



دانشگاه فردوسی مشهد
دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

پژوهش‌های

روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دوره ۱۶، شماره ۱، سال ۱۴۰۵

شاپا الکترونیک: ۲۴۲۳-۴۲۶۵

شاپا: ۲۲۵۱-۶۳۵۲

دو فصلنامه علمی

۳۱

- ۵ الگوی ساختاری احساس تنهایی بر اساس روان‌زخم کودکی: نقش میانجی تنظیم دمای اجتماعی و خطر گریزی
رسول حشمتی، مجتبی احمدی فارسانی، نیما قربانیان
- ۳۱ اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی ذهنی، کفایت هیجانی و خودکارآمدی هیجانی در نوجوانان مقطع متوسطه دارای علائم نوموفوبیا
مائده سلطانیان، هادی فرهادی
- ۵۲ اثربخشی برنامه توانمندسازی زناشویی مبتنی بر طرحواره‌های مثبت بر همدلی زناشویی و شفقت به خود زوجین
پگاه مهرطلب، حسین داودی، داود تقوایی
- ۷۸ مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی، درمان بین فردی (IPT) و درمان فراشناخت بر نشانه‌های مربوط به شرم درونی شده دانشجویان دارای علائم اضطراب اجتماعی
سارا خرمی فر، محمدعلی سپهوندی، فضل‌الله میردريکوند
- ۹۹ مقایسه تأثیر شفقت درمانی گروهی و روایت درمانی گروهی بر سرمایه روانشناختی سالمندان
عباس کشاورز، حمید نجات، علی اکبر ثمری
- ۱۲۱ اثربخشی طرحواره درمانی بر خودگردانی تحصیلی، خودناتوان‌سازی تحصیلی و فرانگرانی در دانش آموزان دختر نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر
زهرا ایمانزاده، منیره رضایی مراداعلی، فرناز فرشلاف مانی صفت
- ۱۳۸ رابطه بین مصمیمیت زناشویی، ذهن‌آگاهی و رابطه والد-کودک با تحکیم بنیان خانواده در زنان شهر مشهد: نقش میانجی مهارت‌های ارتباطی
میترا پورخواجه، هادی غلام محمدی، محمود آزادی

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دوفصلنامه علمی

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دانشگاه فردوسی مشهد

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

دوره ۱۶، شماره ۱، سال ۱۴۰۵

شاپا چاپی: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

شاپا الکترونیک: ۴۲۶۵-۲۴۲۳

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

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

این مجله در پایگاه‌های زیر نمایه می‌شود:

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

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

هیأت تحریریه :

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

داوران این شماره :

معصومه اسلامی، ابوالفضل بخشی پور، اکرم تیموری، فرزانه طیرانی نجاران، شهربانو عالی، زهرا علیزاده بیرجندی، هادی غلام محمدی، آزاده محولاتی، سیده مریم مشیریان فراچی، علی نائیج.

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 الگوی ساختاری احساس تنهایی بر اساس روان زخم کودک: نقش میانجی تنظیم دمای اجتماعی و خطر گریزی
رسول حشمتی، مجتبی احمدی فارسانی، نیما قربانیان
- ۳۱ اثربخشی درمان هیجان مدار بر بهزیستی ذهنی، کفایت هیجانی و خودکارآمدی هیجانی در نوجوانان مقطع متوسطه دارای علائم نوموفوبیا
مائده سلطانیان، هادی فرهادی
- ۵۲ اثربخشی برنامه توانمندسازی زناشویی مبتنی بر طرحواره های مثبت بر همدلی زناشویی و شفقت به خود زوجین
پگاه مهرطلب، حسین داودی، داود تقوایی
- ۷۸ مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی، درمان بین فردی (IPT) و درمان فراشناخت بر نشانه های مربوط به شرم درونی شده دانشجویان دارای علائم اضطراب اجتماعی
سارا خرمی فر، محمدعلی سپهوندی، فضل الله میردریگوند
- ۹۹ مقایسه تأثیر شفقت درمانی گروهی و روایت درمانی گروهی بر سرمایه روانشناختی سالمندان
عباس کشاورز، حمید نجات، علی اکبر ثمری
- ۱۲۱ اثربخشی طرحواره درمانی بر خودگردانی تحصیلی، خودناتوان سازی تحصیلی و فراگرانی در دانش آموزان دختر نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر
زهرا ایمانزاده، منیره رضایی مرادعلی، فرناز فرشایف مانی صفت
- ۱۳۸ رابطه بین صمیمیت زناشویی، ذهن آگاهی و رابطه والد - کودک با تحکیم بنیان خانواده در زنان شهر مشهد: نقش میانجی مهارت های ارتباطی
میترا پورخواجه، هادی غلام محمدی، محمود آزادی

The Structural Pattern of Loneliness Based on Childhood Trauma among Students at the University of Tabriz: The Mediating Role of Social Thermoregulation and Risk Avoidance

Rasoul Heshmati 

Professor, Department of Psychology, College of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
(Corresponding author), Email: psy.heshmati@gmail.com

Mojtaba Ahmadi Farsani 

Assistant Professor, Department of Psychology, Ayatollah Boroujerdi University, Boroujerd, Iran. Email: mojtaba.farsani94@gmail.com

Nima Ghorbanian 

M.A in Psychology, College of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. Email: nima.ghorbanian@gmail.com

Received: 2025-10-02	Revised: 2025-12-06	Accepted: 2026-06-27	Published: 2026-07-14
Citation: Heshmati, R., Ahmadi Farsani, M. & Ghorbanian, N. (2026). The Structural Pattern of Loneliness Based on Childhood Trauma among Students at the University of Tabriz: The Mediating Role of Social Thermoregulation and Risk Avoidance. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 16(1), 5-30. doi: 10.22067/tpccp.2026.95703.1853			

Extended Abstract

Introduction

Humans have an intrinsic need for social connection, and when this need is not met, they experience loneliness (DiTommaso et al., 2015). Loneliness is an aversive subjective experience arising from a deficiency or absence of intimacy (DiTommaso et al., 2015), which in adulthood is shaped by various factors, including childhood trauma (Arslan & Yildirim, 2022). Childhood trauma refers to traumatic experiences occurring before the age of 18 and encompasses physical, emotional, and sexual abuse, as well as physical and emotional neglect (Austin, 2021). Such experiences hinder the formation of secure attachment (van Beeck et al., 2024). Attachment styles exert a decisive influence on the degree of loneliness throughout life, and loneliness can be viewed as a corollary of insecure attachment (Weiss, 1975). Attachment is evolutionarily grounded, and its components are integral to survival and reproduction (Vergara et al., 2019). Nevertheless, evidence concerning the role of biological factors in this regard remains limited. Infants' needs for thermoregulation and risk avoidance play a central role in attachment formation (Vergara et al., 2019). "Social thermoregulation" refers to a set of habits, strategies, and compensatory behaviours that enable individuals to meet their physical and psychological need for warmth through social interaction (Vergara et al., 2019). "Risk avoidance" denotes a tendency to avoid threatening situations, driven by the need for personal safety (Vergara et al., 2019). Secure attachment is expected to develop when caregivers adequately meet infants' needs for thermoregulation and risk avoidance (IJzerman et al., 2021). Given that childhood trauma is associated with attachment, and attachment is associated with loneliness, a construct akin to attachment—



©2026 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.

namely, social thermoregulation and risk avoidance—may serve as a mediating variable in this relationship. Accordingly, the present study aimed to examine the mediating role of social thermoregulation and risk avoidance in the relationship between childhood trauma and loneliness.

Method

This study was fundamental, descriptive–correlational in nature, and utilised structural equation modelling. The statistical population comprised all students at Tabriz University during the 2022–2023 academic year. From this population, 262 participants were selected through multi-stage cluster sampling and completed the Social Thermoregulation and Risk Avoidance Questionnaire (STRAQ; Vergara et al., 2019), the UCLA Loneliness Scale (Russell, 1996), and the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al., 2003). Data were analysed using structural equation modelling with AMOS-26 software..

Findings

The results demonstrated that the modified model exhibited a satisfactory fit to the data ($\chi^2/df = 2.15$, GFI = 0.94, AGFI = 0.91, CFI = 0.95, RMSEA = 0.07). The findings further revealed that childhood trauma exerted a positive and significant direct effect on loneliness ($\beta = 0.56$, $p < 0.001$) and a negative and significant direct effect on social thermoregulation and risk avoidance ($\beta = -0.34$, $p < 0.01$). Moreover, the direct effect of social thermoregulation and risk avoidance on loneliness was positive and significant ($\beta = 0.37$, $p < 0.01$). Finally, the results of the bootstrap test indicated that the indirect effect of childhood trauma on loneliness via social thermoregulation and risk avoidance was negative and significant ($\beta = -0.12$, $p < 0.01$).

Discussion

The present study demonstrated that childhood trauma exerts a positive influence on feelings of loneliness, a finding that aligns with the results of prior research (de Heer et al., 2024; Arslan & Yıldırım, 2022; Shevlin et al., 2015; Gibson & Hartshorne, 1996). In explaining this finding, it can be argued that the experience of childhood trauma may undermine the quality of the parent–child relationship and pave the way for insecure attachment (Yilmaz et al., 2022). Children who have experienced neglect or abusive parental behaviors develop a negative attitude toward others, perceiving them as unavailable, untrustworthy, or threatening (Myers & Wells, 2015), a perception that fuels feelings of loneliness in adulthood. The findings also indicated that childhood trauma has a direct and negative effect on social thermoregulation and risk avoidance, a result consistent with the only comparable study conducted thus far (Madadpour, 2024). This finding may be explained by positing that traumatic childhood experiences can disrupt the functioning of the social thermoregulation and risk avoidance system. When the social environment is perceived as trustworthy, individuals regulate their social temperature through proximity, interaction, and interpersonal support; however, when the environment is appraised as threatening, the system activates a risk-avoidance tendency. Neglect or maltreatment shifts this system toward the latter state (Vergara et al., 2019). It was also found that social thermoregulation and risk avoidance have a direct and negative effect on feelings of loneliness, which is concordant with the results of previous studies (Vergara et al., 2019; Madadpour, 2024). Social thermoregulation reflects an individual's capacity to experience emotional warmth within relationships (Vergara et al., 2019). When this capacity is attenuated, the individual feels disconnected even in the presence of others. Simultaneously, the risk-avoidance component of this construct leads the

individual to perceive social interactions as threatening. Ultimately, the findings revealed that social thermoregulation and risk avoidance mediate the relationship between childhood trauma and loneliness, thereby enabling the present study to introduce novel dimensions to the extant literature. In explaining this finding, it can be posited that traumatic childhood experiences, by disrupting the sense of social security, reorganize an individual's biological and emotional patterns in such a way that interactions with others are no longer perceived as a source of warmth and comfort but rather as a source of threat, thereby intensifying feelings of loneliness (Vergara et al., 2019). In conclusion, understanding the role of social thermoregulation and risk avoidance may open up new vistas for promoting mental health and enhancing physical well-being, and this variable should be taken into account in the design of interventions.

Keywords: Childhood Trauma, Loneliness, Social Thermoregulation, Risk Avoidance, Attachment

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

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

دسترسی آزاد

الگوی ساختاری احساس تنهایی بر اساس روان‌زخم کودکی در دانشجویان دانشگاه تبریز: نقش میانجی تنظیم دمای اجتماعی و خطر گریزی

رسول حشمتی ^{ID}

استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)، psy.heshmati@gmail.com

مجتبی احمدی فارسانی ^{ID}

استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آیت الله العظمی بروجردی (ره)، بروجرد، ایران. mojtaba.farsani94@gmail.com

نیما قربانیان ^{ID}

کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. nima.ghorbanian@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۹/۱۵	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۰۶	تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۴/۲۳
استناد: حشمتی، رسول؛ احمدی فارسانی، مجتبی؛ قربانیان، نیما. (۱۴۰۵). الگوی ساختاری احساس تنهایی بر اساس روان‌زخم کودکی در دانشجویان دانشگاه تبریز: نقش میانجی تنظیم دمای اجتماعی و خطر گریزی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۶(۱)، ۳۰-۵. doi: 10.22067/tpccp.2026.95703.1853			

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه روان‌زخم کودکی و احساس تنهایی با میانجی‌گری تنظیم دمای اجتماعی و خطر گریزی بود.

روش: روش این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را دانشجویان دانشگاه تبریز تشکیل دادند که از بین آن‌ها تعداد ۲۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به سؤالات سه پرسشنامه تنظیم دمای اجتماعی، پرسشنامه احساس تنهایی و پرسشنامه ترومای کودکی پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری و نرم‌افزار AMOS24 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که روان‌زخم در قالب مدل مفروض هم به صورت مستقیم و هم با میانجی‌گری تنظیم دمای اجتماعی و خطر گریزی تغییرات احساس تنهایی را تبیین کند. همچنین یافته‌ها نشان داد مدل مفروض از برازش مطلوبی برخوردار است. **نتیجه‌گیری:** بر اساس این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت روان‌زخم یک عامل زمینه‌ای آسیب‌زا برای احساس تنهایی در بزرگسالی است. ضربه‌ای که در پنج سال اول زندگی تجربه می‌شود از طریق اثرگذاری بر تنظیم دمای اجتماعی و خطر گریزی و شکل‌گیری نوع سبک دلبستگی در نهایت می‌تواند اثرات مخربی را بر سلامت روان فرد داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: احساس تنهایی، تنظیم دمای اجتماعی، خطر گریزی، دلبستگی، روان‌زخم کودکی

مقدمه

انسان موجودی اجتماعی است و نیاز جدی به ایجاد ارتباط با دیگران دارد. زمانی که این نیاز برطرف نشود، فرد با تجربه احساس تنهایی مواجه می‌شود. تنهایی^۱ نوعی تجربه ذهنی ناخوشایند است که از کمبود یا فقدان روابط دوستانه و صمیمانه ناشی می‌شود. این حالت هنگامی رخ می‌دهد که میان روابط اجتماعی واقعی فرد (وضعیت موجود) و روابطی که انتظار یا تمایل به داشتن آن‌ها دارد (وضعیت مطلوب)، شکاف کیفی یا کمی وجود داشته باشد (DiTommaso et al., 2015)؛ بدیهی است هرچه این فاصله بیشتر باشد، شدت احساس تنهایی نیز افزایش می‌یابد (Elhageen, 2005). ویس (Weiss, 1975) برای نخستین بار مفهوم چندبعدی بودن احساس تنهایی را مطرح کرد و بین دو نوع «تنهایی اجتماعی» و «تنهایی عاطفی» تمایز قائل شد. تنهایی اجتماعی ناشی از فقدان یا ضعف شبکه اجتماعی رضایت‌بخش است، در حالی که تنهایی عاطفی به نبود روابط صمیمانه و پیوندهای نزدیک اشاره دارد (DiTommaso & Spinner, 1997; Weiss, 1975). بر اساس گزارش شرکت بیمه سلامت سیگنا، در سال ۲۰۲۱ حدود ۵۸ درصد از مردم آمریکا احساس تنهایی را تجربه کرده‌اند، در حالی که این رقم در سال ۲۰۱۹ برابر با ۶۱ درصد و در سال ۲۰۱۸ حدود ۴۶ درصد بوده است (Cigna, 2021). همچنین شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که تنهایی یکی از مسائل شایع و دردناک میان نوجوانان و دانشجویان است (Twenge et al., 2021)؛ بنابراین، با توجه به اهمیت و گستردگی این مسئله، بررسی علمی احساس تنهایی ضرورت دارد.

احساس تنهایی تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد؛ از جمله ویژگی‌های شخصیتی، افسردگی، چالش‌های رشدی و غیره. پژوهش‌ها بیان می‌کنند یکی از عوامل مهم مؤثر بر تجربه تنهایی در بزرگسالی، تجربه روان‌زخم^۲ است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رویدادهای دوران کودکی می‌تواند بر روابط صمیمانه و احساس تنهایی اثرگذار باشد (Merz & Jak, 2013). همچنین در پژوهشی دیگر گزارش شده است، زنانی که در کودکی تجربه سوءاستفاده جنسی داشتند، سطح بالاتری از احساس تنهایی را تجربه کرده و حمایت اجتماعی کمتری دریافت می‌کردند (Gibson & Hartshorne, 1996). در مطالعه‌ای که بر روی ۳۸۱ فرد بزرگسال جوان در ترکیه (۱۸ تا ۴۱ سال) انجام شد، نتایج نشان داد که سوءاستفاده‌های دوران کودکی به‌طور معناداری با افزایش احساس تنهایی در بزرگسالی مرتبط است (Arslan & Yildirim, 2022). روان‌زخم کودکی^۳ به تجربیات آسیب‌زا و تروماتیکی گفته می‌شود که پیش از ۱۸ سالگی رخ می‌دهد و شامل سوءاستفاده

^۱ Loneliness^۲ Trauma^۳ Childhood trauma

جسمی، عاطفی، جنسی و نیز غفلت جسمی و عاطفی است (Austin, 2021). روان‌زخم جسمی می‌تواند ناشی از تنبیه‌های شدید، حمله‌های عمدی به کودک مانند سوزاندن، بریدن، گاز گرفتن، هل دادن، پیچاندن اندام‌ها، شکنجه یا ضربه‌های منجر به شکستگی باشد (Lunny et al., 2014). روان‌زخم جنسی به بهره‌کشی جنسی کودک از طریق زور یا اجبار توسط بزرگسال اشاره دارد. روان‌زخم عاطفی شامل طرد شدن، منزوی کردن، ترساندن یا نادیده گرفتن کودک است و حتی می‌تواند با تقویت رفتارهای پرخاشگرانه، جنسی، مصرف مواد یا بزهکاری کودک همراه شود (Galovski et al., 2022). بی‌توجهی و غفلت حذف یک عمل در نظر گرفته می‌شود. در مقابل، بی‌توجهی یا غفلت به معنای حذف یک عمل است که خود به دو دسته عاطفی و جسمی تقسیم می‌شود.

روان‌زخم از عوامل مهم خطر برای بروز اختلالات روانی و مشکلات مرتبط با سلامت جسمی به شمار می‌رود (Greenman et al., 2024). تجارب آسیب‌زای کودکی می‌تواند پیامدهای مخربی مانند آسیب به سلامت جسمی و روانی، افزایش احتمال سوءمصرف مواد، بروز رفتارهای بزهکارانه (Dye, 2018) و همچنین بالا رفتن ریسک ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی همچون سرطان، اختلالات شخصیتی، افسردگی و رفتارهای خودکشی به همراه داشته باشد (Downey & Crummy, 2022). به‌ویژه شواهد نشان داده‌اند که تجربه ترومای دوران کودکی با افکار خودکشی رابطه مثبت دارد (Ihme et al., 2022)، به این معنا که افراد دارای این تجارب بیشتر در معرض چنین افکاری قرار دارند. این نوع تجارب در کودکی و حتی بزرگسالی، پیش‌بینی کننده قوی احساس تنهایی در گروه‌های مختلف جمعیتی محسوب می‌شوند (Fan et al., 2023). نتایج مطالعه‌ای در ترکیه نیز این رابطه را تأیید کرده است (Arslan & Yildirim, 2022). درمجموع، قرار گرفتن در معرض تجارب نامطلوب می‌تواند عملکرد تحصیلی فرد را تضعیف کند، توانایی شکل‌دهی و حفظ روابط صمیمی را کاهش دهد، بی‌اعتمادی به دیگران را تقویت کرده و اختلال در خودتنظیمی به وجود آورد؛ عواملی که همگی می‌توانند زمینه‌ساز بروز مشکلات روانی در بزرگسالی باشند (Ainsworth, 1978; Colburn et al., 2021; Fitzgerald & Gallus, 2020).

تجارب تروماتیک همچون آزار و غفلت، مانع شکل‌گیری دلبستگی^۱ سالم و ایمن با مراقب اولیه می‌شوند (van Beeck et al., 2024). دلبستگی پیوندی عاطفی و پایدار میان کودک و مراقب است که در آن کودک می‌کوشد نزدیکی خود را با مراقب حفظ کند (Bowlby, 1982). سبک‌های دلبستگی در طول زندگی نقشی تعیین‌کننده در کیفیت روابط اجتماعی و میزان احساس تنهایی دارند و تنهایی را می‌توان یکی از پیامدهای

¹ Attachment

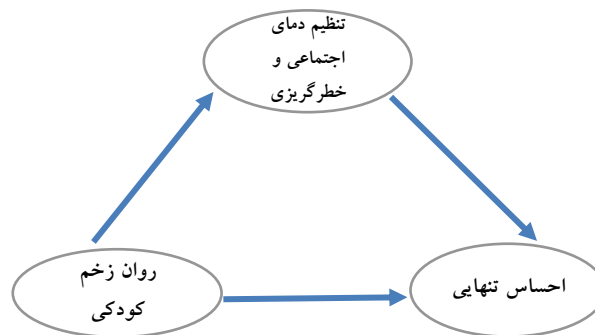
عاطفی-شناختی دلبستگی ناایمن در بزرگسالی دانست (Weiss, 1975)؛ بنابراین، سبک دلبستگی ناایمن پیش‌بینی‌کننده مهمی برای تجربه تنهایی محسوب می‌شود. از آنجا که دلبستگی مفهومی تکاملی و اساس آن بر حفظ بقا و انتقال ژن‌ها به نسل بعد است، اجزای زیربنایی تشکیل‌دهنده آن باید برای بقا و تولیدمثل اهمیت حیاتی داشته باشند. با این حال شواهد اندکی درباره نقش عوامل زیستی در این زمینه گردآوری شده است. نیازهای نوزادان در زمینه تنظیم دما و اجتناب از خطر، نقش محوری در شکل‌گیری دلبستگی بین‌فردی دارند (Vergara et al., 2019). «تنظیم دمای اجتماعی»^۱ به مجموعه‌ای از عادات، راهبردها و رفتارهای جبرانی گفته می‌شود که به افراد کمک می‌کند در تعامل با دیگران نیاز به گرمای جسمی و روان‌شناختی خود را برطرف کنند (Vergara et al., 2019). از سوی دیگر «خطر‌گریزی»^۲ نوعی گرایش به اجتناب از موقعیت‌های تهدیدآمیز است که آن نیز بر پایه نیاز به حفظ امنیت فردی شکل می‌گیرد. هر دو سازه با حساسیت نسبت به تهدید، نیاز به امنیت و تنظیم رفتار در برابر محیط اجتماعی پیوند دارند، از این رو این دو متغیر به عنوان دو بعد یک سازه کلی‌تر سنجیده می‌شوند و ابزار مورد استفاده و طراحی شده نیز بر همین مبنا طراحی شده است (Vergara et al., 2019). شکل‌گیری دلبستگی ایمن زمانی قابل انتظار است که مراقبان بتوانند نیازهای نوزاد، به‌ویژه در زمینه تنظیم دما و دوری از موقعیت‌های پرخطر را برآورده کنند. در نتیجه، سبک دلبستگی افراد تا حد زیادی تحت تأثیر این دو عامل یعنی تنظیم دما و اجتناب از خطر قرار دارد. این سیستم رفتاری از طریق کمک به تنظیم دمای اجتماعی و دوری از تهدیدها، بقا را تضمین می‌کند (IJzerman et al., 2021). یافته‌های پژوهش‌های گذشته، پاسخگویی مراقبان را به‌عنوان متغیری کلیدی معرفی کرده‌اند که در کنار سبک دلبستگی ایجادشده در کودکی، نحوه رفتار فرد در روابط اجتماعی بزرگسالی را شکل می‌دهد. در همین راستا، افراد با دلبستگی ناایمن معمولاً از مهارت‌های بین‌فردی کافی برای ایجاد روابط سالم و پایدار برخوردار نیستند (Caspers et al., 2005).

با توجه به مرور پیشینه می‌توان نتیجه گرفت که روان‌زخم کودکی و احساس تنهایی رابطه‌ای معنادار با یکدیگر دارند. با این حال پژوهشی که دقیقاً به بررسی عوامل تبیین‌کننده این رابطه پرداخت، تاکنون انجام نشده است. از آنجا که روان‌زخم کودکی با دلبستگی مرتبط است و دلبستگی نیز با احساس تنهایی ارتباط دارد، می‌توان نقش سازه‌ای مشابه دلبستگی یعنی تنظیم دمای اجتماعی و اجتناب از خطر را به‌عنوان متغیر میانجی در

¹ Social thermoregulation

² Risk avoidance

این ارتباط در نظر گرفت. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای تنظیم دمای اجتماعی و خطرگریزی در رابطه میان روان‌زخم کودکی و احساس تنهایی است (شکل ۱).



شکل ۱. مدل مفروض پژوهش

روش

این پژوهش از نظر روش‌شناسی در زمره تحقیقات بنیادی با رویکرد توصیفی-همبستگی و از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری قرار می‌گیرد. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در مقاطع و رشته‌های مختلف بود. نمونه‌گیری به شیوه خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شد. در مرحله نخست چند دانشکده از میان دانشکده‌های دانشگاه تبریز به صورت تصادفی انتخاب شدند. در مرحله بعدی، از میان کلاس‌های هر دانشکده، چند کلاس به عنوان خوشه‌های بعدی انتخاب گردید. سپس دانشجویان حاضر در آن کلاس‌ها به عنوان اعضای نمونه مورد مطالعه قرار گرفتند. برای تعیین حجم نمونه، از پیشنهاد استیونس (Stevens, 1996) استفاده شد؛ بر این اساس، به ازای هر متغیر اندازه‌گیری‌شده در مدل‌یابی معادلات ساختاری، ۱۵ نمونه در نظر گرفته شد. با توجه به اینکه پرسش‌نامه‌های تنظیم دمای اجتماعی و خطرگریزی شامل دو مؤلفه، پرسش‌نامه روان‌زخم کودکی دارای پنج مؤلفه و پرسش‌نامه احساس تنهایی دارای سه مؤلفه هستند و با لحاظ کردن حدود ۲۰ درصد افت نمونه و حذف داده‌های پرت، در نهایت ۲۶۲ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند تا تعمیم‌پذیری یافته‌ها افزایش یابد. در این پژوهش ملاک‌های ورود شامل شاغل به تحصیل بودن در مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری دانشگاه تبریز، تمایل به شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه به صورت کامل بودند. ملاک‌های خروج نیز شامل پاسخدهی ناقص به پرسشنامه‌ها و عدم تمایل به ادامه همکاری با پژوهشگر بودند. پرسش‌نامه‌ها به صورت تصادفی در میان

دانشجویان توزیع شد. پیش از شروع، هدف پژوهش، اهمیت آن و نحوه تکمیل پرسش‌نامه برای دانشجویان توضیح داده شد تا بتوانند با دقت و به‌طور کامل به پرسش‌ها پاسخ دهند. همچنین پیش از آغاز پژوهش، کد اخلاقی از کمیته اخلاق زیست پزشکی دانشگاه تبریز اخذ شد (IR.TABRIZU.REC.1403.052) و به کلیه شرکت‌کنندگان درباره محرمانگی و عدم افشای اطلاعات شخصی اطمینان داده شد. در تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید. در بخش توصیفی، شاخص‌هایی همچون فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ محاسبه شد. در بخش استنباطی، جهت آزمون فرضیه‌ها مدل‌یابی معادلات ساختاری با نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۶ به کار رفت.

ابزارها

پرسش‌نامه احساس تنهایی (UCLA)

نسخه سوم پرسش‌نامه احساس تنهایی UCLA نخستین بار در سال ۱۹۷۸ در دانشگاه کالیفرنیا تدوین شد (Russell et al., 1978). این ابزار ۲۰ سؤال دارد که در مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (از «هرگز» تا «همیشه») نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات آن بین ۲۰ تا ۸۰ است. اگرچه نسخه اولیه از اعتبار و پایایی مطلوبی برخوردار بود، اما نسخه اصلاح‌شده‌ای نیز از این پرسش‌نامه ارائه شد (Russell et al., 1980) و در سال ۱۹۹۶ مجدداً این پرسش‌نامه مورد بازنگری قرار گرفت (Russell, 1996). در این نسخه عبارت‌ها ساده‌تر شده و ماده چهارم از منفی به مثبت تغییر یافت. این پرسش‌نامه قابلیت اجرا از طریق مصاحبه را نیز دارد. ضریب آلفای کرونباخ نسخه سوم در پژوهش اصلی برابر با ۰/۹۴ گزارش شده است. در پژوهشی در ایران نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و همبستگی میان نمرات افسردگی و احساس تنهایی ۰/۶۷ به دست آمد (Bahiraei et al., 1999). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسش‌نامه ۰/۹۱ به دست آمد.

پرسش‌نامه روان‌زخم کودکی (CTQ)

این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۳ به‌منظور ارزیابی تروما و روان‌زخم دوران کودکی ساخته شده است (Bernstein et al., 2003). ابزار مذکور هم برای نوجوانان و هم برای بزرگسالان قابل استفاده است و پنج نوع بدرفتاری دوران کودکی شامل سوءاستفاده جنسی، جسمی، عاطفی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی را ارزیابی می‌کند. پرسش‌نامه ۲۸ سؤال دارد که ۲۵ سؤال مربوط به مؤلفه‌های اصلی و سه سؤال برای شناسایی انکارکنندگان تجارب سوءاستفاده است. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای تنظیم شده است. ضرایب آلفای کرونباخ در مطالعه اصلی برای زیرمقیاس‌های سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی،

سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ به دست آمد و روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ قرار داشت. در ایران نیز در پژوهشی ضرایب آلفا بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های مختلف گزارش شده است (Ebrahimi et al., 2023). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ و برای زیرمقیاس‌های سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۹، ۰/۸۵، ۰/۸۶ و ۰/۶۸ به دست آمد.

پرسش‌نامه تنظیم دمای اجتماعی و خطر‌گریزی (STRAQ)

این ابزار در ۱۲ کشور و با مشارکت ۱۵۱۰ نفر در سال ۲۰۱۹ طراحی شد تا شکاف میان نیازهای جسمی نوزادان و تجارب دلبستگی در بزرگسالی را پوشش دهد (Vergara et al., 2019). پرسش‌نامه شامل ۲۳ سؤال از میان ۵۷ سؤال اولیه است که در قالب چهار خرده‌مقیاس (تنظیم دمای اجتماعی، حساسیت به دمای بالا، تنظیم دمای فردی و اجتناب از خطر) در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای («کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم») نمره‌گذاری می‌شوند. برخی سؤال‌ها (۱، ۲، ۱۳ و ۱۴) به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ضرایب پایایی گزارش شده برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۳، ۰/۷۸ و ۰/۵۷ بوده است. علاوه بر این، روایی بیرونی پرسش‌نامه نشان داده است که STRAQ-1 با راهبردهای تنظیم هیجان و تفاوت‌های فردی در سبک دلبستگی مرتبط است که به نوبه خود در ارتباط با استرس و سلامت نقش دارند. در پژوهشی در ایران نیز آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های حساسیت به دمای بالا، تنظیم دمای اجتماعی، تنظیم دمای فردی و خطر‌گریزی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۶، ۰/۷۲ و ۰/۶۰ گزارش شده است (Boushehri, 2021). نتایج نشان می‌دهد که به جز خرده‌مقیاس خطر‌گریزی، سایر خرده‌مقیاس‌ها از پایایی مناسبی برخوردارند. همچنین خرده‌مقیاس تنظیم دمای اجتماعی می‌تواند سبک دلبستگی اجتنابی را پیش‌بینی کند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های حساسیت به دمای بالا، تنظیم دمای اجتماعی، تنظیم دمای فردی و خطر‌گریزی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۷۱ و ۰/۶۶ به دست آمد.

یافته‌ها

در بخش ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، ۲۶۲ دانشجوی دانشگاه تبریز شرکت داشتند که از این میان، ۱۶ نفر در فرآیند پالایش داده‌ها (با هدف تحقق فرض نرمال بودن چندمتغیره) کنار گذاشته شدند؛ بنابراین تحلیل‌ها بر اساس داده‌های ۲۴۶ نفر صورت گرفت. میانگین سنی نمونه ۲۵/۸۵ سال با انحراف معیار ۶/۴۲ سال بود.

از نظر جنسیت، زنان با ۸۰/۵ درصد اکثریت داشتند. ۸۳/۳ درصد از افراد مجرد بودند. در زمینه مقطع و رشته تحصیلی، ۵۰/۸ درصد در مقطع کارشناسی و ۴۹/۲ درصد در رشته‌های علوم انسانی تحصیل می‌کردند. همچنین وضعیت اجتماعی-اقتصادی بیشتر افراد در سطح متوسط قرار داشت (۸۶/۲ درصد) و ۷۱/۵ درصد از نمونه فاقد شغل بودند. در ادامه، شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده ارائه شده است. برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه استفاده شد که نتایج در جدول ۱ قابل مشاهده است. در ادامه نیز ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است (جدول ۲).

