
اضطراب بارداری	شفقت‌درمانی	پیش‌آزمون	۵۶/۳۵	۱۲/۷۵	۲۸	۱۰۴
		پس‌آزمون	۴۶/۵۰	۱۱/۹۳	۲۶	۷۶
	گواه	پیش‌آزمون	۵۴/۹۰	۱۳/۵۷	۲۹	۹۴
		پس‌آزمون	۵۴/۷۵	۱۲/۳۵	۲۸	۱۰۳
رضایت جنسی	شفقت‌درمانی	پیش‌آزمون	۱۱۳/۱۰	۱۳/۹۳	۷۶	۱۳۱
		پس‌آزمون	۱۲۸/۰۵	۱۶/۹۰	۸۴	۱۴۶
	گواه	پیش‌آزمون	۱۰۶/۸۰	۱۹/۸۷	۷۴	۱۴۴
		پس‌آزمون	۱۰۸	۲۰/۱۳	۷۱	۱۴۵

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش را به تفکیک گروه‌ها و در دو سطح پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. این نتایج امکان مقایسه دقیق‌تر تغییرات هر متغیر را در دو مرحله سنجش فراهم کرده و تأثیر مداخلات یا تفاوت‌های گروهی را نمایان می‌سازد.

به‌منظور بررسی تأثیر گروه بر مجموعه‌ای از متغیرهای وابسته پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. پیش از اجرای آزمون، مفروضه‌های آماری موردبررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای نرمال بودن داده‌ها نشان داد که توزیع متغیرهای خودکارآمدی زایمان (۰/۹۹۴، سطح معناداری = ۰/۸۲۰)، اضطراب بارداری (۰/۹۹۵، سطح معناداری = ۰/۷۰۰) و رضایت جنسی (۰/۹۷۳، سطح معناداری = ۰/۴۳۳) از توزیع نرمال پیروی می‌کنند (سطح معناداری بیش از ۰/۰۵)؛ در نتیجه، فرض نرمال بودن داده‌ها تأیید شد.

برای بررسی برابری واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شد که برای متغیرهای خودکارآمدی زایمان (۱/۰۱۲، سطح معناداری = ۰/۳۲۱)، اضطراب بارداری (۰/۷۶۴، سطح معناداری = ۰/۳۸۸) و رضایت جنسی (۲/۵۹۷، سطح معناداری = ۰/۱۱۵) غیرمعنادار بودند. بنابراین، فرض برابری واریانس‌ها نیز برقرار است.

در ادامه، جهت بررسی همگنی شیب رگرسیون، تعامل بین متغیر گروه و پیش‌آزمون برای هر یک از متغیرهای وابسته مورد آزمون قرار گرفت. نتایج به‌دست آمده برای خودکارآمدی زایمان (۵۳۸/۱)، سطح معناداری = ۰/۲۳۰، اضطراب بارداری (۰/۱۶۰، سطح معناداری = ۰/۸۵۳) و رضایت جنسی (۰/۴۷۲، سطح معناداری = ۰/۶۲۸) نشان داد که تعامل‌ها معنادار نیستند؛ در نتیجه مفروضه همگنی شیب‌ها رعایت شده است. همچنین جهت بررسی برابری ماتریس‌های کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد. مقدار آماره برابر با ۱/۱۲۱ و سطح معناداری آن ۰/۹۸۵ بود که غیرمعنادار است؛ بنابراین فرض همگنی ماتریس‌های کوواریانس تأیید شد و استفاده از آزمون پارامتریک مجاز است.

در نهایت، برای بررسی فرضیه اصلی پژوهش، از آماره پیلایی استفاده شد. نتایج نشان داد که اثر متغیر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنادار است (آماره پیلایی = ۰/۶۴۳، اف = ۱۹/۸۳۴، درجه آزادی = ۳ و ۳۳، سطح معناداری = ۰/۰۰۱). همچنین مقدار مجذور اتای تفکیکی برابر با ۰/۶۴۳ به دست آمد که نشان‌دهنده اندازه اثر بسیار بالا و تأثیر معنادار گروه بر متغیرهای وابسته، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، است. براین اساس، فرضیه اصلی پژوهش مورد تأیید قرار گرفت.

پس از تأیید مفروضات در ادامه، برای مقایسه نمرات گروه‌های شفقت درمانی و کنترل آزمون تحلیل کوواریانس انجام شد و نتایج به شرح زیر است:

جدول ۳- تحلیل کواریانس جهت بررسی تفاوت نمرات متغیرها در گروه شفقت درمانی و گروه گواه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نمره آماره F	سطح معنی داری	اندازه اثر تفکیکی
خودکارآمدی زایمان	پیش‌آزمون	۱۸۸۵۲۰/۸۱۶	۱	۱۸۸۵۲۰/۸۱۶	۳۳۳/۶۵۴	۰/۰۰۱	۰/۹۰۵
	پس‌آزمون (گروه)	۲۷۵۴۳/۶۰۶	۱	۲۷۵۴۳/۶۰۶	۴۸/۷۴۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸۲
	خطا	۱۹۷/۶۶۰	۳۵	۵۶۵/۰۱۹	*	*	*
	کل	۶۸۱۹۸۴۹	۴۰	*	*	*	*
اضطراب بارداری	پیش‌آزمون	۷۶/۹۴۵	۱	۷۶/۹۴۵	۰/۷۲۱	۰/۴۰۲	۰/۰۲۰

پس‌آزمون (گروه)	۹۱۲/۵۶۳	۱	۹۱۲/۵۶۳	۸/۵۵۲	۰/۰۰۶	۱/۱۹۶
خطا	۳۷۳۴/۵۷۱	۳۵	۱۰۶/۷۰۲	*	*	*
کل	۱۱۳۵۴۵	۴۰	*	*	*	*
رضایت جنسی پیش‌آزمون	۲۴۴/۹۱۸	۱	۳۴۴/۹۱۸	۲/۴۸۸	۰/۱۲۴	۱/۰۶۶
پس‌آزمون (گروه)	۱۷۳۹/۲۱۰	۱	۱۷۳۹/۲۱۰	۱۷/۷۶۱	۰/۰۰۱	۳/۳۳۵
خطا	۳۴۴۴/۸۲۸	۳۵	۹۸/۴۲۴	*	*	*
کل	۵۷۴۳۴۷	۴۰	*	*	*	*

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین نمرات پس‌آزمون خودکارآمدی زایمان در دو گروه شفقت‌درمانی و گروه گواه وجود دارد ($p < 0.01$) سطح معناداری). علاوه بر این، مقدار اندازه اثر تفکیکی نشان می‌دهد که ۵۸.۲ درصد از تغییرات خودکارآمدی زایمان به تأثیر درمان نسبت داده می‌شود که نشان‌دهنده اثربخشی قابل توجه مداخله است.

در بررسی متغیر اضطراب بارداری، نتایج نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین نمرات پس‌آزمون اضطراب بارداری در دو گروه وجود دارد ($p < 0.01$) سطح معناداری). همچنین، مقدار اندازه اثر نشان می‌دهد که ۱۹.۶ درصد از تغییرات در سطح اضطراب بارداری ناشی از اثر درمان بوده است. این میزان اثرگذاری نشان‌دهنده تأثیر مثبت مداخله شفقت‌درمانی در کاهش اضطراب بارداری است.

علاوه بر این، یافته‌های پژوهش در مورد متغیر رضایت جنسی نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین نمرات پس‌آزمون رضایت جنسی در دو گروه شفقت‌درمانی و گروه گواه مشاهده شد ($p < 0.01$) سطح معناداری). مقدار اندازه اثر نشان می‌دهد که ۳۳.۵ درصد از تغییرات نمرات رضایت جنسی تحت تأثیر مداخله درمانی بوده است.

این یافته‌ها بیانگر آن است که شفقت‌درمانی تأثیر قابل ملاحظه‌ای در بهبود رضایت جنسی دارد. به‌طور کلی، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که شفقت‌درمانی تأثیر مثبتی بر خودکارآمدی زایمان، کاهش اضطراب بارداری و افزایش رضایت جنسی دارد. میزان اثرگذاری این مداخله در هر یک از متغیرهای

موردبررسی، نشان‌دهنده اهمیت استفاده از رویکردهای روان‌شناختی در بهبود سلامت روانی و کیفیت زندگی زنان باردار است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل‌های آماری این پژوهش نشان داد که مداخله شفقت‌درمانی تأثیر معناداری بر افزایش خودکارآمدی زایمان، کاهش اضطراب بارداری و ارتقای رضایت جنسی زنان باردار دارای اضطراب بارداری دارد. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش‌های جعفری و همکاران (Jafari et al., 2024)، حیدری و همکاران (Heydari et al., 2023)، عباس‌زاده و همکاران (Abbaszadeh et al., 2023)، صفاریان و همکاران (Saffarinia et al., 2021)، حسنی و همکاران (Hasani et al., 2021)، امیری‌راد و همکاران (Amirirad et al., 2020)، ساور (Sauer, 2023)، اربیل (Erbil, 2022) و سامیوس و همکاران (Samios et al., 2021) است و موید اثربخشی مداخلات مبتنی بر خودشفقتی در بهبود شاخص‌های روان‌شناختی در زنان باردار است. با این حال، این نتایج با یافته‌های پژوهش ویکس (Wicks, 2019) که اثربخشی شفقت‌درمانی را رد کرده بود، ناسازگار است. این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت در اجرای مداخله، جمعیت نمونه یا تفاوت‌های فرهنگی بین شرکت‌کنندگان باشد.

یافته نخست پژوهش، حاکی از تأثیر مثبت شفقت‌درمانی بر افزایش خودکارآمدی زایمان بود که با نتایج اربیل (Erbil, 2022) و سامیوس و همکاران (Samios et al., 2021) هم‌راستا است. همچنین، مطالعات داخلی مانند حسینی‌مهر و همکاران (HosseiniMehr et al., 2021) و ابراهیمی‌فر و همکاران (Ebrahimifar et al., 2019) اثر مثبت شفقت‌درمانی بر خودکارآمدی را تأیید کرده‌اند. بر اساس نظریه شناخت اجتماعی بندورا (Bandura, 1986) خودکارآمدی به باور فرد درباره توانایی انجام موفقیت‌آمیز یک عمل خاص اشاره دارد. در بستر بارداری که یکی از چالش‌برانگیزترین دوره‌های زندگی زنان است که با تغییرات عمده در ابعاد جسمانی، روانی و هویتی همراه است، خودکارآمدی به معنای باور زن باردار به توانایی‌اش در مدیریت درد، ترس و فرایند زایمان است. زنانی که سطح بالاتری از خودکارآمدی دارند، به طور معناداری زایمان طبیعی موفق‌تری تجربه می‌کنند، سطح درد پایین‌تری گزارش می‌دهند و کمتر نیاز به مداخلات پزشکی مانند سزارین پیدا می‌کنند (Huang et al., 2022).

شفقت‌درمانی، با تقویت آگاهی نسبت به هیجانات منفی، کاهش خود انتقادی، و پذیرش تجربیات دشوار، موجب ارتقای خودکارآمدی می‌شود. از دیدگاه نورو فیزیولوژیک، این مداخله باعث فعال‌سازی

سیستم آرام‌سازی عصبی و ترشح اکسی‌توسین می‌شود؛ هورمونی که با کاهش اضطراب و افزایش حس توانمندی و ارتباط همراه است (Felder et al., 2016). همچنین پژوهش‌هایی مانند و اربیل (Erbil, 2022) و سامیوس و همکاران (Samios et al., 2021) تأیید کرده‌اند که افزایش خودشفقتی منجر به کاهش ترس از زایمان و ارتقای خودکارآمدی در زنان باردار می‌شود. به عبارت دیگر، زنانی که می‌توانند با خود مهربان‌تر برخورد کنند و در مواجهه با درد و فشار روانی خود را حمایت کنند، بیشتر باور دارند که می‌توانند از پس چالش‌های زایمان برآیند.

دومین یافته مهم پژوهش، کاهش معنادار اضطراب بارداری پس از مداخله بود. این نتیجه با مطالعات عباس‌زاده و همکاران (Abbaszadeh et al., 2023) و ساور (Sauer, 2023) هم‌خوان است و همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات گیلبرت و پروکتر (Gilbert & Procter, 2006)، پنلینگتون (Penlington, 2019)، مونتیرو و همکاران (Monteiro et al., 2019) و هادی قنات (Hadi Ghanavat, 2019) همسو است که اثربخشی این رویکرد را در کاهش اضطراب عمومی و اضطراب خاص بارداری گزارش کرده‌اند. مطالعه میلارد و ویتکوفسکی (Millard & Wittkowski, 2023) نیز نشان داده است که شفقت‌درمانی می‌تواند سلامت روان زنان در دوره پری‌ناتال را به طور قابل توجهی ارتقا دهد.

اضطراب در دوران بارداری نه تنها کیفیت زندگی مادر را کاهش می‌دهد، بلکه می‌تواند پیامدهای منفی برای جنین مانند افزایش خطر زایمان زودرس، وزن پایین هنگام تولد، و اختلال در رشد شناختی و عاطفی ایجاد کند (Huang et al., 2022). شفقت‌درمانی از طریق کاهش فعال‌سازی سیستم تهدید^۱ و افزایش سیستم ایمنی هیجانی^۲، زمینه را برای آرام‌سازی روانی فراهم می‌کند (Gilbert, 2009). زنانی که خود را به جای سرزنش، با درک و پذیرش حمایت می‌کنند، کمتر درگیر نشخوار ذهنی و فاجعه‌سازی می‌شوند کریگر و همکاران (Krieger et al., 2016) گوویا و همکاران (Gouveia et al., 2019) همچنین، تمرینات شفقت محور موجب کاهش فعالیت سمپاتیک، کاهش ضربان قلب، و افزایش پاراسمپاتیک شده و به لحاظ فیزیولوژیک، بدن را در وضعیت آرام‌تری قرار می‌دهد (Rockliff et al., 2008). مطالعات جدید فلدر و همکاران (Felder et al., 2016) میلارد و ویتکوفسکی (Millard & Wittkowski, 2023) نشان می‌دهند که مداخلات مبتنی بر خودشفقتی در دوران پری‌ناتال می‌توانند نقش پیشگیرانه و درمان‌گرانه در کاهش اضطراب ایفا کنند. در همین راستا، زنان باردار شرکت‌کننده در این پژوهش پس از طی جلسات درمانی، احساس امنیت، مهربانی نسبت به خود و توانایی مقابله با استرس‌های دوران بارداری را تجربه کرده‌اند.

1. Threat System
2. Safeness System

یافته سوم پژوهش، افزایش رضایت جنسی زنان باردار پس از دریافت مداخله بود. اگرچه مطالعه‌ای که به صورت مستقیم به بررسی تأثیر این مداخله بر رضایت جنسی زنان باردار پرداخته باشد یافت نشد، اما یافته حاضر با پژوهش‌های صفاریان و همکاران (Saffarinia et al., 2021)، حسنی و همکاران (Hasani et al., 2021) و امیری‌راد و همکاران (Amirirad et al., 2020) همسو است که نشان دادند شفقت‌درمانی می‌تواند در گروه‌های مختلف زنان از جمله زنان نابارور، زنان دارای همسر معتاد یا پرستاران رضایت جنسی را افزایش دهد. دوران بارداری با تغییرات گسترده‌ای در بدن و روان زن همراه است که می‌تواند باعث کاهش میل و عملکرد جنسی شود (Fitzpatrick et al., 2021). عواملی همچون افزایش اضطراب، نگرش منفی به بدن، ترس از آسیب به جنین، و کاهش احساس جذابیت، رضایت جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

شفقت‌درمانی، با کاهش خود انتقادی، ارتقای پذیرش بدن و افزایش آگاهی هیجانی، کمک می‌کند تا زنان رابطه بهتری با بدن خود پیدا کرده و اضطراب عملکردی در حین رابطه را کاهش دهند. همچنین، صمیمیت عاطفی که از طریق تمرین خودشفقتی شکل می‌گیرد، از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های رضایت جنسی است (Neff, 2020, as cited in (Peixoto & Lopes, 2023)). پژوهش‌هایی مانند سانتر و همکاران (Santerre-Baillargeon et al., 2018) نشان داده‌اند که زوج‌هایی که سطوح بالاتری از خودشفقتی و شفقت‌ورزی متقابل دارند، رابطه جنسی مطلوب‌تری را تجربه می‌کنند. در همین راستا، افزایش رضایت جنسی در زنان باردار می‌تواند حاصل تعامل مثبت چند سازوکار باشد: کاهش شرم بدنی، افزایش امنیت روانی، بهبود ارتباط زوجی و پذیرش تجربه جنسی به عنوان بخشی سالم و انسانی از رابطه.