جدول ۱. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	مؤلفه	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
روان‌زخم کودکی	سوءاستفاده عاطفی	۷/۴۵	۳/۱۱	۵	۱۹
	سوءاستفاده جسمی	۵/۹۸	۲/۰۵	۵	۱۵
	سوءاستفاده جنسی	۶/۱۵	۲/۲۴	۵	۱۶
	غفلت عاطفی	۱۰/۱۳	۴/۴۸	۵	۲۳
	غفلت جسمی	۷/۳۰	۲/۶۷	۵	۱۶
	نمره کل	۳۷/۰۱	۱۱/۵۰	۲۵	۷۷
تنظیم دمای اجتماعی و خطرگریزی	حساسیت به دمای بالا	۲۵/۰۹	۶/۱۲	۱۰	۳۵
	تنظیم دمای اجتماعی	۱۳/۱۸	۴/۱۱	۵	۲۴
	تنظیم دمای فردی	۲۵/۵۴	۵/۲۹	۱۳	۳۸
	خطرگریزی	۱۱/۱۰	۲/۳۲	۳	۱۵
	نمره کل	۷۴/۹۲	۸/۲۶	۴۸	۹۶
احساس تنهایی	نمره کل	۴۴/۹۳	۱۰/۹۹	۲۰	۷۷

بر اساس جدول، بالاترین میانگین و انحراف معیار مربوط به مؤلفه غفلت عاطفی از پرسش‌نامه روان‌زخم کودکی و بالاترین میانگین و انحراف معیار در مؤلفه‌های تنظیم دمای اجتماعی و خطرگریزی به ترتیب برای تنظیم دمای فردی و حساسیت به دمای بالا ثبت شده است. در ادامه ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است (جدول ۲).

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱. سوءاستفاده عاطفی	۱											
۲. سوءاستفاده جسمی	۰/۵۹ ^{oo}	۱										
۳. سوءاستفاده جنسی	۰/۳۹ ^{oo}	۰/۵۵ ^{oo}	۱									
۴. غفلت عاطفی	۰/۶۰ ^{oo}	۰/۴۵ ^{oo}	۰/۳۲ ^{oo}	۱								
۵. غفلت جسمی	۰/۵۵ ^{oo}	۰/۴۹ ^{oo}	۰/۴۳ ^{oo}	۰/۷۲ ^{oo}	۱							
۶. نمره کل روان‌زخم کودکی	۰/۸۱ ^{oo}	۰/۷۳ ^{oo}	۰/۶۲ ^{oo}	۰/۸۶ ^{oo}	۰/۸۳ ^{oo}	۱						
۷. حساسیت به دمای بالا	-۰/۰۱	-۰/۰۷	۰/۰۴	-۰/۱۰	-۰/۰۹	-۰/۰۶	۱					
۸. تنظیم دمای اجتماعی	۰/۱۳ ^{oo}	۰/۰۸	۰/۰۵	۰/۱۰	۰/۰۴	۰/۱۱	۰/۰۹	۱				
۹. تنظیم دمای فردی	۰/۰۲	-۰/۱۴ ^{oo}	-۰/۱۲ ^{oo}	-۰/۰۵	-۰/۱۳ ^{oo}	-۰/۰۹	۰/۴۵ ^{oo}	-۰/۰۲	۱			
۱۰. خطرگریزی	-۰/۰۶	-۰/۱۷ ^{oo}	-۰/۰۳	-۰/۰۹	-۰/۱۷ ^{oo}	-۰/۱۲ ^{oo}	۰/۰۹	-۰/۰۸	۰/۴۵ ^{oo}	۱		
۱۱. نمره کل تنظیم دمای اجتماعی و خطرگریزی	۰/۰۶	-۰/۱۵ ^{oo}	-۰/۱۳ ^{oo}	-۰/۱۸ ^{oo}	-۰/۱۷ ^{oo}	-۰/۰۹	۰/۵۳ ^{oo}	۰/۵۳ ^{oo}	۰/۳۵ ^{oo}	۰/۴۳ ^{oo}	۱	
۱۲. نمره کل احساس تنهایی	۰/۳۰ ^{oo}	۰/۱۲	۰/۱۹ ^{oo}	۰/۴۲ ^{oo}	۰/۳۳ ^{oo}	۰/۳۸ ^{oo}	۰/۰۵	-۰/۱۲ ^{oo}	۰/۰۲	۰/۱۸ ^{oo}	۰/۱۳ ^{oo}	۱

**p<0.01 *p<0.05

جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرها را نشان می‌دهد. نتایج حاکی از آن است که رابطه بین مؤلفه‌های روان‌زخم کودکی (به جز سوءاستفاده عاطفی) با تنظیم دمای اجتماعی و خطرگریزی منفی و معنادار است. همچنین، تمامی مؤلفه‌های روان‌زخم کودکی (به جز سوءاستفاده جسمی) با احساس تنهایی

مثبت و معنادار می‌باشند. در عین حال، بین مؤلفه تنظیم دمای اجتماعی و احساس تنهایی رابطه منفی و معنادار و بین مؤلفه خطرگریزی و نمره کلی تنظیم دمای اجتماعی و خطرگریزی با احساس تنهایی رابطه مثبت و معنادار مشاهده شد. با این حال، مؤلفه‌های حساسیت به دمای بالا و تنظیم دمای فردی با احساس تنهایی رابطه معنی‌داری ندارند.

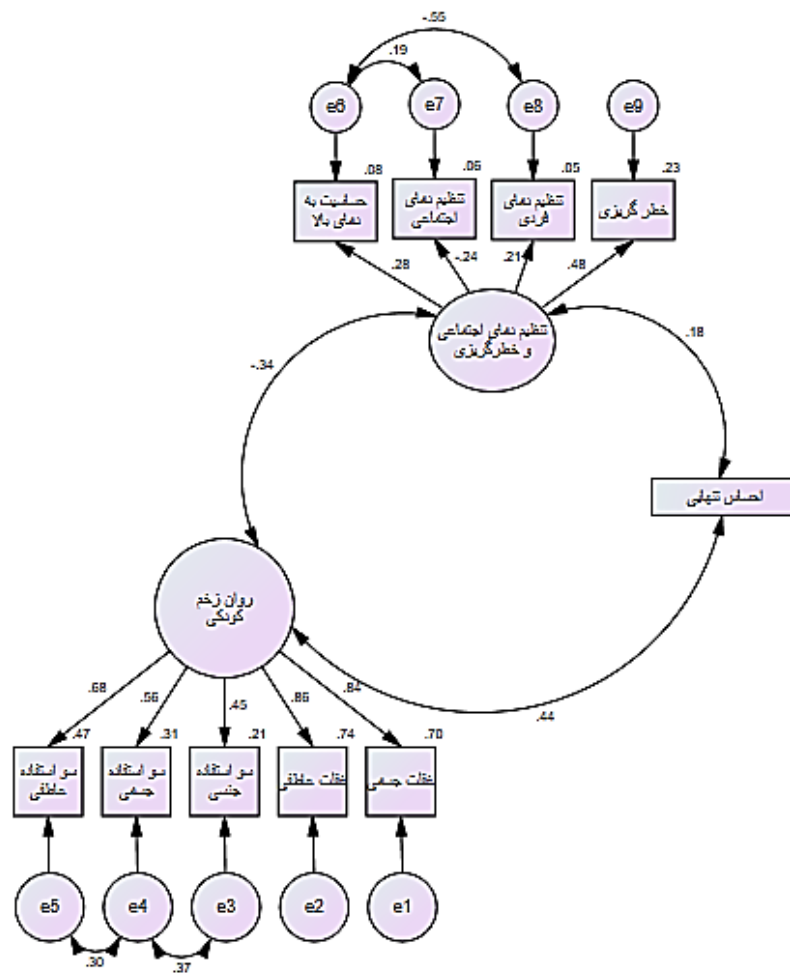
برای پاسخ به سؤال پژوهش، از مدلیابی معادلات ساختاری استفاده شد و ابتدا پیش‌فرض‌های لازم بررسی شد. با توجه به اینکه ابزارهای اندازه‌گیری از مقیاس فاصله‌ای برخوردارند، این پیش‌فرض تحقق یافته است. پیش‌فرض نرمال بودن تک‌متغیره با شاخص‌های چولگی و کشیدگی بررسی شد که مقادیر چولگی بین $2/61+$ و $0/51-$ و مقادیر کشیدگی بین $0/76-$ و $6/56+$ قرار داشتند، بنابراین نرمال بودن تک‌متغیره محقق شد. برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره، مقادیر ماکسلا نویس مورد توجه قرار گرفت و آزمودنی‌هایی که نمرات چندمتغیره آن‌ها در سطح معنی‌داری ($0/001$) بودند (۱۶ نفر از ۲۶۲ نفر)، از تحلیل حذف شدند. سپس ضریب کشیدگی استاندارد شده مردیا محاسبه شد که مقدار $23/37$ به دست آمد و کمتر از حد مجاز ۱۲۰ بود. این نتایج نشان می‌دهند پیش‌فرض نرمال بودن برای تحلیل معادلات ساختاری رعایت شده است. همچنین برای سنجش هم‌خطی متغیرها، شاخص‌های عامل تورم واریانس (VIF) و تحمل (Tolerance) بررسی شد و نتایج نشان داد مقادیر VIF کمتر از ۵ و مقادیر Tolerance بالاتر از $0/2$ و نزدیک به ۱ بودند، بنابراین پیش‌فرض عدم هم‌خطی چندگانه محقق شد (جدول ۳).

جدول ۳. پیش‌فرض عدم هم‌خطی چندگانه متغیرهای پیش‌بین

متغیر	VIF	Tolerance
سوءاستفاده عاطفی	۲/۱۰	۰/۴۸
سوءاستفاده جسمی	۲/۰۴	۰/۴۹
سوءاستفاده جنسی	۱/۵۶	۰/۶۴
غفلت عاطفی	۲/۴۳	۰/۴۱
غفلت جسمی	۲/۴۹	۰/۴۰
حساسیت به دمای بالا	۱/۴۰	۰/۷۲
تنظیم دمای اجتماعی	۱/۰۴	۰/۹۶
تنظیم دمای فردی	۱/۴۵	۰/۶۹
خطرگریزی	۱/۱۳	۰/۸۹

پیش‌فرض استقلال خطاها با آزمون دوریین-واتسون سنجیده شد و مقدار $1/77$ بین دو حد بحرانی $(1/5-)$ و $(2/5+)$ قرار گرفت، بنابراین این پیش‌فرض نیز تأیید شد. با توجه به تحقق پیش‌فرض‌های اصلی، استفاده از روش معادلات ساختاری برای تحلیل داده‌ها مناسب ارزیابی شد.

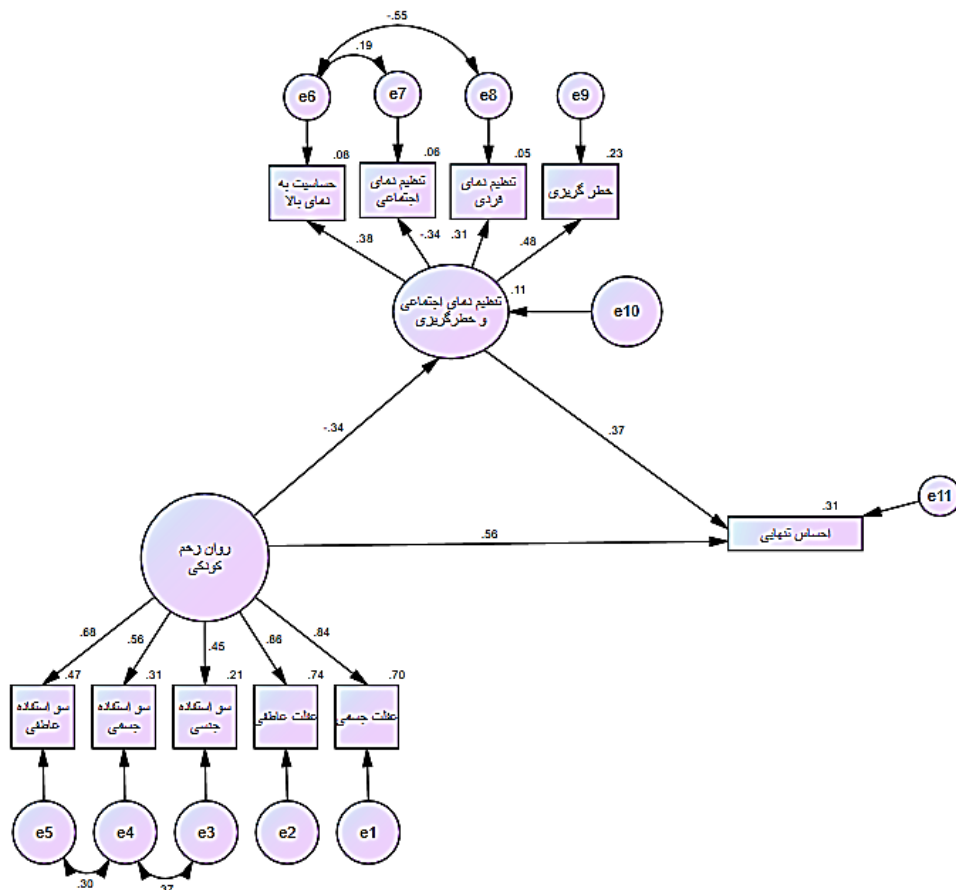
ابتدا شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری بررسی شد که نشان داد مدل اولیه تناسب ضعیفی با داده‌ها دارد ($\chi^2/df = 5/82$ ، $GFI = 0/87$ ، $AGFI = 0/76$ ، $CFI = 0/76$ ، $RMSEA = 0/14$). بررسی شاخص‌های اصلاحی نرم افزار Amos پیشنهاد اصلاح کوواریانس خطا بین سه شاخص تنظیم دمای اجتماعی و خطرگریزی و سه شاخص روان‌زخم کودکی را ارائه داد. پس از اصلاح، شاخص‌های برازش مدل بهبود یافت و نشان داد مدل اصلاح‌شده تناسب خوبی با داده‌ها دارد ($\chi^2/df = 2/15$ ، $GFI = 0/95$ ، $AGFI = 0/91$ ، $CFI = 0/95$ ، $RMSEA = 0/07$)؛ تمامی متغیرهای مشاهده‌شده بارگذاری عاملی بالاتر از حد بحرانی $0/3$ داشتند، بنابراین شاخص‌ها به‌طور کافی متغیرهای مکنون را عملیاتی کرده‌اند.



شکل ۲. مدل اندازه گیری

مسیر مستقیم بین روان زخم کودکی (متغیر برونزا) و احساس تنهایی (متغیر درونزا) مورد بررسی قرار گرفت. مدل اولیه تأیید کرد که روان زخم کودکی اثر مستقیم مثبت و معناداری بر احساس تنهایی دارد ($p < 0.001$, $\beta = 0.44$) و برازش مدل نسبتاً مناسب است ($\chi^2/df = 4.03$, $GFI = 0.96$, $AGFI = 0.90$, $RMSEA = 0.10$, $CFI = 0.96$).

شکل ۳ مدل ساختاری فرضی را به همراه ضرایب استاندارد به تصویر می‌کشد. در این مدل روان‌زخم کودکی به‌عنوان متغیر برون‌زا، تنظیم دمای اجتماعی و خطر گریزی به‌عنوان متغیر میانجی و احساس تنهایی به‌عنوان متغیر درون‌زا وارد مدل شده‌اند.



شکل ۳. مدل ساختاری پژوهش

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده

شاخص‌های برازش	مقدار	سطح قابل قبول
X^2/df	۲/۱۵	کمتر از ۳
RMSEA	۰/۰۷	کمتر از ۰/۰۸
PNFI	۰/۰۶	بیشتر از ۰/۶

CFI	۰/۹۵	بیشتر از ۰/۹
NFI	۰/۹۱	بیشتر از ۰/۹
IFI	۰/۹۵	بیشتر از ۰/۹
GFI	۰/۹۴	بیشتر از ۰/۹
AGFI	۰/۹۱	بیشتر از ۰/۸

بر اساس مندرجات جدول ۴ شاخص‌های برازش مدل اصلاح‌شده (CFI, NFI, IFI, GFI, AGFI, χ^2/df و PNFI و RMSEA) در حد مطلوب قرار دارند.

در جدول ۵ نتایج مربوط به بررسی ضرایب مسیر اثرات مستقیم متغیرهای پیش‌بین بر متغیرهای میانجی و ملاک ارائه شده است.

جدول ۵. برآورد ضرایب اثرات مستقیم متغیرهای پیش‌بین در متغیرهای میانجی و ملاک

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب مسیر استاندارد	ضریب مسیر غیر استاندارد	آماره t	سطح معناداری
روان‌زخم کودکی	تنظیم دمای اجتماعی و خطرگریزی	-۰/۳۴	-۰/۱۷	-۲/۹۰	۰/۰۰۴
	احساس تنهایی	۰/۵۶	۲/۷۶	۶/۷۳	۰/۰۰۱
تنظیم دمای اجتماعی و خطرگریزی	احساس تنهایی	۰/۳۷	۳/۵۹	۲/۸۶	۰/۰۰۴

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که روان‌زخم کودکی اثر مستقیم منفی و معنادار بر تنظیم دمای اجتماعی و خطرگریزی دارد ($\beta = -0.34$, $p < 0.01$) یعنی با افزایش روان‌زخم کودکی، میزان تنظیم دمای اجتماعی و خطرگریزی کاهش می‌یابد. اثر مستقیم روان‌زخم کودکی بر احساس تنهایی مثبت و معنادار است ($\beta = 0.56$, $p < 0.01$) و اثر مستقیم تنظیم دمای اجتماعی و خطرگریزی بر احساس تنهایی نیز مثبت و معنادار گزارش شد ($\beta = 0.37$, $p < 0.01$).

برای ارزیابی معنی‌داری اثرات غیرمستقیم از آزمون بوت استراپ استفاده شد (جدول ۶).

جدول ۶. برآورد ضرایب اثرات غیرمستقیم با استفاده از بوت استراپ

متغیر پیش‌بین	متغیر میانجی	متغیر ملاک	حدود بوت		مقدار اثر	سطح معنی‌داری
			حد پایین	حد بالا		
روان‌زخم کودکی	تنظیم دمای اجتماعی و خطرگریزی	احساس تنهایی	-۰/۵۹۴	-۰/۰۲۵	-۰/۱۲	۰/۰۰۶

برای ارزیابی اثرات غیرمستقیم، از آزمون بوت‌استرپ استفاده شد. نتایج نشان داد که اثر غیرمستقیم روان‌زخم کودکی بر احساس تنهایی از طریق تنظیم دمای اجتماعی و خطرگریزی منفی و معنادار است ($p < ۰/۰۱$, $\beta = -۰/۱۲$) بنابراین این متغیر میانجی نقش مهمی در رابطه بین روان‌زخم کودکی و احساس تنهایی ایفا می‌کند.

نتیجه

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی تنظیم دمای اجتماعی و خطرگریزی در ارتباط بین روان‌زخم‌های کودکی و احساس تنهایی بود. نتایج نشان داد که بدرفتاری‌های دوران کودکی اثر مستقیم، مثبت و معناداری بر احساس تنهایی دارند. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های گذشته است (de Heer et al., 2024; Arslan & Yıldırım, 2022; Shevlin et al., 2015; and Gibson & Hartshorne, 1996). در تبیین این یافته، نظریه دلبستگی می‌تواند راهگشا باشد. بر اساس این نظریه، کودکان از خلال رابطه با مراقب اولیه، مدل‌های ذهنی درونی از روابط خود با دیگران شکل می‌دهند (Ainsworth & Bowlby, 1991). تجربه بدرفتاری در دوران کودکی می‌تواند کیفیت این رابطه بنیادین را تضعیف کرده و زمینه‌ساز دلبستگی ناایمن یا آشفته شود (Yilmaz et al., 2022). کودکانی که بی‌توجهی یا رفتارهای آزاردهنده و غیرقابل پیش‌بینی والدین را تجربه کرده‌اند، اغلب انتظاراتی منفی نسبت به دیگران پیدا می‌کنند و آن‌ها را غیرقابل دسترس، غیرقابل اعتماد یا تهدیدکننده می‌دانند (Myers & Wells, 2015). مسیر دیگری که این یافته را توضیح می‌دهد، ضعف در تنظیم هیجانی است. تجارب آسیب‌زا در کودکی می‌تواند روند رشد سالم مهارت‌های تنظیم هیجان را مختل کند (Weis et al., 2022). افراد آسیب‌دیده ممکن است در شناسایی هیجان‌های خود دچار مشکل باشند، واکنش‌های تکانشی نشان دهند یا در آرام‌سازی خود ناتوان باشند (Sharma et al., 2024). در مقابل، تنظیم هیجانی کارآمد می‌تواند فرد را در مواجهه با چالش‌های اجتماعی یاری کند، بدون آنکه به کناره‌گیری از تعاملات اجتماعی متوسل شود (Sezgin et al., 2023).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که روان‌زخم‌های کودکی اثر مستقیم منفی و معناداری بر تنظیم دمای اجتماعی دارند؛ نتیجه‌ای که با تنها پژوهش صورت گرفته در این زمینه همخوان است (Madadpour, 2024). در پژوهش مددپور (Madadpour, 2024) نتایج نشان داد تجارب ناخوشایند دوران کودکی با کاهش تنظیم دمای اجتماعی و افزایش حساسیت به طرد در ارتباط است و این رابطه از طریق متغیر میانجی تنظیم دما با رگه‌های شخصیت مرزی پیوند می‌یابد. از این منظر، دلبستگی ایمن می‌تواند مغز را به مثابه یک «ماشین پیش‌بینی‌کننده» فعال کند که توانایی برآورد «جو اجتماعی» را دارد، یعنی فرد پیش‌بینی می‌کند که در صورت نیاز، دیگران برای حمایت و ایجاد گرما حضور خواهند داشت. مطالعات نشان داده‌اند که القای احساس تنهایی، سبب می‌شود افراد دمای محیط را کمتر برآورد کنند (Zhong & Leonardelli, 2008). در دلبستگی ایمن، فرد به شبکه اجتماعی خود اعتماد کرده، روی آن سرمایه‌گذاری می‌کند و با اطمینان به «گرمی» دیگران، تنظیم دمای اجتماعی و خطرگریزی را با ثبات بیشتری تجربه می‌کند. در مقابل، افراد با دلبستگی اضطرابی، به دلیل نگرانی مداوم و تردید نسبت به قابل اعتماد بودن دیگران، نمی‌توانند گرمی اجتماعی را پیش‌بینی کنند و بیشتر به تنظیم دمای فردی متوسل می‌شوند (IJzerman et al., 2021; Vergara et al., 2019). از طرفی تجارب آسیب‌زای دوران کودکی می‌توانند نظام‌های تنظیمی زیستی و اجتماعی فرد را به‌طور بنیادین دگرگون سازند. یکی از این نظام‌ها سامانه تنظیم دمای اجتماعی و خطرگریزی است که تعیین می‌کند فرد برای ایجاد احساس امنیت و تعادل هیجانی، تا چه اندازه به دیگران تکیه می‌کند یا از آن‌ها فاصله می‌گیرد. هنگامی که فرد محیط اجتماعی را امن و قابل اعتماد درک می‌کند، دمای اجتماعی خود را از طریق نزدیکی، تعامل و حمایت بین فردی تنظیم می‌کند؛ اما زمانی که محیط تهدیدآمیز تلقی می‌شود، سیستم گرایش به خطرگریزی و خودتنظیمی فردی را فعال می‌سازد. روان‌زخم‌های کودکی ازجمله بی‌توجهی یا بدرفتاری، این نظام را به سمت حالت دوم سوق می‌دهند (Vergara et al., 2019). تجربه تهدید، بی‌ثباتی یا آسیب از سوی مراقبان اولیه، مغز را در وضعیت هشدار حرارتی قرار می‌دهد؛ یعنی فرد یاد می‌گیرد که تماس یا نزدیکی ممکن است دردناک یا خطرناک باشد. در نتیجه سامانه عصبی و هیجانی او طوری باز تنظیم می‌شود که از وابستگی به دیگران اجتناب کند و منابع درونی یا فیزیکی را برای تنظیم حرارت روانی و بدنی جایگزین سازد. این فرایند، خود را در سطح رفتاری به شکل افزایش خطرگریزی، اجتناب اجتماعی و ناتوانی در تجربه گرمی بین فردی نشان می‌دهد.

همچنین مشخص شد که تنظیم دمای اجتماعی اثر مستقیم منفی و معناداری بر احساس تنهایی دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های گذشته همراستا است (Vergara et al., 2019; Madadpour, 2024). نظریه

دلبستگی، مفهوم «مدل پیش‌بینی دیگران» را مطرح می‌کند که در آن نشانه‌های مرتبط با دما نقش کلیدی در به‌روزرسانی مدل‌های درونی دارند. تجربیات اولیه مانند تماس پوستی با مراقب، مراقبت مناسب و به اشتراک گذاشتن گرما، بنیان شکل‌گیری مدل‌های ذهنی روابط صمیمانه را در نوزاد بنا می‌نهند (IJzerman et al., 2021). شواهد نشان می‌دهد که این مدل‌ها حتی از طریق نشانه‌های دما در نوزاد تقویت می‌شوند (IJzerman et al., 2013). برای نمونه در پژوهشی نشان داده شد جدایی زودهنگام نوزاد از تماس پوستی با مادر، یک سال بعد منجر به خودتنظیمی ضعیف‌تر می‌شود (Bystrova et al., 2007). این یافته به‌طور تلویحی نشان می‌دهد که فقدان گرمی فیزیکی می‌تواند مدل‌های درونی نوزاد از جهان و سبک‌های دلبستگی او را تغییر دهد. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که سبک‌های دلبستگی بر احساس تنهایی تأثیر دارند (So & Fiori, 2022). افراد با دلبستگی ایمن روابط صمیمی‌تری برقرار می‌کنند، به حمایت دیگران تکیه دارند و نگرش مثبت‌تری نسبت به خود و دیگران دارند. در مقابل، افراد با سبک اجتنابی خود را سرد و بدبین می‌پندارند و در ایجاد روابط عمیق دچار مشکل می‌شوند؛ در حالی که افراد با سبک دوسوگرا اغلب احساس می‌کنند توسط دیگران درک نمی‌شوند، اعتماد به نفس پایینی دارند و پیوسته نگران طرد یا رها شدن هستند (Fraley & Roisman, 2019). از طرف دیگر تنظیم دمای اجتماعی بازتاب ظرفیت فرد برای تجربه و ایجاد گرمای عاطفی در روابط است (Vergara et al., 2019). هنگامی که این توانایی تضعیف می‌شود، فرد حتی در حضور دیگران احساس جدایی و گسست می‌کند زیرا نمی‌تواند از تعاملات اجتماعی، حس گرمی و تعلق را دریافت کند. از سوی دیگر مولفه خطر‌پذیری در این سازه سبب می‌شود فرد تعاملات اجتماعی را بالقوه تهدید آمیز ادراک کند. این سوگیری ادراکی به رفتارهای اجتنابی، کاهش خود اشنایی و محدود شدن ارتباطات منجر می‌شود. چنین چرخه‌ای به تدریج شبکه حمایت اجتماعی را تضعیف کرده و احساس تنهایی را تشدید می‌کند.

در نهایت، یافته‌های این پژوهش نشان داد که در ارتباط میان روان‌زخم‌های کودکی و احساس تنهایی، نقش میانجی تنظیم دمای اجتماعی و خطر‌گزیزی معنادار است؛ بنابراین مطالعه حاضر توانسته است ابعاد تازه‌ای به ادبیات موضوع بیفزاید. مطابق با نظریه دلبستگی، کودکان بر اساس رابطه خود با مراقب اولیه، مدل‌های ذهنی درونی از روابط با دیگران شکل می‌دهند (Ainsworth & Bowlby, 1991). همان‌طور که اشاره شد، تجربه بدرفتاری در دوران کودکی می‌تواند این پیوند اولیه را تضعیف کرده و زمینه‌ساز دلبستگی ناایمن یا آشفته شود (Yilmaz et al., 2022). کودکانی که در معرض بی‌توجهی یا رفتارهای آزارنده و غیرقابل پیش‌بینی والدین قرار گرفته‌اند، غالباً نگرشی منفی به دیگران پیدا می‌کنند و آن‌ها را موجوداتی

غیرقابل اعتماد، دست‌نیافتنی و حتی تهدیدگر می‌پندارند (Myers & Wells, 2015). از دیدگاه تنظیم دمای اجتماعی، دلبستگی می‌تواند به مغز کمک کند تا همچون یک ماشین پیش‌بینی‌کننده عمل کرده و «جو اجتماعی» را برآورد کند؛ به عبارت دیگر، فرد قادر می‌شود پیش‌بینی کند که در شرایط نیاز، دیگران برای ایجاد حمایت و گرما حضور خواهند داشت. در دلبستگی ایمن، فرد با اطمینان بیشتری بر شبکه‌های اجتماعی خود سرمایه‌گذاری می‌کند، از قابلیت اعتماد دیگران برای گرم نگه‌داشتن و حمایت بهره‌مند می‌شود و در نتیجه تنظیم دما و خطرگریزی به صورت کارآمدتری رخ می‌دهد (IJzerman et al., 2021). این سرمایه‌گذاری‌های اجتماعی اغلب پایدار و بلندمدت هستند. در مقابل، افراد با دلبستگی اضطرابی، به دلیل نگرانی مداوم و بی‌اعتمادی، توانایی پیش‌بینی «گرمی» دیگران را ندارند. آن‌ها بیشتر به روابط سطحی و کوتاه‌مدت گرایش دارند و تلاشی جدی برای ایجاد روابط عمیق و معنادار نمی‌کنند؛ در نتیجه یکی از نیازهای اساسی انسان، یعنی نیاز به تعلق، برآورده نشده و فرد احساس تنهایی می‌کند. مسیر دیگری که می‌تواند این رابطه را توضیح دهد، به تحریف ادراک اجتماعی در نتیجه روان‌زخم‌های کودکی مربوط است. چنین تجربه‌هایی ممکن است باعث شوند فرد نشانه‌های اجتماعی را به طور نادرست تفسیر کرده و موقعیت‌های عادی را تهدیدآمیز یا خطرناک برداشت کند. این امر سطح بالایی از خطرگریزی و اجتناب از روابط را به دنبال دارد و فرصت تجربه تنظیم دمای اجتماعی را از فرد می‌گیرد. در چنین شرایطی، فرد بیشتر بر استراتژی‌های تنظیم دمای فردی متکی می‌شود (Williams & Bargh, 2008) و این چرخه در نهایت به افزایش احساس تنهایی می‌انجامد.

از سوی دیگر تجارب آسیب‌زای دوران کودکی می‌توانند با برهم زدن احساس امنیت اجتماعی، الگوهای زیستی و هیجانی فرد را به گونه‌ای بازتنظیم کنند که تعامل با دیگران نه منبع گرمی و آرامش، بلکه منبع تهدید تلقی شود. این بازتنظیم از طریق تضعیف نظام تنظیم دمای اجتماعی-خطرگریزی رخ می‌دهد؛ سامانه‌ای که تعیین می‌کند فرد در مواجهه با استرس و نیاز به حمایت، تا چه اندازه به روابط اجتماعی برای بازگرداندن تعادل درونی تکیه کند (Vergara et al., 2019). در نتیجه‌ی روان‌زخم‌ها، مغز و بدن در وضعیت آماده‌باش مزمن قرار می‌گیرند، حساسیت به نشانه‌های خطر افزایش می‌یابد و ادراک فرد از «گرمی اجتماعی» کاهش پیدا می‌کند. فرد برای حفظ ایمنی روانی، از روابط نزدیک اجتناب می‌کند و به تنظیم فردی و خطرگریزانه روی می‌آورد. این چرخه به مرور ظرفیت او برای دریافت حمایت، هم‌تنظیمی هیجانی و تجربه‌ی پیوند اجتماعی را تضعیف می‌کند. در چنین شرایطی، حتی حضور دیگران نیز احساس تعلق را بر نمی‌انگیزد، زیرا سازوکار فیزیولوژیک و شناختی «گرمی بین فردی» مختل شده است. بنابراین، می‌توان گفت تنظیم دمای

اجتماعی و خطرگریزی نقش میانجی کلیدی در مسیر بین روان‌زخم‌های کودکی و احساس تنهایی ایفا می‌کند؛ به این معنا که آسیب‌های اولیه با ایجاد حساسیت به تهدید و ناتوانی در استفاده از روابط برای تنظیم هیجانی، فرد را به سمت سردی اجتماعی و تجربه‌ی تنهایی پایدار سوق می‌دهند.