به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شفقت‌درمانی رویکردی مؤثر برای ارتقای سلامت روان زنان باردار است. این مداخله توانست با بهبود خودکارآمدی زایمان، کاهش اضطراب و ارتقای رضایت جنسی، کیفیت روانی-جسمی دوران بارداری را بهبود بخشد. باتوجه به شواهد علمی، می‌توان نتیجه گرفت که پرورش مهارت‌های شفقت به خود، از طریق تنظیم هیجانی، کاهش خود انتقادی، تقویت امنیت روانی و بهبود نگرش نسبت به خود، نقشی کلیدی در توانمندسازی زنان در این مرحله مهم از زندگی ایفا می‌کند.

با این حال، این مطالعه با محدودیت‌هایی نظیر نبود جلسات پیگیری بلندمدت، استفاده از روش خودگزارشی، و تمرکز بر زنان باسواد مواجه بود که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند؛ بنابراین، برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود که مداخله در جمعیت‌های متنوع‌تری از نظر فرهنگی، تحصیلی و اجتماعی اجرا شود و جلسات پیگیری طولانی‌مدت در نظر گرفته شود. همچنین، استفاده از روش‌های ترکیبی کمی-کیفی می‌تواند به درک عمیق‌تری از سازوکارهای مؤثر این درمان بینجامد. در نهایت، پیشنهاد می‌شود که

شفقت‌درمانی به‌عنوان یک برنامه مکمل سلامت روان در کنار آموزش‌های رایج دوران بارداری در مراکز بهداشتی و درمانی اجرا گردد تا از این طریق، گامی در جهت بهبود تجربه بارداری، افزایش آمادگی برای زایمان، و ارتقای کیفیت زندگی زوجین برداشته شود.

References

- Abbaszadeh, H., Tavoli, A., & Dehshiri, G. (2023). The Mediating Role of Self-Compassion in the Relationship between Body Image and Severity of Anxiety and Depression in Pregnant Women. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 20(4), 166–203.
- Aghalar, S., & Akrami, L. (2022). The effectiveness of Compassion-Based Therapy for Depressive Symptoms, Rumination, and Self-Compassion in Mothers with Mild Intellectual Disability Child. *Clinical Psychology and Personality*, 20(1), 45–57.
- Amirirad, M., Aslami, E., & Mousavi, S. (2020). The effectiveness of Self-Compassion focused Therapy on Finding Meaning in Life and sexual Satisfaction of Women With addicted husband in Mashhad city. *Clinical Psychology Studies*, 11(40), 77–102.
- Askarizadeh, G., & Behroozy, N. (2017). The study of psychometric properties of pregnancy related anxiety questionnaire. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 5(4), 22–34.
- Becker, M., Mayo, J. A., Phogat, N. K., Quaintance, C. C., Laborde, A., King, L., Gotlib, I. H., Gaudilliere, B., Angst, M. S., & Shaw, G. M. (2023). Deleterious and protective psychosocial and stress-related factors predict risk of spontaneous preterm birth. *American journal of perinatology*, 40(01), 074–088.
- Bjelica, A., Cetkovic, N., Trninic-Pjevic, A., & Mladenovic-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy—A psychological view. *Ginekologia polska*, 89(2), 102–106.
- Branecka-Woźniak, D., Wójcik, A., Błażejewska-Jaśkowiak, J., & Kurzawa, R. (2020). Sexual and life satisfaction of pregnant women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5894.
- Callanan, F., Tuohy, T., Bright, A.-M., & Grealish, A. (2022). The effectiveness of psychological interventions for pregnant women with anxiety in the antenatal period: A systematic review. *Midwifery*, 104, 103169.
- Chandra, P. S., & Nanjundaswamy, M. H. (2020). Pregnancy specific anxiety: an under-recognized problem. *World Psychiatry*, 19(3), 336.
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert review of neurotherapeutics*, 20(4), 385–400.
- Dennis, C.-L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(5), 315–323.
- Domínguez-Solis, E., Lima-Serrano, M., & Lima-Rodriguez, J. S. (2021). Non-pharmacological interventions to reduce anxiety in pregnancy, labour and postpartum: A systematic review. *Midwifery*, 102, 103126.
- Ebrahimifar, M., Hosseini, S., Saffariyan Tosi, M. R., & Abedi, M. R. (2019). To compare of the effectiveness of training based on “Acceptance and Commitment Therapy” and “Compassion Focused Therapy” on self-efficacy, quality of relations and meaning in life in infertile women. *Journal of Health Promotion Management*, 8(3), 10–18.

- Erbil, N. (2022). Relationship of self-compassion and fear of childbirth among pregnant women. *International Journal of Caring Sciences*, 15(1), 255–262.
- Evans, K., Donelan, J., Rennick-Egglestone, S., Cox, S., & Kuipers, Y. (2022). Review of mobile apps for women with anxiety in pregnancy: maternity care professionals' guide to locating and assessing anxiety apps. *Journal of Medical Internet Research*, 24(3), e31831.
- Fan, D., Li, S., Wang, W., Tian, G., Liu, L., Wu, S., Guo, X., & Liu, Z. (2017). Sexual dysfunction and mode of delivery in Chinese primiparous women: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 408.
- Felder, J. N., Lemon, E., Shea, K., Kripke, K., & Dimidjian, S. (2016). Role of self-compassion in psychological well-being among perinatal women. *Archives of women's mental health*, 19(4), 687–690.
- Fitzpatrick, E. T., Kolbuszewska, M. T., & Dawson, S. J. (2021). Perinatal sexual dysfunction: The importance of the interpersonal context. *Current Sexual Health Reports*, 13(3), 55–65.
- Fuchs, A., Czech, I., Sikora, J., Fuchs, P., Lorek, M., Skrzypulec-Plinta, V., & Drosdzol-Cop, A. (2019). Sexual functioning in pregnant women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4216.
- Gagné, A.-L., Brassard, A., Bécotte, K., Lessard, I., Lafontaine, M.-F., & Péloquin, K. (2021). Associations between romantic attachment and sexual satisfaction through intimacy and couple support among pregnant couples. *European Review of Applied Psychology*, 71(3), 100622.
- Gemeda Gudeta, T., Benti Terefe, A., Muhamed, A. N., Mengistu, G. T., & Abebe Sori, S. (2023). Perceived childbirth self-efficacy and its associated factors among pregnant women in south-central Ethiopia. *International Journal of Women's Health*, 1431–1442.
- ghazaei, m., Davoudi, I., Neysi, A., Mehrabizadeh Honarmand, M., & BasakNejad, S. (2018). Effectiveness of cognitive-behavioural therapy and psycho-education on fear of natural childbirth and its related variables. *Applied Psychology*, 12(1), 103–125.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199–208.
- Gilbert, P. (2020). Compassion: From its evolution to a psychotherapy. *Frontiers in psychology*, 11, 586161.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353–379.
- Green, S. M., Donegan, E., McCabe, R. E., Streiner, D. L., Agako, A., & Frey, B. N. (2020). Cognitive behavioral therapy for perinatal anxiety: A randomized controlled trial. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(4), 423–432.
- Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Vigod, S. N., Dennis, C.-L., Steiner, M., Brown, C., & Cheung, A. (2018). Maternal anxiety during pregnancy and the association with adverse perinatal outcomes: systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 79(5), 17r12011.
- Hadfield, K., Akyirem, S., Sartori, L., Abdul-Latif, A.-M., Akaateba, D., Bayrampour, H., Daly, A., Hadfield, K., & Abihiro, G. A. (2022). Measurement of pregnancy-related anxiety worldwide: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), 331.
- Hadi Ghanavat, S. (2019). The effect of compassion-focused therapy on anxiety in cardiovascular patients: A case study of patients in Golestan Hospital, Ahvaz. *Psychological and Educational Sciences Studies*, 14(5), 104–109.

- Hasani, F., Rezazadeh, M., Ghanbaripناه, A., & Khoshkabar, A. (2021). The effectiveness of compassion-focused therapy on sexual satisfaction, emotional regulation, and resilience in nurses with burnt marriage syndrome. *IJRN*, 7(3), 52–64.
- Heydari, F., Ahadi, H., & Tajeri, B. (2023). Comparing Effectiveness Compassion Focused Therapy & Mindfulness-Based cognitive therapy on Ambiguity Tolerance in Infertile Women. *Journal of Modern Psychological Researches*, 18(70), 59–66.
- Hosseini-mehr, N., Khezri Moghadam, N., & Pourehsan, S. (2021). The effectiveness of compassion focused training (cft) on social self-efficacy, distress tolerance and self-criticism in adolescent girls under welfare organization care. *Positive Psychology Research*, 7(2), 33–48.
- Howarth, A. M., & Swain, N. R. (2019). Skills-based childbirth preparation increases childbirth self-efficacy for first time mothers. *Midwifery*, 70, 100–105.
- Huang, Y., Zhong, Y., Deng, Y., Zheng, J., Zou, H., & Chen, Q. (2022). Correlation between fear of childbirth and childbirth self-efficacy during labor. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 49(11), 258.
- Hudson, W. W., Harrison, D. F., & Crosscup, P. C. (1981). A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *Journal of Sex Research*, 17(2), 157–174.
- Jafari, N., Noferesti, A., & Moradi, H. (2024). The mediating role of rumination and worry in the relationship of self-compassion with symptoms of depression and anxiety. *Journal of Applied Psychological Research*, 15(1), 239–253.
- Kartal, Y. A., & Oskay, U. Y. (2017). Anxiety, depression and coping with stress styles of pregnant women with preterm labor risk. *International Journal of Caring Sciences*, 10(2), 716.
- Khoraminejad, P., & Khalatbari, J. (2022). Effectiveness of Compassion-focused Therapy on the Quality of Life of Women with Gestational Diabetes.
- Kolts, R. L., Bell, T., Bennett-Levy, J., & Irons, C. (2018). *Experiencing compassion-focused therapy from the inside out: A self-practice/self-reflection workbook for therapists*. Guilford Publications.
- Krieger, T., Berger, T., & grosse Holtforth, M. (2016). The relationship of self-compassion and depression: Cross-lagged panel analyses in depressed patients after outpatient therapy. *Journal of affective disorders*, 202, 39–45.
- Liao, K. Y.-H., Stead, G. B., & Liao, C.-Y. (2021). A meta-analysis of the relation between self-compassion and self-efficacy. *Mindfulness*, 12(8), 1878–1891.
- Loew, N., Mackin, M. L., & Ayres, L. (2018). Concept analysis of responsible sexual behavior in adult women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 47(3), 385–395.
- Lowe, N. K. (1993). Maternal confidence for labor: Development of the childbirth self-efficacy inventory. *Research in nursing & health*, 16(2), 141–149.
- Maleki, N., Najar Mohi Abadi, M., & Seddighi, S. (2023). The effect of companion training based on Bandura's theory on maternal self-efficacy during childbirth in Mashhad, 2018. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 31(5), 14–23.
- Millard, L., Wan, M. W., Smith, D., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 326, 168–192.
- Millard, L. A., & Wittkowski, A. (2023). Compassion focused therapy for women in the perinatal period: a summary of the current literature. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1288797.
- Monteiro, F., Fonseca, A., Pereira, M., Alves, S., & Canavarro, M. C. (2019). What protects at-risk postpartum women from developing depressive and anxiety symptoms? The role of

- acceptance-focused processes and self-compassion. *Journal of affective disorders*, 246, 522–529.
- Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*, 74(1), 193–218.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28–44.
- Peixoto, M. M., & Lopes, J. (2023). Solitary and dyadic sexual desire and sexual satisfaction in women with and without sexual concerns. *Journal of sex & marital therapy*, 49(1), 77–87.
- Penlington, C. (2019). Exploring a compassion-focused intervention for persistent pain in a group setting. *British journal of pain*, 13(1), 59–66.
- Rahmani., Merghati Khoei. E., Sadeghi. N., & Allahgholi. L. (2011). Relationship between Sexual pleasure and Marital Satisfaction [Research]. *Iran Journal of Nursing*, 24(70), 82–90.
- Ramos, I. F., Guardino, C. M., Mansolf, M., Glynn, L. M., Sandman, C. A., Hobel, C. J., & Schetter, C. D. (2019). Pregnancy anxiety predicts shorter gestation in Latina and non-Latina white women: The role of placental corticotrophin-releasing hormone. *Psychoneuroendocrinology*, 99, 166–173.
- Rockliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S., & Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*.
- Saffarinia, M., Mortezaei, Z., & Alipour, A. (2021). Effectiveness of positive psychotherapy in improving sexual anxiety, satisfaction, and depression in female infertile patients. *J Appl Fam Ther*, 2(4), 464–482.
- Samios, C., Townsend, M., & Newton, T. (2021). Self-compassion predicts less fear of childbirth in childless women: the mediating role of birth beliefs. *Psychology & Health*, 36(11), 1336–1351.
- Santerre-Baillargeon, M., Rosen, N. O., Steben, M., Pâquet, M., Perez, R. M., & Bergeron, S. (2018). Does self-compassion benefit couples coping with vulvodynia? Associations with psychological, sexual, and relationship adjustment. *The Clinical journal of pain*, 34(7), 629–637.
- Sauer, E. L. (2023). *Anxiety, psychological flexibility, and self-compassion as predictors of quality of life in pregnant women* Kean University].
- Shoja, R., Firoozi, M., SHAKERI, M. T., & AMIRI, M. (2020). Investigating the impact of counseling with an approach based on acceptance and commitment therapy on self-efficacy of choosing vaginal delivery in primigravid women.
- Soh, Y. X., Razak, N. K. B. A., Cheng, L. J., & Lau, Y. (2020). Determinants of childbirth self-efficacy among multi-ethnic pregnant women in Singapore: a structural equation modelling approach. *Midwifery*, 87, 102716.
- Van den Bergh, B. R. H. (1990). The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology and Health*, 5(2), 119–130.
- Viswasam, K., Eslick, G. D., & Starcevic, V. (2019). Prevalence, onset and course of anxiety disorders during pregnancy: A systematic review and meta analysis. *Journal of affective disorders*, 255, 27–40.
- Wicks, S. (2019). *Compassion-focused therapy for individuals with antenatal mental health difficulties: a hermeneutic single-case efficacy design (HSCED) series* University of Lincoln].



The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Negative Problem Orientation and Emotion Processing Patterns in Female Heads of Household with Somatic Symptoms in Isfahan City

Leila Rezaei Veshareh

M.A. Student, Department of Psychology, Kho.C, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran. Email: leila.rezaeiveshareh@iaui.ac.ir

Fateme Izadi

Assistant Professor, Department of Psychology, Kho.C, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran. (Corresponding author), Email: dr.izadi@iaui.ac.ir

Received: 2025-01-07

Revised: 2025-05-08

Accepted: 2025-11-01

Published: 2025-12-30

Citation: Rezaei Veshareh, L., & Izadi, F. (2025). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Negative Problem Orientation and Emotion Processing Patterns in Female Heads of Household with Somatic Symptoms in Isfahan City. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 15(2), 150-179. doi: 10.22067/tpccp.2025.90974.1724

Abstract

Introduction

Women who reside independently and assume responsibility for their own lives are designated as female heads of household in society (Tabrizikahuo et al., 2023). Female heads of household play a pivotal role in ensuring and maintaining their own health as well as the health of their families and communities. This is due to the fact that their health is considered a fundamental concept of socio-economic development and welfare (Parvizy et al., 2013). In a study, Sohrabi et al. posited that female heads of household experience a greater prevalence of physical symptoms in comparison to non-head women (Sohrabi et al., 2019). The findings of studies conducted on welfare clients have demonstrated that 45.7% of individuals exhibit mild levels of chronic pain, while 54.3% manifest moderate to severe levels of this condition (Baghbanzadeh & Safarzadeh, 2022). The manifestation of somatic symptoms is typified by one or more chronic physical symptoms (e.g., physical pain or chronic headache, abdominal symptoms, and fatigue) that are either distressing or cause significant impairment in daily life (Maroti et al., 2021). Negative problem orientation, characterized by a perception of challenges as overwhelming and insurmountable, can lead to a sense of personal inadequacy. This mindset can also engender a perception of the problem as a threat, potentially exacerbating physical symptoms. Therefore, Interventions aimed at modifying this problem-oriented mindset have the potential to alleviate these symptoms (Sherafati et al., 2017). Concurrently, numerous studies have underscored the disruption of emotional systems in physical symptoms (Falahatdoost et al., 2020). Given the emotional nature of physical symptoms and the role of emotion in them, emotion-focused therapy has been used as an important protocol in the treatment of physical symptoms (Shahar, 2020). The objective of this study was to examine the efficacy of emotion-focused therapy on negative problem orientation and emotion processing patterns in female heads of households with somatic symptoms in Isfahan.

Method



©2025The 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 present study was of a quasi-experimental nature, employing a pretest-posttest design with a control group. The statistical population encompassed all female heads of households exhibiting somatic symptoms, aged 33 to 61 years, residing in the urban and suburban areas of Isfahan, and beneficiaries of the Imam Khomeini Relief Committee, Region 2, Region 5, and Rah Zaendegi Clinic (Rose Sefid) of the Imam Khomeini Relief Committee of Isfahan during the period from 2023 to 2024. The instruments utilized in this study encompassed the Criterion B Somatic Symptoms Scale (SSD-12) (Toussaint et al., 2016), the Negative Problem Orientation Questionnaire (NPOQ) (Robichaud & Dugas, 2005), and the Emotional Processing Scale (Baker et al., 2010). In accordance with the established inclusion and exclusion criteria, 36 female heads of households with somatic symptoms in Isfahan were randomly selected and stratified into two experimental (18 people) and control groups (18 people). Initially, the aforementioned questionnaires were administered to both groups in a pretest configuration. Subsequently, the experimental group was administered a therapeutic intervention grounded in the emotion-focused approach (Lafrance, Robinson et al., 2014) over the course of eight weekly 90-minute sessions at the Relief Committee of the second district of Isfahan. In contrast, the control group did not receive any intervention. Following the implementation of the intervention in the experimental group, the instruments were utilized once more in both groups as a post-test, and the pre-test and post-test results of both groups were compared. The data were analyzed using SPSS 23 software and the analysis of covariance method.

Findings

The findings demonstrated that emotion-focused therapy diminished negative problem orientation (0.61), as well as emotion processing patterns (0.77) and its components (suppression [0.30], unpleasant emotional experience [0.62], unprocessed emotional symptoms [0.35], avoidance [0.16], and emotional control [0.12]) in the experimental group. These alterations were statistically significant ($P < 0.05$). Consequently, emotion-focused therapy can serve as an intervention and treatment modality for reducing negative problem orientation, negative processing levels of emotion processing patterns, and its components in female heads of households experiencing somatic symptoms.

Discussion

The findings of the present study demonstrate the efficacy of emotion-focused therapy in reducing negative problem orientation among female heads of households afflicted with somatic symptoms in Isfahan city. This finding aligns with the results reported by Salmanizadeh & Sajjadian (2023), Ghobadi et al. (2017), Tajoddini et al. (2019), and Rodrigues (2016). Emotion-focused therapy, which utilizes and expands upon empathy-based techniques, the experiential focus technique, the unfolding technique, focusing on somatic sensation, and a process of naming emotions when confronted with a problematic situation, has been demonstrated to reduce negative problem orientation. In these therapeutic techniques, following the experience of corrective emotion, the meaning creation occurs, and the client creates a new meaning from that situation. These techniques have been demonstrated to facilitate a positive orientation shift among clients regarding their problem-related beliefs. It is recommended that this treatment be made available to female heads of households who are experiencing somatic symptoms in health centers, counseling centers, and psychological and therapeutic clinics by counselors affiliated with the Imam Khomeini Relief Committee. These counselors will be responsible for providing individual and group counseling activities. This process enables individuals to generate a novel interpretation of

their circumstances in the face of life challenges, as opposed to an emphasis on threats and helplessness. By adopting a positive attitude, they are able to address problems in a constructive manner, which in turn results in a reduction in somatic symptoms. Furthermore, the findings of the present study indicate that emotion-focused therapy is efficacious in altering emotion processing patterns and its components in female heads of households with somatic symptoms in Isfahan. These findings are consistent with the results of Shokrolahi et al. (2023), Artang & Izadi (2022), Zahrabnia et al. (2021), Rezaei Jamaloui & Kenizadeh Hasni (2021), and Falahatdoost et al. (2020). In this therapeutic modality, clients are first made aware of their tendency to suppress or prevent the expression of emotions. Through emotional processing, clients learn to regulate their emotions rather than avoiding them. It is posited that, given the salience of identifying and cognizant engagement with emotions, comprehensive and adequate emotional processing, and its impact on mitigating somatic symptoms, the core techniques and tenets of this therapeutic modality can be structured in the form of educational activities and workshops for individuals. Consequently, the provision of suitable treatment methods aimed at enhancing the capacity to effectively address problems, identify and process emotions, and regulate and be aware of emotions, as opposed to suppressing and avoiding them, is imperative. The present study was conducted with the objective of achieving this objective. In light of the findings from the present study, it can be acknowledged that emotion-focused therapy can be utilized as an effective intervention for the aforementioned components.

Keywords: Emotion-focused therapy, negative problem orientation, emotion processing patterns, female heads of household, somatic symptoms.

پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

دسترسی آزاد

اثربخشی درمان هیجان مدار بر جهت گیری منفی به مشکل و الگوهای پردازش هیجان در زنان سرپرست خانوار با نشانه های بدنی شهر اصفهان

لیلا رضایی و شاره

دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران. leila.rezaeiveshareh@iau.ir

فاطمه ایزدی

استادیار، گروه روانشناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران (نویسنده مسئول)، dr.izadi@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۸	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۲/۱۸	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۱۰	تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۱۰/۰۹
استناد: رضایی و شاره، لیلا و ایزدی، فاطمه. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان هیجان مدار بر جهت گیری منفی به مشکل و الگوهای پردازش هیجان در زنان سرپرست خانوار با نشانه های بدنی شهر اصفهان. <i>پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره</i> ، ۱۵(۲)، ۱۷۹-۱۵۰. doi: 10.22067/tpccp.2025.90974.1724			

هدف:

در نشانه های بدنی، علائم فیزیکی متمرکز مداوم، بسیار شایع و پرهزینه هستند و بار سنگینی را بر فرد و جامعه تحمیل می کنند و بیش از یک سوم بیماران مراقبت های اولیه چنین علائمی را دارند. از آنجاکه مشاهدات بالینی این نشانه ها را با جهت گیری منفی به مشکل و الگوهای پردازش هیجان در ارتباط دانسته اند، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر جهت گیری منفی به مشکل، الگوهای پردازش هیجان در زنان سرپرست خانوار با نشانه های بدنی شهر اصفهان بود.

روش:

طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و روش نمونه گیری هدفمند بود. ابزارهای این پژوهش، پرسشنامه های نشانه های بدنی، جهت گیری منفی به مشکل و پردازش هیجانی بود. داده ها با روش تحلیل کوواریانس چند متغیره از طریق SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها:

نتایج نشان داد که درمان هیجان مدار موجب کاهش جهت گیری منفی به مشکل (۰/۶۱) و کاهش الگوهای پردازش هیجان (۰/۷۷) و مؤلفه های آن (سرکوبی (۰/۳۰)، تجربه هیجانی ناخوشایند (۰/۶۲)، نشانه های هیجان پردازش نشده (۰/۳۵)، اجتناب (۰/۱۶) و کنترل هیجانی (۰/۱۲)) در گروه آزمایش شده و این تغییرات از نظر آماری معنادار هستند ($P < ۰/۰۵$)؛ لذا می توان از این روش به عنوان یک روش مداخله ای و درمانی برای کاهش جهت گیری منفی به مشکل، سطح پردازش منفی الگوهای پردازش هیجان و مؤلفه های آن در زنان با نشانه های بدنی استفاده کرد.

واژه های کلیدی: درمان هیجان مدار، جهت گیری منفی به مشکل، الگوهای پردازش هیجان، زنان سرپرست خانوار، نشانه های بدنی.

مقدمه

زنانی که به تنهایی زندگی می کنند و مسئولیت زندگی خود را به دوش می کشند، با عنوان زنان سرپرست خانوار در جامعه معرفی می شوند تبریزی کاهو و همکاران (Tabrizikahuo et al., 2023). در دوره کنونی، پدیده زنان سرپرست خانوار در سراسر جهان افزایش یافته است. با توجه به جمعیت و مسکن، تعداد زنان سرپرست خانوار بیش از یک میلیون و ۶۴۱ هزار نفر تخمین زده شده است. از این رو، آن‌ها در میان آسیب پذیرترین گروه های اجتماعی هستند که با مشکلات و موانع بسیاری در زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی خود مواجه هستند خسروی اصل و همکاران (Khosravi Asl et al., 2018). نتایج مطالعات انجام گرفته در مددجویان بهزیستی نشان داده است که ۴۵/۷ درصد افراد در سطح خفیف و ۳/۵۴ درصد آن‌ها در سطح متوسط و شدید ابتلا به دردهای مزمن هستند باغبانزاده و صفرزاده (Baghbanzadeh & Safarzadeh, 2022).

یکی از مشکلات زنان سرپرست خانوار، نشانه های بدنی^۱ است، در سال ۲۰۱۳، انجمن روان پزشکی آمریکا^۲، اختلال نشانه های بدنی را به عنوان یک تشخیص جدید در کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی معرفی کرد ادیشن و لو (Edition, 2013; Lowe et al., 2022). نشانه های بدنی با یک یا چند علامت جسمی مزمن (مانند درد جسمی یا سردرد مزمن، علائم شکمی و خستگی) مشخص می شود که ناراحت کننده هستند و یا منجر به اختلال قابل توجه در زندگی روزمره می شوند، همان طور که با پاسخ های شناختی، هیجانی و رفتاری نامتناسب و ناکارآمد نشان داده می شود. شیوع آن در جمعیت عمومی ۵-۷٪ و در مراقبت های اولیه ۱۷٪ تخمین زده می شود و دوره بسیار مزمنی دارد، بیش از ۹۰٪ از این بیماران علائم را طولانی تر از ۵ سال گزارش می کنند ماروتی و همکاران (Maroti, Ek, et al., 2021). در اغلب موارد سطوح بالایی از مراقبت پزشکی توسط این افراد مورد استفاده قرار می گیرد که ندرتاً موجب تسکین دغدغه های بیمار می گردد. در نتیجه بیمار ممکن است به دنبال درمان توسط پزشکان متعدد برای همان علائم باشد. این افراد اکثراً به مداخلات طبی پاسخ نمی دهند و مداخلات جدید ممکن است فقط موجب تشدید تظاهر علائم گردد، زن‌ها نسبت به مرد‌ها تمایل بیشتری برای گزارش این علائم دارند و احتمالاً شیوع آن در زن‌ها بالاتر است ادیشن (Edition, 2013).

جهت گیری منفی به مشکل، یکی از متغیرهایی است که در نشانه های بدنی بررسی شده است، دزوریلا و گولدفرد (D'zurilla & Goldfried, 1971) جهت گیری به مسئله را به عنوان یک گام اساسی در حل مؤثر

^۱ . Somatic symptom

^۲ . American Psychiatric Association (APA)

مسئله در نظر گرفتند که نشان دهنده پذیرش مشکلات به عنوان یک بخش عادی از زندگی و اطمینان به توانایی فرد برای واکنش و مقابله مؤثر است دیوی و همکاران، دوگاس و همکاران، لیرا و نیومن، رایشو و دوگاس (Davey et al., 1992; Dugas et al., 1998; Llera & Newman, 2023; Robichaud & Dugas, 2005). جهت گیری حل مسئله ممکن است روابط میان درد و عملکرد را تعدیل کند. جنسن و همکاران (Jensen et al., 1991) از مروری بر مطالعات تجربی ارزیابی استراتژی های مقابله برای سازگاری با درد مزمن به این نتیجه رسیدند که درد مزمن با احساس کنترل بیشتر بر درد، ناتوانی کم تری را به وجود می آورد که باعث می شود فرد درد را شدید نداند و از فاجعه سازی در مورد وضعیت خود اجتناب کند شاو و همکاران (Shaw et al., 2001). شواهد بیانگر این است که نه تنها مهارت های حل مسئله، بلکه جهت گیری شناختی که افراد نسبت به مدیریت مسئله انتخاب می کنند، با مشکلات روانشناختی در ارتباط است تاج الدینی و همکاران (Tajoddini et al., 2019). جهت گیری منفی به مسئله، یک بعدی از جهت گیری مسئله است که مایدیو - اولیواریس و دزوریلا (Maydeu-Olivares & D'Zurilla, 1996) می تواند به عنوان مانعی برای راه حل مشکل فعال و در نتیجه، مانع مهمی برای مدیریت یا به حداقل رساندن علائم اولیه یا نشانه های پریشانی روانی درک شود. برای بهبود نتایج سلامت روانی، مهم است که مؤلفه های فعال مداخلات مؤثر برای تعیین چگونگی کار این مداخلات مهار شوند. واضح است که جهت گیری منفی به مسئله مانع بزرگی برای علامت بیماری است که باید آن را درک کرد کلارک و همکاران، ویلسون و هیوز (Clarke et al., 2017; Wilson & Hughes, 2011).

الگوهای پردازش هیجان، یکی دیگر از متغیرهایی است که با نشانه های بدنی در ارتباط است، پردازش هیجانی، فرایندی است که از طریق آن آشفتگی های هیجانی جذب می شوند و به حدی کاهش می یابند که سایر تجربه ها و رفتارها می توانند بدون اختلال ادامه یابند نوربالا تفتی و همکاران (Noorbala Tafti et al., 2018). مطالعات متعددی وجود دارند که بر اختلال سیستم های هیجانی در علائم جسمانی تأکید دارند. این مطالعات موارد فاجعه باری و نشخوار فکری، سرکوب هیجانی، ناتوانی در تنظیم مثبت هیجانها، عدم تعادل در برانگیختگی هیجانی، اختلال در توانایی در آگاهی هیجانی و اختلال در تنظیم هیجانی را در افراد با علائم جسمانی نشان داده اند فلاحی دوست و همکاران (Falahatdoost et al., 2020). الگوهای پردازش هیجان شامل سرکوبی، تجربه هیجانی ناخوشایند، نشانه های هیجان پردازش نشده، اجتناب و کنترل هیجانی می باشد. سرکوبی به معنای عدم بیان و ابراز هیجان می باشد، تجربه هیجانی ناخوشایند به معنای تجاربی هستند که بار عاطفی منفی برای فرد به همراه داشته و باعث آشفتگی های روانی در وی شده اند، هیجانها زمانی که به خوبی پردازش نشوند برای ما مزاحمت و آشفتگی روانی ایجاد می کنند، از نظر باکر کنترل هیجانی یکی از

سبک های سطح کنترل و بیان هیجانات است که فرد هیجانات خود را بسیار کنترل شده ابراز می کند باکر و همکاران (Baker et al., 2007).