ارتباط میان روان‌زخم‌های کودکی و احساس تنهایی پیش‌تر در پژوهش‌های متعددی بررسی شده است، اما مکانیسم‌های علی آن کمتر مستند شده‌اند. این تحقیق با شناسایی نقش تنظیم دمای اجتماعی و خطرگریزی، گامی نو در روشن ساختن این سازوکارها برداشت. بر اساس یافته‌ها، تجارب آسیب‌زای کودکی می‌توانند با اختلال در فرآیند تنظیم اجتماعی و ممانعت از شکل‌گیری مدل‌های پیش‌بین، اثرات عمیقی بر تجربه تنهایی برجای بگذارند.

با وجود این، مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود. از نظر جنسیت، اکثریت نمونه را زنان تشکیل می‌دادند (۸۰/۵ درصد)، بنابراین تعمیم نتایج به مردان باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین، جامعه آماری محدود به دانشجویان دانشگاه تبریز بود که دامنه تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش می‌دهد. افزون بر این، داده‌ها بر اساس خودگزارشی جمع‌آوری شدند که همواره محدودیت‌های خاص خود را دارد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، نمونه‌های متنوع‌تری از نظر جنسیت و جامعه مورد بررسی قرار گیرند و از ابزارهای چندمنبعی مانند ارزیابی توسط دوستان یا اعضای خانواده برای افزایش روایی داده‌ها استفاده شود.

به طور کلی، شناخت نقش تنظیم دمای اجتماعی می‌تواند چشم‌اندازهای تازه‌ای برای ارتقای سلامت روان، افزایش حمایت اجتماعی و بهبود رفاه جسمی فراهم کند. طراحی مداخلاتی در راستای تقویت روابط اجتماعی و کاهش احساس تنهایی می‌تواند از نتایج کاربردی این تحقیق باشد. همچنین انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه می‌تواند به کشف ریشه‌های تکاملی تنظیم دمای اجتماعی و سازوکارهای شکل‌دهنده آن در گونه‌های مختلف کمک نماید.

لازم به ذکر است پیش از آغاز پژوهش، کد اخلاقی از کمیته اخلاق زیست پزشکی دانشگاه تبریز اخذ شد (IR.TABRIZU.REC.1403.052). در پایان محققان از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی خود را ابراز می‌دارند. ضمناً هیچ‌گونه تعارض منافع بین نویسندگان وجود ندارد.

References

Ainsworth, M. D. S. (1978). The bowlby-ainsworth attachment theory. *Behavioral and brain*

- sciences, 1(3), 436–438. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00075828>
- Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American psychologist*, 46(4), 333. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.333>
- Arslan, G., & Yıldırım, M. (2022). Psychological maltreatment and loneliness in adolescents: Social ostracism and affective experiences. *Psychological reports*, 125(6), 3028–3048. <https://doi.org/10.1177/00332941211040430>
- Austin, A. E. (2021). Screening for traumatic experiences in health care settings: a personal perspective from a trauma survivor. *JAMA Internal Medicine*, 181(7), 902–903. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.1452>
- Bahraei, H., Delavar, A., & Ahadi, H. (1999). Standardization loneliness Scale (Third edition) among students in tehran. *Iranian Journal of Thought and behavior*, 1(1), 6–18.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., & Desmond, D. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169–190. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)
- Boushehri, A. (2021). *Investigating the psychometric properties of the Social Thermoregulation and Risk Avoidance Questionnaire in an Iranian sample University of Tabriz*.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Bystrova, K., Matthiesen, A. S., Vorontsov, I., Widström, A. M., Ransjö-Arvidson, A. B., & Uvnäs-Moberg, K. (2007). Maternal axillar and breast temperature after giving birth: effects of delivery ward practices and relation to infant temperature. *Birth*, 34(4), 291–300. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00187.x>
- Caspers, K. M., Cadoret, R. J., Langbehn, D., Yucuis, R., & Troutman, B. (2005). Contributions of attachment style and perceived social support to lifetime use of illicit substances. *Addictive behaviors*, 30(5), 1007–1011. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.09.001>
- Cigna. (2021). *The loneliness epidemic persists: A post-pandemic look at the state of loneliness among US adults*. <https://newsroom.cigna.com/loneliness-epidemic-persists-post-pandemic-look>
- Colburn, A. R., Kremer, K. P., & Jackson, D. B. (2021). Early trauma and psychosocial outcomes among college students. *Children and youth services review*, 126, 106052. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.106052>
- de Heer, C., Bi, S., Finkenauer, C., Alink, L., & Maes, M. (2024). The association between child maltreatment and loneliness across the lifespan: A systematic review and multilevel meta-analysis. *Child maltreatment*, 29(2), 388–404. <https://doi.org/10.1177/10775595221103420>
- DiTommaso, E., Fizell, S. R., & Robinson, B. A. (2015). Chronic loneliness within an attachment framework: processes and interventions. In *Addressing Loneliness* (pp. 241–254). Psychology Press. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(96\)00204-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(96)00204-8)

- DiTommaso, E., & Spinner, B. (1997). Social and emotional loneliness: A re-examination of Weiss' typology of loneliness. *Personality and individual differences*, 22(3), 417–427.
- Downey, C., & Crummy, A. (2022). The impact of childhood trauma on children's wellbeing and adult behavior. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 6(1), 100237. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100237>
- Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 28(3), 381–392. <http://dx.doi.org/10.1080/10911359.2018.1435328>
- Ebrahimi, G., Ghazanfari, A., Mashhadizadeh, S., & Rahimi, S. (2023). The relationship between childhood trauma and suicidal thoughts with the mediating role of maladaptive schemas. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 11(1), 94–105. <http://ijpn.ir/article-1-2165-en.html>
- Elhageen, A. A. M. (2005). *Effect of interaction between parental treatment styles and peer relations in classroom on the feelings of loneliness among deaf children in Egyptian schools* Tübingen, Univ., Diss., 2004]. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:21-opus-15407>
- Fan, L., Chen, Y., Zhu, M., Mao, Z., & Li, N. (2023). Correlation between childhood trauma experience and depressive symptoms among young adults: the potential mediating role of loneliness. *Child abuse & neglect*, 144, 106358. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106358>
- Fitzgerald, M., & Gallus, K. (2020). Emotional support as a mechanism linking childhood maltreatment and adult's depressive and social anxiety symptoms. *Child abuse & neglect*, 108, 104645. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104645>
- Fraley, R. C., & Roisman, G. I. (2019). The development of adult attachment styles: Four lessons. *Current opinion in psychology*, 25, 26–30. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.008>
- Galovski, T. E., Street, A. E., Creech, S., Lehavot, K., Kelly, U. A., & Yano, E. M. (2022). State of the knowledge of VA military sexual trauma research. *Journal of general internal medicine*, 37(Suppl 3), 825–832. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07580-8>
- Gibson, R. L., & Hartshorne, T. S. (1996). Childhood sexual abuse and adult loneliness and network orientation. *Child abuse & neglect*, 20(11), 1087–1093. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(96\)00097-x](https://doi.org/10.1016/0145-2134(96)00097-x)
- Greenman, P. S., Renzi, A., Monaco, S., Luciani, F., & Di Trani, M. (2024). How does trauma make you sick? The role of attachment in explaining somatic symptoms of survivors of childhood trauma. *Healthcare*, <https://doi.org/10.3390/healthcare12020203>
- Hyland, P., Shevlin, M., Cloitre, M., Karatzias, T., Vallières, F., McGinty, G., Fox, R., & Power, J. M. (2019). Quality not quantity: loneliness subtypes, psychological trauma, and mental health in the US adult population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54(9), 1089–1099. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1597-8>
- Ihme, H., Olié, E., Courtet, P., El-Hage, W., Zendjidian, X., Mazzola-Pomietto, P., Consoloni, J.-L., Deruelle, C., & Belzeaux, R. (2022). Childhood trauma increases vulnerability to attempt suicide in adulthood through avoidant attachment. *Comprehensive psychiatry*, 117, 152333. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152333>

- IJzerman, H., Hadi, R., Coles, N., Paris, B., Sarda, E., Fritz, W., Klein, R. A., & Ropovik, I. (2021). Social thermoregulation: A meta-analysis. *Unpublished dataset*. <http://dx.doi.org/10.31234/osf.io/fc6yq>
- IJzerman, H., Karremans, J. C., Thomsen, L., & Schubert, T. W. (2013). Caring for sharing. *Social Psychology*. <https://doi.org/10.1027/1864-9335/a000142>
- Lunny, C. A., Fraser, S. N., & Knopp-Sihota, J. A. (2014). Physical trauma and risk of multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of the neurological sciences*, 336(1-2), 13–23. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2013.08.011>
- Madadpour, A. (2024). *The structural model of childhood adverse experiences and rejection sensitivity with borderline personality traits: Examining the mediating role of social thermoregulation regulation* University of Tabriz].
- Merz, E.-M., & Jak, S. (2013). The long reach of childhood. Childhood experiences influence close relationships and loneliness across life. *Advances in life course research*, 18(3), 212–222. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2013.05.002>
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Gal, I. (2021). An attachment perspective on solitude and loneliness. *The handbook of solitude: Psychological perspectives on social isolation, social withdrawal, and being alone*, 31–41. <http://dx.doi.org/10.1002/9781119576457.ch3>
- Myers, S. G., & Wells, A. (2015). Early trauma, negative affect, and anxious attachment: the role of metacognition. *Anxiety, Stress, & Coping*, 28(6), 634–649. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1009832>
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology*, 39(3), 472. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.39.3.472>
- Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of personality assessment*, 42(3), 290–294. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_11
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20–40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
- Sezgin, E., Bilge, Y., Çelik, B., & Sevik, E. N. (2023). The mediating role of emotion lability and emotion regulation in the relationship between social-emotional adaptation with behavior regulation and social skills among preschool children. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 7(14), 161–183. <http://dx.doi.org/10.31461/ybpd.1373592>
- Sharma, P., Sen, M. S., Sinha, U. K., & Kumar, D. (2024). Childhood trauma, emotional regulation, alexithymia, and psychological symptoms among adolescents: A mediational analysis. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 02537176241258251. <https://doi.org/10.1177/02537176241258251>
- Shevlin, M., McElroy, E., & Murphy, J. (2015). Loneliness mediates the relationship between childhood trauma and adult psychopathology: Evidence from the adult psychiatric morbidity survey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(4), 591–601. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0951-8>
- So, C., & Fiori, K. (2022). Attachment anxiety and loneliness during the first-year of college: Self-esteem and social support as mediators. *Personality and individual differences*, 187, 111405. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111405>

- Stevens, J. P. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. London: Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9780203843130>
- Twenge, J. M., Haidt, J., Blake, A. B., McAllister, C., Lemon, H., & Le Roy, A. (2021). Worldwide increases in adolescent loneliness. *Journal of adolescence*, 93, 257–269. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.06.006>
- van Beeck, M., Bogaerts, S., Sellbom, M., Somma, A., Fossati, A., Brehmer, Y., Jankovic, M., & Garofalo, C. (2024). The Relationship Between Experiencing Childhood Trauma and Psychopathic Personality Traits: The Mediating Role of Insecure Attachment. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*, 33(9), 1055–1072. <https://doi.org/10.1080/10926771.2024.2381558>
- Vergara, R. C., Jaume-Guazzini, F., Lindenberg, S., Klein, R., & IJzerman, H. (2019). Development and validation of the social thermoregulation and risk avoidance questionnaire (STRAQ-1). *International Review of Social Psychology*, 32(1), 18. <https://doi.org/10.5334/irsp.222>
- Weis, C. N., Webb, E. K., deRoos-Cassini, T. A., & Larson, C. L. (2022). Emotion dysregulation following trauma: shared neurocircuitry of traumatic brain injury and trauma-related psychiatric disorders. *Biological psychiatry*, 91(5), 470–477. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.07.023>
- Weiss, R. (1975). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. MIT press.
- Williams, L. E., & Bargh, J. A. (2008). Experiencing physical warmth promotes interpersonal warmth. *Science*, 322(5901), 606–607. <https://doi.org/10.1126/science.1162548>
- Yilmaz, H., Arslan, C., & Arslan, E. (2022). The effect of traumatic experiences on attachment styles. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 38(3), 489–498. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.489601>
- Zhong, C.-B., & Leonardelli, G. J. (2008). Cold and lonely: Does social exclusion literally feel cold? *Psychological science*, 19(9), 838–842. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02165.x>

The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Mental Well-Being and Emotional Self-Efficacy in Adolescent Girls with Symptoms of Nomophobia

Maeda Soltanian 

MA student of psychology, Research Center for Behavioral and Psychological Science, Department of Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email: bahar.7270@gmail.com

Hadi Farhadi 

Associate Professor, Research Center for Behavioral and Psychological Science, Department of Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran. (Corresponding author). Email: farhadihadi@yahoo.com

Received: 2025-06-03	Revised: 2025-07-16	Accepted: 2026-06-27	Published: 2026-07-14
Citation: Soltanian, M. & Farhadi, H. (2026). The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Mental Well Being and Emotional Self Efficacy in Adolescent Girls with Symptoms of Nomophobia. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 16(1), 31-51. doi: 10.22067/tpccp.2026.93331.1787			

Extended Abstract

Introduction

In the current digital era, smartphones have become an integral component of adolescents' daily lives. Excessive reliance on technology has been shown to induce anxiety, diminish self-control, and impair emotional regulation, leading to conditions such as nomophobia. As posited by King et al. (2013), nomophobia—an emerging disorder—is associated with symptoms including anxiety, restlessness, decreased concentration, and fear of isolation. Among the variables adversely affected by nomophobia in adolescents are subjective well-being, which encompasses an individual's perception of themselves and their subjective experience of life (Habibpour Gatabi, 2022), and emotional self-efficacy, defined as the ability not to be overwhelmed by negative emotions such as anger, sadness, and despair, and to experience or express positive emotions, maintain emotional stability, and modulate negative emotions in difficult situations (Mir Mousavi & Farghdani, 2018). Emotion-Focused Therapy (EFT), developed by Leslie Greenberg and colleagues (1980), emphasises the fundamental role of emotions in mental health and aims to help individuals identify, process, and transform maladaptive emotions, thereby enhancing emotional self-efficacy (Torabiyan et al., 2024). Given its emphasis on emotion regulation, EFT represents a suitable approach for addressing the emotional vulnerabilities associated with nomophobia. The present study therefore sought to examine the efficacy of EFT on subjective well-being and emotional self-efficacy in adolescent girls in Isfahan presenting with symptoms of nomophobia.

Method

The present study employed a quasi-experimental design, incorporating a pre-test, post-test, with a control group. The sample size was determined as follows: A total of 30 female adolescents from various educational institutions in Isfahan were selected on a random basis, as recommended

by Cook et al. (2002). Participants were deemed eligible for inclusion in the study if they attained scores greater than 35 on the administered scale. Participants were randomly assigned to either the experimental group, comprising 15 individuals, or the control group, comprising an equivalent number. The experimental group received EFT (Greenberg et al., 1980) in eight 90-minute sessions over a period of two months. The content of the sessions focused on increasing emotional awareness, emotion regulation strategies, and changing maladaptive emotional patterns. The research instruments employed included the Nomophobia Questionnaire (Azadmanesh et al., 2016), the Subjective Well-Being Scale (Kays and Magyar-Mo, 2003), and the Emotional Self-Efficacy Scale (Schott and Donald, 2008). The analysis was conducted using SPSS and a multivariate covariance test (MANCOVA).

Findings

The Levene's F test was utilized to assess the hypothesis of equal variances. This assumption was substantiated in the subjective well-being variable ($F = 0.21, p = 0.8$) and in the emotional self-efficacy variable ($F = 0.17, p = 0.83$). The results of the multivariate analysis of covariance test demonstrated that $F (6.61)$ was significant, thereby indicating that the therapeutic interventions were effective on at least one of the dependent variables. The results of the univariate analysis of covariance for the post-test scores of the research components demonstrated that F for subjective well-being was 4.86 ($p < 0.001$) and for emotional self-efficacy was 17.09 ($p < 0.001$). Furthermore, the eta coefficient demonstrated that participation in therapy sessions resulted in substantial enhancements in subjective well-being (with an effect size of 0.16) and emotional self-efficacy (with an effect size of 0.40). The findings indicate a significant discrepancy between the experimental and control groups with respect to subjective well-being and emotional self-efficacy in the post-test phase. The therapeutic intervention, grounded in emotion-focused therapy, has been demonstrated to enhance subjective well-being and emotional self-efficacy in adolescent girls with symptoms of nomophobia.

Discussion

The experimental and control groups showed divergent results on subjective well-being, consistent with previous studies (Pontes, 2016; Compare, 2013; Atadokht et al., 2019)). The hypothesis suggests that individuals with nomophobia who undergo the emotional awareness stage of EFT, rather than suppressing their emotions, become aware of and deeply experience their feelings, which in turn enhances subjective well-being. Implementing emotion regulation training in schools is recommended. This process is thought to help individuals tolerate distressing experiences, thereby improving overall well-being. Similarly, the groups differed on emotional self-efficacy, aligning with prior research (Torabian, 2024; Furrow, 2011; Pay Pouzan, 2020). This can be explained by the fact that EFT helps individuals use their emotions adaptively, develop greater emotional awareness, express emotions more effectively across situations, and reduce negative affect (Pay Pouzan, 2020). It is recommended that EFT, through its focus on experiential processing and emotional transformation, help adolescents not only recognise their feelings but also use them as resources for psychological growth. The present study demonstrated that EFT can serve as an effective, humane, and culturally responsive approach to addressing nomophobia and promoting adolescent mental health. Integrating EFT into school counselling

programmes and community mental health services can provide effective tools for managing emotional challenges.

Keywords: nomophobia, emotion-oriented therapy, emotional well-being emotional self-efficacy, Problematic smartphone use, psychotherapy.

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دسترسی آزاد

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

مقاله پژوهشی



اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی ذهنی و خودکارآمدی هیجانی در دختران نوجوان با علائم نوموفوبیا

مائده سلطانیان ^{ID}

کارشناسی ارشد روان‌شناسی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و روانشناختی، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. bahar.7270@gmail.com

هادی فرهادی ^{ID}

دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و روانشناختی، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)، farhadihadi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۳/۱۳	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۵/۲۵	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۰۶	تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۴/۲۳
استناد: سلطانیان، مائده؛ فرهادی، هادی. (۱۴۰۵). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی ذهنی و خودکارآمدی هیجانی در دختران نوجوان با علائم نوموفوبیا. <i>پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره</i> ، ۱۶(۱)، ۵۱-۳۱. doi: 10.22067/tpccp.2026.93331.1787			

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی ذهنی و خودکارآمدی هیجانی در نوجوانان دختر با علائم نوموفوبیا انجام گرفت.

روش: مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل نوجوانان دختر با علائم نوموفوبیا شهر اصفهان بود. قبل از مداخله دانش‌آموزان یک مدرسه پرسشنامه نوموفوبیا احمدی و منشئی (۱۳۹۵) را تکمیل کرده و از بین آنها ۳۰ نفر از کسانی که نمره نوموفوبیا آنها بالاتر از ۳۵ بود به عنوان گروه نمونه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه قرار گرفتند. سپس مقیاس‌های سنجش بهزیستی ذهنی کبیز و ماگیارمو (۲۰۰۳) و خودکارآمدی هیجانی بورلی، نیکولا، شات و دونالد (۲۰۰۸) را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. گروه آزمایش مداخله هیجان‌مدار را ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-26 و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد در مرحله پس‌آزمون بین دو گروه آزمایش و گواه از نظر بهزیستی ذهنی و خودکارآمدی هیجانی تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$)؛ بدین صورت که درمان هیجان‌مدار منجر به افزایش بهزیستی ذهنی و خودکارآمدی هیجانی گروه آزمایش شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی ذهنی و خودکارآمدی هیجانی نوجوانان مبتلا به اختلال نوموفوبیا و هم‌راستا بودن نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های گذشته در زمینه اثربخشی درمان هیجان‌مدار در بهبود مشکلات روان‌شناختی نشان‌دهنده ظرفیت این رویکرد درمانی در ارتقاء سلامت روان نوجوانان است و جهت کمک به بهبود مشکلات نوجوانان می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. یافته‌ها با پژوهش‌های پیشین در زمینه اثربخشی درمان هیجان‌مدار در بهبود مشکلات روان‌شناختی هم‌راستا بود و نشان‌دهنده‌ی ظرفیت این رویکرد در ارتقای سلامت روان نوجوانان است.

کلیدواژه‌ها: نوموفوبیا، درمان هیجان‌مدار، بهزیستی ذهنی، خودکارآمدی هیجانی، استفاده مشکل‌ساز از تلفن هوشمند، روان‌درمانی

مقدمه

در عصر دیجیتال، تلفن‌های هوشمند به بخش جدایی‌ناپذیر زندگی روزمره نوجوانان تبدیل شده‌اند. این ابزارها با فراهم‌سازی امکان ارتباط سریع، دسترسی به اطلاعات و تعامل اجتماعی، نقش مهمی در شکل‌گیری هویت فردی و اجتماعی نوجوانان ایفا می‌کنند. با این حال، استفاده افراطی و وابستگی روانی به تلفن همراه می‌تواند منجر به بروز اختلالاتی نظیر نوموفوبیا شود؛ اصطلاحی که نخستین بار توسط پژوهشگران بریتانیایی برای توصیف ترس از نبود تلفن همراه یا قطع ارتباط دیجیتال مطرح شد (King et al., 2013). نوموفوبیا به‌عنوان یک اختلال نوظهور، با نشانه‌هایی چون اضطراب، بی‌قراری، کاهش تمرکز، و ترس از انزوا همراه است. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که این اختلال به‌ویژه در نوجوانانی که در مرحله‌ی حساسی از رشد هیجانی، شناختی و اجتماعی قرار دارند، شیوع بالاتری دارد (Gezgin et al., 2018). این افراد همیشه با خود تلفن حمل می‌کنند، حتی تلفن را هنگام خوابیدن با خود به رختخواب می‌برند و اگر به دلایلی تلفن به همراه نداشته باشند، احساس ترس و اضطراب می‌کنند و یا وقتی که شارژ باتری آنها پایان می‌یابد یا زمانی که پوشش شبکه‌ای ندارند، فشارهای عصبی زیادی را تحمل می‌کنند (Bragazzi & Del Puente, 2014; Pavithra et al., 2015). فرد مبتلا به نوموفوبیا اگر تلفنش به هنگام گفتگو با دوستان و نزدیکان قطع شود و یا تماس خود را از دست بدهد و یا زمانی که باتری تلفن همراهش تمام شده و یا رو به اتمام باشد بیش از حد مضطرب می‌شود؛ این ترس همچنین می‌تواند ناشی از مفقود شدن و

ترس از عدم دسترسی به اطلاعات که غالباً با حس ناکامی شدیدی در فرد توأم است، همراه شود (Kang & Jung, 2014).

نوموفوبیا بر حوزه‌های مختلفی از زندگی فرد از جمله روابط اجتماعی، شغلی و تحصیلی تأثیر می‌گذارد و با پیامدهایی از جمله گوشه‌گیری (panahi ghashe tuti et al., 2019)، کاهش روابط بین فردی و تعاملات اجتماعی، پریشانی، افت تمرکز و عملکرد تحصیلی ضعیف و اختلالات خواب، مشکل در تنظیم هیجانات و سلامت روان همراه است (Ishii, 2010; Pontes et al., 2016). از دیگر مشکلاتی که امروزه نوموفوبیا برای نوجوانان به همراه دارد می‌توان به کاهش بهزیستی ذهنی^۱ و خودکارآمدی هیجانی اشاره کرد.

بهزیستی ذهنی شامل برداشت فرد از خود و بینش ذهنی او از تجربه زندگی‌اش است (Habibpour Gatabi, 2022; Zhou et al., 2023). در پژوهش خود نشان دادند اعتیاد به اینترنت و تلفن‌های هوشمند سبب بروز کاهش بهزیستی ذهنی در افراد مبتلا به نوموفوبیا خواهد شد (Zhou et al., 2023). خودکارآمدی هیجانی نیز از جمله متغیرهایی است که نوموفوبیا سبب کاهش این متغیر در نوجوانان خواهد شد. خودکارآمدی هیجانی به توانایی فرد برای مغلوب نشدن توسط هیجان‌های منفی مانند خشم، اندوه و ناامیدی و تجربه یا بیان هیجانات مثبت، ثبات هیجانی و تعدیل عاطفه منفی در موقعیتهای دشوار اشاره دارد (Mir Mousavi S. J., 2018).

جهت کاهش مشکلات ناشی از اعتیاد به اینترنت و نوموفوبیا درمان‌های مختلفی تاکنون در کشور ما و کشورهای دیگر جهان صورت گرفته است که از آن جمله می‌توان به درمان شناختی رفتاری، درمان پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی اشاره کرد. در این میان پژوهش‌های انجام‌شده نشان داده‌اند پرداختن به فرایندهای هیجانی در درمان اختلال نوموفوبیا و عوارض همراه با آن می‌تواند بر روند درمان تأثیر مثبت داشته باشد (Pancani et al., 2020). از جمله درمان‌های مؤثر در این زمینه درمان هیجان‌مدار است. درمان هیجان‌مدار به‌عنوان یکی از رویکردهای معاصر روان‌درمانی، توجه فزاینده‌ای را به خود جلب کرده است. این رویکرد که ریشه در نظریه‌های انسان‌گرایانه دارد، بر اهمیت تجربه، شناسایی و پردازش هیجانات پایه تأکید دارد و معتقد است که هیجانات نقش محوری در شکل‌گیری رفتارهای ناسازگار ایفا می‌کنند، با فراهم‌سازی فضایی امن برای تجربه هیجانات، به مراجعان کمک می‌کند تا هیجانات سرکوب‌شده یا تحریف‌شده را بازشناسی کرده و پاسخ‌های هیجانی سازگارانه‌تری را جایگزین کنند (Greenberg, 2017). این شیوه درمانی بر دو تکنیک اصلی کاستن از چرخه رفتاری ناسازگار به

¹ mental well-being

وسیله تشخیص چرخه‌های منفی شکل دهنده به رفتار و عمق دادن به تجربه‌های هیجانی به ویژه ترس از دلبستگی استوار است (Bragazzi & Del Puente, 2014). این درمان، بیماران را تشویق به مشاهده و توصیف هیجان‌اتشان در یک محیط غیرقضاوتی می‌کند و بیشتر بر شناخت و تجربیات بین فردی تاکید می‌کند (Compare et al., 2013). در این رویکرد درمانی با کار روی هیجان‌های افراد به آنها کمک می‌کند تا هیجان‌ات خود را تشخیص داده و در تنظیم آن بکوشند و به آنها آموزش می‌دهد که چگونه بجای اینکه هیجان‌ات خود را سرکوب کنند به طور مؤثری آن را ابراز نمایند (Artang & Izadi, 2022). همچنین با توجه به ماهیت هیجانی نوموفوبیا و نقش هیجان‌ات در تداوم این اختلال، به نظر می‌رسد درمان هیجان مدار می‌تواند رویکردی مؤثر در کاهش شدت نوموفوبیا، به ویژه در نوجوانان باشد. پژوهش‌های اخیر اثربخشی درمان هیجان مدار را در درمان اختلالاتی چون اضطراب، افسردگی، مشکلات ارتباطی و اختلالات تنظیم هیجانی تأیید کرده‌اند (Alon et al., 2017). بنابراین می‌توان انتظار داشت این درمان بتواند بر کاهش مشکلات ناشی از نوموفوبیا در نوجوانان نیز مؤثر باشد. با این حال تا چند سال پیش، این اختلال حتی در طبقه‌بندی‌های روان‌شناختی رسمی جایگاهی نداشت. بنابراین، پژوهش‌های بالینی و درمان‌محور درباره‌اش هنوز در مراحل اولیه هستند. مطالعات تجربی در زمینه کاربرد درمان هیجان مدار برای درمان نوموفوبیا نیز هنوز محدودند و نیاز به بررسی‌های دقیق‌تری دارند، بیشتر مطالعات درمانی در ایران نیز بر رویکردهای شناختی رفتاری، ذهن آگاهی یا درمان پذیرش و تعهد متمرکز بوده‌اند و درمان هیجان مدار هنوز به طور گسترده در پژوهش‌های داخلی به کار نرفته، به ویژه در ارتباط با اختلالات نوظهور مثل نوموفوبیا. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر بهزیستی ذهنی و خودکارآمدی هیجانی در دختران نوجوان شهر اصفهان که مبتلا به نوموفوبیا بودند انجام شده است. این مطالعه تلاش داشت تا با تکیه بر مبانی نظری درمان هیجان مدار و تحلیل تجربی، راهکارهایی عملی برای ارتقای سلامت روان نوجوانان ارائه دهد و خلأ پژوهشی موجود در زمینه درمان‌های هیجانی برای اختلالات مرتبط با فناوری را پر کند.

روش پژوهش

این مطالعه از نوع مداخله‌ای و کارآزمایی در عرصه شاهددار تصادفی و جامعه مورد بررسی نوجوانان دختر مبتلا به نوموفوبیا در مدارس شهر اصفهان بود. حجم نمونه به توصیه کوک و همکاران (Cook TD, 2002) مبنی بر انتخاب ۱۵ نفر برای هر گروه در تحقیقات آزمایشی، ۳۰ نفر انتخاب شد که شرکت کنندگان به طور تصادفی

در دو گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند. نمونه‌گیری به شیوه نمونه‌گیری در دسترس بود به این صورت که از بین مدارس شهر اصفهان یک مدرسه به تصادف انتخاب شده و از بین کلاس‌های این مدرسه چند کلاس انتخاب شد و پرسشنامه نوموفوبیا بین دانش‌آموزان پخش شد، از بین دانش‌آموزانی که نمره نوموفوبیا آنها بالاتر از ۳۵ بود (Alizadeh et al., 2021) ۳۰۰ نفر به عنوان گروه نمونه در نظر گرفته شدند. ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش شامل موارد زیر است:

ملاک‌های ورود به پژوهش: دختران نوجوان ۱۵ تا ۱۷ ساله، نمره بالا در پرسش‌نامه نوموفوبیا، رضایت‌نامه والدین برای شرکت در جلسات درمانی و عدم دریافت درمان روان‌شناختی هم‌زمان و ملاک‌های خروج: غیبت بیش از دو جلسه درمانی، بروز بحران روانی شدید در طول دوره درمان بعد از قرار گرفتن شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش و گواه ابتدا دو پرسشنامه بهزیستی ذهنی و خودکارآمدی هیجانی توسط دو گروه آزمایش و گواه تکمیل شد و سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه یک ساعت و نیم تحت آموزش درمان هیجان‌مدار قرار گرفتند. پس از پایان جلسات مداخله ابزارها در دو گروه مجدداً تکمیل شد و در نهایت داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیره) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و تفاوت‌های دو گروه از لحاظ متغیرهای پژوهش مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت.

ابزار پژوهش

پرسشنامه نوموفوبیا^۱ آزادمنش، احدی و منشی (۱۳۹۵)

پرسشنامه نوموفوبیا برای سنجش اختلال بی‌موبایل هراسی بکار می‌رود که از ۱۴ سوال تشکیل شده است (Azadmanesh, 2016). نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که پرسشنامه محقق ساخته از سه عامل تشکیل شده و از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم نیز مدل سه عاملی را تأیید کرد. این پرسشنامه به همراه مقیاس افتراق معنایی معنا و مفهوم موبایل اجرا شد که با ۱۴ آیتم از پایایی و روایی مناسبی برخوردار بود. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای می‌باشد که برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات مربوط به تک تک سوالات پرسشنامه را با هم محاسبه نمائید. امتیازات کلی بالاتر نشان دهنده نوموفوبیای بالاتر در فرد پاسخ دهنده خواهد بود و برعکس. پایایی این

¹ Nomophobia questionnaire

پرسشنامه در بین دانشجویان گروه علوم انسانی در دانشگاه علامه طباطبائی مورد بررسی اولیه واقع شد که مقدار آن ۰/۷ به دست آمد و مقدار مناسبی بود. روایی صوری و محتوای پرسشنامه بعد از ارائه به برخی اساتید متخصص در حوزه مسائل روانشناختی و روانسنجی مورد ارزیابی قرار گرفته و تأیید شد (Azadmanesh, 2016). همچنین ضریب پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ در این پژوهش برابر ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسشنامه بهزیستی ذهنی کیز و ماگیارمو^۱ (۲۰۰۳)

پرسشنامه بهزیستی ذهنی در سال ۲۰۰۳ توسط کیز و ماگیارمو (Keyes & Magyar-Moe, 2003) ساخته شد. پرسشنامه از ۴۵ سؤال و سه مؤلفه برای سنجش بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی تشکیل شده است. این پرسشنامه توسط گلستانی بخت (Golestani Bakht, 2007) روی ۵۷ آزمودنی اجرا و اعتباریابی شد و ضریب همبستگی پرسشنامه بهبازی ذهنی را ۰/۷۸ و مقیاس‌های فرعی آن شامل بهبازی هیجانی، بهبازی روانشناختی و بهبازی اجتماعی را به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۴ و ۰/۷۶ گزارش کرد. ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ و برای مقیاس‌های فرعی آن به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۶۱ به دست آمد. در مطالعه دوست (۲۰۰۴) ضریب پایایی و پایایی بازآزمایی ۰/۸۶ گزارش شده است (Dost, 2006). در پژوهش حاضر نیز پایایی این ابزار با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ بررسی شد و پایایی داده‌ها ۰/۷۴ بدست آمد که بیانگر پایایی مطلوب و بالای ابزار پژوهش است.