جهت گیری منفی به مشکل، باعث می شود شخص مشکل را فاجعه تلقی کند، برای حل مشکل خود را ناتوان بداند، مشکل را به صورت خطر یا تهدید در نظر بگیرد، لذا انجام مداخلاتی که بر کاهش جهت گیری منفی به مشکل مؤثر باشد، می تواند منجر به کاهش علائم جسمانی شود، چرا که این علائم جسمانی برای بیماران به حدی آزاردهنده هستند، که منجر به مراجعه آن ها به متخصصانی به جز متخصصان بهداشت روان می شود شرافتی و همکاران (sherafati et al., 2017). همچنین برای حمایت از توسعه بیشتر درمان های متمرکز بر هیجان برای نشانه های بدنی، لازم است درک عمیق تری از اختلالات پردازش هیجان در این بیماران به دست آوریم شنابل و همکاران (Schnabel et al., 2022).

ماروتی، لیوتسون و همکاران (Maroti, Ljótsson, et al., 2021) طی پژوهشی مطرح کرده اند، علائم هیجانات پردازش نشده و تجربه عاطفی توسعه نیافته - به طور منحصر به فردی با کاهش علائم جسمانی مرتبط بودند. این تجزیه و تحلیل میانجی اولیه نشان می دهد که پردازش هیجانی بهبود یافته با تغییر در علائم جسمی مرتبط است. مطالعه ی طولی باورز و همکاران (Bowers et al., 2019) طی پژوهشی مطرح کرده اند، سرکوب هیجانی و پردازش هیجانی ممکن است در بهبود پریشانی پس از درمان افراد مبتلا به فیبرومیالژیا نقش داشته باشد. موسکاتلو و همکاران (Muscatello et al., 2016) اذعان کردند، الگوهای هیجانی نقش کلیدی در تأثیر گذاری بر عملکردهای اتونومیک، التهابی و اندوکرینی در سندرم روده تحریک پذیر دارند. ربیعی و همکاران (Rabiee et al., 2020) طی پژوهشی اذعان کردند که، نشانه های بیماری با فرونشانی، هیجانات تنظیم نشده، تجربه هیجانی ضعیف، علائم هیجانات پردازش نشده دارای قدرت پیش بینی کنندگی نشانه های بیماری اند، نتایج این پژوهش بر رابطه اخلاص در پردازش هیجانی و نشانه های بیماری صحه گذاشتند. اوکور گونی و همکاران (Okur Güney et al., 2019) طی پژوهشی مطرح کردند که، بین نشانه های بدنی و اختلالات در تنظیم و پردازش هیجان ارتباط وجود دارد، این بیماران تعامل کم تری با محتوای شناختی هیجانات خود نشان می دهند. از سوی دیگر به نظر می رسد که اجزای تشکیل دهنده ی بدن در اختلالات تنظیم هیجان یک الگوی بیش از حد واکنشی را به تصویر می کشند، بیماران تمایل دارند با مشکلاتی در جدا کردن انعطاف پذیر توجه (خود به خودی) خود از مواد هیجانی مواجه شوند. چانگ (Chang, 2017) در طی پژوهشی مطرح کردند که، هیجان ناسازگار، به شدت در جهت گیری منفی به مشکل دخیل است. چانگ و همکاران (Chang et al., 2020) در پژوهش خود نشان داده اند که، جهت گیری منفی

به مشکل، در پیش بینی هیجانات ناسازگار مفید خواهد بود، همچنین اذعان کرده اند که، به مداخلاتی نیاز است که جهت گیری منفی به مشکل را کاهش دهند تا از توسعه هیجانات ناسازگار جلوگیری شود.

آرتنگ و ایزدی (Artang & Izadi, 2022) در پژوهش خود نشان دادند که، درمان هیجان مدار موجب کاهش سطح پردازش منفی اطلاعات هیجانی و مولفه های آن و علائم نشانه های بدنی در زنان با نشانه های بدنی شده است. فاضلی ثانی و همکاران (Fazeli sani et al., 2021) اذعان کردند، درمان متمرکز بر هیجان در درمان مشکلات هیجانی بیماران مبتلا به اختلال درد اثربخش است. شیخان و گودرزی (Sheykhani & Goudarzi, 2024) طی پژوهشی مطرح کرده اند، که درمان هیجان مدار بر دشواری در تنظیم هیجان و شدت علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر تأثیر دارد. قبادی و همکاران (Ghobadi et al., 2017) طی پژوهشی مطرح کرده اند که، آموزش گروهی مبتنی بر نظریه عقلانی-هیجانی - رفتاری منجر به کاهش جهت گیری منفی به مشکل می شود. رودریگز (Rodrigues, 2016) طی پژوهشی اذعان کردند که، بین تنظیم هیجان، جهت گیری منفی به مشکل رابطه معناداری وجود دارد. تاکور و همکاران (Thakur et al., 2017) طی پژوهشی مطرح کرده اند که، آموزش مختصر آگاهی هیجانی که تروما و تعارضات هیجانی را هدف قرار می داد علائم جسمانی را کاهش داد. بورسما و همکاران (Boersma et al., 2019) طی پژوهش خود بیان کردند که، درمان متمرکز بر هیجان بر فاجعه سازی درد (یک جهت گیری منفی اغراق آمیز نسبت به درد، که ترس و ناراحتی را تحریک و همچنین درک درد را افزایش می دهد) و تداخل درد در بیماران با تجربه ی درد مزمن همراه با مشکلات هیجانی، اثربخشی معنادار و پایدار دارد. رحمان نژاد سراپی و جعفری (Rahmannezhad Sarabi & Jafari, 2023) در پژوهشی مطرح کردند که، درمان هیجان مدار می تواند شکایات روان تنی، دشواری در شناسایی هیجانات، دشواری در توصیف هیجان ها را کاهش دهد. همایونی و همکاران (Homayouni et al., 2022)، طی پژوهش خود اذعان کردند که، درمان هیجان مدار در بیماران مبتلا به درد مزمن، در بهبود متغیرهای اجتناب تجربی، تنظیم شناختی هیجان و فاجعه آمیز کردن درد اثربخش است.

به دلیل ماهیت هیجانی نشانه های بدنی و این که هیجان در آن نقش دارد، درمان هیجان مدار به عنوان پروتکل مهم در درمان نشانه های بدنی استفاده شده است، به عنوان یک درمان فراتشخیصی، درمان هیجان-مدار، بر این فرض استوار است که هیجانات منابع اساساً تطبیقی در عملکرد سالم انسان هستند و دسترسی، فعال کردن و پردازش مؤثر هیجانات برای نتیجه موفقیت آمیز در روان درمانی بسیار مهم هستند. هدف اصلی درمان هیجان مدار کمک به بیماران برای کسب آگاهی بهتر از هیجانانشان، برجسب زدن آن ها در کلمات،

یادگیری تنظیم بهتر آن‌ها، پذیرش آن‌ها، تحمل آن‌ها و درک آن‌ها است، به‌طوری‌که بتوان از اطلاعات تطبیقی آن‌ها استفاده کرد. هنگامی که هیجانات در نتیجه تروما ناسازگارانه می‌شوند، هدف درمانی دسترسی و فعال کردن خاطرات طرحواره‌ای احساسات ناسازگارانه مبتنی بر تروما به‌منظور تبدیل آن‌ها است شاهر (Shahar, 2020). درمان متمرکز بر هیجان از سنت فرد محور و به‌ویژه شاخه تجربی آن پدیدار شد الیوت و گرینبرگ (Elliott & Greenberg, 2016). درمان متمرکز بر هیجان، رویکردی انسانی، مبتنی بر نشانه و مبتنی بر شواهد است که بر ردیابی لحظه‌به‌لحظه تجربه هیجانی مراجع تأکید دارد رابینسون و الیوت (Robinson & Elliott, 2017). درمان متمرکز بر هیجان، یک درمان تجربی است که در آن، مولفه‌های تمرین‌های گشتالتی پرلز و درمان فرد مدار راجرز، با درمان هیجانی و فرادمان سازه‌ای دیالکتیکی یکپارچه شده است شعرباچی و طباطبایی حسینی (Shaerbagchi & Tabatabai Hosseini, 2019) که در اوایل دهه ۱۹۸۰ توسط جانسون و گرینبرگ ابداع شد ابراهیمی چشمه‌سفید و خدابخش، گرینبرگ و جانسون (Ebrahimi Cheshmeh Sefid & Khodabakhsh, 2020; Greenberg & Johnson, 1998) به دلیل ماهیت هیجانی نشانه‌های بدنی و این‌که هیجان در آن نقش دارد، درمان هیجان‌مدار به‌عنوان پروتکل مهم در درمان نشانه‌های بدنی استفاده شده است.

باتوجه به ماهیت مزمن نشانه‌های بدنی، شیوع بالای آن، غیرقابل توجه بودن نشانه‌ها از لحاظ پزشکی، ناتوانی افراد در درک و بیان احساسات و تفسیر نادرست جنبه‌های فیزیولوژیکی برانگیختگی عاطفی به‌عنوان نشانه‌های بدنی و همچنین مشکلات این افراد در شناسایی و ابراز هیجانات، پاسخ‌های شناختی، هیجانی و رفتاری نامتناسب و ناکارآمد و همچنین اختلال قابل توجه در زندگی روزمره همراه با صرف وقت و انرژی زیاد، درک و درمان نشانه‌های بدنی و متغیرهای دخیل در آن از یکی از مهم‌ترین چالش‌های پیش‌روی متخصصان بهداشت روان می‌باشد، همچنین باتوجه به افزایش جمعیت زنان سرپرست خانوار، آسیب‌پذیری بالای آن‌ها و درصد بالای احتمال ابتلا به دردهای مزمن در آن‌ها و در این راستا بر اساس آنچه بیان شد، باتوجه به آن‌که افراد با نشانه‌های بدنی در درک، شناسایی، پردازش، ابراز هیجانات، آگاهی از هیجانات، پاسخ به آن‌ها و تنظیم هیجانات خود، مشکل دارند و از آنجایی‌که هدف اصلی درمان فراتشخیصی هیجان-مدار آگاهی بهتر از هیجانات، شناسایی، پذیرش آن‌ها، یادگیری تنظیم بهتر، تحمل و درک آن‌هاست، به نظر می‌رسد این درمان بتواند در کاهش جهت‌گیری منفی به مشکل و الگوهای پردازش هیجان، نیز مؤثر باشد. همچنین از آنجا که بر اساس بررسی‌های محقق، اکنون پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر جهت‌گیری منفی به مشکل و الگوهای پردازش هیجان در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های بدنی شهر

اصفهان نپرداخته است و در این زمینه خلأ پژوهشی وجود دارد، پژوهش حاضر در راستای هدف و ضرورت خود درصدد بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر جهت گیری منفی به مشکل و الگوهای پردازش هیجان و مؤلفه های آن در زنان سرپرست خانوار با نشانه های بدنی شهر اصفهان است؛ لذا این پژوهش به دنبال بررسی فرضیه های زیر است:

فرضیه اول: درمان هیجان مدار بر جهت گیری منفی به مشکل در زنان سرپرست خانوار با نشانه های بدنی شهر اصفهان تأثیر دارد.

فرضیه دوم: درمان هیجان مدار بر الگوهای پردازش هیجان در زنان سرپرست خانوار با نشانه های بدنی شهر اصفهان تأثیر دارد.

فرضیه سوم: درمان هیجان مدار بر مؤلفه های الگوهای پردازش هیجان (سرکوبی، تجربه هیجانی ناخوشایند، نشانه های هیجان پردازش نشده، اجتناب و کنترل هیجانی) در زنان سرپرست خانوار با نشانه های بدنی شهر اصفهان تأثیر دارد.

روش

طرح پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش نیمه آزمایشی، از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان سرپرست خانوار با نشانه های بدنی ۳۳ الی ۶۱ ساله ساکن شهر و حومه شهر اصفهان که از سال ۱۴۰۲ تا ۱۴۰۳ تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی منطقه ۲، منطقه ۵، کلینیک راه زندگی (رز سفید) کمیته امداد امام خمینی شهر اصفهان می باشند. نمونه گیری در این پژوهش به صورت هدفمند که به منظور انتخاب حجم نمونه به کمیته امداد منطقه ۲، منطقه ۵، کلینیک راه زندگی (رز سفید) کمیته امداد امام خمینی اصفهان مراجعه شده از بین ۱۲۰ نفر از زنان سرپرست خانوار که پرسشنامه نشانه های بدنی ملاک B (SSD-12) را تکمیل کرده بودند، ۷۴ نفر در پرسشنامه نشانه های بدنی نمره ۲۴ به بالا دریافت کرده بودند، از این ۷۴ نفر، ۳۶ نفر از زنان سرپرست خانوار با نشانه های بدنی، ساکن حومه یا شهر اصفهان، ۳۳ الی ۶۱ ساله که در پرسشنامه های جهت گیری منفی به مشکل رابی چاوود و داگاس (NPOQ) و پردازش هیجانی باکر و همکاران نمره کافی دریافت کرده، به طور تصادفی انتخاب شده و در دو گروه آزمایش (۱۸ نفر) و کنترل (۱۸ نفر) طبقه بندی شدند.

ابتدا پرسشنامه های فوق در اختیار هر دو گروه قرار گرفت تا به عنوان پیش آزمون تکمیل کنند. سپس فقط گروه آزمایش تحت مداخله درمانی بر اساس رویکرد هیجان مدار، به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هفتگی در کمیته امداد منطقه دو شهر اصفهان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای

دریافت نکردند. محتوای جلسات درمان هیجان مدار در جدول ۱ آورده شده است. بعد از پایان مداخلات دوباره ابزارهای مورد نظر در هر دو گروه به عنوان پس آزمون به کار برده شد و نتایج پیش آزمون و پس آزمون هر دو گروه با یکدیگر مقایسه شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 23 تجزیه و تحلیل شدند. ملاک های ورود به این پژوهش، زنان سرپرست خانوار ۶۱-۳۳ ساله ای که در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ به دلیل طلاق، در شرف طلاق بودن یا متارکه، مرگ همسر، اعتیاد همسر، بیماری همسر، از کار افتادگی همسر، زندانی بودن همسر، عدم ازدواج خود و فوت یا بیماری پدر و مادر تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی بودند، تشخیص نشانه های بدنی بر اساس کسب نمره ۲۴ به بالا در پرسشنامه نشانه های بدنی ملاک B (SSD-12)، کسب نمره ۳۶ به بالا در پرسشنامه جهت گیری منفی به مشکل و کسب نمره ۷۵ به بالا در پرسشنامه الگوهای پردازش هیجانی، داشتن سواد حداقلی (خواندن و نوشتن)، ساکن حومه یا شهر اصفهان، عدم مصرف داروهای روان پزشکی و روان درمانی های دیگر حین انجام پژوهش، رضایت از شرکت در پژوهش و ملاک های خروج، غیبت بیش از دو جلسه در گروه آزمایش، عدم تمایل شرکت کننده به ادامه تحقیق، دریافت همزمان درمان های روانشناختی دیگر بود.