پرسشنامه خودکارآمدی هیجانی بورلی و همکاران (۲۰۰۸)

این مقیاس یک آزمون ۳۲ سوالی بوده است که بورلی و همکاران (Kirk & Hine, 2008) بر اساس مدل چهار وجهی هوش هیجانی سالووی و مایر (۱۹۹۷) تهیه کرده اند. سوالات آن بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالفم) تا نمره ۵ (کاملاً موافقم) تنظیم شده است. دامنه نمرات بین ۳۲ تا ۱۶۰ است. همسانی درونی سوال های آزمون بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش شده است. ضریب اعتبار باز آزمایی مقیاس در مورد یک نمونه ۲۷ نفری به فاصله ۲ هفته ۰/۸۵ محاسبه شد، روایی مقیاس خودکارآمدی

^۱ Keyes & Magyar-Moe

هیجانی نیز از طریق سنجش همبستگی آن با سازه‌های مرتبط کافی گزارش شده است (Kirk & Hine, 2008). در پژوهش خدایاری فرد و همکاران (Khodayari Fard, 2002) این مقیاس ابتدا توسط محققین ترجمه شده و سپس توسط سه نفر متخصص زبان انگلیسی اصلاحات لازم صورت گرفت و در نهایت نسخه فارسی آن تدوین و آماده اجرا شد. در نهایت با حذف ۶ سوال، یک مقیاس ۲۶ سوالی برای سنجش خودکارآمدی هیجانی بدست آمد. میزان آلفای کرونباخ در دانشجویان زن ۰/۷۲ و در دانشجویان مرد ۰/۸۱ و در کل نمونه میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد (Khodayari Fard, 2002). همچنین روایی ابزار مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهش حاضر نیز پایایی این ابزار با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ بررسی شد و پایایی داده‌ها ۰/۸۱ بدست آمد که بیانگر پایایی مطلوب و بالای ابزار پژوهش است.

درمان هیجان‌مدار در هشت جلسه یک ساعت و نیم بر اساس کتابچه راهنمای درمان هیجان‌مدار که توسط واتسون و همکاران (Watson. J, 2013) به نقل از جمشیدنژاد و رمضانی ارائه شده است بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه گواه در این زمینه هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند.

جدول ۱: پروتکل درمان هیجان‌مدار (رابرت الیوت و همکاران، ۲۰۱۳)

جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، اهمیت هیجان و آشنایی با متغیرهای الگودهی دلبستگی، الگوهای ارتباطی و سبک زندگی
جلسه دوم	شناخت و بیان هیجانات، آموزش انواع هیجانات، تمایز هیجانات اولیه و ثانویه، تمرین شناسایی هیجان، صحبت راجع به خشم، افسردگی و سایر مهارت‌های هیجانی و حل مسئله شرح داده می‌شود
جلسه سوم	درک علل و پیامدهای هیجان، تجربه و ابراز هیجان و تمرین بیان هیجانات درونی، شناسایی موانع ابراز هیجان، استفاده از تکنیک‌های نوشتاری
جلسه چهارم	سودمندی تنظیم و کنترل هیجان. افزایش هشیاری افراد نسبت به پیامدهای به تأخیر انداختن فرایند بخشش خود، آموزش راهبردهای تنظیم هیجان، تمرین تنفس عمیق، ذهن آگاهی و پذیرش هیجان
جلسه پنجم	بازسازی تجربه‌های هیجانی، مرور خاطرات هیجانی، شناسایی الگوهای ناکارآمد، تمرین بازنگری شناختی - هیجانی
جلسه ششم	مدیریت هیجان. افراد یاد می‌گیرند تا احساسات منفی خود را با احساسات مثبت جایگزین کنند. تقویت باورهای مثبت نسبت به خود، تمرین جملات تأکیدی، شناسایی منابع درونی قدرت

جلسه هفتم	ارتباط هیجانی با دیگران، تنظیم هیجان دیگران، آموزش همدلی، گوش دادن فعال، تمرین بیان احساسات در روابط بین فردی
جلسه هشتم	نگاهی دوباره به شیوه‌های درست برخورد با هیجان و پیامدهای آن. جمع‌بندی و تثبیت تغییرات مرور آموخته‌ها، برنامه‌ریزی برای تداوم تغییر، دریافت بازخورد از شرکت کنندگان

یافته‌ها

در این بخش به بررسی یافته‌های توصیفی و فرضیه‌های پژوهشی پرداخته می‌شود. از بین ۳۰ دانش‌آموزی که در پژوهش شرکت کرده بودند سن ۱۸ نفر از آنها ۱۵ تا ۱۶ سال بود و سن ۱۲ نفر از شرکت کنندگان بین ۱۷ تا ۱۸ سال بود.

یافته‌های توصیفی پژوهش

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون- پس آزمون متغیرهای پژوهش

مرحله	متغیر	گروه آزمایش	گروه گواه
		میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	بهزیستی ذهنی	۱۳۹/۸۶	۱۵/۳۸
	خودکارآمدی هیجانی	۸۶/۰۶	۱۵/۵۹
پس آزمون	بهزیستی ذهنی	۱۸۴/۴۶	۱۷/۵۶
	خودکارآمدی هیجانی	۱۰۰/۶	۱۱/۹۱

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین نمرات متغیرهای بهزیستی ذهنی و خودکارآمدی هیجانی در نوجوانانی که در گروه آزمایش هستند، در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون افزایش قابل توجهی داشته ولی در گروه گواه تغییرات چندانی نباشد.

بررسی استنباطی فرضیه‌های پژوهش

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

بررسی پیش فرضهای آزمون‌های پارامتریک

قبل از آمدن فرضیه‌ها، مفروضه نرمال بودن در هر دو گروه مورد مطالعه و برای هر سه متغیر وابسته در دو مرحله اندازه گیری با استفاده از آزمون شاپیروویلک بررسی شد. نتایج این آزمون نشان داد هر سه متغیر بهزیستی ذهنی و خوددکارآمدی هیجانی در هر دو مرحله آزمون از توزیع نرمال پیروی می‌کنند ($P > 0/05$). آزمون F لوین برای بررسی مفروضه برابری واریانس‌ها استفاده شد و در متغیر بهزیستی ذهنی ($F = 0/21$ و $P = 0/8$) و در متغیر خوددکارآمدی هیجانی ($F = 0/17$ و $P = 0/83$) تأیید شد. نتایج آزمون ام باکس برای بررسی برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس نشان داد این مفروضه رعایت شده است ($F = 1/25$ و $P = 0/24$).

۴-۳. آزمون فرضیه‌ها

جدول ۴- خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری

آزمون	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	مقدار p	ضریب اتا
اثر پیلاپی	۶/۶۱	۳	۲۳	۰/۰۰۲	۰/۴۶
لامبدا و یکلز	۶/۶۱	۳	۲۳	۰/۰۰۲	۰/۴۶
اثر هتلینگ	۶/۶۱	۳	۲۳	۰/۰۰۲	۰/۴۶
آزمون بزرگترین ریشه روی	۶/۶۱	۳	۲۳	۰/۰۰۲	۰/۴۶

¹ Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که مقدار F برابر $۶/۶۱$ معنادار است لذا مداخلات درمانی حداقل روی یکی از متغیرهای وابسته اثر بخش می‌باشد. میزان ضریب اتا بیانگر این نکته است که ۴۶ درصد از واریانس متغیر وابسته توسط اثر آموزش ایجاد گردیده است.

بدین معنی است که درمان هیجان مدار با بروز تغییراتی در نمرات بهزیستی ذهنی و کارآمدی هیجانی در نوجوانان دختر دارای علائم نوموفوبیا همراه بوده است، ولی به جهت نتیجه‌گیری در مورد تفاوت‌های بدست آمده و نتیجه‌گیری در این مورد که آیا درمان هیجان مدار بر بهزیستی ذهنی و کارآمدی هیجانی در نوجوانان مقطع متوسطه دارای علائم نوموفوبیا اثربخش بوده است یا خیر، لازم است داده‌ها از نظر استنباطی و بوسیله تحلیل کوواریانس بررسی گردند.

آزمون فرضیه اول

فرضیه اول: الگوی مداخله‌ای مبتنی بر درمان هیجان مدار بر بهزیستی ذهنی نوجوانان دختر مبتلا به نوموفوبیا مؤثر است.

به منظور پاسخ‌گویی به فرضیه‌ی مطرح شده، از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره در متن مانکووا (MANCOVA) استفاده شد.

جدول ۵- نتایج آزمون کوواریانس یک متغیره در متن کوواریانس چند متغیره

متغیرها	منبع تغییرات	Ss	Df	MS	F	مقدار p	ضریب اتا
بهزیستی ذهنی	گروه	۱۷۴۶/۲	۱	۱۷۴۶/۲	۴/۸۶	۰/۰۳۷	۰/۱۶
	خطا	۸۹۶۸/۰۰	۲۵	۳۵۸/۷۲			
	کل	۹۸۳۱۲۶/۰	۳۰				

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نشان داد که بین گروه آزمایش و گواه از نظر متغیر بهزیستی ذهنی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F= ۴/۸۶$ و $P< ۰/۰۳۷$). بنابراین

می‌توان استنباط کرد که مداخله درمانی مبتنی بر درمان هیجان‌مدار در مقایسه با گروه گواه بطور معنی‌داری باعث بهبودی بهزیستی ذهنی نوجوانان دختر مبتلا به نوموفوبیا شده است، بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

آزمون فرضیه دوم

فرضیه دوم: الگوی مداخله‌ای مبتنی بر درمان هیجان‌مدار بر خودکارآمدی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به نوموفوبیا مؤثر است.

به منظور پاسخ‌گویی به فرضیه‌ی مطرح شده، از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره در متن مانکوا استفاده شد.

جدول ۷- نتایج آزمون کوواریانس یک متغیره در متن کوواریانس چند متغیره

متغیرها	منبع تغییرات	Ss	Df	MS	F	مقدار P	ضریب اتا
گروه		۱۶۲۱/۵۳	۱	۱۶۲۱/۵۳	۱۷/۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰
خودکارآمدی هیجانی	خطا	۲۳۷۰/۸۲	۲۵	۹۴/۸۳			
کل		۲۶۰۶۹۵/۰	۳۰				

همانطور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نشان داد که بین گروه آزمایش و گواه از نظر متغیر خودکارآمدی هیجانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=17/09$ و $P<0/0001$). بنابراین می‌توان استنباط کرد که مداخله درمانی مبتنی بر درمان هیجان‌مدار در مقایسه با گروه گواه بطور معنی‌داری باعث بهبودی خودکارآمدی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به نوموفوبیا شده است، بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی ذهنی و خودکارآمدی نوجوانان دختر دارای علائم نوموفوبیا بود. یافته‌ها نشان دادند که شرکت در جلسات درمانی منجر به بهبود معنادار در هر دو متغیر بهزیستی ذهنی (اندازه اثر ۱۶ درصد) و خودکارآمدی هیجانی (اندازه اثر ۴۰ درصد) شده است (با توجه به حجم نمونه کوچک، این اندازه‌های اثر بزرگ ممکن است با مقداری اغراق همراه باشند) در تبیین این نتایج می‌توان

گفت که درمان هیجان‌مدار با تمرکز بر تجربه، ابراز و تنظیم هیجانات، به نوجوانان کمک می‌کند تا ارتباط مؤثرتری با احساسات خود برقرار کنند. این فرآیند نه تنها موجب کاهش اضطراب و وابستگی افراطی به تلفن همراه می‌شود، بلکه احساس بهزیستی ذهنی و خودکارآمدی هیجانی را در آنها کاهش خواهد داد.

اولین یافته پژوهش با توجه به داده‌های جدول شماره ۵ نشان داد که مداخله درمانی مبتنی بر درمان هیجان مدار در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری باعث بهبود بهزیستی ذهنی در نوجوانان دختر مبتلا به نوموفوبیا شده است. در گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون، میانگین نمرات بهزیستی ذهنی پس از دریافت الگوی مداخله ای نسبت به گروه گواه افزایش معناداری پیدا کرده بود در حالی که میانگین نمرات در گروه گواه کاهش یا افزایش معناداری پیدا نکرده بود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مداخله درمانی مبتنی بر درمان هیجان مدار باعث بهبود بهزیستی ذهنی در نوجوانان دختر مبتلا به نوموفوبیا شد. نتایج حاصل از این فرضیه پژوهش با پژوهش‌های پیشین از جمله (Atadokht et al., 2019; Compare et al., 2013; Fosco, 2009; Kang, 2008; Jung, 2014; Pontes et al., 2016; Warwar et al., 2008) همخوانی دارد.

دومین یافته پژوهش با توجه به داده‌های جدول شماره ۷ نشان داد که مداخله درمانی مبتنی بر درمان هیجان مدار در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری باعث بهبود خودکارآمدی هیجانی در نوجوانان دختر مبتلا به نوموفوبیا شده است. در گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون، میانگین نمرات خودکارآمدی هیجانی پس از دریافت الگوی مداخله ای نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری پیدا کرده بود در حالی که میانگین نمرات در گروه گواه کاهش یا افزایش معناداری پیدا نکرده بود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مداخله درمانی مبتنی بر درمان هیجان مدار باعث بهبود خودکارآمدی هیجانی در نوجوانان دختر مبتلا به نوموفوبیا شد. نتایج حاصل از این فرضیه پژوهش با پژوهش‌های پیشین از جمله (Furrow et al., 2011; Pay Pouzan, 2020; Torabiyan et al., 2018; Zangi Abadi et al., 2024) همخوانی دارد.

تبیین نهایی

در مجموع، نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که بسته درمانی مبتنی بر درمان هیجان‌مدار بر سازه‌های بهزیستی ذهنی و خودکارآمدی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به نوموفوبیا تأثیرگذار است و سبب بهبودی بهزیستی ذهنی

و خودکارآمدی هیجانی این گروه از نوجوانان شده است. این شواهد می‌تواند اعتبار بسته درمانی مبتنی بر درمان هیجان‌مدار را نشان دهد.

درمان هیجان‌مدار بر هیجانات و عواطف تمرکز دارد و اساس درمان بر خودسازی و تعادل فرد قرار داده شده است و از راه خویش‌پنداری مثبت سعی در خودنظم‌بخشی فرد دارد و در جلسات درمانی به صورت گسترده از روش‌های درمانی برای بیان احساسات تازه استفاده می‌کند. در این رویکرد درمانی افراد می‌توانند اتفاقات استرس‌زا را در رابطه با تهدیدآمیز بودن و یا نبودن ارزیابی نموده و راه‌های برخورد با این استرس‌ها را اصلاح کرده و در شرایط و موقعیتهای گوناگون به درستی هیجانات خود را تنظیم نموده و با تجارب استرس‌زا مقاومت کنند و شادی را تجربه کرده (Nasri et al., 2018) و این خود می‌تواند بهزیستی ذهنی را برای فرد به همراه داشته باشد. درواقع در درمان هیجان‌مدار، افراد دارای نوموفوبیا با تجربه‌ای که در مرحله آگاهی هیجانی کسب می‌کنند، می‌آموزند که به جای سرکوب کردن هیجان‌های خود یا مغلوب شدن توسط آنها، باید به وجود هیجان‌های خود آگاه باشند و تلاش کنند تجربه خود را هرچه عمیق‌تر دریافت کنند (Warwar et al., 2008) و این امر خود افزایش بهزیستی ذهنی، را نیز در آنها به همراه خواهد داشت. به طور کلی، رسالت درمانگر در درمان هیجان‌مدار علاوه بر ایجاد رابطه کارآمد، آموزش مهارت‌هایی برای تنظیم هیجان است و افراد با قدرت تنظیم هیجان می‌توانند در شرایط و موقعیتهای گوناگون به درستی هیجانات خود را تنظیم کنند و با تجارب استرس‌زا مقاومت کنند و شادی را تجربه کنند و این خود باعث بهزیستی افراد می‌شود (Fosco, 2009). در آخرین مرحله از درمان هیجان‌مدار تعمق در معنای هیجان‌ها، به منظور ایجاد هماهنگی میان هیجان‌های پدید آمده در مراحل پیشین است. درمانگر در انتهای درمان بیش از آنکه هدایت‌کننده و ترغیب‌کننده باشد، حمایتگر است. در این مرحله نوجوان دستاوردهای درمانی شامل افزایش آگاهی از هیجان‌ها، بیان هیجان‌های تازه، کنار آمدن با دشواری‌های تنظیم هیجان و ابراز هیجانی مناسب در زمان در دسترس نبودن تلفن همراه خود را با یکدیگر هماهنگ می‌کند و به ادراک تازه‌ای از خود بدون تلفن همراه دست می‌یابد. از اینرو می‌توان بیان نمود با توجه به آگاهی‌هایی که فرد از هیجانات خود در زمینه دوری و در دسترس نبودن تلفن همراه خود به دست می‌آورد راحت‌تر می‌تواند با دشواری‌های هیجانی این اختلال کنار بیاید. همچنین از آنجاییکه اکثر علائم این اختلال ریشه در مشکلات هیجانی افراد دارد؛ نوجوانانی که این درمان را دریافت کرده و مبتلا به اختلال نوموفوبیا هستند، می‌توانند علائم

اختلال خود را کنترل نمایند و این امر خود می تواند بهبود و افزایش بهزیستی ذهنی را برای آنها به همراه داشته باشد.

همچنین در تبیین تأثیر درمان هیجان مدار بر خود کارآمدی هیجانی می توان گفت که افرادی که از این نوع درمان استفاده می کنند از هیجان های خود درست استفاده کرده و از آنها آگاهی پیدا کرده و آنها را پذیرفته و در موقعیتهای مختلف زندگی هیجانهای خود را به خوبی ابراز می کنند و احساسات منفی خود را کاهش می دهند که این امر خود می تواند در ادامه خود کارآمدی هیجانی آنها را نیز بهبود ببخشد (Pay Pouzan, 2020). بنابراین آموزش راهبردهای پردازش هیجان مدار با آگاه نمودن نوجوانان دارای مشکلات روانشناختی از هیجانان مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آنها می تواند خود کارآمدی آنان در ابعاد اجتماعی، هیجانی و تحصیلی ارتقاء بخشد (Zangi Abadi et al., 2018). در درمان متمرکز بر هیجان، یک فضای درمانی امن برای افراد ایجاد می شود تا با احساسات خود مقابله کنند که می تواند منجر به افزایش تاب آوری در آنها شود. در این شیوه درمانی درمانگر با تأکید بر چرخه تعاملات منفی اولیه و جایگزینی آنها با تعاملات مثبت می تواند امید و خوشبینی را در مراجعان افزایش دهد و باعث تسهیل در تغییر سبک زندگی آنها شود و در نتیجه این امر خود می تواند خود کارآمدی هیجانی را در افراد افزایش دهد (Torabiyan et al., 2024). همچنین در تبیینی دیگر می توان گفت سهولت و حداقل زمان مورد نیاز برای تمرینات در درمان متمرکز بر هیجان، روش به چالش کشیدن افکار فردی و کاهش شناختی خطاها، تلاش برای تغییر باورها و نگرش استفاده از فعالیتهای لذت بخش همه اینها از مواردی است که سبب اثرگذاری بالای درمان متمرکز بر هیجان بر خود کارآمدی افراد می شود (Furrow et al., 2011) که این امر در پژوهش حاضر نیز تأیید شد و درمان هیجان مدار توانست سبب بهبودی خود کارآمدی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به نوموفوبیا در گروه آزمایش شود.

درمان هیجان محور، با تمرکز بر تجربه، شناسایی و تحول هیجانان، به نوجوانان کمک می کند تا احساسات خود را نه تنها بشناسند، بلکه آنها را در مسیر رشد روانی به کار گیرند. این رویکرد، برخلاف درمان های شناختی رفتاری که عمدتاً بر اصلاح افکار تمرکز دارند، به لایه های عمیق تری از تجربه انسانی نفوذ می کند و به ویژه برای نوجوانانی که در مرحله شکل گیری هویت و تنظیم هیجانی قرار دارند، بسیار مناسب است. در این پژوهش نیز مشاهده شد که شرکت کنندگان پس از گذراندن جلسات درمانی، توانستند هیجانان خود را بهتر مدیریت کرده،

احساس کفایت بیشتری در مواجهه با چالش‌های روزمره داشته باشند. در مجموع، پژوهش حاضر نشان داد که درمان هیجان‌محور می‌تواند به‌عنوان رویکردی مؤثر، انسانی، و فرهنگی پاسخ‌گو در مواجهه با نوموفوبیا و ارتقاء سلامت روان نوجوانان مورد استفاده قرار گیرد. با رفع محدودیت‌های اجرایی و گسترش دامنه مطالعات، این رویکرد می‌تواند جایگاه مهمی در نظام سلامت روان مدارس و مراکز مشاوره نوجوانان پیدا کند.

با وجود نتایج مثبت، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود که باید به‌صورت صریح بیان شوند: نبود مرحله پیگیری یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش، عدم اجرای مرحله پیگیری بود. این مسئله به‌دلیل هم‌زمانی پایان جلسات درمانی با برگزاری امتحانات پایان سال تحصیلی و آغاز تعطیلات تابستانی مدارس رخ داد، که عملاً امکان دسترسی مجدد به شرکت‌کنندگان را از بین برد. این محدودیت مانع از بررسی پایداری اثرات درمان در بلندمدت شد. نمونه‌گیری در دسترس و محدود به شهر اصفهان: انتخاب شرکت‌کنندگان به‌صورت در دسترس و از یک شهر خاص (اصفهان) انجام شد، که ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج به سایر مناطق یا جمعیت‌های نوجوانان کشور را محدود کند. حجم نمونه نسبتاً کم: تعداد شرکت‌کنندگان (۳۰ نفر) برای مطالعات مداخله‌ای قابل قبول است، اما برای تعمیم نتایج به جمعیت‌های بزرگ‌تر، مطالعات با حجم نمونه بیشتر توصیه می‌شود. تمرکز صرف بر دختران نوجوان: پژوهش حاضر فقط بر روی دختران نوجوان انجام شد و نتایج آن قابل تعمیم به پسران یا سایر گروه‌های سنی نیست.

برای ارتقاء کیفیت مطالعات آتی و رفع محدودیت‌های موجود، پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

اجرای مرحله پیگیری در بازه‌های زمانی سه‌ماهه یا شش‌ماهه جهت بررسی پایداری اثرات درمان هیجان‌محور. مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌محور با سایر رویکردهای درمانی مانند شناختی‌رفتاری، ذهن‌آگاهی یا درمان پذیرش و تعهد. انجام پژوهش در جمعیت‌های متنوع‌تر شامل نوجوانان پسر، دانش‌آموزان مناطق محروم، یا نوجوانان با اختلالات هم‌بود مانند اضطراب اجتماعی یا افسردگی. تلفیق درمان هیجان‌محور با آموزش‌های دیجیتال از طریق اپلیکیشن‌های روان‌شناختی یا برنامه‌های مدرسه‌محور. بومی‌سازی بیشتر پروتکل درمانی با مشارکت متخصصان داخلی جهت تطابق با فرهنگ نوجوانان ایرانی.

References

- Alizadeh, M., Hasani, M., Mianbandi, G., & Ashouri, A. (2021). Psychometric Properties of the Persian Version of Nomophobia Questionnaire [Original Research]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 27(2), 234–247. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.27.2.3030.1>
- Alon, E., Bar-Kalifa, E., & Shahar, B. (2017). Emotion-Focused Therapy for Social Anxiety Disorder: Results From a Multiple-Baseline Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(3), 238–249. <https://doi.org/10.1037/ccp0000166>
- 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>
- Atadokht, A., Masoumeh, G. B., Mikaeli, N., & Samadifard, H. R. (2019). Effect of Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy on Social Adjustment and Experiential Avoidance in Iranian Disabled Veterans [Research]. *Military Caring Sciences*, 6(3), 176–186. <https://doi.org/10.29252/mcs.6.3.3>
- Azadmanesh, H., Ahadi, H., & Manshaee, G. . (2016). Developing and standardization of the nomobophobia questionnaire. *Quarterly of Educational Measurement*, 7(23), 1–22.
- Bragazzi, N. L., & Del Puente, G. (2014). A proposal for including nomophobia in the new DSM-V. *Psychology research and behavior management*, 155–160.
- Compare, A., Calugi, S., Marchesini, G., Shonin, E., Grossi, E., Molinari, E., & Dalle Grave, R. (2013). Emotionally focused group therapy and dietary counseling in binge eating disorder. Effect on eating disorder psychopathology and quality of life. *Appetite*, 71, 361–368.
- Cook TD, C. D., Shadish W. . (2002). Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference. *Houghton Mifflin Boston, MA*.
- Dost, M. (2006). Subjective Well-Being among University Students. *Hacettepe University Journal of Education*, 31.
- Fosco, G. (2009). Beyond the parent-child dyad: Testing family systems influences on children's emotion regulation.
- Furrow, J. L., Johnson, S. M., & Bradley, B. A. (2011). *The emotionally focused casebook: New directions in treating couples*. Routledge.
- Gezgin, D., Kaya, N., Sezen-Gultekin, G., & Ayas, T. (2018). The Relationship between Nomophobia and Loneliness among Turkish Adolescents. *International Journal of Research in Education and Science*, 4, 358–374. <https://doi.org/10.21890/ijres.409265>
- Golestani Bakht, T. (2007). Presenting a model of subjective well-being and happiness in the population of Tehran, PhD thesis in clinical psychology, Alzahra University. .
- Greenberg, L. S. (2017). *Emotion-focused therapy*. American Psychological Association.
- Habibpour Gatabi, K. (2022). Assessing the Situation of Subjective Well-being among Iranian Youth [orginal]. *Social Welfare*, 22(86), 9–53. <https://doi.org/10.32598/refahj.22.86.622.2>
- Ishii, K. (2010). Examining the Adverse Effects of Mobile Phone Use among Japanese Adolescents. *Keio Communication Review*, 33.

- Kang, S., & Jung, J. (2014). Mobile communication for human needs: A comparison of smartphone use between the US and Korea. *Computers in Human Behavior*, 35, 376–387. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.03.024>
- Keyes, C. L., & Magyar-Moe, J. L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being.
- Khodayari Fard, M., Manzar Tavakoli, V & Farahani, H (2002). A study of the reliability and validity of the Persian version of the Emotional Self-Efficacy Scale. *Journal of Psychology*, 16(1), 70–83.
- King, A. L. S., Valença, A. M., Silva, A. C. O., Baczynski, T., Carvalho, M. R., & Nardi, A. E. (2013). Nomophobia: Dependency on virtual environments or social phobia? *Computers in Human Behavior*, 29(1), 140–144. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.07.025>
- Kirk, B., & Hine, D. (2008). Development and preliminary validation of an emotional self-efficacy scale. *Personality and Individual Differences*, 45, 432–436. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.06.010>
- Mir Mousavi S. J., F., A. . (2018). The effect of resilience training on academic, social and emotional self-efficacy and ineffective attitudes in students. *The first national conference on sustainable development in educational sciences and psychology in Iran, Tehran*.
- Nasri, S., Kakabraei, K., & Sharifi, M. (2018). Effectiveness Of Emotions-oriented Therapy on Subjective Well-Being and Socio-Personal Adjustment in Divorced Women. *Journal of Woman Cultural Psychology*, 9(34), 129–142.
- panahi ghashe tuti, z., khosravi, z., & Farah Bijari, A. (2019). Relationship Between loneliness and Nomophobia with the Intermediating Role of Spiritual Well-Being among Students of Alzahra University. *Journal of Psychological Studies*, 14(4), 73–90. <https://doi.org/10.22051/psy.2019.19809.1623>
- Pancani, L., Preti, E., & Riva, P. (2020). The Psychology of Smartphone: The Development of the Smartphone Impact Scale (SIS). *Assessment*, 27, 1176–1197. <https://doi.org/10.1177/1073191119831788>
- Pavithra, M. B., Madhukumar, S., & Murthy Ts, M. (2015). A Study on Nomophobia - Mobile Phone Dependence, Among Students of a Medical College in Bangalore. *National Journal of Community Medicine*, 6(03), 340–344.
- Pay Pouzan, S. (2020). The effectiveness of Emotion-oriented cognitive therapy on self-efficacy and cognitive emotional regulation in obese women [Research]. *journal of Psychology new Ideas*, 4(8), 1–13.
- Pontes, H. M., Caplan, S. E., & Griffiths, M. D. (2016). Psychometric validation of the Generalized Problematic Internet Use Scale 2 in a Portuguese sample. *Computers in Human Behavior*, 63, 823–833. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.06.015>
- Torabiyan, A., Gholipour, M., Yektaparast, S., Ghodsi, B., & Tarnas, G. (2024). Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Self-Efficacy and Posttraumatic Growth in Women with Breast Cancer. *Applied Family Therapy Journal*, 5, 124–132. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.5.3.13>

- Warwar, S., Links, P., Greenberg, L., & Bergmans, Y. (2008). Emotion-Focused Principles for Working with Borderline Personality Disorder. *Journal of psychiatric practice*, 14, 94–104. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000314316.02416.3e>
- Watson, J. E. R., Goldman, R. & Greenberg, L. (2013). E. Jamshidnejad, N & Ramezani, M. (2023). (2013). *emotion-focused therapy training: an experiential approach to change*. Arasbaran.
- Zangi Abadi, M., Sadeghi, M., & Ghadampour, E. (2018). The effect of teaching emotional processing strategies on academic emotion and academic self-efficacy among high school female students in Kerman [Research]. *Journal of Psychological Science*, 17(67), 399–406.
- Zhou, K., Zhu, X., & Chen, B.-B. (2023). Understanding the link between social relationships and adolescent Internet addiction: Perspectives from two approaches to well-being. *Computers in Human Behavior*, 151, 107995. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2023.107995>



Effectiveness of Marital Empowerment Program Based on Positive Schemas on Marital Empathy and Self Compassion of Couples

Pegah Mehrtalab

Ph.D Student of Counseling, Ar.C., Islamic Azad University, Arak, Iran. Email: pe.mehrtalab@gmail.com

Hossein Davudi

Associate Professor, Department of Counseling, Khom.C., Islamic Azad University, Khomein, Iran. (Corresponding author). Email: davudi30@iaukhomein.ac.ir.

Davud Taghvaei

Associate Professor, Department of Psychology, Ar.C., Islamic Azad University, Arak, Iran. Email: d-taghvaei@iau-arak.ac.ir

Received: 2025-07-13	Revised: 2025-10-05	Accepted: 2026-06-27	Published: 2026-07-14
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------------

Citation: Mehrtalab, P., Davudi, H. & Taghvaei, D. (2026). Effectiveness of Marital Empowerment Program Based on Positive Schemas on Marital Empathy and Self Compassion of Couples. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 16(1), 52-77. doi: 10.22067/tpccp.2026.94393.1805

Extended Abstract

Introduction

Marital stability and satisfaction, as key indicators of a successful family institution (Soltanolketabi & Dashti, 2023), are influenced by a multitude of factors, including marital empathy (Tahmaseby & Khorramabadi, 2023) and self-compassion. Marital empathy—the capacity of spouses to empathically understand each other’s emotions and thoughts and to respond to them with appropriate emotional reactions (Billington et al., 2007)—is directly associated with constructive interactions and the resolution of interpersonal problems between couples (Jomepour & Mahmoudipour, 2019). Moreover, self-compassion, which comprises self-kindness, a sense of common humanity, and mindfulness (Neff, 2003), plays a significant role in relationship satisfaction. Concurrently, a substantial body of research indicates that positive schemas, as the corresponding adaptive counterparts of early maladaptive schemas in Young’s model, are associated with positive psychological outcomes (Louis et al., 2018). Nevertheless, to the best of the researchers’ knowledge, no prior investigation has examined the relationship between positive schemas and critical components of marital life such as empathy and self-compassion. Accordingly, the aim of the present study was to evaluate the effectiveness of a positive schema-based marital empowerment program on couples’ marital empathy and self-compassion.

Method

This study employed a quasi-experimental pretest–posttest design with a non-equivalent control group and a 45-day follow-up period. The statistical population comprised all couples residing in Arak city, during the year 2023. Following a public call for participation, and in accordance with the recommended sample size for experimental and quasi-experimental research while accounting for potential attrition, 24 couples who met the inclusion criteria were selected from among the volunteers and randomly assigned to an experimental group (12 couples) and a control group (12 couples).



©2026 The author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, as long as the original authors and source are cited. No permission is required from the authors or the publishers.

The research instruments consisted of the Marital Empathy Scale (Jolliffe & Farrington, 2006), the Self-Compassion Scale (Neff, 2003), and the Young Schema Questionnaire (Young, 2003). The intervention employed was the “Positive Schema-Based Marital Empowerment Program,” which was developed on the basis of the positive schemas identified in the study by Mehrtalab et al. (2024). This program was delivered to the experimental group in 11 weekly, 90-minute group sessions. The content validity of the program, assessed using Lawshe’s content validity ratio (CVR) by eight family therapists, yielded a coefficient of .93. Data were collected at three time points—pretest, posttest, and follow-up—and were analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA) and Bonferroni post hoc tests in SPSS 26.

Findings

The results of the Shapiro–Wilk test indicated that the scores for self-compassion and marital empathy in both the experimental and control groups conformed to a normal distribution. Furthermore, Levene’s test confirmed the homogeneity of variances across groups, and Box’s M test demonstrated that the assumption of homogeneity of covariance matrices was satisfied. The results of Pillai’s trace revealed a significant multivariate main effect for time ($F_{4, 15} = 27.44, p > 0.001, V = .88$). A significant multivariate main effect was also found for group ($F_{2, 17} = 47.14, p > 0.001, V = .85$). Additionally, the Group $\times$ Time interaction yielded a significant multivariate effect ($F_{4, 15} = 33.00, p > 0.001, V = .89$).

Univariate within-group analyses of variance indicated significant differences across the measurement occasions for self-compassion ($F_{1.75, 31.60} = 68.44, p > 0.001, \eta^2 = .79$), and for marital empathy ($F_{1.58, 28.58} = 51.36, p > 0.001, \eta^2 = .65$). The Group $\times$ Time interaction was also significant for self-compassion ($F_{1.75, 31.60} = 4.79, p > 0.001, \eta^2 = .82$), and for marital empathy ($F_{1.58, 28.58} = 47.98, p > 0.001, \eta^2 = .73$).

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that the positive schema-based marital empowerment programme was effective in increasing marital empathy and self-compassion among couples. The absence of comparable studies examining the effectiveness of positive schemas on components of marital life renders direct comparison of the present results with prior research challenging. Nevertheless, the findings can be elucidated by considering that the programme was designed upon fundamental psychological needs and positive schemas, the role of which in enhancing marital empathy and self-compassion is substantiated by both theoretical and empirical foundations. The increase in marital empathy was achieved through strengthening positive schemas related to enduring attachment, health, and safety—fostering mindfulness and sensitivity to the partner's emotions—and through empathic attention. Moreover, emotion regulation, cultivated within the self-control schema, played a pivotal role in improving the affective component of empathy. The enhancement of self-compassion is explained by the positive schemas of self-acceptance (reducing self-blame), the reinforcement of secure attachment (activating the safety system), and mindfulness exercises (heightening awareness of one's own suffering). Accordingly, it can be argued that the couple empowerment programme centres on the formation and reinforcement of a mature, empathic, and accepting mindset in partners through the activation and strengthening of positive schemas. In light of the obtained results, this programme possesses adequate educational validity to serve as a primary-level preventive intervention for enhancing marital empathy and self-compassion in couples. It is recommended that the activation and reinforcement of positive schemas be emphasised in couple relationship enrichment programmes.

Keywords: Marital empowerment program, Positive schemas, Marital empathy, Self-compassion.

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

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

دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی

اثربخشی برنامه توانمندسازی زناشویی مبتنی بر طرحواره‌های مثبت بر همدلی زناشویی و شفقت به خود زوجین^۱پگاه مهرطلب^{ID}دانشجوی دکتری مشاوره، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران. pe.mehrtalab@gmail.comحسین داودی^{ID}دانشیار، گروه مشاوره، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران (نویسنده مسئول). davudi30@iaukhomein.ac.irداود تقوایی^{ID}دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران. d-taghvaei@iau-arak.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۲۲	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۷/۱۳	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۰۶	تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۴/۲۳
استناد: مهرطلب، پگاه؛ داودی، حسین؛ تقوایی، داود. (۱۴۰۵). اثربخشی برنامه توانمندسازی زناشویی مبتنی بر طرحواره‌های مثبت بر همدلی زناشویی و شفقت به خود زوجین. <i>پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره</i> ، ۱۶(۱)، ۷۷-۵۲. doi: 10.22067/tpccp.2026.94393.1805			

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه توانمندسازی زناشویی مبتنی بر طرحواره‌های مثبت بر همدلی زناشویی و شفقت به خود زوجین بود.

روش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. در این پژوهش، از بین زوجین ساکن اراک در زمستان سال ۱۴۰۲، ۲۴ زوج به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جای‌دهی شدند. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس همدلی زناشویی جولیف و فارینگتون، پرسشنامه شفقت‌ورزی به خود نف و فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ استفاده شد. زوجین گروه آموزش به مدت ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در جلسات آموزشی برنامه توانمندسازی زناشویی مبتنی بر طرحواره‌های مثبت شرکت کردند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد آموزش برنامه توانمندسازی زناشویی مبتنی بر طرحواره‌های مثبت بر همدلی زناشویی و شفقت به خود زوجین اثربخشی معناداری داشته است. بنابراین، می‌توان گفت برنامه توانمندسازی زناشویی از روایی لازم برای افزایش همدلی زناشویی و شفقت به خود زوجین به عنوان یک برنامه پیشگیرانه سطح اول برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: برنامه توانمندسازی زناشویی، طرحواره‌های مثبت، همدلی زناشویی، شفقت به خود.

^۱. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

مقدمه

همان‌طور که سلامت و سعادت جامعه در گرو داشتن خانواده‌های سالم است، در درون خانواده نیز روابط سالم و غنی زوجین و رضایت زناشویی همسران، ضامن دوام زندگی زناشویی است (khojastehmehr et al, 2021). سازمان بهداشت جهانی، دو معیار رضایت و پایداری را به‌عنوان معیارهای خانواده موفق در نظر گرفته است (Soltanolketabi & Dashti, 2023). اما آمار طلاق و مشکلاتی که زوجین در جامعه‌ی امروز با آن مواجه هستند بیانگر این است که این رضایت به‌آسانی قابل‌دستیابی نیست و مجموعه‌ای از عوامل درون‌فردی و بین‌فردی رضایت زناشویی زوجین را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند (Oulia et al, 2023). یکی از عواملی که بر اساس نتایج پژوهش‌ها سهم بسزایی در پایداری روابط زناشویی و رضایت زوجین از رابطه ایفا می‌کند، توانایی همدلی زوجین است (Wen, et al, 2022; Tahmaseby & Khorramabadi, 2023). همدلی در مفهوم کلی، عبارتست از توانایی قرار دادن خود به جای دیگران، برای درک بهتر احساسات و تجربیات آنها (Jahedi & Derakhshani, 2020). همدلی زناشویی نیز به معنای توانایی درک همدلانه‌ی زوجین از هیجانات و افکار یکدیگر و پاسخ‌دهی به آنها با هیجانات و عواطف مناسب است (Billington, et al; 2007). نتایج پژوهش‌ها، حاکی از ارتباط مثبت و معنادار همدلی زناشویی با رضایت زناشویی و دیگر پیامدهای مثبت در زندگی زوجی است (Nelson et al, 2017; Hakimi Dezfouli & Ebrahimpour, 2024). افراد با همدلی بالا، هیجانات مثبت و تعاملات سازنده‌ای با دیگران دارند، توانایی بیشتری در گوش دادن، ابراز هیجانات و برقراری ارتباط کلامی و غیر کلامی از خود نشان می‌دهند و در نتیجه می‌توانند مسائل میان‌فردی را بهتر حل کنند (Jomepour & Mahmoudipour, 2019). در واقع مهارت همدلی به زوجین کمک می‌کند از طریق مکالمه و گفتگوی آگاهانه، محیطی امن برای برآورده کردن نیازهای عاطفی یکدیگر ایجاد کنند، روابط صمیمانه خود را گسترش دهند و با الگوهای ارتباطی ناکارآمد یکدیگر، به نحو صحیح مقابله کنند (Rajabi, et al; 2018). شفقت به خود^۱ یکی دیگر از عوامل مؤثر بر رضایت زناشویی زوجین است (Tabesh, et al, 2022; Tashvighi, et al; 2023). شفقت به خود در واقع، شکل سالم خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی است (Mikaeili & Hedayati; 2020). نف (Neff, 2003) شفقت به خود را سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود^۲، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا^۳ و ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی^۴ تعریف می‌کند. پذیرش خود به عنوان فردی ارزشمند و شایسته، تأثیر بسزایی در حفظ و رضایت از روابط عاشقانه

^۱- Self compassion

^۲- Self-kindness versus self-judgment

^۳- Common humanity versus isolation

^۴- Mindfulness versus over-identification

دارد (Saeeda et al, 2022). نف و برتواس (Neff & Beretvas, 2013) در پژوهشی نشان دادند میزان مهربانی افراد با خودشان، با میزان مهربان بودن آنها با شریک زندگی شان، رابطه‌ی مثبت و معناداری دارد؛ در حالی که قضاوت کردن خود، احساس انزوا و نشخوار ذهنی افراد دارای سطوح پایین شفقت به خود، به طور مستقیم به کاهش رضایت زناشویی و ناپایداری ازدواج منجر می‌شود (Jomenia, et al, 2018).

با توجه به اهمیت نهاد خانواده و نقشی که در رشد و بالندگی اعضای خود و جامعه دارد روان‌شناسان و درمانگران خانواده، از مداخلات مختلفی استفاده کرده‌اند تا به زوجین کمک کنند که از طریق رشد و ارتقای توانمندی‌های خود، به روابط رضایت‌بخش و پایدار دست یابند. این مداخلات را می‌توان به دو دسته کلی، مداخلات روان‌شناختی و برنامه‌های غنی‌سازی روابط زوجین تقسیم نمود (Fathi, 2024) منظور از برنامه‌های غنی‌سازی زندگی زناشویی، برنامه‌هایی است که با هدف آموزش مهارت‌های لازم برای زندگی زناشویی به زوجین و بهبود و پربارسازی ازدواج تدوین شده است (Oulia et al, 2023). در این پژوهش برای غنی‌سازی وابط زوجین، از برنامه توانمندسازی زناشویی مبتنی بر طرحواره‌های مثبت استفاده شد. مفهوم طرحواره‌های سازگار اولیه^۱ یا طرحواره‌های مثبت در سال ۲۰۱۲ توسط لوک‌وود و پریس (Lockwood & Perris, 2002) به عنوان مکمل^۲ مثبت طرحواره‌های ناسازگار اولیه مطرح شد. این طرحواره‌ها، شامل الگوهای پایدار پردازش اطلاعات، افکار، هیجانات، خاطرات و اولویت‌های توجه هستند؛ با این تفاوت که عملکرد مثبتی دارند و منجر به رفتار سازگارانه می‌شوند آنها معتقدند طرحواره‌های مثبت نیز در خلال دوران کودکی هنگامی که نیازهای هیجانی اساسی فرد به نحو مناسبی توسط والدین و سایر مراقبین اولیه ارضا گردد، آشکار می‌شوند (Videler, et al, 2020). افراد، هر دو دسته طرحواره‌های سازگار و ناسازگار را به صورت همزمان تجربه می‌کنند و رفتار و هیجاناتشان در هر لحظه بستگی دارد به اینکه کدام طرحواره خاص در آن لحظه به خصوص فعال باشد (Louis, et al, 2018). در سال ۲۰۱۸، پرسشنامه طرحواره مثبت یانگ به عنوان مکمل فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ^۳، توسط لوئیس و همکاران (Louis, et al, 2018) تدوین و طرحواره‌های مثبت کامیابی هیجانی، موفقیت، توجه همدلانه، سلامتی و ایمنی اساسی، گشودگی هیجانی و خودانگیختگی، شفقت به خود، مرزهای سالم، تعلق اجتماعی، خویشنداری، انتظارات واقع‌بینانه، هدفمندی خود، خودمراقبتی، دلبستگی پایدار و اعتماد به نفس شناسایی شدند. آنها معتقدند این طرحواره‌های مثبت با سلامت روان مرتبط هستند و نقش حفاظتی در برابر آسیب روانی دارند. پرسشنامه طرحواره مثبت لوئیس و همکاران (Louis, et al, 2018) توسط

^۱-Early adaptive schema(EAS)

^۲-Counterpart

^۳-Young Schema Questionnaire-3 Short Form (YSQ-S3)

مهرطلب و همکاران (Mehrtalab, et al, 2024)، در ایران اعتباریابی گردید. در این مطالعه، پذیرش خود، دلبستگی پایدار، اعتماد، توجه همدلانه، خوشتنداری، خودجهت‌مندی، موفقیت، اعتماد به نفس، جرأت‌مندی، سلامتی و ایمنی، مرزهای سالم، شفقت به خود و خودمراقبتی، به‌عنوان طرحواره‌های مثبت شناسایی شدند. با وجود این‌که، نتایج پژوهش‌های انجام شده در حوزه‌ی طرحواره‌های مثبت، حاکی از ارتباط مثبت و معنادار این طرحواره‌ها با پیامدهای مثبت روانشناختی همچون بهزیستی روان‌شناختی (Celik, et al, 2022)، سلامت روان (Louis, et al, 2018)، تاب‌آوری روان‌شناختی (Cinar, et al, 2022) و رضایت از زندگی (Chi, et al, 2023; Huckstepp, et al, 2022) است؛ براساس بررسی‌های پژوهشگران تاکنون پژوهشی در مورد رابطه‌ی بین طرحواره‌های مثبت و مؤلفه‌های مرتبط با زندگی زوجی و زناشویی انجام نشده است. بنابراین با توجه به لزوم تدوین و معرفی مداخلات و برنامه‌هایی برای غنی‌سازی روابط زوجین و تأکید روان‌شناسی بالینی مثبت‌نگر مبنی بر این که مداخلات متمرکز بر افزایش جنبه‌های مثبت می‌تواند به اندازه مداخلات مبتنی بر کاهش جنبه‌های منفی، در بهبود مشکلات روان‌شناختی و آسیب‌های روانی موفقیت‌آمیز باشد (Louis et al, 2018)، حاضر پژوهش درصدد بررسی اثربخشی برنامه توانمندسازی زناشویی مبتنی بر طرحواره‌های مثبت بر همدلی زناشویی و شفقت به خود زوجین بود. بنابراین، فرضیه‌های پژوهش عبارتند از: ۱- برنامه توانمندسازی زناشویی مبتنی بر طرحواره‌های مثبت بر همدلی زناشویی زوجین اثربخش است. ۲- برنامه توانمندسازی زناشویی مبتنی بر طرحواره‌های مثبت بر شفقت به خود زوجین اثربخش است.

روش

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه توانمندسازی زناشویی مبتنی بر طرحواره‌های مثبت بر همدلی زناشویی و شفقت به خود زوجین بود. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر و دوره پیگیری ۴۵ روزه بود. جامعه آماری شامل، کلیه زوجین ساکن شهر اراک در سال ۱۴۰۲ بودند، که از بین آنها ۲۴ زوج به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به این ترتیب بود که ابتدا از طریق فراخوان عمومی، از زوجین برای شرکت در برنامه توانمندسازی زناشویی مبتنی بر طرحواره‌های مثبت دعوت به عمل آمد. سپس از بین ۳۵ زوجی که برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کرده بودند و با توجه به معیارهای ورود به پژوهش، ۲۴ زوج انتخاب شدند که به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه (هر گروه ۱۲ زوج) گمارده شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه و داوطلبانه برای شرکت در پژوهش و جلسات آموزشی، گذشت حداقل یک و حداکثر ۱۵ سال از زندگی مشترک، دامنه سنی زوجین بین ۲۰ تا ۴۵ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، متأهل بودن و زندگی با

همسر، حضور زوجین به صورت مشترک در جلسات آموزشی، نداشتن سابقه ابتلا به اختلالات محور یک و اختلالات شخصیت (براساس اطلاعات حاصل از مصاحبه بالینی اولیه)، نداشتن سابقه مشکلات ارتباطی وسیع و طولانی مدت (بر اساس اطلاعات حاصل از مصاحبه بالینی اولیه)، نداشتن سابقه سوء مصرف مواد مخدر، مشروبات الکلی و داروهای روان گردان، عدم استفاده از داروهای روان پزشکی در مدت شرکت در جلسات آموزشی، عدم شرکت در جلسات روان درمانی و مشاوره همزمان با برگزاری جلسات آموزشی، عدم کسب نمرات بالا (۵ و ۶) در سؤالات پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ. معیار خروج از پژوهش نیز عبارت بود از: غیبت در بیش از سه جلسه از جلسات آموزشی.

ابزارها

در این پژوهش، از سه پرسشنامه‌ی همدلی زناشویی، شفقت به خود و طرحواره‌های ناسازگار اولیه استفاده شد.

الف: مقیاس همدلی زناشویی: این مقیاس شامل ۲۰ ماده است که توسط جولیف و فارینگتون (Jolliffe & Farrington, 2006) تدوین شده است. در سؤالات این پرسشنامه به جای استفاده از کلمه "دوستان" از کلمه "همسر" استفاده شده است و هدف آن ارزیابی عوامل شناختی و عاطفی همدلی در روابط زناشویی است. برای نمره گذاری این پرسشنامه از مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای استفاده می‌شود که از کاملاً موافق (۵) تا کاملاً مخالف (۱) را در برمی گیرد. ۷ ماده این مقیاس معکوس نمره گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره‌ی این مقیاس ۲۰ و ۱۰۰ است که نمره‌ی پایین نشانه عدم همدلی و نمره‌ی بالا، سطح بالای همدلی را نشان می‌دهد. این ابزار شامل دو عامل همدلی شناختی (ماده‌های ۳، ۶، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۹ و ۲۰) و همدلی عاطفی (ماده‌های ۱، ۲، ۴، ۵، ۷، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۷ و ۱۸) است (Vahidi Farashah t et al, 2023). در پژوهش آلبرو و همکاران (Albiero et al, 2009) پایایی این مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ برای کل مقیاس، ۰/۸۶ برای خرده مقیاس عاطفی و ۰/۷۴ برای خرده مقیاس شناختی تأیید گردید. در پژوهش رجبی و همکاران (Rajabi et al, 2017) نیز پایایی نسخه فارسی پرسشنامه ۰/۹۱ محاسبه شد. در پژوهش حاضر پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

ب: پرسشنامه شفقت ورزی به خود: این پرسشنامه توسط نف (Neff, 2003) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۶ گویه، با مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه) است که سه مؤلفه‌ی دوقطبی را در قالب شش خرده مقیاس مهربانی نسبت به خود (۱۹، ۲۶، ۱۲، ۲۳، ۵؛ قضاوت خود (۲، ۲۰، ۲۴ و ۶)؛ ذهن-آگاهی (۱۶، ۱، ۲۱، ۱۱ و ۸)؛ همانندسازی افراطی (۱۰، ۷، ۱۵، ۳)؛ اشتراکات انسانی (۲۵، ۴، ۱۳، ۱۸)؛ و انزوا (۱۷)،

۲۲، ۱۴، ۹) مورد سنجش قرار می‌دهد. دامنه‌ی نمرات در این پرسشنامه ۲۶ تا ۱۳۰ است. نمرات بین ۲۶ تا ۴۴ نشانگر حد پایین شفقت‌ورزی به خود، نمرات بین ۴۴ تا ۸۸ نشانگر حد متوسط شفقت‌ورزی به خود و نمرات بالاتر از ۸۸ بیانگر حد بالای شفقت به خود می‌باشد. همسانی درونی باروش آلفای کرونباخ از ۰/۸۹ (ذهن آگاهی) تا ۰/۹۱ (همسان‌سازی افراطی) گزارش شده است. پایایی بازآزمون نیز در فاصله دو هفته ۰/۹۲ گزارش شده است (Neff, 2016). در پژوهش محمدعلی و همکاران (Mohammadali et al, 2020) ضریب پایایی کل پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و به روش بازآزمایی ۰/۷۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس، ۰/۸۲ به دست آمد.

ج: فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه: این پرسشنامه که یک ابزاری خود گزارش‌دهی است توسط یانگ (Young, 2003) برای سنجش ۱۵ طرحواره‌ی ناسازگار اولیه، تهیه شده و شامل ۷۵ عبارت است که در مقیاس لیکرت ۶ نقطه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. نمره فرد در هر یک از طرحواره‌ها با جمع نمرات ۵ سوال مربوط به آن طرحواره به دست می‌آید؛ بنابراین دامنه نمرات فرد در هر طرحواره، بین ۶ تا ۳۶ می‌باشد. نمرات بالا نشان‌دهنده وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیشتر در فرد است. اصل پرسشنامه به زبان انگلیسی بوده که در سال ۱۳۸۲ توسط صاحبی به فارسی برگردانده شده است (Yousefi et al, 2021). والر و همکاران (Waller et al, 2001) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ را برای این ابزار گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ نسخه فارسی این پرسشنامه در پژوهش خراسانی‌زاده و همکاران (Khorasanizade et al, 2019) برای زیرمقیاس‌های مختلف از ۰/۷۹ تا ۰/۹۳ و در پژوهش صابونچی و همکاران (Saboonchi et al, 2020) ۰/۸۳ تا ۰/۸۹ محاسبه گردیده است. در پژوهش حاضر، پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۷ به دست آمد.

روش اجرای پژوهش

روش اجرای پژوهش به این ترتیب بود که بعد از انتخاب نمونه و جابجایی شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایشی و گواه، به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، ابتدا موضوع، هدف، روش اجرای پژوهش و شرایط حضور در جلسات آموزشی برای شرکت‌کنندگان شرح و به سؤالات آنها پاسخ داده شد. اصل محرمانه بودن اطلاعات توضیح داده شد و پژوهشگر متعهد شد که از داده‌های پژوهش فقط در راستای اهداف پژوهش استفاده نماید، سپس رضایت‌نامه شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. زوجین گروه آزمایشی به مدت ۱۱ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای در جلسات آموزشی برنامه توانمندسازی زناشویی که به صورت هفتگی و گروهی برگزار می‌گردید شرکت کردند. در ابتدای جلسات، زمان و مکان برگزاری جلسه با توافق

شرکت کنندگان تعیین گردید. زوجین گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفتند و بعد از پایان پژوهش، برای زوجینی که تمایل داشتند، جلسات آموزشی طبق شیوه نامه تدوینی برگزار گردید (۹ زوج). از نمونه‌ی اولیه، ۲ زوج از گروه آموزش به دلیل غیبت بیش از حد مجاز در جلسات آموزشی و ۲ زوج از گروه گواه به دلیل عدم تکمیل پرسشنامه‌های مرحله‌ی پس‌آزمون از نمونه حذف شدند. پرسشنامه‌های پژوهش در سه مرحله توسط اعضای گروه آزمایشی و گواه تکمیل شد: مرحله‌ی پیش‌آزمون، قبل از شروع جلسات؛ مرحله‌ی پس‌آزمون، یک هفته بعد از برگزاری آخرین جلسه‌ی آموزشی و مرحله‌ی پیگیری، ۴۵ روز بعد از پایان جلسات. به منظور جلوگیری از تأثیرپذیری زوجین گروه آزمایشی و کنترل از یکدیگر، اعضای هر گروه به صورت جداگانه و در زمان‌های متفاوتی برای تکمیل پرسشنامه‌ها در مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در مرکز حاضر شدند. برنامه توانمندسازی زناشویی مبتنی بر طرحواره‌های مثبت که در پژوهش حاضر استفاده شد، یک برنامه پیشگیرانه سطح اول است که بر مبنای مؤلفه‌های طرحواره مثبت شناسایی شده در پژوهش مهرطلب و همکاران (Mehrtalab et al, 2024) و با استفاده از روش مطالعه اسنادی^۱ توسط پژوهشگران تدوین شد. به این ترتیب که، ابتدا پیشینه نظری مرتبط با هر یک از طرحواره‌های مثبت مطالعه شد و سپس، با استفاده از منابع نظری و پژوهشی مرتبط و الهام گرفتن از رویکرد طرحواره‌درمانی یانگ در رابطه با نیازهای بنیادین روان‌شناختی (Louis & Louis, 2024)، مداخلات روانشناسی مثبت‌نگر (Magyar-Moe, 2021)، روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (Frisch, 2020)، رویکرد هیجان‌مدار (Greenberg & Goldman, 2023)، شفقت به خود (Neff, 2023)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Hayes & Smith, 2024)، نظریه شناختی اجتماعی بندورا (Bandura, 1994) و ذهن‌آگاهی کابات زین (Kabat zinn, 2015)، محتوای جلسات آموزشی برنامه توانمندسازی زناشویی با در نظر گرفتن مضامین اصلی و فرعی استخراج شده از مطالعه منابع مختلف طراحی شد که خلاصه آن در جدول (۱) آورده شده است. در این راستا، در رابطه با طرحواره مثبت پذیرش خود از مدل پنج‌گانه رضایت از زندگی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (Frisch, 2024)، در رابطه با طرحواره دلبستگی پایدار از رویکرد دلبستگی جان بالبی، در رابطه با طرحواره مثبت اعتماد اساسی از مدل اعتماد زناشویی رمل و همکاران (Remple, 2001)، در رابطه با طرحواره مثبت اعتماد به نفس و موفقیت از نظریه شناختی اجتماعی بندورا (Bandura, 1994)، در رابطه با طرحواره مثبت جرئت‌مندی از نظریه لازاروس (Lazarus, 1999)، در رابطه با طرحواره سلامتی و ایمنی از ذهن‌آگاهی کابات زین (Kabat zinn, 2015)، در رابطه با طرحواره مرزهای سالم از خانواده‌درمانی ساختاری مینوچین (Minuchin, 2018)، در رابطه با طرحواره

¹. documentary research method

توجه همدلانه از نظریه دیویس و بی‌باک (Davis & Bibace, 1999)، در رابطه با خودجهت‌مندی از نظریه شناختی اجتماعی بندورا (Bandura, 1994)، در رابطه با خودگردانی و خویشنداری از نظریه مایر (Mayer, 2020) که خودکنترلی و خویشنداری را به معنای کاربرد صحیح هیجان‌ها تعریف می‌کند و در رابطه با طرحواره مثبت شفقت به خود و خودمراقبتی از رویکرد شفقت به خود نف (Neff, 2003) استفاده شد. برای بررسی ضریب روایی محتوایی برنامه تدوین شده از روش لاوشه استفاده شد؛ به این ترتیب که از هشت درمانگر حوزه خانواده‌درمانی درخواست شد تا محتوای هر جلسه و در نهایت کل محتوای شیوه‌نامه تدوین شده را ارزیابی کنند. ضریب روایی محاسبه شده از طریق فرمول لاوشه برای هر جلسه، در دامنه بین +۱ تا -۱ قرار می‌گیرد که هرچه رقم بزرگ‌تر باشد، روایی جلسه بیشتر است. در این پژوهش، ضریب لاوشه محاسبه شده برای جلسات دوم، سوم و پنجم ۰/۷۵، سایر جلسات ۱ و همچنین، ضریب لاوشه کل جلسات ۰/۹۳ محاسبه شد. با توجه به اینکه ضریب توافقی ۰/۷۵، ضریبی قابل قبول و مورد اطمینان است، می‌توان گفت ضریب هر جلسه و در نهایت، ضریب کل برنامه از روایی محتوایی لازم برخوردار است. به منظور انجام کارآزمایی بالینی و اطمینان از تناسب محتوای بسته آموزشی، برنامه توانمندسازی زناشویی تدوین شده در یک مطالعه مقدماتی در گروهی متشکل از ۳ زوج اجرا و پس از تنظیم نهایی، استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی به کمک نرم‌افزار SPSS²⁶ استفاده شد.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات برنامه توانمندسازی زناشویی مبتنی بر طرحواره‌های مثبت

جلسه	طرحواره مثبت	هدف	محتوای آموزشی	تکنیک
جلسه اول		معارفه و آشنایی اعضای	معرفی پنج نیاز اساسی از دیدگاه یانگ	-
		گروه؛ بیان اهداف و قوانین	ارتباط بین طرحواره‌ها و	
		گروه و آشنایی شرکت	نحوه برآورده شدن این	
		کنندگان با پنج نیاز اساسی	نیازها	
		و طرحواره‌ها	تأثیر طرحواره‌ها در زندگی فرد	

جلسه دوم	پذیرش خود	آشنایی با مفهوم پذیرش خود و انجام تمریناتی جهت افزایش آن	معرفی نیاز اساسی به ارتباط و پذیرش؛ آشنایی با مفهوم پذیرش خود؛ آموزش در مورد نقش همسران در برآورده کردن نیاز یکدیگر به ارتباط و پذیرش	تمرین ثبت افکار واقعیت زدایی از افکار، قدردانی از ویژگی- های مثبت همسر و تأیید همسر
جلسه سوم	دلبستگی پایدار	تقویت دلبستگی زوجین و کمک به ایجاد فضایی امن در خانواده	آشنایی با مفهوم دلبستگی و راهکارهای تقویت دلبستگی زوجین	تمرین ابراز نیاز، دردسترس و پاسخگویی بودن
جلسه چهارم	اعتماد	تقویت اعتماد بین فردی زوجین	آشنایی با مفهوم اعتماد اساسی و ریشه‌های تحولی آن کمک به زوجین در جهت ایجاد و تقویت اعتماد بین فردی	شناسایی هشدارهای خود بی اعتماد و حرکت در جهت ارزش‌ها
جلسه پنجم	اعتماد به نفس موفقیت	تقویت اعتماد به نفس و افزایش احساس خودکارآمدی و موفقیت شرکت کنندگان	آشنایی با مفهوم اعتماد به نفس، موفقیت و خودکارآمدی و راه‌های افزایش آنها	استفاده از تکنیک گام‌های موفقیت و اصول مدیریت زمان در زندگی روزانه و به کار بردن تکنیک ثبت موفقیت‌ها و موهبت‌ها به صورت روزانه
جلسه ششم	جرئت‌مندی	آموزش رفتار جرئت‌مندانه به زوجین	تعریف جرئت‌مندی معرفی انواع سبک‌های ارتباطی، تظاهرات	تمرین رفتار جرئت‌مندانه، شناسایی و رفع موانع

جرئت‌مندی الگوی جدید رفتاری موانع جرئت‌مندی				
جلسه هفتم	سلامتی و ایمنی	آشنایی با طرحواره سلامتی و ایمنی	تعریف ذهن آگاهی استعاره ذهن خروشان	تمرین‌های ذهن-آگاهی
جلسه هشتم	مرزهای سالم/ خودتحول یافته	آشنایی زوجین با انواع مرزها و حریم‌ها محافظت کننده از زندگی زوجی و خانوادگی	استعاره تخم مرغ اهمیت مرزها توضیح انواع مرزها: درون سیستمی و برون سیستمی	بازنگری زندگی و یافتن راهایی برای حفظ مرزها
جلسه نهم	توجه همدلانه	آشنایی با مفهوم همدلی و راه‌های افزایش آن در رابطه زوجی	تعریف همدلی تعریف گفتگوی مؤثر سالم، درک چارچوب ذهنی دیگران انواع شنیدن و گوش دادن موانع همدلی	تمرین گفتگوی مؤثر سالم، تمرین گوش دادن فعال، تمرین گوش دادن حکایتی
جلسه دهم	خویشنداری و خودجهت‌مندی	آشنایی با خویشنداری و خودجهت‌مندی و راه‌های افزایش آن	تعریف خویشنداری تعریف عمل ارزش‌محور	خودکنترلی هیجانی، رفتاری، تصریح ارزش‌ها
جلسه یازدهم	شفقت به خود و خودمراقبتی	آشنایی با مفهوم شفقت به خود و خودمراقبتی	تعریف شفقت خود و اجزای آن آشنایی با مفهوم خودمراقبتی و راه‌های انجام خودمراقبتی	تمرین اجزاء سه گانه شفقت خود و رفتارهای خودمراقبتی

یافته‌ها

پژوهش حاضر درصدد ارزیابی اثربخشی آموزش برنامه توانمندسازی زناشویی مبتنی بر طرحواره‌های مثبت بر همدلی زناشویی و شفقت به خود زوجین بود.