ابزارها

پرسشنامه نشانه های بدنی

پرسشنامه سنجش نشانه های بدنی^۱ ملاک B (SSD-12) در سال ۲۰۱۶ توسط تونسیت و همکاران (Toussaint et al., 2016)، ساخته شده که از ۱۲ آیتم و نحوه پاسخدهی به صورت طیف لیکرت از هیچ وقت (۰) تا خیلی زیاد (۴)، تشکیل شده است. اولین پرسشنامه خود گزارشی است که ویژگی های روانشناختی اختلال نشانه های بدنی که در ملاک B آورده شده است را طبق معیارهای پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) می سنجد. منظور از این ملاک یک یا تعداد بیشتری نشانه جسمانی (معهده درد، کمردرد، درد در بازوها و پاها و مفاصل، گرفتگی عضلات، سردرد، درد قفسه سینه، سرگیجه، دچار ضعف شدن، فشار قلب، نفس تنگی، یبوست، تهوع، احساس خستگی و مشکلات خواب) ناراحت کننده در فرد است که فرد افکار و احساسات و رفتارهای مفرط مرتبط با نشانه های جسمانی یا نگرانی های در ارتباط با سلامتی دارد. SSD-12 ابزار مفیدی برای تشخیص و سنجش پاسخ های درمانی در این اختلال است. حداقل

¹. Somatic Symptom Scale

امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۴۸ خواهد بود. نمرات بالا در این مقیاس، بیانگر نشانه‌های بدنی بالا و نمره پایین در این مقیاس بیانگر نشانه‌های بدنی پایین است، خط برش این پرسشنامه، نمرات بالای ۲۴ می‌باشد. ارزیابی‌های اولیه نشان می‌دهد که این پرسشنامه روایی و پایایی مناسبی را برای سنجش‌های بالینی و روش تحقیق دارا می‌باشد.

پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرنا ۰/۹۵ گزارش شده است. تحلیل عاملی تاییدی نیز ساختار سه عاملی را که نشان‌دهنده سه معیار روانشناختی مربوط به افکار و احساسات و رفتار می‌باشد را تأیید می‌کند. نمره کل SSD-12 به‌طور معناداری با نشانه‌های بدنی ۰/۷۳، اضطراب سلامت ۰/۶۳ و علائم افسردگی ۰/۶۴ ارتباط دارد. بیماران با نمره بالا در SSD-12 اختلالاتی را در زمینه‌ی جسمی و روانی گزارش کرده‌اند که نیازمند مراقبت‌های بهداشتی اولیه است تونسیست و همکاران (Toussaint et al., 2016). در ایران نیز این پرسشنامه توسط محقق نرگسی و همکاران (nargesi et al., 2017) به زبان فارسی ترجمه شده است و پایایی آن از طریق باز آزمون دوهفته‌ای ۰/۸۹ گزارش شده است ایزدی و همکاران (Izadi et al., 2019). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه جهت‌گیری منفی به مشکل

پرسشنامه جهت‌گیری منفی به مشکل^۱ (NPOQ) توسط رابیشو و دوگاس (Robichaud & Dugas, 2005) در قالب ۱۲ سؤال برای سنجش نگرش افراد نسبت به مشکل طراحی شده است. این ابزار در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود و نمره‌گذاری معکوس ندارد. نحوه پاسخدهی به‌صورت طیف لیکرت از هیچ‌وقت (۱) تا خیلی زیاد (۵)، تشکیل شده است. دامنه تغییرات نمرات بین ۱۲ تا ۶۰ می‌باشد و حداقل امتیاز ممکن ۱۲ و حداکثر ۶۰ خواهد بود. نمرات بالا در این مقیاس، بیانگر جهت‌گیری منفی به مشکل بالا و نمره پایین در این مقیاس بیانگر جهت‌گیری منفی به مشکل پایین است، خط برش این پرسشنامه نمرات بالای ۳۶ می‌باشد.

ارزیابی اولیه از ویژگی‌های روانسنجی (NPOQ) پرسشنامه‌ی مذکور نشان داد که آن از ساختار تک عاملی تشکیل شده است و همسانی درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲). پایایی باز آزمایی آن نیز به فاصله ۵ هفته، بالای ۰/۸۰ گزارش شده است رابیشو و دوگاس (Robichaud & Dugas, 2005).

¹. Negative Problem Orientation Questionnaire (NPOQ)

در ایران نیز پژوهش ها نشان داد که این مقیاس همسانی درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶)، این محققان پایایی باز آزمایی آن را نیز در طی ۲ ماه ۰/۷۸ گزارش کرده اند کیانی، محمودعلیلو و همکاران (Kiani, 2012; MahmudAliloo et al., 2011). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه پردازش هیجانی

پرسشنامه پردازش هیجانی^۱ توسط باکر و همکاران (Baker et al., 2007) توسعه داده شده است. نسخه اولیه این مقیاس دارای ۴۸ سؤال بود که بعداً توسط باکر و همکاران (Baker et al., 2010) کوتاه تر شد و نسخه ۲۵ سوالی آن تهیه شد. نحوه پاسخدهی به صورت طیف لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵)، تشکیل شده است. حداقل امتیاز ممکن ۲۵ و حداکثر ۱۲۵ خواهد بود. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۲۵ تا ۵۰ باشد، میزان پردازش منفی اطلاعات هیجانی کم می باشد، در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۵۰ تا ۷۵ باشد، میزان پردازش منفی اطلاعات هیجانی در سطح متوسطی می باشد و در صورتی که نمرات بالای ۷۵ باشد، میزان پردازش منفی اطلاعات هیجانی بالا می باشد. این مقیاس دارای ۵ بعد یا خرده مقیاس با عناوین سرکوبی، تجربه هیجانات ناخوشایند، کنترل هیجان، اجتناب و نشانه های هیجانات پردازش نشده است. مقیاس سرکوبی سوال های ۷، ۹، ۱۶، ۱۹، ۲۵، مقیاس تجربه هیجانی ناخوشایند سوال های ۳، ۱۱، ۱۲، ۲۲، مقیاس نشانه های هیجان پردازش نشده سوال های ۱، ۲، ۲۰، ۲۴، مقیاس اجتناب سوال های ۴، ۱۳، ۱۴، ۲۱، ۲۳ و مقیاس کنترل هیجانی سوال های ۶، ۱۰، ۱۵، ۱۷، ۱۸ در برمی گیرد، خط برش این پرسشنامه، نمرات بالای ۷۵ می باشد. باکر و همکاران ساختار عاملی این پرسشنامه را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار داده و ۵ عامل استخراج کرده اند.

ضرایب آلفای کرونباخ و باز آزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۹ توسط طراحان آزمون گزارش شد باکر و همکاران (Baker et al., 2010). در ایران نیز لطفی و همکاران (Lotfi et al., 2013) ضریب همبستگی این مقیاس را با مقیاس تنظیم هیجان ۰/۵۴ به دست آورد که حاکی از روایی همگرایی آزمون است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها ۰/۸۵ و برای دشواری در تجربه و تشخیص هیجانات، دشواری در بیان و توصیف هیجانات و پردازش ناکافی هیجانات به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۲ محاسبه شده است و پایایی و روایی مناسبی برای این آزمون نشان داده شده است باکر و همکاران، لطفی و همکاران (Baker et al., 2010; Lotfi et al., 2013). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از

¹. Emotional Processing Scale

روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس های سرکوبی ۰/۷۷، تجربه هیجانی ناخوشایند ۰/۵۹، نشانه های هیجان پردازش نشده ۰/۶۰، اجتناب ۰/۵۶ و کنترل هیجانی ۰/۶۷ به دست آمد. پروتکل درمانی، درمان هیجان مدار (EFT):

جدول ۱. ساختار جلسات درمانی هیجان مدار لافرانس رابینسون و همکاران (Lafrance Robinson et al.,

2014)

جلسات	محتوا
جلسه اول	در این جلسه پس از ارتباط درمانی ایمن از طریق همدلی، درمان به صورت گروهی صورت گرفت. در این جلسه درمانی در رابطه با چیستی هیجان، انواع هیجان، هیجان های اولیه و ثانویه، نتیجه اجتناب از تجربه هیجانی، اهمیت بیان نیازهای بین فردی و چگونگی ایجاد آسیب هیجانی، بود.
جلسه دوم	در ابتدای این جلسه، مدت زمان کوتاهی به اضافه کردن و تصحیح اطلاعات اعضای گروه در مورد هیجان، اختصاص داده شد. پس از آن، جهت ایجاد فهم عمیق تر نسبت به تکنیک های درمانی که ارائه می شود، از اعضای گروه خواسته شد تا در ارتباط با مشکل کنونی خود، مثال هایی را مطرح کنند.
جلسه سوم	در این جلسه برای شناسایی دقیق تر و تسهیل بیان هیجان از سوی اعضای گروه، از فن تمرکز بر احساس بدنی استفاده شد.
جلسه چهارم	در این جلسه جهت دسترسی به هیجان های دردناک غیر قابل قبول در گذشته مانند ناامیدی، خود تخریبی و تنهایی و همچنین تسهیل تجربه این هیجان ها در اعضای گروه، از فن صندلی خالی استفاده شد.
جلسه پنجم	هدف این جلسه کاهش هیجان های دردناک تجربه شده و حل مسائل ناتمام در اعضای گروه است. جهت نیل به این هدف، از هر عضو خواسته شد که خود یا فرد ایجاد کننده این احساس های دردناک را به طور خیالی در صندلی خالی مقابل قرار دهد و تمام هیجان های خود مانند خشم، غم و نفرت را نسبت به فرد مورد نظر نمایش دهد.
جلسه ششم	پس از بیان و تجربه کامل هیجان ها، در این جلسه مجدداً از فن صندلی خالی جهت دستیابی به نیازهای ناکام مانده اعضای گروه در تعامل های بین فردی، استفاده شد.
جلسه هفتم	پس از کشف نیازهای برآورده نشده در اعضای گروه، جهت افزایش میزان خود شفقتی ^۱ این افراد، از آن ها خواسته شد تا به این نیازها به شیوه های دلسوزانه پاسخ دهند.

¹ . Self-compassion

در این جلسه از هر عضو گروه خواسته شد تا احساس های خود را نسبت به پایان درمان، تجارب جلسه هشتم خود در گروه و دیگر اعضا مطرح کند. سپس افراد، به عنوان تمرین عملی، این احساس ها را بدون اجتناب و به طور درست، شناسایی، نام گذاری، بیان و تجربه کردند.

یافته ها

در این پژوهش آزمودنی های گروه آزمایش در بازه سنی بین ۵۳ - ۳۳ سال بودند. همچنین آزمودنی های گروه کنترل در بازه سنی بین ۶۱ - ۳۳ سال بودند؛ و همچنین از بین ۱۸ فرد شرکت کننده در گروه آزمایش، ۱۰ نفر (۲۷/۸٪) دارای تحصیلات زیردیپلم، ۷ نفر (۱۹/۴٪) دارای تحصیلات دیپلم و ۱ نفر (۲/۸٪) دارای تحصیلات لیسانس بودند. همچنین از بین ۱۸ شرکت کننده در گروه کنترل، ۹ نفر (۲۵٪) دارای تحصیلات زیردیپلم، ۵ نفر (۱۳/۹٪) دارای تحصیلات دیپلم، ۱ نفر (۲/۸٪) دارای تحصیلات فوق دیپلم و ۳ نفر (۸/۳٪) دارای تحصیلات لیسانس بودند؛ و همچنین از بین ۱۸ نفر فرد شرکت کننده در گروه آزمایش، ۷ نفر (۱۹/۴٪) متأهل، ۸ نفر (۲۲/۲٪) مطلقه و ۳ نفر (۸/۳٪) بیوه بودند. همچنین از بین ۱۸ شرکت کننده در گروه کنترل، ۲ نفر (۵/۶٪) مجرد، ۵ نفر (۱۳/۹٪) متأهل، ۱۰ نفر (۲۷/۸٪) مطلقه و ۱ نفر (۲/۸٪) بیوه بودند. با توجه به جدول ۲ مشاهده می شود، میانگین و انحراف معیار نمرات جهت گیری منفی به مشکل، الگوهای پردازش هیجان و مولفه های آن در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون کاهش یافته است.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات جهت گیری منفی به مشکل، الگوهای پردازش هیجان و مولفه های آن در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	نوبت آزمون	تعداد	میانگین	انحراف معیار
جهت گیری منفی به مشکل	آزمایش	پیش آزمون	۱۸	۳۹/۲۷	۱۱/۱۸
		پس آزمون	۱۸	۲۷/۰	۱۱/۹۱
	کنترل	پیش آزمون	۱۸	۳۹/۷۷	۷/۸۶
		پس آزمون	۱۸	۴۳/۱۱	۷/۵۶
الگوهای پردازش هیجان	آزمایش	پیش آزمون	۱۸	۹۴/۳۳	۱۵/۵۷
		پس آزمون	۱۸	۷۰/۸۳	۱۲/۴۴
	کنترل	پیش آزمون	۱۸	۸۸/۰	۱۴/۵۱

۱۲/۲	۹۵/۱۱	۱۸	پس آزمون	آزمایش	سرکوبی
۵/۱۹	۱۸/۲۷	۱۸	پیش آزمون		
۴/۷۹	۱۳/۲۲	۱۸	پس آزمون		
۴/۵۲	۱۶/۳۳	۱۸	پیش آزمون	کنترل	تجربه هیجانی
۳/۳۸	۱۸/۵۵	۱۸	پس آزمون		
۳/۹۱	۱۸/۳۸	۱۸	پیش آزمون		
۳/۴۲	۱۲/۸۸	۱۸	پس آزمون	آزمایش	ناخوشایند
۳/۶۹	۱۸/۴۴	۱۸	پیش آزمون		
۲/۷۹	۲۰/۷۷	۱۸	پس آزمون		
۳/۷۶	۱۹/۱۶	۱۸	پیش آزمون	کنترل	نشانه های هیجان پردازش نشده
۳/۴۳	۱۴/۸۳	۱۸	پس آزمون		
۳/۲۷	۱۷/۴۴	۱۸	پیش آزمون		
۲/۷۲	۱۹/۳۳	۱۸	پس آزمون	آزمایش	اجتناب
۴/۴۶	۲۰/۴۴	۱۸	پیش آزمون		
۴/۲۷	۱۵/۶۱	۱۸	پس آزمون		
۳/۹	۱۹/۹۴	۱۸	پیش آزمون	کنترل	کنترل هیجانی
۳/۹۵	۱۹/۱۶	۱۸	پس آزمون		
۴/۰۳	۱۸/۰۵	۱۸	پیش آزمون		
۳/۷۳	۱۴/۲۷	۱۸	پس آزمون	آزمایش	کنترل هیجانی
۴/۸۱	۱۵/۸۳	۱۸	پیش آزمون		
۴/۳	۱۷/۲۷	۱۸	پس آزمون		

باتوجه به این که آزمون فرضیه های این پژوهش نیازمند استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس بود، باید پیش فرض های لازم، یعنی پیش فرض های نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه، تساوی واریانس ها و یکسانی شیب خط رگرسیون رعایت می گردید. به منظور بررسی پیش فرض نرمال بودن از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج حاصل از اجرای این پیش فرض نشان داده که فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در همه متغیرهای پژوهش باقی است، یعنی توزیع نمرات نمونه نرمال و همسان با جامعه است و کجی و کشیدگی حاصل اتفاقی است (همه سطوح معنی داری بزرگ تر از ۰/۰۵ می باشد). از آزمون لوین جهت سنجش برابری واریانس برای تک تک متغیرها استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داده که بین

واریانس گروه‌ها در هر کدام از متغیرهای پژوهش در دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد و واریانس گروه‌ها با هم برابر می‌باشد. لذا پیش فرض تساوی واریانس‌ها برای کلیه متغیرها رعایت شده است. نتایج بررسی پیش فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داده که، تعامل بین شرایط آزمایشی و متغیر همپراش در هر کدام از متغیرهای پژوهش معنادار نیست ($p > 0.05$). یعنی این که شیب خط رگرسیون برای همه شرایط آزمایشی یکسان است و خطوط رگرسیونی یکدیگر را قطع نمی‌کنند؛ لذا پیش فرض یکسانی شیب خط رگرسیون برای کلیه متغیرها رعایت شده و منعی برای استفاده از روش تحلیل کوواریانس وجود ندارد. باتوجه به جدول ۳ مشاهده می‌شود، که درمان هیجان‌مدار توانسته است باعث کاهش میانگین نمرات جهت گیری منفی به مشکل و الگوهای پردازش هیجان در زنان سرپرست خانوار شهر اصفهان شود. میزان این تأثیر گروهی برای جهت گیری منفی به مشکل ۰/۶۱ و برای الگوهای پردازش هیجان ۰/۷۷ بوده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره (ANCOVA) درمان هیجان‌مدار بر جهت گیری منفی به مشکل و الگوهای پردازش هیجان در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های بدنی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا	توان آماری
پیش	۱۹۶۰/۲۷	۱	۱۹۶۰/۲۷	۴۵/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱
جهت گیری	آزمون						
منفی به	گروه	۱	۲۲۲۲/۰۲	۵۱/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱
مشکل	خطا	۳۳	۴۳/۱۳				
	کل	۳۶	۴۹۹۶۰				
پیش	۳۱۶۳/۸۰	۱	۳۱۶۳/۸۰	۵۲/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱
الگوهای	آزمون						
پردازش	گروه	۱	۶۹۰۳/۰۹	۱۱۳/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱
هیجان	خطا	۳۳	۶۰/۶۲				
	کل	۳۶	۲۵۸۳۰۷				

باتوجه به جدول ۴ مشاهده می‌شود سطوح معناداری همه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ است که بیانگر این است که دو گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از مولفه‌های الگوهای پردازش هیجان تفاوت معناداری داشته‌اند.

جدول ۴. نتایج آنالیز کوواریانس چند متغیره در بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر مولفه های الگوهای پردازش

هیجان

نام آزمون	مقدار	آماره F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری	اتا	توان
اثر پیلاپی	۰/۶۷۳	۱۲/۳۳	۵	۳۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱
لامبدای ویلکس	۰/۶۷۳	۱۲/۳۳	۵	۳۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱
اثر هتلینگ	۰/۶۷۳	۱۲/۳۳	۵	۳۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱
بزرگ ترین ریشه روی	۰/۶۷۳	۱۲/۳۳	۵	۳۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱

باتوجه به مجذور اتا در جدول ۵ می توان گفت مقدار این اندازه اثر در سرکوبی ۳۰ درصد، تجربه هیجانی ناخوشایند ۶۲ درصد، نشانه های هیجان پردازش نشده ۳۵ درصد، اجتناب ۱۶ درصد و کنترل هیجانی ۱۲ درصد بوده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در متن مانکوا روی مولفه های الگوهای پردازش هیجان

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجدور اتا	توان
سرکوبی	۲۵۶/۰	۱	۲۵۶/۰	۱۴/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۹۶
تجربه هیجانی ناخوشایند	۵۶۰/۱۱	۱	۵۶۰/۱۱	۵۷/۲۰۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
نشانه های هیجان پردازش نشده	۱۸۲/۲۵	۱	۱۸۲/۲۵	۱۸/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۸
اجتناب	۱۱۳/۷۷	۱	۱۱۳/۷۷	۶/۷۰	۰/۰۱۴	۰/۱۶	۰/۷۱
کنترل هیجانی	۸۱/۰	۱	۸۱/۰	۴/۹۷	۰/۰۳۲	۰/۱۲	۰/۵۸

نتیجه

بر اساس نتایج پژوهش حاضر درمان هیجان مدار بر جهت گیری منفی به مشکل و الگوهای پردازش هیجان و مولفه های آن در زنان سرپرست خانوار با نشانه های بدنی شهر اصفهان اثربخش بوده است. نتایج سلمانزاده و سجادیان (Salmanizadeh & Sajjadian, 2023)، قبادی و همکاران (Ghobadi et al.,)

(2017)، تاج‌الدینی و همکاران (Tajoddini et al., 2019)، رودریگز (Rodrigues, 2016)، همسو با یافته‌های پژوهش حاضر می‌باشد.

تاج‌الدینی و همکاران (Tajoddini et al., 2019)، در پژوهشی به مقایسه‌ی جهت‌گیری منفی به مسئله و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به ایدز و افراد سالم پرداخته‌اند، یافته‌ها نشان داده‌اند بین این دو گروه در متغیرهای جهت‌گیری منفی به مسئله، تنظیم هیجان بین فردی و سبک پردازش هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد و بسیاری از مشکلات بیماران مبتلا به ایدز، می‌تواند تا حدودی متأثر از این متغیرها باشد. قبادی و همکاران (Ghobadi et al., 2017) در پژوهشی به تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر نظریه عقلانی-هیجانی - رفتاری بر جهت‌گیری منفی به مشکل پرداختند، نتایج نشان داده که آموزش گروهی این درمان منجر به کاهش جهت‌گیری منفی به مشکل می‌شود. رودریگز (Rodrigues, 2016) در پژوهشی به کاوش در روابط بین تنظیم هیجان، جهت‌گیری منفی به مشکل پرداخته‌اند، با بررسی رابطه بین این متغیرها نشان دادند که بین این متغیرها رابطه معناداری وجود دارد.

تاکور و همکاران (Thakur et al., 2017) در پژوهش خود به بررسی آموزش آگاهی هیجانی بر بیماران با سندرم روده تحریک‌پذیر پرداختند، نتایج نشان داد که، آموزش مختصر آگاهی هیجانی که تروما و تعارضات هیجانی را هدف قرار می‌داد علائم جسمانی را کاهش داد. جهت‌گیری منفی به مشکل با شناخت‌ها و هیجان‌هایی مرتبط است که مانع از حل مسئله‌ی سازگارانه شده و به عنوان مانعی مهم در مدیریت و تقلیل نشانه‌های آشفتگی روانشناختی عمل می‌کند، در تبیین معناداری اثربخشی درمان هیجان‌مدار، بر کاهش جهت‌گیری منفی به مشکل می‌توان گفت، در این درمان حل مشکل شامل یک تغییر احساس شده در بدن و خلق معنای جدید است. در این درمان، حل مسئله شامل ایجاد یک درک احساس شده برچسب داده شده دقیق است که همراه درک تجربه شده‌ای از راحتی و آسایش و جهت یا مسیری برای حمل کردن این تغییر احساس شده است. حل مسئله شامل یک دید جدید نسبت به کارکرد خود است و حل و فصل کامل مسئله شامل تغییری آشکار در نظر فرد نسبت به خودش و همچنین احساس توانمند بودن برای ایجاد تغییرات در زندگی هماهنگ با این دید جدید است گرینبرگ (Greenberg, 2015).

درمان هیجان‌مدار تلاش دارد با استفاده و گسترش تکنیک همدلی محور، فن تمرکز تجربی و تمرکز بر احساس بدنی و نام‌گذاری هیجانات هنگام مواجهه با یک موقعیت مشکل‌زا، بر کاهش جهت‌گیری منفی به مشکل تأثیر بگذارد در ارتباط با مشکل، مراجع ممکن است به روشی منطقی صحبت کند و یا عامل مشکل را بیرونی بداند، بدون این که درک کند چه چیزی در تجربه مهم است هیجان‌اش را دور بزند. مراجع بر روی

هیجان نامشخص‌اش تمرکز و هیجانی را که در جای به خصوصی از بدنش احساس می‌کند نام‌گذاری می‌کند، بعد از نام‌گذاری جنبه‌های گذرای حالاتشان، درمانگر از مراجع می‌خواهد روی آن متمرکز شود و در نهایت هیجان را در قالب واژگان بیان کند. وقتی یک واژه یا واژگان یا یک تصویر ظاهر می‌شود از مراجع خواسته می‌شود درونش را بنگرد و ببیند که آیا آنچه ظاهر شده است مناسب است یا نه، اگر آن برجسب مناسب آن حالت درونی نباشد، از مراجع خواسته می‌شود برجسبی را جست‌وجو کند که آنچه را تجربه می‌کند را بهتر توصیف کند گرینبرگ (Greenberg, 2015).

زنان به دلیل طلاق، در شرف طلاق بودن یا متارکه، مرگ همسر، اعتیاد همسر، بیماری همسر، از کارافتادگی همسر، زندانی بودن همسر، یا حتی عدم ازدواج خود و فوت یا بیماری پدر و مادر سرپرست خانوار محسوب می‌شوند و با مسائل و مشکلات بسیاری مواجهه هستند، این زنان قادر به حفظ سلامتی خود نیستند، مشکلات را تهدیدی برای خود می‌دانند، شک و تردید در توانایی برای حل مسئله دارند و مشکلات را بسیار بزرگ‌تر از آن چیزی که هستند می‌بینند. در این مداخله طبق اصول درمان هیجان‌مدار که در ۸ جلسه برگزار گردید، آگاه‌سازی در ارتباط با نتیجه اجتناب از ابراز و تجربه هیجان انجام شد، زمانی که هیجان در موقعیتی که باید تجربه نشود یا زمانی که هیجان در جای اشتباهی تجربه شود، باعث بروز نشانه‌های بدنی در مراجعان می‌شود، هیجان‌هایی که سرکوب شده خود را به صورت نشانه‌های بدنی، نشان می‌دهد، به نوعی بدن آلام می‌دهد، در این مراجعان احساس غائب، مبهم و ناواضح وجود دارد، حالتی که فرد در سطح تجربه‌اش قرار دارد یا این که احساس سردرگمی می‌کند و قادر نیست درک روشنی از تجربه‌اش داشته باشد. این احساس مبهم مانع حل مسئله سازگاران در مراجع شده و منجر به جهت‌گیری منفی به مشکل در مراجعان می‌شود.

تکنیک‌هایی درمانی که در این مورد وجود دارد فن تمرکز تجربی و تاگشایی است. در این تکنیک درمانی، هنگام روایت مراجعان با تکنیک همدلی محور از مراجع خواسته شد روی تجربه‌ی هیجانی در آن موقعیت بماند، آن را پس نزنند، بر جایی از بدن که آن هیجان را حس می‌کند متمرکز شود، مشخص کند آن را در کدام قسمت بدن تجربه می‌کند، آن هیجانی را که تجربه می‌کنند در قالب واژگان یا تصویر مطرح کند. مکرراً از مراجع خواسته می‌شود واژگان را با احساسات‌اش هماهنگ کند تا این که بتواند آن احساس را توصیف کند، این مورد به تغییر درک احساس شده در بدن منجر می‌شود. در این تکنیک، هیجان، موقعیتی که منجر به آشفتگی عمومی در مراجع شده، باور و فکری که در آن موقعیت وجود دارد و تمایل به رفتار مراجع در آن موقعیت را درمانگر شناسایی می‌کند و این اسکیم یا طرح هیجانی مراجع را همدلانه به مراجع

انعکاس می دهد. واکنش مسئله سازی که در روایت های مراجع وجود دارد، نیز مانع حل و فصل کامل مسئله می شود، این ها مواردی هستند که در آن مراجع به خاطر واکنشی که به یک موقعیت خاص نشان داده است، گیج شده است، تکنیک تاگشایی برای این واکنش به مشکل استفاده شد، در این تکنیک درمانگر و مراجع درک زنده ای از آنچه برای مراجع اتفاق افتاده پیدا می کنند، درمانگر از مراجع می خواهد در آن اتفاق برود و آن را در لحظه تجربه کند، درمانگر با مراجع لحظه به لحظه حضور دارد، مراجع صحنه را بازسازی می کند و توصیف ملموس و دقیقی از رویداد ارائه می دهد. در این تکنیک های درمانی ما در جست و جوی نقطه دردناک و شناسایی هیجان ثانویه هستیم، هیجان اولیه ی ناسازگاری که هیجان ثانویه آن را پوشانده شناسایی کرده و نیازی که پشت آن هیجان وجود دارد را مشخص کرده و به هیجان اولیه سازگار می رسیم، پس از تغییر هیجان خلق معنا رخ می دهد و مراجع معنای جدیدی از آن موقعیت ایجاد می کند، این تکنیک ها به مراجعان کمک می کند تا نگرش مثبتی نسبت به مشکل پیدا کنند.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر درمان هیجان مدار بر الگوهای پردازش هیجان و مولفه های (سرکوبی، تجربه هیجانی ناخوشایند، نشانه های هیجان پردازش نشده، اجتناب و کنترل هیجانی) در زنان سرپرست خانوار با نشانه های بدنی شهر اصفهان اثربخش بوده است. نتایج پژوهش های، شکرالهی و همکاران (shokrolahi et al., 2023)، آرتنگ و ایزدی (Artang & Izadi, 2022)، ظهرا ب نیا و همکاران (Zahrabnia et al., 2021)، رضایی جمالویی و کنی زاده حسنی (Rezaei Jamaloui & Kenizadeh, 2021)، فلاحت دوست و همکاران (Falahatdoost et al., 2020)، همسو با یافته های پژوهش حاضر می باشد. آرتنگ و ایزدی (Artang & Izadi, 2022) در پژوهش خود به اثربخشی درمان هیجان مدار بر پردازش اطلاعات هیجانی در زنان با نشانه های بدنی شهر اصفهان پرداختند، نتایج نشان داد که درمان هیجان مدار موجب کاهش سطح پردازش منفی اطلاعات هیجانی و مؤلفه های آن و علائم نشانه های بدنی در زنان با نشانه های بدنی شده است. ماروتی و همکاران (Maroti, Ek, et al., 2021) در پژوهش خود تحت عنوان پردازش هیجانی و ارتباط آن با تغییر نشانه های بدنی در درمان آگاهی و ابراز هیجانات برای اختلال نشانه های بدنی، نشان دادند که پردازش هیجانی بهبود یافته با تغییر در علائم جسمی مرتبط است. ارکیچ و همکاران (Erkic et al., 2018) به پژوهشی با عنوان پردازش هیجانات تکانشی در بیماران مبتلا به اختلال علائم جسمانی پرداختند. نتایج به حساسیت بالاتر به هیجانات منفی در این بیماران اشاره دارد.