در این پژوهش میانگین سنی زوجین گروه آموزش ۳۷/۲۵ با انحراف معیار ۶/۲ و میانگین سنی زوجین گروه گواه ۳۵/۶۵ با انحراف معیار ۶/۳۶ بود. میانگین مدت زندگی مشترک زوجین گروه آموزش ۱۰ سال با انحراف معیار ۴/۵ و در گروه گواه ۹/۴ سال با انحراف معیار ۴/۱۳ بود. سطح تحصیلات زوجین گروه آموزش ۲۰ درصد دیپلم، ۵۰ درصد کارشناسی و ۳۰ درصد کارشناسی ارشد و در گروه گواه ۲۰ درصد دیپلم، ۶۵ درصد کارشناسی و ۱۵ درصد کارشناسی ارشد بود.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار گروه آموزش و گروه گواه در متغیرهای شفقت به خود و همدلی زناشویی را در سه دوره زمانی پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۲. مقادیر شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

مرحله	متغیر	گروه آزمایشی		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	شفقت به خود	۷۲/۸۵	۲/۸۸	۷۱/۲۵	۳/۰۳
	همدلی زناشویی	۶۴/۵۰	۱/۰۸	۶۳/۵۵	۲/۳۶
پس آزمون	شفقت به خود	۸۴/۷۰	۳/۲۰	۷۱/۴۶	۴/۶۶
	همدلی زناشویی	۷۲/۰۵	۲/۳۳	۶۲/۱۰	۲/۲۲
پیگیری	شفقت به خود	۸۳/۷۰	۳/۱۱	۷۰	۵
	همدلی زناشویی	۷۲/۰۵	۲/۳۳	۶۳/۴۵	۱/۰۶

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد نمره‌های متغیر شفقت به خود در گروه آموزش ($df=10, z=.95$) و گروه گواه ($p=.067$) و ($df=10, z=.89$) و ($p=.017$)، هم‌چنین متغیر همدلی زناشویی در گروه آموزش ($df=10, z=.96$) و ($p=.084$) و گروه گواه ($df=10, z=.93$) و ($p=.045$) از توزیع بهنجار برخوردار است. نتایج آزمون لوین نشان داد سطح معناداری برای متغیر شفقت به خود در پیش آزمون ($p=.054, df_{1,2}=1, 18, F=.3/34$)، پس آزمون ($p=.08, df_{1,2}=1, 18, F=.3/34$)، مرحله پیگیری ($p=.07, df_{1,2}=1, 18, F=.3/43$) و برای متغیر همدلی زناشویی در پیش آزمون ($df_{1,2}=1, 18, F=.0/68$)، پس آزمون ($p=.092, df_{1,2}=1, 18, F=.0/2$) و در مرحله پیگیری ($p=.084, df_{1,2}=1, 18, F=.0/3$) و بالاتر از ۰/۰۵ است که بیانگر همگنی واریانس بین گروهی می‌باشد. نتایج آزمون مچلی در مورد کرویت

درون گروهی نشان داد برای متغیر شفقت به خود ($W=0/86$ ، $df=2$ ، $p=0/28$) و برای متغیر همدلی زناشویی ($W=0/74$ ، $df=2$ ، $p=0/08$) می‌باشد که می‌توان نتیجه گرفت که کرویت فرض شده است. نتایج آزمون ام باکس نیز نشان داد که فرض صفر مبنی بر همسانی ماتریس کوواریانس‌ها رعایت شده است ($M=37/43$ ، $F=1/19$ ، $df_{1,2}=21$ و $p=0/25$).

جدول ۳. آماره‌های چند متغیری

اثر	مقدار	F	Df	خطا	p	اتا
Intercept	۱	۱۷۷۵۲/۱۹	۲	۱۷	۰/۰۰۱	۱
بین گروهی						
گروه (آموزش)	۰/۸۴	۴۷/۱۴	۲	۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۵
درون گروهی						
زمان	۰/۸۸	۲۷/۴۴	۴	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۸۸
زمان*آموزش	۰/۸۹	۳۳	۴	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۸۹

نتایج آزمون اثر پیلایی در جدول ۳ آورده شده است، همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد اثر چند متغیری معناداری برای زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) وجود دارد ($F_{4,15}=27/44$ ، $p>0/01$ ، $V=0/88$). همچنین اثر معنادار چندمتغیری بین گروه‌ها (گروه آموزش و گروه گواه) وجود دارد ($F_{2,17}=47/14$ ، $p>0/01$ ، $V=0/85$). نتایج برای تعامل بین گروه‌ها و زمان اثر چندمتغیری معناداری را نشان می‌دهد ($F_{4,15}=33$ ، $p>0/01$ ، $V=0/89$).

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس درون گروهی تک متغیری و تعامل

منبع	متغیر	SS	Df	MS	F	p	اتا
زمان	شفقت به خود	۴۰۵/۶۰	۱/۷۵	۲۳۰/۹۷	۶۸/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	همدلی زناشویی	۱۵۷/۵۵	۱/۵۸	۹۹/۲۰	۳۲/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	Greenhouse-Geisser						
زمان*گروه	شفقت به خود	۴۷۰/۵۵	۱/۷۵	۲۶۷/۹۶	۷۹/۴	۰/۰۰۱	۰/۸۲
	همدلی زناشویی	۲۳۵/۵۷	۱/۵۸	۱۴۸/۳۲	۴۷/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	Greenhouse-Geisser						
خطا (زمان)	شفقت به خود	۱۰۶/۶۶	۳۱/۶۰	۳/۳۷			
	همدلی زناشویی	۸۸/۳۶	۲۸/۵۸	۳/۰۹			
	Greenhouse-Geisser						

جدول شماره ۴ نتایج تحلیل واریانس درون گروهی تک متغیری و تعامل را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود تفاوت معناداری در زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری) برای متغیر شفقت به خود ($F_{1/75,31/60}=68/44$ ، $p>0/001$ ، $V=0/79$) و همدلی زناشویی ($F_{1/58,28/58}=51/36$ ، $p>0/001$) وجود دارد. همچنین تعامل معناداری بین زمان‌های اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری) و گروه‌ها (آموزش و گواه) برای متغیر شفقت به خود ($F_{1/75,31/60}=79/4$ ، $p>0/001$ ، $V=0/82$)، و همدلی زناشویی ($F_{1/58,28/58}=47/98$ ، $p>0/001$ ، $V=0/73$) وجود دارد.

جدول ۵. میانگین و انحراف معیار تعدیل شده متغیرهای وابسته به تفکیک زمان‌های اندازه‌گیری

متغیر	زمان	میانگین	انحراف معیار
شفقت به خود	پیش‌آزمون	۷۲/۰۵	۰/۶۶
	پس‌آزمون	۷۸/۰۷	۰/۸۹
	پیگیری	۷۶/۸۵	۰/۹۲
همدلی زناشویی	پیش‌آزمون	۶۴/۰۲	۰/۴۴
	پس‌آزمون	۶۷/۰۷	۰/۵۱
	پیگیری	۶۷/۷۵	۰/۴۱

در جدول ۵ شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای وابسته شفقت به خود و همدلی زناشویی در سه دوره زمانی آورده شده است. میانگین متغیر شفقت به خود در سه دوره زمانی به ترتیب (۷۲/۰۵، ۷۸/۰۷، $M=76/85$)، و در متغیر همدلی زناشویی به ترتیب (۶۴/۰۲، ۶۷/۰۷، $M=67/75$) است.

جدول ۶ میانگین و خطای معیار متغیر شفقت به خود و همدلی زناشویی را در گروه آموزش و گروه گواه در سه مرحله زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۶. میانگین و خطای معیار تعامل بین گروه و زمان برای متغیرهای وابسته

گروه	زمان	شفقت به خود		همدلی زناشویی	
		میانگین	خطای معیار	میانگین	خطای معیار
آموزش	پیش‌آزمون	۷۲/۸۰	۰/۹۳	۶۴/۵۰	۰/۶۳
	پس‌آزمون	۸۴/۷۰	۱/۲۶	۷۲/۰۵	۰/۷۲
	پیگیری	۸۳/۷۰	۱/۳۱	۷۳/۰۴	۰/۵۷

پیش آزمون	۷۱/۲۵	۰/۹۳	۶۳/۵۵	۰/۶۳
پس آزمون	۷۲/۴۵	۱/۲۶	۶۲/۱۰	۰/۷۲
پیگیری	۷۰	۱/۳۱	۶۳/۴۵	۰/۷۵

گواه

جدول ۷. مقایسه زوجی میانگین و انحراف معیار تعدیل شده متغیرهای وابسته به تفکیک زمان‌های اندازه‌گیری

متغیر	گروه	تفاوت میانگین	انحراف معیار	P
شفقت به خود	پیش آزمون- پس آزمون	-۶/۰۲	۰/۵۵	۰/۰۰۱
	پیش آزمون- پیگیری	-۴/۸۰	۰/۶۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون- پیگیری	۱/۲۲	۰/۴۴	۰/۰۳
	پیش آزمون- پس آزمون	-۳/۰۵	۰/۵۹	۰/۰۰۱
همدلی زناشویی	پیش آزمون- پیگیری	-۳/۷۲	۰/۴۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون- پیگیری	-۰/۶۷	۰/۳۶	۰/۲۵

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد در متغیر شفقت به خود و همدلی زناشویی بین میانگین نمرات مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بین میانگین نمرات مرحله‌ی پس‌آزمون و مرحله‌ی پیگیری متغیر همدلی زناشویی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، اما بین نمرات مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری متغیر شفقت به خود تفاوت معناداری مشاهده می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه‌ی توانمندسازی زناشویی مبتنی بر طرحواره‌های مثبت بر همدلی زناشویی و شفقت به خود زوجین بود. نتایج نشان داد برنامه توانمندسازی زناشویی مبتنی بر طرحواره‌های مثبت بر همدلی زناشویی گروه آموزش در مقایسه با گروه گواه تأثیر معناداری داشته است و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بود. علاوه بر این، نتایج حاکی از اثربخشی آموزش برنامه‌ی توانمندسازی زناشویی مبتنی بر طرحواره‌های مثبت بر شفقت به خود زوجین بود و بین دو گروه آموزش و گروه گواه از نظر اثربخشی بر متغیر شفقت به خود تفاوت معناداری وجود داشت؛ با این وجود، نمرات شفقت به خود زوجین گروه آموزش در

مرحله پیگیری در مقایسه با مرحله پس آزمون کاهش یافته بود. عدم انجام پژوهش‌های مشابه در مورد اثربخشی طرحواره‌های مثبت بر مؤلفه‌های مربوط به زندگی زوجی، مقایسه نتایج پژوهش حاضر را با پژوهش‌های قبلی دشوار می‌سازد. با این وجود، در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت، برنامه توانمندسازی زناشویی مبتنی بر طرحواره‌های مثبت، بر مبنای نیازهای بنیادین روانشناختی و طرحواره‌های مثبت پذیرش خود، دلبستگی پایدار، اعتماد، توجه همدلانه، خویشنداری، خودجهت‌مندی، موفقیت، اعتماد به نفس، جرأت‌مندی، سلامت و ایمنی، مرزهای سالم، شفقت به خود و خودمراقبتی طراحی شده است، که نقش بسیاری از آنها، در افزایش همدلی زناشویی و شفقت به خود زوجین، بر اساس مبانی نظری و پژوهشی تأیید شده است که در ادامه به آنها پرداخته می‌شود.

همدلی زناشویی عبارتست از توانایی درک همدلانه‌ی زوجین از هیجانات و افکار یکدیگر از یک سو و پاسخدهی به آنها با عواطف و هیجانات مناسب از سوی دیگر (Billington et al, 2007). در نظریه دلبستگی اعتقاد بر این است که بزرگسالان برای برآورده کردن نیازهای دلبستگی خود نیاز دارند که شریک عاطفی‌شان در دسترس باشد و بتواند نیازهای آنها را برآورده سازد، در چنین روابطی محیط عاطفی امنی ایجاد می‌شود که شناخت و درک و فهم احساسات خود و دیگری، هماهنگ کردن خود با آن احساسات و پاسخدهی هیجانی مناسب را تسهیل می‌کند (Rajabi et al, 2018)، بنابراین امنیت عاطفی حاصل از دلبستگی ایمن زوجین به یکدیگر، می‌تواند همدلی زناشویی را افزایش دهد (Khosrobeigi et al, 2022). آموزش ذهن‌آگاهی در طرحواره‌ی مثبت سلامتی و ایمنی، توجه و آگاهی زوجین را درباره‌ی احساسات بدنی و هیجانات خود و هشیاری درونی فرد را افزایش می‌دهد و زوجین را نسبت به احساسات و عواطف همسر خود بیشتر حساس می‌کند، در این صورت، فرد بهتر متوجه اثرات رفتار خود بر همسرش می‌شود و سعی می‌کند از ایجاد احساسات منفی در او اجتناب کنند (Sadeghi et al, 2021).

با توجه به اینکه همدلی دارای دو مؤلفه شناختی (درک احساسات دیگران) و عاطفی (پاسخدهی هیجانی متناسب به حالات هیجانی شخص دیگری) است؛ تنظیم هیجان که در طرحواره‌ی خودکنترلی آموزش داده شد، نقش مهمی در فرایند پاسخدهی همدلانه دارد، به گونه‌ای که بیرهوف (Bierhoff, 2005) معتقد است همدلی به معنای نگرانی برای فرد دیگر براساس فهم و درک شرایط عاطفی او است که صرفاً بعد از یادگیری موفقیت-آمیز خودکنترلی و تنظیم هیجان امکان‌پذیر است. در واقع رویارویی با هیجانات به افراد این توانایی را می‌دهد که هیجانات خود و دیگری را بهتر تشخیص دهند، آنها را بپذیرند، از نحوه‌ی تأثیر آنها بر رفتار آگاه شوند و به شیوه‌ای مناسب به این هیجانات پاسخ دهند (Saidi et al, 2022).

توجه همدلانه، یکی دیگر از طرحواره‌های مثبت است که در برنامه توانمندسازی زناشویی به آن پرداخته شده است که از نظر دیویس و بیباک (Davis & Bibace, 1999) به معنای احساسات همدلانه‌ی دیگر محور، نگرانی برای دیگری و گرم بودن است؛ هرچه میزان توجه همدلانه بالاتر باشد، پذیرش متقابل و تلاش برای رسیدن به توافق و میزان درک احساسات دیگری نیز بیشتر است. در واقع آموزش مهارت همدلی به افراد کمک می‌کند که هیجانات و شناخت‌های خود و دیگری را تشخیص دهند و درک کنند، از تأثیر آنها آگاه باشند و در نتیجه بتوانند هیجان‌ها و رفتارهای خود را مدیریت نمایند (Khojasteh Mehr et al, 2018)، با نگرانی‌های همسر خود همدلی کنند و تعارضات زناشویی را به شیوه‌ای آسانتر و مقبولانه‌تر حل کنند (Sened et al., 2017).

تأثیر طرحواره‌ی مثبت شفقت به خود بر همدلی را می‌توان این گونه تبیین کرد که شفقت به خود مستلزم آن است که فرد بتواند از لحاظ روانی از خود بیرون آید، تجارب مشترک انسانی را در نظر بگیرد و درک کند، بنابراین، افرادی که از سطوح بالاتر شفقت به خود برخوردار هستند، توانایی بیشتری برای در نظر گرفتن دیدگاه دیگران و دیدن مسائل از منظر آنها دارند و از توانایی دیدگاه‌گیری بالاتری برخوردارند (Gravand, 2022).

نتایج پژوهش‌ها (Gravand, 2022; Yaghoubi & Akrami, 2017) حاکی از آن است که شفقت به خود دارای اثر مستقیم بر همدلی است و با افزایش شفقت به خود، میزان همدلی نیز ارتقاء می‌یابد. بنابراین در یک جمع‌بندی کلی می‌توان گفت برنامه توانمندسازی زناشویی مبتنی بر طرحواره‌های مثبت توانسته از طریق تأثیر بر دلبستگی پایدار، سلامتی و ایمنی، خودکنترلی، توجه همدلانه و شفقت به خود زوجین میزان همدلی زناشویی را در آنها افزایش دهد.

علاوه بر این، نف (Neff, 2003) شفقت خود را سازه‌ای با سه مؤلفه مهربانی با خود، اشتراکات انسانی و ذهن آگاهی تعریف می‌کند. از نظر وی ترکیب این سه مؤلفه مشخصه‌ی فردی است که با خود مشفقانه رفتار می‌کند (Dastmardi et al, 2023). اثربخشی برنامه توانمندسازی زناشویی مبتنی بر طرحواره‌های مثبت بر شفقت به خود زوجین را می‌توان این گونه تبیین کرد که، طرحواره مثبت پذیرش خود به زوجین کمک می‌کند که خود را با همه‌ی نقاط قوت و ضعف‌شان و داشته‌ها و نداشته‌هایشان بپذیرند و مهربانی با خود را جایگزین خودانتقادی و خودسرزنشگری کنند، بنابراین پذیرش خود می‌تواند در افزایش شفقت به خود زوجین مؤثر باشد.

بالبی (Bowlby, 1962) در نظریه‌ی دلبستگی خود مفهوم مدل فعالساز درونی را مطرح می‌کند که تحت تأثیر پیوندهای اولیه با والدین شکل می‌گیرند و علاوه بر اینکه بر چگونگی رابطه‌ی ما با دیگران، اثر می‌گذارند؛ بر شیوه‌ی رفتار ما با خودمان-با شفقت یا تحقیر- نیز اثر می‌گذارند. با توجه به اینکه مراقبت کردن و دریافت مراقبت، قابلیت‌ی ذاتی و درونزاد است، روابط عاشقانه‌ی سالم و همسری عاشق، حامی و مهربان می‌تواند دکمه‌های

دلبستگی ما را به حالت اولیه‌شان بازگرداند (Neff, 2023). بنابراین آموزش اصول ابراز نیاز، در دسترس بودن و پاسخگو بودن در مبحث طرحواره‌ی مثبت دلبستگی می‌تواند باعث ایجاد امنیت عاطفی در روابط زوجی و فعالسازی سیستم امنیت در زوجین گردد و از این طریق بر میزان شفقت به خود زوجین مؤثر باشد. به همین ترتیب در مبحث اعتماد، طبق نظر رمپل و همکاران (Rempel et al, 2001) زوجین یاد می‌گیرند از طریق وفاداری، قابل پیش‌بینی و قابل اتکا بودن، اعتماد بین فردی و امنیت عاطفی در رابطه را افزایش دهند و از این طریق سیستم امنیت آنها فعال می‌شود و به تبع آن بهتر می‌توانند با خود با مهربانی رفتار کنند و نسبت به خود مشفق باشند.

در این برنامه، به منظور فعالسازی و تقویت طرحواره‌ی سلامتی و ایمنی، از ذهن آگاهی استفاده گردید. اولین گام برای شفقت به خود، بهوشیاری است که عبارتست از آگاهی از تجربه‌ی لحظه‌ی حال به صورت واضح و متعادل، یعنی در برابر واقعیت کنونی گشوده باشیم و بدون مقاومت یا انکار اجازه دهیم تمامی افکار، عواطف و احساسات به بخش خودآگاه ذهن ورود کنند (Neff, 2023) و ذهن آگاهی نیز به معنای آگاهی از تجربه‌ی اینجا و اکنون و پذیرش آن است (Saheb Kashaf & Farhang, 2019). بنابراین می‌توان گفت تمرین‌های ذهن-آگاهی منجر به افزایش بهوشیاری و در نتیجه افزایش شفقت به خود زوجین می‌گردند. علاوه بر این، فعالسازی طرحواره‌ی سلامتی و ایمنی از طریق ذهن آگاهی، منجر به تقویت سیستم امنیت زوجین و به تبع آن افزایش شفقت به خود افراد می‌گردند. نتایج پژوهش‌های صیقل زنان مشهدی و همکاران (Sayghalzanamashhadi et al, 2023) و شمسی و همکاران (Shamsi et al, 2022) نیز حاکی از ارتباط مثبت و معنادار بین ذهن آگاهی و شفقت به خود است.

گیلبرت (Gilbert, 2017) شفقت به خود را به صورت حساسیت به رنج خود و دیگری و تلاش متعهدانه برای التیام آن تعریف می‌کند. از نظر دیویس و همکاران (Devis et al, 1996) نیز ابعاد مختلف همدلی یک ویژگی مشترک دارند و آن حساسیت نسبت به دیگری است، در همدلی وارد دنیای ادراکی و خصوصی دیگری می‌شویم، و به دنیا از دریچه‌ی چشم او می‌نگریم. به عبارت دیگر به رنج او حساس می‌شویم و متعهدانه برای پیشگیری و التیام آن تلاش می‌کنیم. بنابراین توجه همدلانه به دیگری نیز می‌تواند سیستم امنیت را فعال و شفقت به خود را افزایش دهد. در این برنامه زوجین یاد می‌گیرند از خود انتظارات واقع‌بینانه داشته باشند، به نیازهای خود در هر لحظه متصل شوند و به این ترتیب از خود مراقبت کنند، با پاسخ به پرسش اساسی شفقت خود، "من اکنون به چه چیزی نیاز دارم؟" مسئولیت امنیت عاطفی خود را بپذیرند و متحد درونی خود شوند (Neff & Germer, 2024). بنابراین می‌توان گفت طرحواره‌های مثبت پذیرش خود، دلبستگی پایدار، اعتماد، سلامتی و ایمنی، توجه همدلانه، انتظارات واقع‌بینانه، خودمراقبتی و شفقت به خود بر افزایش میزان شفقت به خود زوجین

در برنامه توانمندسازی زناشویی مؤثر بوده‌اند.

مقایسه‌ی نمرات پس‌آزمون و مرحله‌ی پیگیری متغیر شفقت به خود گروه آموزش نشان داد، میانگین نمرات شفقت به خود در مرحله‌ی پیگیری در مقایسه با پس‌آزمون کاهش یافته است. در تبیین این یافته می‌توان گفت عوامل فرهنگی و تربیتی نقش برجسته‌ای در میزان شفقت به خود افراد ایفا می‌کند. در واقع یکی از ابعاد منفی زندگی در فرهنگ‌های رقابتی که بر استقلال و پیشرفت فردی تأکید می‌کنند این است که اگر نتوانیم مدام به اهداف ایده‌آل خود برسیم، احساس می‌کنیم که باید خود را سرزنش کنیم، در چنین شرایطی خودانتقادی نوعی رفتار ایمن است که برای اطمینان از پذیرش در گروه اجتماعی بزرگ در ما تعبیه شده است و بسیاری از ما نقد و سرزنش خود و دیگران را یک نیروی انگیزه‌بخش مفید و مؤثر می‌دانیم (Neff, 2023)؛ بنابراین با توجه به باور عمیقی که به خودانتقادی به عنوان یک نیروی انگیزشی وجود دارد و ریشه‌های فرهنگی و تربیتی آن، به نظر می‌رسد برای ایجاد تغییرات پایدار و طولانی‌مدت در شفقت به خود زوجین، لازم است مداخلات تخصصی‌تری جهت غلبه بر این موانع فرهنگی و تربیتی انجام شود.

ملاحظات اخلاقی

در اجرای این پژوهش و تهیه مقاله کلیه قوانین کشور و اصول اخلاق حرفه‌ای مرتبط با پژوهش رعایت شده است و کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، این پژوهش را با کد اخلاق IR.IAU.ARAK.REC.1400.045 تصویب کرده است.

References

- Albiero, P., Matricardi, G., Speltri, D., & Toso, D. (2009). The assessment of empathy in adolescence: A contribution to the Italian validation of the "Basic Empathy Scale". *Journal*

- of adolescence, 32(2), 393-408. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.01.001>.
- Askary, F., & Dehghani, M. (2023). Identifying the factors affecting the flipped teaching method in the higher education system based on the meta synthesis approach. *Journal of Curriculum Research*, 12(2), 1-27. <https://doi.org/10.22099/jcr.2023.6954> [In Persian]
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 25-59). Boston, MA: Springer US.
- Bierhoff, H. W. (2005). *Prosocial behaviour*. Psychology Press.
- Billington J, Baron-Cohen S, Wheelwright S. (2007). Cognitive style predicts entry into physical sciences and humanities: Questionnaire and performance tests of empathy and systemizing. *Learning and individual differences*. 17(3):260-8. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2007.02.004>.
- Çelik, E., Çelik, B., Yavaş, Ş., & Süler, M.(2022). Investigation of marital satisfaction in terms of proactive personality, meaning in life, offense-specific forgiveness. *International Journal of Psychology and Educational Studies*, 9(1), 1-11. <https://dx.doi.org/10.52380/ijpes.2022.9.1.348>.
- Chi, D., Du, X., Ma, H., Wang, Y., Zhang, Y., & Zhong, H. (2022). Validity and reliability of the Chinese version of the Young positive schema questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 13, 1048954. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1048954>.
- ÇINAR, S. E., BOYALI, C., & Özkapu, Y. (2022). The relationship between posttraumatic growth and psychological resilience in the Covid-19 pandemic: the mediating role of cognitive flexibility and positive schemas. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 12(64), 1-17. <https://doi.org/10.17066/tpdrd.1095688>.
- Dastmardi, Z., Moghtader, L., & Akbari, B. (2023). Comparing the Effectiveness of Mutual Behavior Analysis and Self-Compassion Therapy on Self-Esteem and Differentiation in Students with Emotional Failure. *Islamic Life Style Centered on Health*, 7(1), 176-187. <https://sid.ir/paper/1130909/en> [In Persian]
- Davis, M. H., Conklin, L., Smith, S. & Luce, C.(1996). Effect of perspective taking the cognitive representation of person: a merging of self and other. *Journal of personality and Social Psychology*, 70(4). 713-726. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.70.4.713>.
- Davis, M. J., & Bibace, R. (1999). Dating couples and their relationships: intimacy and contraceptive use. *Adolescence*, 34, 1-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10234362/>
- Fathi, E., (2024). *Successful Marriage Education*, Zanjan: Press Organization Jahad Daneshgahi. [In Persian]
- Frisch, M. B. (2020). *Quality of life therapy* (A. Khamseh, Trans.). Arjmand. (Original work published at 2016). [In Persian]
- Gravand, h., (2022). Causal relationship between Self-Compassion and Psychological Capital with Corona Anxiety: Mediating Role of Empathy. *Iranian Journal of Health Psychology*, 5(4), 19-34. <https://doi.org/10.30473/ijohp.2023.62163.1222>.
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2023). *Emotion-Focused Couple Therapy* (M. A Ramezani et al., Trans.). Virayesh. (Original work published at 2008). [In Persian]
- Hakimi Dezfouli, Z. S., & Ebrahimpour, G. (2024). The Role of Psychological Flexibility, Emotional Empathy, and Spiritual Experiences in the Prediction of Marital Satisfaction of Married Women. *Studies in Islam and Psychology*, 18(35), 149-171. <https://doi.org/10.30471/psy.2024.9734.2190>. [In Persian]
- Hayes, S., & Smith, S. (2024). *Get out of your mind and into your life* (A. Sahebi & M. Eskandari,

- Trans.). Danjeh. (Original work published at 2005). [In Persian]
- Huckstepp, T. J., Allen, A., Maher, A. L., Houlihan, C., & Mason, J. (2023). Factor structure of the Young Positive Schema Questionnaire in an eating disorder sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 28(1), 13. <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01549-0>.
- Jahedi, R., & Derakhshani, R. (2020). The Relationship between Empathy and Altruism with Resilience among Soldiers. *Military Psychology*, 10(40), 57-65. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.25885162.1398.10.40.5.0>. [In Persian]
- Jomenia, S., jajarmi, M. and Ghorbani, A. (2018). Self-compassion and Religiosity as the Forerunner to Maintaining the Relationship between Couples. *Journal of Woman and Family Studies*, 6(2), 257-277. <https://doi.org/10.22051/jwfs.2017.15168.1442>. [In Persian]
- Jomepour, M. & Mahmoudipour, M.(2019). The effectiveness of marital life enrichment program education on balanced emotional empathy and responsibility of the couples. *Family Pathology, counseling & Enrichment Journal*. 4 (2) :29-42. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.24234869.1397.4.2.4.6>. [In Persian]
- Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*, 6(6), 1481-1483. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0456-x>
- Khojasteh Mehr, R., Roshanravan, N. & Abbaspour, Z. O. (2018). Self Dyadic Perspective Taking (SDPT) and Other Dyadic Perspective Taking (ODPT) as predictors of marital satisfaction, *Journal of Applied Counseling*, 7(2), 33-44. <https://doi.org/10.22055/jac.2018.24081.1529>. [In Persian]
- Khojastehmehr, R., Shirmardi, S., Omidian, M., Sodani, M. (2021). A meta-analysis of the effectiveness of marriage enrichment programs on marital intimacy. *Journal of Psychological Science*. 20(103), 1077-1094. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17357462.1400.20.103.5.4>. [In Persian]
- Khorasanizade, A., Poursharifi, H., Ranjbari pour, T., Bagheri, F., & Poya manesh, J. (2019). Structural pattern of the relationship between parent-child relation patterns and early maladaptive schemas with the mediating role of attachment styles. *Applied Psychology*, 13(1), 55-76. <https://doi.org/10.29252/apsy.13.1.55>. [In Persian]
- Khosrobeysi, A. A., Aghayousefi, A. R., Gharamaleki, N., (2022). Structural model of Marital Empathy prediction based on Ego Empowerment with the mediating role of Attachment Style, *Applied Family Therapy Journal*, 2(4), 95-111. <https://doi.org/10.22034/aftj.2021.294258.1133>. [In Persian]
- Lazarus, R. S. (1999). The cognition–emotion debate: A bit of history. In T. Dalgleish & M. J. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 3–19). John Wiley & Sons Ltd.
- Lockwood, G., & Perris, P.(2012). A new look at core emotional needs. In M.van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort(Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of ST: Theory, research and science*(pp. 41-66). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Louis, J. P., & Louis, K. M. (2024). *Good enough parenting: An in-depth perspective on meeting core emotional needs and avoiding exasperation* (S. M. Mousavi Movahed, Trans.). Arjmand. (Original work published at 2015). [In Persian]
- Louis, J.P., Wood, A.M., Lockwood, G, Ho, M.R., & Ferguson, E.(2018). Positive clinical psychology and Schema Therapy(ST): The development of the Young Positive Schema Questionnaire(YPSQ) to complement the Young Schema Questionnaire 3 Short

- Form(YSQ-S3). *Psychological Assessment*. Sep; 30(9):1199-1213. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pas0000567>
- Magyar-Moe, J. L. (2021). *Therapist's guide to positive psychological interventions* (A. A. Foroughi, J. Aslani & S. Rafiee). Arjmand. (Original work published at 2009). [In Persian]
- Mayer, A. (2020). The development of our sense of self as a defense against invading thoughts: From Buddhist psychology to psychoanalysis. *New Ideas in Psychology*, 58. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.100775>
- Mehrtaab, P., Davudi, H., & taghvaei, D. (2024). Investigation of Psychometric Properties of Young Positive Schema Questionnaire(YPSQ) in Iranian Society. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 13(2), 57-80. <https://doi.org/10.22067/tpccp.2024.82249.1494>. [In Persian]
- Mikaeili, N., & Hedayat, S. (2020). Depression in the elderly: Investigating the role of self-compassion and wisdom. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 21(2), 54-63. <https://doi.org/10.30486/jsrp.2019.1865286.1770>. [In Persian]
- Minuchin, S. (2018). Structural family therapy. In *Families and family therapy* (pp. 1-11). Routledge.
- Mohammadali, S. , Manavipour, D. and Sedaghatifard, M. (2020). Investigating the Psychometric Characteristics (Validity and Reliability) of the Self-Compassion Scale: Finding Empirical Evidence for Using the Total Score and defining the Concept of Self-Compassion. *Applied Psychology*, 14(2), 50-29. <https://doi.org/10.52547/apsy.14.2.29>. [In Persian]
- Neff, K. (2023). *Self-compassion: The proven power of being kind to yourself* (E. Moosavian, Trans). Arjamnd. (Original work published at 2011). [In Persian]
- Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7: 264–274. <https://doi.org/10.1002/jclp.22187>.
- Neff, K. D., & Beretvas, S. N.(2013). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and Identity*, 12(1), 78-98. <http://dx.doi.org/10.1080/15298868.2011.639548>.
- Neff, K., & Germer, C. (2024). The mindful self-compassion workbook: A proven way to accept yourself, (E. moosavian & Ch. Rahimi Taghanaki, Trans). Arjmand. (Original work published at 2018). [In Persian]
- Nelson, B.W, Laurent, S.M, Bernstein, R., Laurent, H.K. (2017). Perspective-taking influences autonomic attunement between partners during discussion of conflict. *Journal of Social and Personal Relationships*. 34(2):139-65. <https://doi.org/10.1177/0265407515626595>.
- Oulia, N., Bahrami, F., & Fatehizadeh, M. (2023). *Marital enrichment training*. Tehran: Danjeh. [In Persian]
- Rajabi, G. , Harizavi, M. & Taghipour, M. (2017). Evaluating the model of the relationship between self-compassion, marital empathy, and depression with mediating marital forgiveness in Female. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 6(2), 1-22. <https://doi.org/10.22055/jac.2017.21290.1422> . [In Persian]
- Rajabi, G., Karimi vardanjani, M. & Taghipour, M. (2018). ASSESSING THE MODEL OF THE RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY OF ORIGIN AND MARITAL SATISFACTION WITH MEDIATIONS OF MARITAL COMMITMENT AND MARITAL EMPATHY IN NURSES. *Nursing and Midwifery Journal*; 16 (6) :432-444. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3485-fa.html> . [In Persian]
- Rempel, J. K., Ross, M., & Holmes, J. G. (2001). Trust and communicated attributions in close

- relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(1), 57. <https://psycnet.apa.org/buy/2001-07168-005>.
- Saboonchi, F., Dokaneifard, F., & Behbodi, M. (2020). Structural model of marital satisfaction based on attachment styles and early maladaptive schemas with mediation of sensation seeking. *Applied Psychology*, 14(1), 119-138. <https://doi.org/10.52547/apsy.14.1.119>. [In Persian]
- Sadeghi E, Sajjadian I, Nadi M.(2021). Comparing the Effects of Compassion-Based Mindfulness and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Emotional Empathy and Life Orientation in Female Students. *Journal of Disability Studies*, 11 :155-155 <http://jdisabilstud.org/article-1-2288-fa.html>. [In Persian]
- Saeeda, S. , HassanAbadi, H. , hosseinzadeh oskouei, A. and Motabi, F. (2022). The Interactive Role of Couples' Self-Compassion in Cognitive Emotion Regulation of Themselves and Their Spouses: Actor-Partner Interdependence Modeling. *Applied Psychology*, 16(4), 57-35. <https://doi.org/10.52547/apsy.2022.224834.1214>. [In Persian]
- Saheb Kashaf, Z. & Farhang, A. H. (2019). Effectiveness of Mindfulness on marital satisfaction and couples Communication styles, *Journal of Analytical Cognitive Psychology*, 10(37), 59-72. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.28222476.1398.10.37.4.3>. [In Persian]
- Saidi S, Ahmadian, H., Saffarinia, M., (2022). Predicting Emotional Empathy on the Basis of Emotion Regulation and Self-Control in Teachers. *Quarterly Journal of Education*. 38 (3) :159-176. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.10174133.1401.38.3.9.1>. [In Persian]
- Sayghalzananmashhadi, N. , Mashhadi, A. and Shareh, H. (2023). The Effectiveness of Integrated Mindfulness and Schema Group Therapy on Self-Compassion and Early Maladaptive Schemas on Women with Interpersonal Problems. *Journal of Clinical Psychology*, 15(2), 1-13. <https://doi.org/10.22075/jcp.2023.30465.2628>. [In Persian]
- Sened, H., Lavidor, M., Lazarus, G., Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E., & Ickes, W.(2017). Empathic accuracy and relationship satisfaction: A meta-analytic review. *Journal of Family Psychology*, 31(6), 742. <http://dx.doi.org/10.1037/fam0000320>.
- Shamsi, M, Taghvaei, D, & Davodi, H. (2022). Offering Attachment-Based Mindfulness Therapy and Evaluating Its Efficacy on the Self-compassion and Emotional Experience with Spouse in the Women with the Experience of Marital Infidelity. *MEDICAL JOURNAL OF MASHHAD UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES*, 65(5), 2183-2187. SID. <https://sid.ir/paper/1122739/en>. [In Persian]
- Soltanolketabi, M.A., & Dashti, M. (2023). *Family Life Training*. Tehran: Neveshteh. [In Persian]
- Tabesh, F. , Basak Nezhad, S. & Khodakarami fard, M. (2022). The Relationship between Self-Compassion and Cognitive Flexibility with Life Satisfaction in Married Women of Ahvaz City. *Clinical Psychology Achievements*, 8(2), 103-112. <https://doi.org/10.22055/jacp.2023.42621.1265>. [In Persian]
- Tahmasby, H. and Khorramabadi, Y. (2023). Predicting Marital Satisfaction Based on Extraversion, Marital Empathy, and Marital Forgiveness in Married Women. *Social Psychology Research*, 13(51), 61-74. <https://doi.org/10.22034/spr.2024.408676.1851>. [In Persian]
- Tashvighi, M. , Rezaei Mollajegh, R. , neisi, S. and Tayyari, E. (2023). Developing a Marital Satisfaction Model Based on Self-Compassion and Emotion Regulation: The Mediating Role of Psychological Flexibility. *Cultural Psychology*, 6(2), 65-82. <https://doi.org/10.30487/jcp.2023.321851.1357>. [In Persian]

- Vahidi Farashah, M., Khodabakhshi Koolae, A., & Shafieabadi, A. (2023). Comparing the effectiveness of positive couple therapy group training and integrated behavioral approach on empathy and intimacy of infertile couples. *Journal of Applied Family Therapy*, 4(4), 153-170. <https://doi.org/10.22034/aftj.2022.333273.1464>. [In Persian]
- Videler, Arjan C., van Royen, Rita J.J., Legra, Marjolein, J. H. & Ouwens, Machteld, A.(2020). Positive schemas in schema therapy with older adults: clinical implications and research suggestions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, page 1 – 11. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000077>.
- Waller, G., Meyer, C., & Hanian, V. (2001). Psychometric properties of the long & short versions of the Young schema questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 25(2), 137-147. doi: <https://doi.org/10.1023A:1026487018110>.
- Wen, X., Zhang, Q., Zhou., Y, Du, J., Xu, W.(2022). Mindfulness and intimate relationship satisfaction in daily life: The role of empathy. *PsyCh Journal*. 11(4):500-9. <https://doi.org/10.1002/pchj.535>.
- Yaghoubi, S. & Akrami, N. (2017). The Effect Social Interest Training on Lifestyle in Bullying and Victim Adolescents. *Positive Psychology Research*, 2(3), 35-48. <https://doi.org/10.22108/ppls.2017.21519> . [In Persian]
- Yousefi, M., Cheraghi, M., & Panaghi, L. (2020). Predicting sides of Family Triad Model by spouses early maladaptive schemas. *Iranian Journal of Family Psychology*, 7(1), 19-38. <https://doi.org/10.52547/ijfp.7.1.19>. [In Persian].



Comparing the Effectiveness of Schema Therapy, Metacognitive Therapy, and Interpersonal Therapy on Emotional Expressiveness in Students with Social Anxiety Symptoms

Sara Khoramifar

PhD Student of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

Email: ssarakhoramifar@gmail.com

Mohammadali Sepahvandi

Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran. (Corresponding Author), Email: sepahvandi.mo@lu.ac.ir

Fazlollah Mirderikvand

Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran. Email: mirderikvand.f@lu.ac.ir

Received: 2025-07-18

Revised: 2025-12-14

Accepted: 2026-06-27

Published: 2026-07-14

Citation: Khoramifar, S., Sepahvandi, M. & Mirderikvand, F. (2026). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy, Metacognitive Therapy, and Interpersonal Therapy on Emotional Expressiveness in Students with Social Anxiety Symptoms. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 16(1), 78-98. doi: 10.22067/tpccp.2026.94172.1802

Extended Abstract

Introduction

Social Anxiety Disorder is among the most prevalent anxiety disorders, typified by an enduring apprehension of unfavorable evaluation in social contexts. This condition exerts a deleterious influence on individuals' functionality and quality of life (Ginat-Frolich et al., 2024; Ferber et al., 2024). Among the factors perpetuating this disorder, internalized shame, as a complex and painful self-conscious emotion, plays a key role (Matos et al., 2015). This construct has been associated with profound feelings of inadequacy, worthlessness, and fear of exposure. It has been demonstrated to exacerbate the vicious cycle of anxiety and avoidance by reinforcing core negative beliefs and distorting social perception (Ferreira et al., 2022). To address this issue, a range of psychotherapy approaches have been developed. Schema therapy with focusing on identifying and modifying early maladaptive schemas rooted in developmental experiences (Imanifar, 2021). Interpersonal therapy aims to enhance social relationships and resolve interpersonal conflicts (Marconi et al., 2023), and metacognitive therapy works by modifying dysfunctional metacognitive beliefs about thought processes such as worry and rumination (Wells, 2011). Despite the existence of independent evidence supporting the efficacy of each approach, direct comparative studies of these three treatment models in reducing internalized shame in populations with social anxiety are limited. Therefore, the main objective of this study was to investigate the comparative effectiveness of these three interventions on internalized shame symptoms (including shyness and self-esteem components) in students with social anxiety symptoms. This investigation was undertaken to address a research gap and provide practical guidance for treatment selection.



©2026 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 was of a quasi-experimental nature, employing a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of this study included students with symptoms of social anxiety at Kashmar Higher Education Center during the academic year 2023-24. Following the administration of the Jerabak Social Anxiety Questionnaire, 60 individuals who attained a score above the cutoff point and satisfied the inclusion criteria were randomly allocated to four groups of 15 subjects: three experimental groups (schema therapy, interpersonal therapy, metacognitive therapy) and a control group. The research instruments included the Jerabak Social Anxiety Questionnaire and the Cook Internalized Shame Scale. The three experimental groups received, Schema Therapy (Gholamrezaei & Tehranchi, 2016), Interpersonal Therapy (O'Shea et al., 2015), and Metacognitive Therapy (Wells, 2009), whereas the control group received no intervention. Following a thorough review and verification of the statistical assumptions, including the normality assessed via the Shapiro-Wilk test and the homogeneity of variances evaluated using the Levene test, the data underwent analysis through multivariate analysis of covariance, complemented by the Bonferroni post hoc test, using SPSS software.

Findings

The findings from statistical analyses indicated that all three treatment methods led to a significant reduction in shyness (for all methods, $p < 0.01$) and an increase in self-esteem (schema therapy and metacognitive therapy, $p < 0.05$; interpersonal therapy only for self-esteem, $p = 0.036$) in comparison to the control group. However, a direct comparison of the three treatment methods with each other did not show a significant difference in reducing shyness or increasing self-esteem (for all pairwise comparisons, $p > 0.05$).

Discussion

The primary finding of this study indicates that schema therapy, interpersonal therapy, and metacognitive therapy are all effective in reducing internalised shame and social anxiety symptoms in college students, with no significant differences in effectiveness among the three methods. This finding aligns with the conclusions of studies that underscore the significance of shared therapeutic factors, such as a supportive therapeutic relationship and the facilitation of a process of re-evaluation of thought and emotional patterns (Di Pietro et al., 2024; Marconi et al., 2023). Each of these approaches accomplishes this objective by a unique method. Schema therapy centers on modifying deep and maladaptive beliefs that have developed from past experiences. Interpersonal therapy aims to enhance communication skills and alleviate social isolation. Metacognitive therapy involves acquiring skills for managing and regulating thought processes. This convergence of findings lends further credence to the notion that within the paradigm of social anxiety, variant mechanisms can culminate in the amelioration of a pivotal phenomenon such as internalized shame. This finding suggests that clinicians should take into account client preferences, the congruence of the intervention with the client's belief system, and the therapist's clinical skills when selecting a treatment for students with social anxiety, rather than relying on a preconceived notion of the "most effective" approach. Future investigations should prioritise the identification of individual characteristics that predict positive treatment response to specific modalities. Elucidating the mechanisms of change underlying each therapeutic approach may further enable the development of more personalised interventions. Such research avenues could facilitate the advancement of tailored and effective treatment strategies. In light of the present study's limitations—namely, its reliance on self-report instruments and the absence of longitudinal

follow-up—replication with more rigorous methodologies is strongly recommended. Furthermore, the findings underscore the necessity of developing and promoting educational and support initiatives within academic contexts to improve awareness and treatment uptake.

Keywords: Schema Therapy, Metacognition, Interpersonal Therapy, Internalized Shame, Social Anxiety Disorder

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دسترسی آزاد

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

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی، درمان بین فردی (IPT) و درمان فراشناخت بر نشانه‌های مربوط به شرم درونی شده دانشجویان دارای علائم اضطراب اجتماعی

سارا خرمی فر

دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران. ssarakhoramifar@gmail.com

محمدعلی سپهوندی

دانشیار، گروه آموزشی روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران. (نویسنده مسئول)،

sepahvandi.mo@lu.ac.ir

فضل‌الله میردریکوند

استاد، گروه آموزشی روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران. mirderikvand.f@lu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۲۷	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۹/۲۳	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۰۶	تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۴/۲۳
استناد: خرمی فر، سارا؛ سپهوندی، محمدعلی؛ میردریکوند، فضل‌الله. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی، درمان بین فردی (IPT) و درمان فراشناخت بر نشانه‌های مربوط به شرم درونی شده دانشجویان دارای علائم اضطراب اجتماعی. <i>پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره</i> ، ۱۶(۱)، ۹۸-۷۸. doi: 10.22067/tpccp.2026.94172.1802			

چکیده

هدف: اختلال اضطراب اجتماعی (SAD)، با ترس پایدار از قضاوت دیگران و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی تأثیرات مخربی بر عملکرد تحصیلی، شغلی و کیفیت زندگی افراد مبتلا دارد. هدف این پژوهش مقایسه تأثیر طرحواره درمانی، درمان بین فردی (IPT) و درمان فراشناخت بر نشانه‌های مربوط به شرم درونی شده دانشجویان دارای علائم اضطراب اجتماعی مرکز آموزش عالی کاشمر می‌باشد.

روش: این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل انتخاب تصادفی ۶۰ نفر از دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ که در پرسشنامه اضطراب اجتماعی جرابیک (۱۹۹۶) نمره بالاتر از نمره برش کسب کردند، می‌باشد که در چهار گروه ۱۵ نفره به صورت تصادفی جایگزین شدند. ابتدا هر چهار گروه به پرسشنامه شرم درونی شده کوک (۱۹۹۳) پاسخ دادند (پیش‌آزمون). گروه اول تحت ۸ جلسه طرحواره درمانی یانگ (۲۰۰۳)؛ گروه دوم تحت ۸ جلسه درمان بین فردی (اوشی و همکاران، ۲۰۱۵) و گروه سوم تحت ۸ جلسه فراشناختی ولز (۲۰۰۹) قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند و در پایان به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند (پس‌آزمون).

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان داد که طرحواره درمانی بر شرم درونی شده و درمان فراشناخت بر شرم درونی شده و مؤلفه‌های آن مؤثر می‌باشند و باعث کاهش کمرویی و افزایش عزت نفس می‌شوند. درمان بین فردی بر شرم درونی شده و مؤلفه‌های کمرویی و عزت نفس مؤثر است و باعث کاهش کمرویی و افزایش عزت نفس شده است. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بنفرتی نشان داد که تفاوت این سه روش در میزان اثر بخشی‌ها در درمان کمرویی و عزت نفس، معنی دار نیست ($P\text{-value} > 0.05$).

نتیجه‌گیری: هر سه روش درمانی به یک اندازه در کاهش شرم و بهبود عزت نفس مؤثر هستند. انتخاب نهایی روش درمان می‌تواند بر اساس ویژگی‌های فردی مراجع و تخصص درمانگر صورت گیرد.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی، فراشناخت، درمان بین فردی (IPT)، شرم درونی شده، اضطراب اجتماعی

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ یا SAD به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی عصر حاضر، در جوامع مختلف با شیوع قابل توجهی گزارش شده است. این اختلال که زیرمجموعه اختلالات اضطرابی طبقه‌بندی می‌شود، با ترس مداوم از قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی و ارزیابی منفی توسط دیگران همراه است (Ginat-Frolich et al., 2024). اختلال اضطراب اجتماعی دومین اختلال اضطرابی شایع در جهان است و تقریباً ۷ تا ۱۳ درصد از جمعیت عمومی را درگیر می‌کند (Nan et al., 2024). در ایران، پژوهشی بر روی جمعیت دانشجویی نشان داد که ۲/۲ درصد از دانشجویان معیارهای تشخیصی SAD را دارا هستند (Norouzi et al., 2016). نوجوانان مبتلا به این اختلال در معرض خطر بالایی برای ابتلا به افسردگی، اقدام به خودکشی، سوء مصرف مواد و ترک تحصیل قرار دارند. همچنین، عدم درمان SAD با اختلال عملکرد پایدار در روابط بین فردی و کاهش کیفیت زندگی مرتبط است (Ferber et al., 2024).

مبتلایان به SAD در سطوح عاطفی (مانند شرم و خجالت)، جسمی (مانند تپش قلب و تعریق) و شناختی (مانند نگرانی از تحقیر) تجربیات ناتوان کننده‌ای را گزارش می‌دهند که به اجتناب گسترده از تعاملات اجتماعی منجر می‌شود (Wu et al., 2024). بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم (DSM-5)، تشخیص SAD مستلزم وجود ترس یا اضطراب شدید در موقعیت‌های اجتماعی است که در آن فرد تحت مشاهده یا قضاوت دیگران قرار می‌گیرد. نمونه‌های بارز این موقعیت‌ها شامل صحبت در جمع، ملاقات با افراد جدید، یا انجام فعالیت‌های روزمره (مانند غذا خوردن در حضور دیگران) است. این ترس به گونه‌ای است که عملکرد فرد را در حوزه‌های اجتماعی، تحصیلی یا شغلی مختل می‌کند

^۱- Social Anxiety Disorder

(Ran et al., 2022). مطالعات نشان می‌دهند که اجتناب از موقعیت‌های اضطراب‌آور، هرچند در کوتاه‌مدت موجب کاهش ناراحتی می‌شود، در بلندمدت به تشدید علائم و محدودیت‌های گسترده در سبک زندگی فرد می‌انجامد (Laldinpuui et al., 2024).

از منظر عصب‌شناختی، ناهنجاری در مدارهای مرتبط با پردازش ترس (مانند ارتباط بین آمیگدال و قشر پیشانی) در مبتلایان به SAD شناسایی شده است. این ناهنجاری‌ها منجر به افزایش حساسیت به تهدیدهای اجتماعی و کاهش توانایی تنظیم هیجانات می‌شود. از جنبه روانی-اجتماعی، اجتناب مداوم از موقعیت‌ها، چرخه معیوبی از انزوا و تشدید باورهای منفی (مانند «من بی‌کفایتم») را ایجاد می‌کند که درمان‌گریزی را تداوم می‌بخشد (Eres et al., 2021).

شرم درونی شده^۱ به‌عنوان یک هیجان خودآگاه پیچیده، نقش کلیدی در تشدید آسیب‌پذیری نسبت به اختلال اضطراب اجتماعی (SAD) ایفا می‌کند (Gaziel-Guttman et al., 2023). مطالعات اخیر نشان می‌دهند که این سازه روانشناختی از طریق مکانیسم‌های شناختی-هیجانی نظیر تحریف‌های خودارزیابی، ترس از طرد شدن و اجتناب مرضی، به حفظ و تشدید علائم SAD کمک می‌کند (Swee et al., 2021). شرم درونی شده، به‌عنوان یک هیجان خودآگاه پایه‌ای، در چارچوب نظریه‌های شناختی-اجتماعی، عاملی تعیین‌کننده در شکل‌گیری و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی شناخته می‌شود. بر اساس تعریف ماتوس، پیتوگوویا، گیلبرت^۲ و همکاران (Matos et al., 2015)، شرم یک «تجربه هیجانی دردناک ناشی از ارزیابی منفی از خود» است که با احساس بی‌کفایتی کلی، نفرت از خویشستن و ترس مزمن از افشا شدن نقص‌ها همراه می‌باشد (Ferreira et al., 2022).

پژوهش فرناندز-رودریگز^۳ و همکاران (Fernández-Rodríguez et al., 2018) نشان می‌دهد که شرم درونی شده ۳۷ درصد از واریانس علائم SAD را در جمعیت بالینی تبیین می‌کند که حاکی از نقش پاتورنیک این سازه در سندرم‌شناسی اختلالات اضطرابی است. شرم درونی شده از طریق تقویت باورهای مرکزی «من بی‌ارزشم»، «دیگران مرا طرد خواهند کرد» به تحریف ادراک از خود و موقعیت‌های اجتماعی می‌انجامد. این پدیده مطابق مدل گیلبرت و اندروز^۴ (۱۹۹۸)، فعال‌سازی سیستم تهدید/حفاظت^۵ در مغز را افزایش داده و پاسخ‌های اجتنابی را تشدید می‌کند (واندرهیدن و مایر، ۲۰۱۷). شرم با ایجاد ترس از «نگاه

^۱- Internalized Shame

^۲- Matos, Pinto-Gouveia, Gilbert, Duarte & Figueiredo

^۳- Fernández-Rodríguez, Paz-Caballero, González-Fernández, & Pérez-Álvarez

^۴- Gilbert, Andrews

^۵- Threat/Protection System

ارزیابانه دیگران»، تمایل به پنهان‌سازی خود واقعی^۱ را افزایش می‌دهد. این حالت مطابق یافته‌های رجبی و عباسی (Rajabi & Abasi, 2012)، به کاهش مشارکت در تعاملات اجتماعی و اجتناب از موقعیت‌های عملکردی منجر می‌شود.

بنابراین، بررسی وضعیت و تلاش در جهت کاهش این مشکل ضروری است. یکی از رویکردهای مؤثر در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی، طرحواره‌درمانی^۲ است. بر خلاف رویکردهای شناختی-رفتاری که بر حال تأکید دارند، این روش بر الگوهای خودویرانگر تفکر، احساس و رفتار ریشه‌دار در دوران کودکی و تکرار شونده در طول زندگی فرد تمرکز دارد (Imanifar, 2021). این نوع درمان، اصول و مبانی چند مکتب از جمله شناختی-رفتاری، دل‌بستگی، گشتالت، روابطی، سازنده‌گرایی و روان‌کاوی را در قالب یک مدل منسجم تلفیق می‌کند (Penney & Norton, 2022). طرحواره‌درمانی با ترکیب تکنیک‌های شناختی، رفتاری، هیجان‌مدار و روان‌تحلیلی، بر شناسایی و اصلاح «طرحواره‌های ناسازگار اولیه» تمرکز دارد (Lian et al., 2024). این طرحواره‌ها الگوهای عمیق و مادام‌العمری از باورها، هیجانات و خاطرات درباره خود، دیگران و جهان هستند که از برآورده نشدن نیازهای عاطفی اساسی در دوران کودکی (مانند دلبستگی ایمن، استقلال و محدودیت‌های سالم) نشأت می‌گیرند (Bach et al., 2018). درمان بر اساس چارچوب «حالت‌های طرحواره‌ای» نیز پیش می‌رود که لحظه‌های هیجانی و پاسخ‌های مقابله‌ای فعال در فرد هستند (Joshua et al., 2025). یانگ ۱۸ طرح‌واره ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های مقابله ناسازگار که به صورت ناخودآگاه موجب تداوم یکدیگر و تداخل در ارضای نیازهای بنیادی فرد می‌شوند، معرفی کرده است. در این مدل، این طرح‌واره‌ها و مکانیسم‌ها به عنوان کانون‌های شناختی و عاطفی اصلی آسیب‌های روان‌شناختی در نظر گرفته می‌شوند (Arjmand, 2021). تمامی افراد در معرض احساسات مشکل‌ساز مانند عصبانیت، اضطراب، غم، ناامیدی، حسادت و ناراحتی قرار دارند؛ اما این احساسات منجر به بیماری روانی نمی‌شوند (Zhang et al., 2023). طرحواره‌درمانی هیجانی بر تفاوت‌های نظری فرد در درباره احساسات و تنظیم آن‌ها تأکید دارد و راهکارهای ناسازگارانه‌ای مانند سرکوب، اجتناب، سرزنش و سوءمصرف مواد را مورد انتقاد قرار می‌دهد (Sahour et al., 2024). هدف این مدل، تبیین و اصلاح تئوری‌های فرد درباره احساسات و ترویج استراتژی‌های تنظیم هیجان سازگار است (Leahy, 2019). پیترز و همکاران (Peeters, 2022) نشان دادند طرحواره درمانی در بهبود اختلالات اضطرابی مفید است.

^۱- Self-Concealment

^۲- Schema therapy

علاوه بر طرحواره درمانی، درمان بین فردی^۱ (IPT) نیز یکی از رویکردهای مؤثر در کاهش شرم درونی شده و علائم اضطراب اجتماعی در دانشجویان است. این مداخله نخست برای درمان افسردگی در بزرگسالان توسعه یافت و در محیط‌های بالینی و نوجوانان به موفقیت رسید (O' Shea et al., 2015). تحلیل‌ها نشان می‌دهد که درمان بین فردی می‌تواند علائم افسردگی در نوجوانان کاهش دهد و نسبت به سایر درمان‌ها، کم‌تر با مقاومت مواجه می‌شود (Zhou et al., 2020). این درمان، افراد را در شناخت بهتر احساسات و تنش‌های بین فردی‌شان یاری می‌دهد و آن‌ها را در ایجاد روابط سالم‌تر و اتخاذ شیوه‌های مؤثرتر ارتباطی توانمند می‌سازد. در درازمدت، هدف آن، توسعه مهارت‌های اجتماعی سازگار برای مدیریت چالش‌های روابط و موقعیت‌های اجتماعی است (Hankin et al., 2023). در این رویکرد، تمرکز بر مسائلی مانند کمبودهای بین فردی، سوگ (غم و اندوه یا از دست دادن ناگهانی عزیزان)، تغییرات عمده در زندگی (مانند شغل یا طلاق) و اختلافات نقش‌محور در روابط است که ممکن است عملکرد بین فردی را مختل کند (Lemma et al., 2024).

در کنار درمان بین فردی و طرحواره درمانی، درمان فراشناخت^۲ به عنوان یک رویکرد امیدوارکننده در کاهش شرم درونی شده و علائم اضطراب اجتماعی در دانشجویان مطرح شده است (fathiagdam et al., 2021). این نوع درمان که با عنوان درمان فراشناختی (MCT) شناخته می‌شود، توسط آدریان ولز^۳ در سال ۲۰۰۹ توسعه یافته است و بر مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی و مفهوم‌سازی اختلالات هیجانی استوار است. هدف اصلی در این رویکرد کاهش باورهای ناکارآمد فراشناختی درباره نگرانی و نشخوار فکری است که غالباً در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی دیده می‌شود و در نتیجه، کاهش علائم و رفتارهای منفی مرتبط با این اختلالات (Wells, 2011). در واقع، افراد درگیر در اختلالات هیجانی اغلب افکار درونی و احساساتشان را بیش از حد مورد نظارت قرار می‌دهند و توجه خود را از اطلاعات جدید و مثبت منحرف می‌کنند که به عنوان سندرم شناختی-توجهی شناخته می‌شود. این حالت، شامل راهبردهای ناسازگارانه‌ای مانند افکار تکرارشونده، اجتناب و پایش مداوم تهدیدها است و تکرار این رفتارها منجر به تداوم و تشدید افکار منفی و احساسات ناسازگار می‌شود (Rahmani & Rezaei, 2022). فیلیپ، کریستون، خان^۴ و

^۱- Interpersonal therapy

^۲- Metacognitive therapy

^۳- Adrian Wells

^۴- Philipp, Kriston, Kuhne

همکاران (۲۰۲۰) نیز نتیجه گرفتند که درمان فراشناختی در کاهش این الگوهای فکری و رفتاری، اثرگذار است (Philipp et al., 2020).

در جامعه امروزی، اضطراب اجتماعی یکی از اختلالات شایع روانی است که تأثیر منفی قابل توجهی بر کیفیت زندگی دانشجویان دارد. یکی از عوامل مهم در تثبیت و تشدید این اختلال، احساس شرم درونی شده است؛ یعنی برداشت منفی و تحقیرآمیز نسبت به خود که می‌تواند باعث کاهش اعتمادبه‌نفس و افزایش نگرانی‌های اجتماعی شود. علاوه بر این، روش‌های درمانی مختلف، مانند طرحواره‌درمانی، درمان بین‌فردی و درمان فراشناخت، با رویکردهای متفاوتی می‌توانند در کاهش علائم اضطراب و شرم مؤثر باشند؛ با وجود شواهد مثبت درباره اثربخشی جداگانه‌ی این درمان‌ها، مطالعه‌ی مقایسه‌ای مستقیم و همزمان سه رویکرد طرحواره‌درمانی، درمان بین‌فردی و فراشناخت بر نشانه‌ی هسته‌ای «شرم درونی‌شده» در جمعیت مبتلایان به اضطراب اجتماعی، به ویژه در بافت فرهنگی ایران، انجام نشده است. پژوهش‌های پیشین عمدتاً بر کاهش علائم کلی اضطراب اجتماعی متمرکز بوده‌اند و مکانیسم‌های تغییر هیجانی متمایز هر روش کمتر مورد کنکاش قرار گرفته‌اند. این خلأ مقایسه‌ای سبب شده است که متخصصان بالینی برای انتخاب مؤثرترین و کارآمدترین درمان با کمبود شواهد مبتنی بر داده‌های بومی مواجه باشند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف پاسخ به این نیاز عملی و پر کردن خلأ پژوهشی مذکور طراحی شد تا با مقایسه‌ی نظام‌مند، هم کارآیی نسبی این مداخلات را مشخص کند و هم زمینه‌ساز انتخاب آگاهانه‌تر درمان بر اساس مکانیسم‌های تأثیرگذاری بر شرم گردد، نتایج کاربردی و راهنمایی‌های عملی برای مخاطبین حرفه‌ای ارائه دهد و زمینه را برای انتخاب بهترین رویکردهای درمانی در کاهش شرم درونی و اضطراب اجتماعی در جمعیت دانشجویی فراهم کند. این مطالعه به بهبود پروتکل‌های درمانی و ارتقای سلامت روان این گروه کمک خواهد کرد و نقش مهمی در توسعه مداخلات مؤثر و مبتنی بر شواهد ایفا می‌نماید. لذا هدف اصلی این تحقیق پاسخ به این سؤال است که آیا بین طرحواره‌درمانی، درمان بین‌فردی (IPT) و درمان فراشناخت بر نشانه‌های مربوط به شرم درونی شده دانشجویان دارای علائم اضطراب اجتماعی تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی در مرکز آموزش عالی کاشمر در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۰۳

بودند. از بین کلیه دانشجویانی که درگیر علائم اضطراب اجتماعی بودند و در پرسشنامه اضطراب اجتماعی نمره بالاتر از نمره برش به دست آوردند. تعداد ۶۰ نفر به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب و در چهار گروه به صورت تصادفی جایگزین شدند؛ گروه آزمایش یک (طرح واره درمانی؛ ۱۵ نفر) و گروه آزمایش دو (درمان بین فردی؛ ۱۵ نفر) و گروه آزمایش سه (درمان فراشناختی، ۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر). ملاک‌های ورود به پژوهش کسب نمره بالاتر از نمره برش در پرسشنامه اضطراب اجتماعی (نمره بالای ۶)، رضایت در شرکت گروه آزمایش، نداشتن مشکلات روانشناختی بود و شرط خروج نیز غیبت بیش از دو جلسه بود.