در تبیین یافته های حاصل از این فرضیه می توان گفت، درمان هیجان مدار با گسترش پردازش هیجانی از طریق تکنیک های مختلفی از جمله تکنیک های همدلی محور و تکالیف صندلی، باعث کاهش میانگین

نمرات الگوهای پردازش هیجان در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های بدنی می‌شود. درمانگران متمرکز بر هیجانات، به‌منظور ارتقای پردازش هیجانی مولد، از مداخلات مختلفی، از جمله پاسخ‌های تلقینی، تمرکز و تکنیک‌های مبتنی بر گشالت، مانند گفتگوهای دو صندلی و صندلی خالی، استفاده می‌کنند دیاموند و همکاران (Diamond et al., 2016). با کاوش و دانستن همدلانه و تصدیق همدلانه روایت مراجع، آگاه‌سازی از هیجانات مراجع و چگونگی اجتناب و سرکوب هیجان‌اتشان ایجاد می‌شود. در این درمان از طریق تکالیف همدلی به مراجعان کمک می‌شود تا به جای اجتناب از تجارب هیجانی دردناکشان آن‌ها را مجدداً تجربه کنند تا بتوانند آن‌ها را تغییر دهند، زیرا تا زمانی که یک هیجان مختل عمیقاً تجربه نشود و بالا نیاید، تبدیل هیجانات انجام نمی‌گیرد. با کمک درمانگر موقعیتی که منجر به آشفتگی و رنجش در مراجع شده زنده تجربه می‌شود، درمانگر لحظه‌به‌لحظه با مراجع حضور دارد. پس از آنکه درمانگر طرح هیجانی مراجع را همدلانه انعکاس می‌دهد، هفت عنصر باید در کنار هم باشند تا پردازش هیجانی در مراجع رخ دهد، درمانگر روی این ۷ عنصر کار می‌کند که شامل، ۱) توجه: مراجع به هیجان خود توجه می‌کند، به درون توجه می‌کند و هیجان را عامل درونی می‌داند. ۲) کلامی و نمادی کردن: هیجان خود را به‌صورت کلامی یا نمادی در می‌آورد یا با استعاره بیان می‌کند. ۳) هماهنگی: همخوانی بین ژست صورت، لحن صدا و میمیک صورت رخ می‌دهد. ۴) پذیرش: با هیجان خود در ارتباط می‌ماند و آن را پس نمی‌زند. ۵) عاملیت: به این آگاهی می‌رسد که هیجان چیزی درون خود و برای خود اوست. ۶) تمایز: می‌تواند بین هیجانات تمایز ایجاد کند. ۷) تنظیم: هیجان در حد بهینه تجربه می‌شود (زمان‌هایی که مراجع دچار بد تنظیمی در لحظه می‌شود درمانگر از تکنیک خودتسکینی تبدیلی استفاده می‌کند)، است. تجربه هیجانی مراجع به گذشته او، موقعیتی مشابه با این تجربه متصل می‌شود، نقطه درد مراجع تشخیص داده می‌شود، هیجان ثانویه مزاحم تبدیل به هیجان اولیه سازگار می‌شود، مراجع نیازهایش را می‌شناسد. از طریق این ابراز هیجان مراجع به معنا و علتی که آن هیجان را تجربه می‌کند می‌رسد، مراجع در تجربه هیجانی‌اش عمیق می‌شود و آگاهی هیجانی مراجع بالا می‌رود. پس از تبدیل هیجان ناسازگار به هیجان سازگار مراجع از روایت خود معنایی جدید خلق می‌کند که منجر به ارتقای کیفیت زندگی مراجع و کاهش نشانه‌های بدنی در مراجع می‌شود.

افراد مبتلا به نشانه‌های بدنی تقریباً در همه مؤلفه‌های پردازش منفی هیجانات نمرات بالایی دارند. مراجعان با نشانه‌های بدنی اکثراً هیجانات خود را پس می‌زنند و از تجربه هیجانات اجتناب می‌کنند، هیجان‌های خود را ابراز نمی‌کنند، هیجان‌اتشان را سرکوب یا کنترل می‌کنند، در درمان هیجان‌مدار از طریق

درک همدلانه^۱ که شامل انعکاس های همدلانه^۲، پاسخ های پیگیرانه^۳، تصدیق همدلانه^۴ است، به مراجعان کمک می شود تا نسبت به تجربه هیجانی خود آگاه شوند، همچنین درمانگر با استفاده از کاوش همدلانه^۵ از جمله انعکاس های کاوشی^۶ و انعکاس های فراخوانی کننده^۷، به مراجع در شناسایی هیجانات اولیه ناسازگار و تبدیل این هیجانات به هیجان های سازگار اولیه و سپس تنظیم هیجانات کمک می کند، از این طریق می توان از سرکوب، تجربه هیجانی ناخوشایند، نشانه های هیجان پردازش نشده، اجتناب و کنترل هیجانی در بیماران با نشانه های بدنی جلوگیری کرد.

بسیاری از این مراجعان از نزدیک شدن به تجربه هیجانی دردناکشان اجتناب می کنند، مسبب هیجانانشان را بیرونی می دانند و همین اجتناب از تجربه نقطه دردناک جلوی پردازش هیجانی درست و کامل را در آن ها می گیرد، به همین دلیل این بیماران با نقص در پردازش هیجانی مواجه هستند. این افراد در روایات خود تجارب هیجانی ناخوشایندی را مطرح می کنند، زیرا این اجتناب از تجارب هیجانی زندگی آن ها را تحت تأثیر قرار خواهد داد و به صورت بروز نشانه های بدنی نمایان می شود، در این درمان از طریق تکالیف همدلی به مراجعان کمک می شود تا به جای اجتناب از تجارب هیجانی دردناکشان آن ها را مجدداً تجربه کنند تا بتوانند آن ها را تغییر دهند، زیرا تا زمانی که یک هیجان مختل عمیقاً تجربه نشود و بالا نیاید، تبدیل هیجانات انجام نمی گیرد.

پس از شنیدن روایت مراجعان، مارکرها تشخیص داده می شود، در بسیاری از مراجعان دوپارگی خود بازدارنده وجود دارند، آن ها در تجربه هیجانانشان دچار انسداد هستند، این مراجعان اغلب فعالانه احساساتشان را بازداري کرده یا آن ها را سرکوب می کنند، نشانگر خود بازداري زمانی رخ می دهند که یک بخش از خود تجربه و ابراز هیجانی را متوقف ساخته و محدود می کند. این دوپارگی عمدتاً یک جنبه بدنی غیرکلامی بزرگ تر دارند و گاهی اوقات صرفاً به صورت غیرکلامی ابراز می شوند، همچون از طریق نشانه های بدنی چون سردرد یا تنگ شدن قفسه سینه. برای این مراجعان از تکنیک ایفای نقش دو صندلی استفاده می شود، اهداف درمانگر در این تکنیک، هم افزایش آگاهی نسبت به فرایند بازداري و هم کمک کردن به مراجع در پیدا کردن و اجازه بروز دادن به تجربه درونی بازداري شده و مالک نشده است. در

¹. Empathic understanding

². Empathic reflections

³. Following responses

⁴. Empathic affirmations

⁵. Empathic exploration

⁶. Exploratory reflections

⁷. Evocative reflections

نقش آفرینی دو صندلی، بخش بازداري کننده خود از طريق نقش آفريني به طرزي واضح نشان داده مي شود و مراجع نسبت به اين که چگونه خود را بازداري مي کند آگاهي پيدا مي کند و راهنمايي مي شود تا طريقي که اين کار را انجام مي دهد را نقش آفريني کند، به نحوي که بتواند خودش را به عنوان عامل در فرآيند خاموش کردن تجربه کنند و سپس بتواند به بخش بازدارنده خويشتن واکنش نشان داده و آن را به چالش بکشند، حل و فصل مسئله شامل اظهار يا بروز تجربه اي است که پيش از اين بازداري شده بود.

لذا پس از آنکه درمانگر طرح هيجاني مراجع را همدلانه انعکاس مي دهد، تجربه هيجاني مراجع به گذشته او، موقعيتي مشابه با اين تجربه متصل مي شود، نقطه درد مراجع تشخيص داده مي شود، هيجان ثانويه مزاحم تبديل به هيجان اوليه سازگار مي شود، مراجع نيازهايش را مي شناسد. از طريق اين ابراز هيجان مراجع به معنا و علتی که آن هيجان را تجربه مي کند مي رسد و مراجع در تجربه هيجاني اش عميق مي شود و آگاهي هيجاني مراجع بالا مي رود. پس از تبديل هيجان ناسازگار به هيجان سازگار مراجع از روايت خود معنای جديد خلق مي کند که منجر به ارتقاي كيفيت زندگي مراجع مي شود و از اين طريق مي توان از سرکوب، تجربه هيجاني ناخوشايند، نشانه هاي هيجان پردازش نشده، اجتناب و کنترل هيجاني در بيماران با نشانه هاي بدني جلوگيري کرد؛ لذا در اين درمان مراجعان از طريق پردازش هيجاني ابتدا نسبت به نحوي که همواره هيجانات خود را سرکوب مي کردند يا جلوي ابراز و تجربه هيجانات خود را مي گرفتند آگاه مي شوند، سپس به جای اجتناب از ابراز آن هيجان، هيجان خود را به صورت تنظيم شده تجربه مي کنند، حال اگر تجربه هيجاني مراجع متناسب با موقعيت باشد بسط داده مي شود يا اگر هيجان متناسب نباشد، با کمک درمانگر پردازش مي شود و به هيجان سازگار تبديل مي شود، سپس اين هيجان اصلاحي ابتدا در محيط درمان و در کنار و حضور درمانگر همدل تجربه مي شود. سپس مراجع براي روايت خود معنای جديد خلق مي کند و اين معنا را به محيط خارج از درمان و ارتباطات بين فردي خود تعميم مي دهد.

جهت گيري منفي به مشکل بالا، الگوهاي پردازش منفي هيجان بالا در زنان سرپرست خانوار با نشانه هاي بدني، منجر به کاهش توانمندی برای مقابله مؤثر با مشکلات، فاجعه سازي وضعيت خود، مشکلات در شناسايي و ابراز هيجانات خود، اختلال در تنظيم هيجانات خود، که منجر به تشديد نشانه هاي بدني در زنان سرپرست خانوار مي شود. از اين رو ارائه روش هاي درماني مناسب به منظور شناسايي و پردازش هيجانات، تنظيم و آگاهي از هيجانات به جای سرکوب و اجتناب از آن ها ضروري است، بنابراين اين پژوهش براي دستيابي به اين هدف صورت گرفت. نتايج به دست آمده از بررسي هاي اخير نشان داد که درمان هيجان مدار مي تواند منجر به کاهش جهت گيري منفي به مشکل، الگوهاي پردازش منفي هيجانات در زنان سرپرست

خانوار با نشانه های بدنی شود؛ بنابراین با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر می توان اذعان کرد که درمان هیجان مدار را می توان به عنوان یک مداخله مؤثر در مؤلفه های ذکر شده استفاده نمود.

از محدودیت های این پژوهش می توان به عدم بررسی پژوهش بر طیف های مختلف سنی افراد با نشانه های بدنی، تک جنسیتی بودن آن، عدم مرحله سنجش در پیگیری، اشاره کرد. از جمله محدودیت های دیگر این است که پژوهش حاضر در بین زنان سرپرست خانوار با نشانه های بدنی شهر اصفهان انجام شده است، لذا در تعمیم آن به سایر جوامع و اختلالات علائم جسمانی باید به موقعیت ها و شرایط مختلف توجه و احتیاط نمود. همچنین نتایج این پژوهش منحصر به داده های حاصل از ابزارهای به کاررفته است. پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده، پژوهش بر سایر افراد با نشانه های بدنی در سایر مناطق و جوامع مختلف انجام شود، علاوه بر استفاده از پرسشنامه، به صورت مصاحبه با آزمودنی ها و با سایر رویکردهای درمانی انجام و مقایسه گردد. همچنین پیشنهاد می شود، مداخله این پژوهش بر روی نمونه های بیشتر، سایر گروه های سنی و بر روی مردان، با دوره پیگیری انجام شود. با توجه به مثبت شدن نتایج اثربخشی این پژوهش می توان تکنیک ها و مفاهیم اصلی این درمان را در قالب فعالیت های آموزشی و کارگاه برای افراد، تحت عنوان گروه درمانی هیجان مدار برگزار نمود. 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 روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر با کد اخلاق IR.IAU.KHSH.REC.1403.025 می باشد و بدون حمایت مالی سازمان خاصی انجام گرفته است.

References

- Artang, H., & Izadi, F. (2022). The effectiveness of Emotional Focused Therapy on Emotional Information Processing and Interpersonal Cognitive Distortions among women with Somatic Symptoms of Isfahan [Research]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 20(1), 60-73. <https://doi.org/10.52547/rbs.20.1.60> (In Persian)
- Baghbanzadeh, M., & Safarzadeh, S. (2022). Developing Structure Model of Psychosomatic Disorders Based on Cognitive Ability, Morningness-Eveningness Types and Brain/Behavioral Systems Mediated by Perceived Stress in Women with Chronic Pain [Research]. *Journal of Health Promotion Management*, 11(1), 85-101. <https://doi.org/http://jhpm.ir/article-1-1321-en.html> (In Persian)
- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., Gower, P., Santonastaso, M., & Whittlesea, A. (2010). The Emotional Processing Scale: scale refinement and abridgement (EPS-25). *Journal of psychosomatic Research*, 68(1), 83-88. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.07.007>

- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., & Owens, M. (2007). Development of an emotional processing scale. *Journal of psychosomatic Research*, 62(2), 167-178. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.09.005>
- Boersma, K., Södermark, M., Hesser, H., Flink, I. K., Gerdle, B., & Linton, S. J. (2019). Efficacy of a transdiagnostic emotion-focused exposure treatment for chronic pain patients with comorbid anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Pain*, 160(8), 1708-1718. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1097%2Fj.pain.0000000000001575>
- Bowers, H. M., Pincus, T., Jones, G., & Wroe, A. L. (2019). Investigating the role of beliefs about emotions, emotional suppression and distress within a pain management programme for fibromyalgia. *British journal of pain*, 13(2), 112-120. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/2049463718820882>
- Chang, E. C. (2017). Applying the broaden-and-build model of positive emotions to social problem solving: Does feeling good (vs. feeling bad) influence problem orientation, problem-solving skills, or both? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 36(5), 380-395. <https://doi.org/https://doi.org/10.1521/jscp.2017.36.5.380>
- Chang, E. C., Liu, J., Yi, S., Jiang, X., Li, Q., Wang, R., Tian, W., Gao, X., Li, M., & Lucas, A. G. (2020). Loneliness, social problem solving, and negative affective symptoms: Negative problem orientation as a key mechanism. *Personality and Individual Differences*, 167, 110 - 235. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110235>
- Clarke, J. B., Ford, M., Heary, S., Rodgers, J., & Freeston, M. H. (2017). The relationship between negative problem orientation and worry: A meta-analytic review. *Psychopathology Review*, 4(3), 319-340. <https://doi.org/https://doi.org/10.5127/pr.034313>
- D'zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology*, 78(1), 107-126. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/h0031360>
- Davey, G. C., Hampton, J., Farrell, J., & Davidson, S. (1992). Some characteristics of worrying: Evidence for worrying and anxiety as separate constructs. *Personality and Individual Differences*, 13(2), 133-147. [https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0191-8869\(92\)90036-O](https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0191-8869(92)90036-O)
- Diamond, G. M., Shahar, B., Sabo, D., & Tsveli, N. (2016). Attachment-based family therapy and emotion-focused therapy for unresolved anger: The role of productive emotional processing. *Psychotherapy*, 53(1), 34-44. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/pst0000025>
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour research and therapy*, 36(2), 215-226. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00070-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00070-3)
- Ebrahimi Cheshmeh Sefid, A., & Khodabakhsh, M. (2020). *The effectiveness of emotion therapy on fear of negative evaluation and anxiety sensitivity in people with social anxiety*. Bahar Higher Education Institute]. (In Persian)
- Edition, F. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc*, 21(21), 591-643. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Elliott, R., & Greenberg, L. S. (2016). *Emotion-focused therapy*. https://doi.org/https://pureportal.strath.ac.uk/files/67046858/Elliott_Greenberg_McGraw_Hill_OUP_2017_Emotion_focused_therapy.pdf
- Erkic, M., Bailer, J., Fenske, S. C., Schmidt, S. N., Trojan, J., Schröder, A., Kirsch, P., & Mier, D. (2018). Impaired emotion processing and a reduction in trust in patients with somatic

- symptom disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(1), 163-172. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/cpp.2151>
- Falahatdoost, M., Dolatshahi, B., Pourshahbaz, A., Dehghani, M., Yalguzagahaji, M. N., & Mohammadi, Z. (2020). Modeling the relationship between attachment styles and somatic symptoms with the mediating role of emotional processing. *Journal of education and health promotion*, 9(1)(157), 1-8. <https://doi.org/http://journals.lww.com/jehp> (In Persian)
- Fazeli sani, f., Salehi, M., rafiepoor, a., & Khalatbari, J. (2021). Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Coping Strategies and Pain Catastrophizing in Patients with Pain Disorder. *Iranian Journal of Health Psychology*, 4(1), 29-46. <https://doi.org/10.30473/ijohp.2021.54241.1107> (In Persian)
- Ghobadi, A., Aminyazdi, A., & Kareshki, H. (2017). *Examining the effect of group training based on rational- emotive- behavioral therapy (REBT) on reducing the level of Worry, intolerance of uncertainty and negative problem orientation: A case of Ferdowsi university students Faculty of Education and Psychology*. (In Persian)
- Greenberg, L. (2015). *Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Their Feelings* Ravan Publishing House Tehran.
- Greenberg, L. S., & Johnson, S. (1998). Emotion in systemic therapies: Commentary. *Journal of Systemic Therapies*, 17(2), 126-133. <https://doi.org/https://doi.org/10.1521/jsyt.1998.17.2.126>
- Homayouni, S., Taghavi, M. R., Goodarzi, M. A., & Hadianfard, H. (2022). The efficacy of emotion focused therapy on worry and self-criticism in individuals with generalized anxiety disorder [Research]. *Journal of Psychological Science*, 21(109), 1-18. <https://doi.org/10.52547/jps.21.109.1> (In Persian)
- Izadi, F., Ashrafi, E., & Fathi Ashtiani, A. (2019). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Reduction of the Negative Emotional Schemas, Alexithymia and Signs of Patients with somatic Symptoms [Research]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 17(2), 232-243. <https://doi.org/10.52547/rbs.17.2.232> (In Persian)
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47(3), 249-283. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0304-3959\(91\)90216-k](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0304-3959(91)90216-k)
- Khosravi Asl, M., Nasirian, M., & Bakhshayesh, A. (2018). The Impact of Emotion-focused Therapy on Anxiety and Depression among Female-Headed Households in Imam Khomeini Relief Committee [Research]. *Journal of Community Health Research*, 7(3), 173-182. <https://doi.org/http://jhr.ssu.ac.ir/article-1-396-en.html> (In Persian)
- Kiani, M. R., Diani, Mohammad Hossein, Fatahi, Rahmatullah. (2012). *Analysis and testing of the pattern of relationships between non-compulsive use of information with cognitive avoidance, Negative Problem Orientation, and intolerance of uncertainty based on a model derived from Houston's classification (with a cognitive approach)* Ferdowsi University of Mashhad, Faculty of Educational Sciences and Psychology]. (In Persian)
- Lafrance Robinson, A., McCague, E. A., & Whissell, C. (2014). "That chair work thing was great": A pilot study of group-based emotion-focused therapy for anxiety and depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13(4), 263-277. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/14779757.2014.910131>
- Llera, S. J., & Newman, M. G. (2023). Incremental validity of the contrast avoidance model: A comparison with intolerance of uncertainty and negative problem orientation. *Journal of*

- anxiety disorders, 95(1), 1-40.
<https://doi.org/https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618523000373>
- Lotfi, S., Abolghasemi, A., & Narimani, M. (2013). A Comparison of Emotional Processing and Fear of Positive/negative Evaluations in Women with Social Phobia and Normal Women. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 14(3), 101-111.
<https://doi.org/https://sanad.iau.ir/journal/jsrp/Article/533887?jid=533887> (In Persian)
- Lowe, B., Levenson, J., Depping, M., Hüsing, P., Kohlmann, S., Lehmann, M., Shedden-Mora, M., Toussaint, A., Uhlenbusch, N., & Weigel, A. (2022). Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Psychological Medicine*, 52(4), 632-648. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0033291721004177>
- MahmudAliloo, M., Shahjooee, T., & Hashemi, Z. (2011). Comparison of Intolerance of Uncertainty, Negative Problem Orientation, Cognitive Avoidance, Positive Beliefs about Worries in Patient whit Generalized Anxiety Disorder and Control Group. *Journal of Modern Psychological Researches*, 5(20), 169-187.
https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4189.html (In Persian)
- Maroti, D., Ek, J., Widlund, R.-M., Schubiner, H., Lumley, M. A., Lilliengren, P., Bileviciute-Ljungar, I., Ljótsson, B., & Johansson, R. (2021). Internet-administered emotional awareness and expression therapy for somatic symptom disorder with centralized symptoms: A preliminary efficacy trial. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-12.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.620359>
- Maroti, D., Ljótsson, B., Lumley, M. A., Schubiner, H., Hallberg, H., Olsson, P.-Å., & Johansson, R. (2021). Emotional processing and its association to somatic symptom change in emotional awareness and expression therapy for somatic symptom disorder: A preliminary mediation investigation. *Frontiers in Psychology*, 12, 6-1.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.712518>
- Maydeu-Olivares, A., & D'Zurilla, T. J. (1996). A factor-analytic study of the Social Problem-Solving Inventory: An integration of theory and data. *Cognitive therapy and research*, 20, 115-133.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/BF02228030>
- Muscatello, M. R. A., Bruno, A., Mento, C., Pandolfo, G., & Zoccali, R. A. (2016). Personality traits and emotional patterns in irritable bowel syndrome. *World journal of gastroenterology*, 22(28), 6402-6415. <https://doi.org/https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i28.6402>
- nargesi, f., izadi, f., kariminejad, k., & rezaii sharif, a. (2017). The investigation of the reliability and validity of Persian version of Health anxiety questionnaire in students of Lorestan University of Medical Sciences. *Quarterly of Educational Measurement*, 8(27), 147-160.
<https://doi.org/10.22054/jem.2017.19621.1495> (In Persian)
- Noorbala Tafti, F., Ghorbani, N., Gholamali Lavasani, M., & Nasser, E. D. (2018). *investigation of autonomic on of Autonomic Nervous System Function in Gastrointensital Psychosomatic and Depressed Patients and Healthy Persons Based on Emotional Processing Style and Deffense Mechanisms* University of Tehran, Faculty of Psychology and Educational Sciences]. (In Persian)
- Okur Güney, Z. E., Sattel, H., Witthöft, M., & Henningsen, P. (2019). Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review. *PloS one*, 14(6), 29-21.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217277>
- 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.
<https://doi.org/https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17357462.1399.19.92.10.0> (In Persian)

- Rahmannezhad Sarabi, M., & Jafari, A. (2023). The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Alexithymia and Psycho -somatic Complaints in Patients of COVID-19 under Home Treatment. *Journal of Psychological Studies*, 18(4), 71-83. <https://doi.org/10.22051/psy.2023.40562.2627> (In Persian)
- Rezaei Jamaloui, H., Zarin, H., & Kenizadeh Hasni, M. (2021). *Investigating the effectiveness of emotion-oriented therapy on emotional dyslexia and perceived stress in patients with irritable bowel syndrome in Isfahan Islamic Azad University, Khomeini Shahr branch, faculty of humanities*. (In Persian)
- Robichaud, M., & Dugas, M. J. (2005). Negative problem orientation (Part I): Psychometric properties of a new measure. *Behaviour research and therapy*, 43(3), 391-401. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.02.007>
- Robinson, A., & Elliott, R. (2017). Emotion-focused therapy for clients with autistic process. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(3), 215-235. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330700>
- Rodrigues, A. (2016). *Exploring the relationships among attachment, emotion regulation, differentiation of self, negative problem orientation, self-esteem, worry and generalized anxiety*. University of Toronto (Canada). <https://doi.org/https://hdl.handle.net/1807/73159>
- Salmanizadeh, S., & Sajjadian, I. (2023). The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Self Handicapping, Interpersonal Communication Skills and Life Orientation in Divorced Women. *Journal of Psychological Studies*, 19(2), 55-69. <https://doi.org/10.22051/psy.2023.41242.2660> (In Persian)
- Schnabel, K., Petzke, T. M., & Witthöft, M. (2022). The emotion regulation process in somatic symptom disorders and related conditions-A systematic narrative review. *Clinical Psychology Review*, 97, 102 -196. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102196>
- Shaerbagchi, M., & Tabatabai Hosseini, A. (2019). *Investigating the effect of emotion-oriented group training (EFT) on anxiety, depression and quality of life of cancer patients in Isfahan city Islamic psychology with a positive orientation*. (In Persian)
- Shahar, B. (2020). New developments in emotion-focused therapy for social anxiety disorder. *Journal of clinical medicine*, 9(9), 1-15. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.3390/jcm9092918>
- Shaw, W. S., Feuerstein, M., Haufler, A. J., Berkowitz, S. M., & Lopez, M. S. (2001). Working with low back pain: problem-solving orientation and function. *Pain*, 93(2), 129-137. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(01\)00304-9](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/s0304-3959(01)00304-9)
- sherafati, h., Taheri, E, asmaee majd, s., & Amiri, M. (2017). Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Douglas Model on Intolerance of Uncertainty, Cognitive Avoidance and Positive Beliefs about worry in Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 9(2), 15-28. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.10203>. (In Persian)
- Sheykhan, R., & Goudarzi, M. (2024). Effectiveness of emotional-focused therapy in the difficulty of emotional regulation and severity of symptoms in patients with irritable bowel syndrome [Applicable]. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 32(2), 88-97. <https://doi.org/http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-8194-en.html> (In Persian)
- shokrolahi, m., Hashem, S. E., Mehrabizadeh Honarmand, M., Zargar, Y., & Naaimi, A. (2023). effectiveness of emotion focused therapy on anxiety sensitivity and pain catastrophizing in Patients with chronic pain and alexithymia [Research]. *Journal of Nursing Education*, 11(3), 46-56. <https://doi.org/10.22034/ijpn.11.3.5> (In Persian)
- Tabrizikahuo, G., Salehi, K., Keshavarz Afshar, H., & Madani, Y. (2023). Phenomenological representation of social relations in Female Headed Households heads of households. *Journal*

- of *Applied Family Therapy*, 4(1), 193-220. <https://doi.org/10.22034/aftj.2023.334653.1503> (In Persian)
- Tajoddini, E., Sepehrianazar, F., & Soleymani, E. (2019). Comparative Studying of Cognitive, Emotional and Social factors in the Psychological Problems of Patients with Multiple Sclerosis and Healthy People [Research]. *Alborz University Medical Journal*, 8(2), 150-164. <https://doi.org/10.29252/aums.8.2.150> (In Persian)
- Thakur, E. R., Holmes, H. J., Lockhart, N. A., Carty, J. N., Ziadni, M. S., Doherty, H. K., Lackner, J. M., Schubiner, H., & Lumley, M. A. (2017). Emotional awareness and expression training improves irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Neurogastroenterology & Motility*, 29(12), 1-17. <https://doi.org/doi:10.1111/nmo.13143>.
- Toussaint, A., Murray, A. M., Voigt, K., Herzog, A., Gierk, B., Kroenke, K., Rief, W., Henningsen, P., & Lowe, B. (2016). Development and validation of the somatic symptom disorder-b criteria scale (SSD-12). *Psychosomatic medicine*, 78(1), 5-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000240>
- Wilson, C., & Hughes, C. (2011). Worry, beliefs about worry and problem solving in young children. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(5), 507-521. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S1352465811000269>
- Zahrabnia, E., Sanaie, B., Kiyamanesh, A., & Zaharakar, K. (2021). Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Cognitive-Behavior Therapy on Emotional Regulation and Psychological Well-Being of Divorced Women. *Family and Health*, 11(2), 44-60. https://journal.astara.ir/article_245480_dde04146289bc6cd869a5e5d0ccf0d6b.pdf (In Persian)

Table of Contents

- 1 Comparison of Maladaptive Schemas, Emotional Intelligence, Executive Functions and Quality of Life between the Privileged and Probationary Students**
Samaneh Shahi Senobari; Seyed Kazem Rasoulzadeh Tabatabaei; Sara Ganjali
- 2 Investigating Patterns of Self-Destructive Behavior Among University Students in Afghanistan and Developing an Educational Package for Modifying Self-Destructive Behavior Patterns**
Ali Rezaee; Mahbube Amirdadi; Hamidreza Aghamohammadian Sharbaf; Seyed Kazem Rasoulzadeh Tabatabaei; Mohammad Javad Asghari Ebrahimabad
- 3 Psychometric Properties of the Iranian Version of We-ness Questionnaire**
Sajad Naghibfar; Seyed Ali Kimiaee; Batol Shkohinik
- 4 Comparing the Effectiveness of Choice Theory-Based Parenting and Schema Therapy-Based Parenting on Emotion Regulation and Responsibility in Mothers**
Homa Moghimi; Ahmad Ghazanfari
- 5 The Effectiveness of a Mother Abuse Intervention Program on Parental Competence, Adaptability, and Family Cohesion: A Single-Case Experimental Study**
Golshan Vasel; Zabihollah Abbaspour; Reza Khojasteh Mehr; Abbas Amanuelahi
- 6 The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Childbirth Self-Efficacy, Anxiety, and Sexual satisfaction in Pregnant Women with Pregnancy-Related Anxiety**
Fateme Askari Dolatabadi; Azadeh Choobforoushzadeh; Mohammad Hosein Barkhordary Dashtkhaki
- 7 The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Negative Problem Orientation and Emotion Processing Patterns in Female Heads of Household with Somatic Symptoms in Isfahan City**
Leila Rezaei Veshareh; Fatemeh Izadi



Manager in Charge and Chief Editor:

Professor, Bahramali Ghanbari Hashemabadi, Ferdowsi University of Mashhad

Editorial Board:

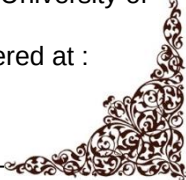
- **Dr. Hamid Reza Aghamohammadian sharbaf**
Professor, Ferdowsi University of Mashhad
- **Dr. Seyed Amir Aminyazdi**
Professor, Ferdowsi University of Mashhad
- **Jalil Babapour kehirodin**
Professor, University of Tabriz
- **Dr. Noor Mohamad Bakhshani**
Professor, University of Zahedan
- **Ahmad Borjali**
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. 2, 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. 2, 2025

eISSN: 2423-4265

ISSN: 2251-6352

30

- | | |
|--|-----|
| Comparison of Maladaptive Schemas, Emotional Intelligence, Executive Functions and Quality of Life between the Privileged and Probationary Students
Samaneh Shahi Senobari; Seyed Kazem Rasoulzadeh Tabatabaei; Sara Ganjali | I |
| Investigating Patterns of Self-Destructive Behavior Among University Students in Afghanistan and Developing an Educational Package for Modifying Self-Destructive Behavior Patterns
Ali Rezaee; Mahbube Amirdadi; Hamidreza Aghamohammadian Sharbaf; Seyed Kazem Rasoulzadeh Tabatabaei; Mohammad Javad Asghari Ebrahimabad | II |
| Psychometric Properties of the Iranian Version of We-ness Questionnaire
Sajad Naghibfar; Seyed Ali Kimiaee; Batol Shkohinik | III |
| Comparing the Effectiveness of Choice Theory-Based Parenting and Schema Therapy-Based Parenting on Emotion Regulation and Responsibility in Mothers
Homa Moghimi; Ahmad Ghazanfari | IV |
| The Effectiveness of a Mother Abuse Intervention Program on Parental Competence, Adaptability, and Family Cohesion: A Single-Case Experimental Study
Golshan Vasel; Zabihollah Abbaspour; Reza Khojasteh Mehr; Abbas Amanuelahi | V |
| The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Childbirth Self-Efficacy, Anxiety, and Sexual satisfaction in Pregnant Women with Pregnancy-Related Anxiety
Fateme Askari Dolatabadi; Azadeh Choobforoushzadeh; Mohammad Hosein Barkhordary Dashtkhaki | VI |
| The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Negative Problem Orientation and Emotion Processing Patterns in Female Heads of Household with Somatic Symptoms in Isfahan City
Leila Rezaei Veshareh; Fateme Izadi | VII |