ابزارهای پژوهش در این تحقیق شامل

۱- مقیاس شرم درونی شده

جرابک شامل ۳۰ ماده دو خرده مقیاس کمرویی و عزت نفس است. پاسخ به هر ماده این مقیاس به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز=۰ تا همیشه=۴) است و نمره گذاری گویه های ۲۸-۲۱-۱۸-۱۷-۱۴-۱۲-۱۱-۷-۴ به صورت معکوس انجام می‌شود. نمره‌های بالا در این مقیاس نشان دهنده بی ارزشی، بی کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی و نمره پایین اعتماد به نفس بیان کننده بالاست. کوک ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های کمرویی و عزت نفس را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. همچنین رجبی و عباسی (۱۳۹۰) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس شرم درونی شده در کل نمونه، ۰/۹۰ در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱ گزارش کرده اند (Rajabi & Abasi, 2012). ضمناً در این پژوهش پایایی این ابزار به وسیله آلفای کرونباخ سنجش شد و مقدار ۰/۸۱ به دست آمد.

۲- پرسشنامه اضطراب اجتماعی جرابک^۱

پرسشنامه اضطراب اجتماعی جرابک در سال ۱۹۹۶ توسط ایلینا جرابک برای سنجش اضطراب اجتماعی ساخته شده است. این ابزار دارای ۲۵ سؤال ۵ گزینه‌ای با گزینه‌های تقریباً همیشه ۵، اغلب اوقات، گاهی اوقات، بندرت، تقریباً هیچ وقت ۱ است. این پرسشنامه توسط سام دلیری (۱۳۸۱) در ایران روی یک گروه ۴۷۷ نفری از دانش آموزان اجرا شده است که ضریب پایایی ۰/۷۶ برای این پرسشنامه مصاحبه شده است و روایی عاملی آن نیز تایید شده است. روایی ابزار با استفاده از روش تحلیل عاملی، ۵ عامل شامل ترس از بیگانگان (۳ و ۴ و ۵ و ۸ و ۱۲ و ۱۳ و ۱۵ و ۱۷)، ترس از ارزیابی توسط دیگران (۱۶ و ۱۹ و ۲۱ و ۲۲)، ترس از صحبت کردن در جمع (۱ و ۱۸ و ۲۳ و ۲۴)، ترس از انزوای اجتماعی (۲ و ۷ و ۹ و ۲۰ و ۲۷) و ترس از آشکار شدن علایم

^۱ Jerabek

اضطراب (۱۰ و ۱۱ و ۱۴) استخراج شده است که این ۵ عامل ۴۷/۲۳ درصد واریانس کل تست را تبیین می‌کنند (سام دلیری ۱۳۸۱ به نقل از (Vahid Savabi Niri, 2022)). در پژوهش حاضر نیز پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که ضریب حاصله ۰/۸۷ بود.

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که بعد از کسب اجازه از معاونت پژوهشی دانشگاه از بین کلیه دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی در مرکز آموزش عالی کاشمر در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۰۳ (کسانی که در پرسشنامه اضطراب اجتماعی نمره بالاتر از نمره برش کسب کردند)، تعداد ۶۰ نفر به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب و در چهار گروه به صورت تصادفی جایگزین شدند مداخلات درمانی توسط درمانگران دارای مدرک دکتری روانشناسی بالینی که در روش‌های مربوطه آموزش دیده و دارای مجوز تخصصی در این درمان‌ها بودند، اجرا شد؛ گروه‌های آزمایش تحت مداخله و گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. گروه آزمایش یک (طرح واره درمانی؛ ۱۵ نفر) و گروه آزمایش دو (درمان بین فردی؛ ۱۵ نفر) و گروه آزمایش سه (درمان فراشناختی، ۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر). اطلاعات گردآوری شده با نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول ۱: طرح واره درمانی (Young et al., 2003)

جلسه اول: آشنایی اعضای یک گروه با یکدیگر و معرفی و بیان قوانین حاکم بر جلسات.
هدف: ایجاد روحیه خودشناسی و خودباوری، و برقراری درگیری عاطفی ایمن بین درمانگر و اعضای گروه
جلسه دوم: شناخت حالات خلقی، فیزیولوژیکی و هیجانات و ارائه منطق درمان، ارائه توضیحاتی در مورد طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مفهوم سازی از مشکل آزمودنی‌ها.

اهداف:

۱- توانایی آزمودنی‌ها در شناسایی حالات خلقی

۲- توانایی آزمودنی‌ها در شناسایی حالات فیزیولوژیک بدن

۳- توانایی آزمودنی‌ها در شناسایی هیجانات (براساس پرسشنامه‌ی طرحواره یانگ).

جلسه سوم: درک مسائل و بررسی پنج حوزه نیازهای اساسی روانشناختی بر مبنای مدل یانگ (۲۰۰۳)

دلبستگی ایمن (نیاز به امنیت، ثبات، محبت و پذیرش، خودگردانی و کفایت، آزادی در بیان نیازها و هیجانات سالم، خودانگیختگی و تفریح، محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویش‌داری، توضیح: ارضای ناکافی این نیازها در کودکی، پایه‌گذار طرحواره‌های ناسازگار اولیه است.

اهداف:

۱- هدایت آزمودنی‌ها در درک مسائل خود و ارتباط آن با نیازهای اساسی برآورده نشده

۲- تشخیص ارتباط میان فکر، رفتار، واکنش‌های جسمانی و حالات هیجانی

جلسه چهارم: تمرکز بر زمان حال و رفتار خود با تاکید بر تکنیک‌های تجربی (مانند تصویرسازی ذهنی) و تمرینات ذهن آگاهی برای حساسیت‌زدایی منظم

هدف:

۱- توجه و تاکید بر زمان حال و رفتار کنونی.

۲- استفاده از تکنیک‌های تصویرسازی و ذهن آگاهی برای کاهش اضطراب و تنظیم هیجانات ناشی از چالش‌های اجتماعی

جلسه پنجم: شناخت اهداف و ارزشها و باورهای شخصی و بازسازی شناختی طرحواره‌های ناسازگار

هدف: شناخت اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت و بررسی نظام ارزشی از طریق تشخیص موقعیت، افکار و باورهای ناسازگار، جداسازی موقعیت از افکار، شناسایی افکار خودآیند و شواهد مرتبط، ایجاد تفکر جایگزین یا متعادل (بازسازی شناختی).

جلسه ششم: آموزش تکنیک کاهش و مقابله با طرحواره‌های ناسازگار

هدف:

۱- متعهد شدن هریک از اعضا به انجام مراحل عملی به شیوه‌ای مسوولانه در جهت افزایش شادی و نشاط

۲- تشخیص نشانه‌های یاس و ناامیدی و کسب برخی مهارت‌ها در رویارویی با موقعیت‌های یاس آور.

جلسه هفتم: مسولیت‌پذیری در قبال نتایج باورهای غلط پیشین از طریق آموزش‌های جلسات قبل و کسب هویت موفق جدید

هدف: شناخت عمیق‌تر نیازهای اساسی و مسولیت‌پذیری در قبال رفتار و باورها

جلسه هشتم: جمع‌بندی نظام‌مند پروتکل: مرور دستاوردها، تثبیت مهارت‌ها، بحث درباره طرحواره‌های اصلی و سبک‌های مقابله‌ای تعدیل‌یافته، و ارائه راهبرد برای پیشگیری از عود.

هدف: خلاصه‌سازی فرآیند درمان، تثبیت یادگیری‌ها و برنامه‌ریزی برای تداوم نتایج پس از پایان جلسات

جدول ۲: درمان بین فردی (O'Shea et al., 2015)

جلسه اول و دوم آشنایی و برقراری ارتباط میان اعضای گروه با یکدیگر و همچنین با درمانگر، مرور علائم اختلال اضطراب اجتماعی، تبیین اختلال در چارچوب ابعادی زیست روانی اجتماعی و تعریف علائم افراد به عنوان بخشی از یک اختلال شناخته شده

جلسه سوم و چهارم ارزیابی روابط بین فردی گذشته و حال، برقراری ارتباط میان اضطراب اجتماعی و روابط شرکت‌کنندگان، فرمول‌بندی حیطه بین فردی و تعیین حیطه ناایمنی نقش و یک هدف بین فردی کاملاً اختصاصی به عنوان یک هدف اختصاصی

جلسه پنجم و ششم تحلیل تعاملات و ارتباطات افراد، تسهیل ابراز واکنش‌های هیجانی نسبت به آنچه که در درون و بیرون از گروه تجربه می‌کند، آمادگی برای تغییر الگوهای بین فردی و ارتباطی، آمادگی برای انتقال نقش و پردازش آن از طریق فرایندی انتظارات منفی، آماده کردن شرکت‌کنندگان برای آن رویداد به وسیله در نظر گرفتن گزینه‌های راهبرد بین فردی و رسیدگی به تجربه‌ها مراجع بعد از آن رویداد.

جلسه هفتم و هشتم کار روی موضوع‌های بین فردی انفعال، عدم قطعیت، ابراز خشم و ترس از مخالفت، افزایش مهارت‌های بین فردی مثل ابراز احساسات، تحریک جرأت‌مندی و خود مختاری، بررسی پیشرفت درمان و آماده سازی برای خاتمه گروه و اجرای پس آزمون.

درمان فراشناخت

جدول ۳: خلاصه برنامه آموزش تکنیک‌های فراشناختی (Wells, 2011)

جلسه	هدف
اول	فراخوانی فراشناخت‌ها، نیمرخ سازی فراشناخت و توضیح منطق درمان برای مراجع
دوم	استفاده از تکنیک رهایی از ذهن مشغول
سوم	آموزش تکنیک به تعویق انداختن
چهارم	بازبینی پیشرفت مراجع
پنجم	تکنیک آموزش توجه و تکنیک تغییر تمرکز موقعیتی توجه
ششم	اصلاح فرا باورهای مثبت و منفی به کمک تکنیک پرسش و پاسخ با خود
هفتم	خود گویی کلامی مثبت
هشتم	پایش پیشرفت، بهبودی و جلوگیری از عود

یافته‌ها

در این بخش با استفاده از داده‌های حاصل از توزیع پرسشنامه‌های تحقیق در دو بخش تحلیل‌های توصیفی و تحلیلهای استنباطی (تحلیل کواریانس یک متغیره و چند متغیره و آزمون‌های پس مقایسه‌ای) به بررسی فرضیات تحقیق پرداخته شده است.

نتایج تحلیل توصیفی نشان داد دامنه سنی شرکت کنندگان بین ۱۹ تا ۲۵ و میانگین سن آنها ۲۱/۲۸ سال بود. تعداد ۲۹ نفر (معادل ۴۸/۳ درصد) شرکت کنندگان پسر و ۳۱ نفر (معادل ۵۱/۷ درصد) آن‌ها زن بودند.

جدول شماره ۴ شاخص‌های توصیفی - نمرات پیش آزمون و پس آزمون شرم درونی شده (کمرویی و عزت نفس) را نشان می‌دهد.

جدول ۴: شاخص‌های توصیفی - نمرات پیش آزمون و پس آزمون شرم درونی شده
(کمرویی و عزت نفس)

متغیر	نوع آزمون	گروه کنترل		گروه طرحواره		گروه فراشناخت		گروه درمان بین فردی	
		انحراف میانگین	انحراف استاندارد	انحراف میانگین	انحراف استاندارد	انحراف میانگین	انحراف استاندارد	انحراف میانگین	انحراف استاندارد
کمرویی	پیش آزمون	51.067	12.618	48.000	12.242	50.600	12.240	50.267	12.572
	پس آزمون	51.000	12.259	45.600	12.977	48.000	12.036	47.467	12.432
عزت نفس	پیش آزمون	13.600	3.418	12.333	3.063	14.333	3.478	13.467	3.681
	پس آزمون	13.933	3.411	14.000	3.273	15.867	3.681	14.667	3.677

در جدول شماره ۴، شاخص‌های توصیفی، کمرویی و عزت نفس در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل آمده است. بر اساس این شاخص‌ها، در مرحله پس آزمون، میانگین کمرویی گروه طرحواره درمانی به اندازه ۲/۴۰ نمره کاهش، در گروه فراشناخت به اندازه ۲/۶۰ کاهش و در گروه درمان بین فردی نیز به اندازه ۲/۸۰ کاهش داشته است. ولی در مقایسه با آنها میانگین گروه کنترل، به اندازه ۰/۰۷ نمره کاهش یافته است. در مورد عزت نفس میانگین پس آزمون گروه طرحواره درمانی به اندازه ۱/۶۶ نمره افزایش، در گروه فراشناخت به اندازه ۱/۵۳ افزایش و در گروه درمان بین فردی نیز به اندازه ۱/۲۰ افزایش داشته است. ولی در مقایسه با آنها میانگین گروه کنترل، به اندازه ۰/۳۳ نمره افزایش یافته است.

روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی و طرح مورد استفاده در آن، طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود؛ بنابراین برای آزمون فرضیه‌ها از تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد. ابتدا و قبل از اجرای آزمون، پیش شرط‌های استفاده از آزمون‌های پارامتریک بررسی شد. بدین صورت که ابتدا پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها در گروه‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک بررسی گردید.

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که سطوح معنی داری به دست آمده در مورد متغیر پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد؛ بنابراین پیش فرض برقرار است و اجرای آزمون‌های پارامتریک بلامانع می‌باشد. در گام بعدی پیش شرط تساوی واریانسها با استفاده از آزمون لون بررسی شد. نتایج آزمون لون نشان می‌دهد که در مورد تمام متغیرهای پژوهش بجز پاسخ‌های منحرف کننده حواس و ابراز هیجان مثبت در گروه درمان فراشناختی و اجتناب تجربه‌ای در گروه درمان بین فردی سطح معنی داری به دست آمده بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین پیش شرط همگنی واریانسها برقرار است ($P > 0.05$). در مورد متغیرهای پاسخ‌های منحرف کننده حواس و ابراز هیجان مثبت در گروه درمان فراشناختی و اجتناب تجربه‌ای در گروه درمان بین فردی از آنجایی که داده‌ها نرمال هستند و افراد به تصادف در گروه‌ها قرار داده شده‌اند و نیز حجم گروه‌ها برابر هستند، می‌توان از کنار آن گذشت.

برای مقایسه طرحواره درمانی، درمان بین فردی (IPT) و درمان فراشناخت بر شرم درونی شده دانشجویان دارای علائم اضطراب اجتماعی، ابتدا خلاصه تحلیل کواریانس چند متغیره تفاوت سه روش طرحواره درمانی، درمان فراشناخت و درمان بین فردی (IPT) بر شرم درونی شده (کمرویی و عزت نفس) ارائه شده است.

جدول ۵: خلاصه تحلیل کواریانس چند متغیره تفاوت سه گروه آزمایش و کنترل در شرم درونی شده (کمرویی و عزت نفس) در پس آزمون

شرم درونی شده	روش‌های درمانی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات ای سهمی
کمرویی	طرحواره درمانی	25.497	11.603	.002	.309
	درمان فراشناخت	49.308	20.702	.000	.443
	درمان بین فردی	55.303	18.555	.000	.416
عزت نفس	طرحواره درمانی	11.514	11.266	.002	.302
	درمان فراشناخت	11.056	8.259	.008	.241
	درمان بین فردی	5.478	4.905	.036	.159

نتایج درج شده در جدول (۵) نشان می‌دهد که هر سه شیوه درمانی بر کاهش کمرویی و افزایش عزت نفس تأثیر معناداری دارد. برای آزمون معنی داری تفاوت بین تأثیرات سه شیوه درمانی از آزمون پس مقایسه‌ای بنفرنی استفاده شد.

جدول ۶: آزمون بنفرنی مقایسه دو به دو گروه‌ها در پس آزمون شرم درنی شده (کمرویی و عزت نفس)

گروه (I)	گروه (J)	تفاوت بین میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
کمرویی	طرحواره	2.260*	.618	.003
	کنترل	2.569*	.594	.000
	بین فردی	2.724*	.591	.000
	کنترل	-2.260*	.618	.003
	طرحواره	.309	.637	1.000
	بین فردی	.464	.610	1.000
	فرانشناخت	-2.569*	.594	.000
	طرحواره	-.309	.637	1.000
	بین فردی	.155	.597	1.000
عزت نفس	کنترل	-2.724*	.591	.000
	بین فردی	-.464	.610	1.000
	فرانشناخت	-.155	.597	1.000
	طرحواره	-1.203*	.427	.041
	کنترل	-1.240*	.410	.023
	بین فردی	-.845	.409	.260
	کنترل	1.203*	.427	.041
	طرحواره	-.038	.440	1.000
	بین فردی	.357	.422	1.000
فرانشناخت	کنترل	1.240*	.410	.023
	طرحواره	.038	.440	1.000
	بین فردی	.395	.412	1.000

کنترل	.845	.409	.260
بین فردی	طرحواره	-.357	.422
فراشناخت	1.000	-.395	.412

نتایج آزمون تعقیبی بنفرتی نشان داد که تفاوت سه روش طرحواره درمانی، درمان فراشناخت و درمان بین فردی (IPT) در میزان اثر بخشی‌ها در درمان کمروبی و عزت نفس معنی دار نیست ($P\text{-value} > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که میزان اثربخشی طرحواره درمانی، درمان بین فردی (IPT) و درمان فراشناخت در کاهش نشانه‌های مربوط به شرم درونی شده در دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی، تفاوت معنی داری ندارد. آزمون تعقیبی بنفرتی نیز تأیید کرد که هیچکدام از این روش‌ها در مقایسه با یکدیگر بر میزان اثرگذاری در درمان شرم درونی تفاوت قابل توجهی ندارند ($p\text{-value} < 0/05$). این یافته‌ها با نتایج تحقیقات پیشین همسو است؛ به عنوان نمونه، تحقیقات دی پیترو و همکاران (Di Pietro, et al., 2024) و مارکونی و همکاران (Marconi et al., 2023) نشان داده‌اند که تکنیک‌های تجربی، رابطه درمانی و مداخلات روانشناختی مبتنی بر درمان‌های بین فردی و فراشناختی در بهبود سلامت روان و ارتقای درک فرد از خود و دیگران مؤثر هستند. نتایج این پژوهش، یافته‌های پیشین را که بر اثربخشی جداگانه هر یک از این درمان‌ها صحه می‌گذارند، بسط می‌دهد و نشان می‌دهد که علی‌رغم گذر از مسیرهای نظری و تکنیکی متمایز، نقطه پایانی مشترکی در تعدیل این هیجان پایدار و آسیب‌زا قابل دستیابی است.

از منظر تبیینی، هر رویکرد با مکانیسمی اختصاصی اما همگرا به کاهش شرم می‌پردازد. طرحواره درمانی، با اتکا به چارچوب یانگ، به شناسایی و بازسازی الگوهای شناختی-هیجانی عمیق و ناسازگاری می‌پردازد که ریشه در تجارب تحولی داشته و هسته باورهای مرتبط با نقص و شرم را تشکیل می‌دهند. درمان بین فردی، با تمرکز بر الگوهای ارتباطی ناکارآمد زمان حال، به بهبود مهارت‌های اجتماعی و کاهش احساس انزواء و طرد می‌انجامد که از عوامل کلیدی تشدید و تداوم شرم هستند. درمان فراشناخت نیز با تغییر فرآیندهای فراشناختی ناکارآمد (مانند نشخوار فکری و توجه متمرکز بر تهدید)، رابطه فرد با افکار و احساسات شرم‌آور را دگرگون ساخته و راه را برای تنظیم هیجانی سازگارانه‌تر هموار می‌کند. این

همگرایی در پیامد، می‌تواند مؤید وجود «عوامل مشترک درمانی» قدرتمندی همچون ارائه چارچوب تبیینی منسجم، ایجاد رابطه درمانی حامیانه و القای امیدواری باشد که در هر سه مداخله حاضر بوده‌اند. نوآوری و اهمیت کاربردی مطالعه حاضر، نه در احراز اثربخشی که در ارائه یک مقایسه مستقیم کنترل‌شده بین سه مداخله پرکاربرد در یک جمعیت خاص (دانشجویان ایرانی) و بر یک نشانه کلیدی اما کمتر مطالعه‌شده (شرم درونی شده) است. این یافته پاسخی عملی به یک معضل بالینی رایج در عرصه‌های خدمات روانشناختی با محدودیت منابع (مانند مراکز مشاوره دانشگاهی) ارائه می‌دهد: با فرض اثربخشی معادل، معیار انتخاب درمان می‌تواند از «برترین روش» به سمت «مناسب‌ترین روش» تغییر کند. این انعطاف، انتخاب آگاهانه بر اساس ترجیح مراجع، همخوانی مشکل با فرمول‌بندی یک مدل، صلاحیت درمانگر و محدودیت‌های بافتی را ممکن می‌سازد و گامی در جهت شخصی‌سازی و افزایش دسترسی به مداخلات مؤثر است.

با این حال، تفسیر نتایج باید با در نظر گرفتن محدودیت‌های مطالعه صورت گیرد. خودگزارشی بودن داده‌ها، فقدان مرحله پیگیری برای بررسی ماندگاری اثرات، و محدود بودن نمونه به دانشجویان یک مرکز، از جمله این موارد است. مهم‌ترین محدودیت، فشردگی پروتکل طرحواره‌درمانی به یک قالب ۸ جلسه‌ای گروهی بود که با ذات بلندمدت و یکپارچه این رویکرد در تضاد نسبی است. این اقتباس، اجرای کامل مؤلفه‌های تجربی و رابطه‌درمانی عمیق (مانند بازوالدینی) را محدود کرد و احتمالاً شکل ارائه‌شده از طرحواره‌درمانی در این مطالعه را عمدتاً بر بعد شناختی-رفتاری آن متمرکز ساخت. بنابراین، یافته عدم تفاوت را باید با این قید تفسیر کرد که شکل فشردگی و تعدیل‌یافته‌ای از طرحواره‌درمانی نیز در شرایط عملی خاص می‌تواند به نتیجه‌ای مشابه با درمان‌های کوتاه‌مدت‌تر برسد.

پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با گنجانیدن ارزیابی‌های پیگیری بلندمدت، استفاده از روش‌های چندگانه سنجش (مصاحبه بالینی، گزارش درمانگر) و به کارگیری پروتکل‌های استاندارد کوتاه‌مدت‌شده (مانند طرحواره‌درمانی متمرکز بر مُد) این مقایسه را تکرار کنند. همچنین، پژوهش‌های کیفی برای کاوش تجربه ذهنی فرآیند تغییر، و مطالعاتی با هدف شناسایی متغیرهای تعدیل‌گر (مانند شدت علائم یا سبک دلبستگی) می‌تواند به روشن‌تر شدن نشان‌دادن «مسیر بهینه درمان برای هر فرد» بینجامد. در جمع‌بندی نهایی، این مطالعه نشان می‌دهد که گزینه‌های درمانی معتبر متعددی برای مقابله با شرم درونی شده در اضطراب اجتماعی وجود دارد و با حرکت به سمت پارادایم انتخاب آگاهانه و مبتنی بر شواهد، می‌توان کارآیی خدمات سلامت روان را در محیط‌های واقعی ارتقا بخشید.

References

- Arjmand, H. (2021). The nature of schema therapy and types of schema therapy. Paper presented at the 1st Conference on Psychology, Social Sciences and Humanities, Tehran. <https://civilica.com/doc/1171218>
- Di Pietro, E., Valentino, V., & Dimaggio, G. (2024). (Experiential techniques and therapeutic relationship in metacognitive interpersonal therapy: A contribution to the unified protocol. *Journal of Psychotherapy Integration*, 34(3), 329. doi:<https://doi.org/10.1037/int0000344>
- Eres, R., Lim, M. H., Lanham, S., Jillard, C., & Bates, G. (2021). Loneliness and emotion regulation: Implications of having social anxiety disorder. *Australian Journal of Psychology*, 73(1), 46–56. doi:<https://doi.org/10.1080/00049530.2021.1904498>
- Ferber, K. A., Chen, J., Tan, N., Sahib, A., Hannaford, T., & Zhang, B. (2024). Perfectionism and social anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*. doi:<https://doi.org/10.1037/cps0000201>
- Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, D., González-Fernández, S., & Pérez-Álvarez, M. (2018). Activation vs. experiential avoidance as a transdiagnostic condition of emotional distress: An empirical study. *Frontiers in psychology*, 9, 1618. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01618>
- Ferreira, C., Moura-Ramos, M., Matos, M., & Galhardo, A. (2022). A new measure to assess external and internal shame: Development, factor structure and psychometric properties of the external and internal shame scale. *Current Psychology*, 41(4), 1892–1901. doi:<https://doi.org/10.1007/s12144-020-00709-0>
- Gaziel-Guttman, M., Anaki, D., & Mashal, N. (2023). Social anxiety and shame among young adults with autism spectrum disorder compared to typical adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(6), 2490–2498. doi:<https://doi.org/10.1007/s10803-022-05526-x>
- Ginat-Frolich, R., Gilboa-Schechtman, E., Huppert, J. D., Aderka, I. M., Alden, L. E., Bar-Haim, Y., . . . Heimberg, R. G. (2024). Vulnerabilities in social anxiety: Integrating intra-and interpersonal perspectives. *Clinical Psychology Review*, 109, 102415. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102415>
- Hankin, B. L., Demers, C. H., Hennessey, E.-M. P., Perzow, S. E., Curran, M. C., Gallop, R. J., . . . Davis, E. P. (2023). Effect of brief interpersonal therapy on depression during pregnancy: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 80(6), 539–547. doi:<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.0702>
- Imanifar, M. (2021). Schema Therapy (Non-Positive Beliefs): The polar landscape.
- khodabandehlu, n., fathiagdam, g., babakhani, v & ., alijani, f. (2021). Comparison of the Effectiveness of "Metacognitive Therapy" and "Emotion-Focused Therapy" on Ruminant Response High School Male Students. *Journal of Health Promotion Management*, 10(6), 141–150. Retrieved from <http://jhpm.ir/article-1-13-۴۷fa.html>
- Laldinpuii, B., Bhattacharjee, R., Dutta, R., & Bordoloi, S. (2024). Impact of social anxiety on the life style of students. *Journal for ReAttach Therapy and Developmental Diversities*, 7(6), 22–27. doi:<https://doi.org/10.53555/jrtdd.v7i6.2882>
- Leahy, R. L. (2019). Introduction: Emotional Schemas and Emotional Schema Therapy. *J Cogn Ther*(12), 1–4. doi:<https://doi.org/10.1007/s41811-018-0038-5>

- Lemma, A., Hepworth, M., Fonagy, P., Luyten, P., & Abrahams, D. (2024). *Brief dynamic interpersonal therapy*: Oxford University Press.
- Marconi, E., Monti, L., Fredda, G., Kotzalidis, G. D., Janiri, D., Zani, V., . . . Moriconi, F. (2023). Outpatient care for adolescents' and young adults' mental health: promoting self-and others' understanding through a metacognitive interpersonal therapy-informed psychological intervention. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1221158. doi:10.3389/fpsyt.2023.1221158
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., Gilbert, P., Duarte, C., & Figueiredo, C. (2015). The Other As Shamer Scale-2: Development and validation of a short version of a measure of external shame. *Personality and individual differences*, 74, 6–11. doi:10.1016/j.paid.2014.09.037
- Nan, Y., Qin, J., Li, Z., Kim, N. G., Kim, S. S. Y., & Miller, L. C. (2024). Is social media use related to social anxiety? A meta-analysis. *Mass Communication and Society*, 27(3), 441–474. doi:https://doi.org/10.1080/15205436.2024.2321533
- Norouzi, M., Michaeli Manee, F., & Issazadegan, A. (2016). THE PREVALENCE OF SELF-REPORTED SOCIAL ANXIETY DISORDER ON IRANIAN STUDENTS. *Studies in Medical Sciences*, 27(2), 155–166. Retrieved from <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-3381-fa.html>
- O'Shea, G., Spence, S. H., & Donovan, C. L. (2015). Group versus individual interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43(1), 1–19. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S1352465814000216
- Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 579–597. doi:10.1111/bjc.12324
- Penney, E. S., & Norton, A. R. (2022). A novel application of the schema therapy mode model for social anxiety disorder: A naturalistic case study. *Clinical Case Studies*, 21(1), 34–47. doi:https://doi.org/10.1177/15346501211027866
- Philipp, R., Kriston, L., Kühne, F., Härter, M., & Meister, R. (2020). Concepts of metacognition in the treatment of patients with mental disorders. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 38(2), 173–183. doi:https://doi.org/10.1007/s10942-019-00333-3
- Rahmani, M., & Rezaei, M. (2022). Determining the effectiveness of metacognitive therapy on students' anxiety. Paper presented at the 9th International Conference on Humanities, Social Sciences and Lifestyle. <https://civilica.com/doc/1491029>
- Rajabi, G., & Abasi, G. a. (2012). Investigating the relationship between self-criticism, social anxiety, and fear of failure with shyness in students. *clinical psychology and counseling research*, 1(2), 171–182. doi:10.22067/ijap.v1i2.9837
- Ran, G., Li, J., Zhang, Q., & Niu, X. (2022). The association between social anxiety and mobile phone addiction: A three-level meta-analysis. *Computers in Human Behavior*, 130, 107198. doi:https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107198
- Sahour, A., Mirzaian, B., & Heydari, S. (2024). Comparing the Effect of “Schema Therapy” and “Mindfulness-Based Cognitive Therapy” on Rumination Response and Worry in Infertile Women. *Journal of Health Promotion Management*, 13(4), 40–54. doi:10.22034/jhpm.13.4.40

- Swee, M. B., Hudson, C. C., & Heimberg, R. G. (2021). Examining the relationship between shame and social anxiety disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 90, 102088. doi:10.1016/j.cpr.2021.10۲۰۸۸
- Vahid Savabi Niri, R. K. (2022). Comparison of Defens Mechanisms ,Dysfunction Emotion Regulation and Intolerance of Uncertainty in Students with Symptoms of Compulsive Hoarding and Social Anxiety. *Journal of School Counseling*, 2(1), 1–19. . doi:10.22/۰۹۸jsc.2022.1684
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*: Guilford press.
- Wu, W., Huang, L., & Yang, F. (2024). Social anxiety and problematic social media use: A systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 153, 1۰۷۹۹۵ . doi:10.1016/j.addbeh.2024.107995
- Zhang, K., Hu, X., Ma, L., Xie, Q., Wang, Z., Fan, C., & Li, X. (2023). The efficacy of schema therapy for personality disorders: a systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(7), 641–650 . doi:https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2228304
- Zhou, X., Teng, T., Zhang, Y., Del Giovane, C., Furukawa, T. A., Weisz, J. R., . . . Xiang, Y. (2020). Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 581–601. doi:10.1016/S2215-0366(20)30137-1.
- Lian, A. E. Z., Chooi, W. T., & Bono, S. A. (2024). The development and the effectiveness of schema therapy on Malaysian female young adults who experienced continuous trauma and post-traumatic stress disorder. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 8(3), 100427. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100427
- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive behaviour therapy*, 47(4), 328-349. https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1410566
- Joshua, P. R., Lewis, V., Kelty, S. F., & Boer, D. P. (2025). Applications of schema therapy in young people: a systematic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1-23. https://doi.org/10.1080/16506073.2025.2522375



Comparison of the Effectiveness of Group Compassion Therapy and Group Narrative Therapy on the Psychological Capital of the Elderly

Abbas Keshavarz

Phd Student of Health Psychology, Department of Psychology, UAE.C., Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates, Email: keshavarz.a7@yahoo.com

Hamid Nejat

Associate Professor, Department of Family and Counseling, Ma.C., Islamic Azad University, Mashhad, Iran. (Corresponding Author), Email: dr.nejat54@iau.ac.ir

Ali Akbar Samari

Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Kash.C, Islamic Azad University, Kashmar, Iran. Email: alisamari_47@iau.ir

Received: 2025-10-10	Revised: 2025-12-10	Accepted: 2026-06-27	Published: 2026-07-14
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------------

Citation: Keshavarz, A., Nejat, H. & Samari, A. (2026). Comparison of the Effectiveness of Group Compassion Therapy and Group Narrative Therapy on the Psychological Capital of the Elderly. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 16(1), 99-120. doi: 10.22067/tpccp.2026.95099.1819
--

Extended Abstract

Introduction

The global aging trend has revealed an increasing need for effective psychological interventions to promote mental health. By 2060, the proportion of the world's older adults is projected to increase from 12% to 22% (Mathieu et al., 2024), and one in five older adults is expected to have a mental disorder (Tampi et al., 2022). This issue has also gained special importance in Iran as it enters the demographic aging phase (Zanjari et al., 2024). Concurrently, psychological capital, comprising hope, self-efficacy, flexibility, and optimism, has been demonstrated to play a pivotal role in enhancing well-being and resilience (Avey et al., 2011; Luthans & Broad, 2025). Two approaches have been demonstrated to be effective in improving this capital: compassion therapy, which involves reducing self-criticism and increasing emotional regulation (Petrocchi et al., 2024), and narrative therapy, which involves reconstructing life stories and strengthening components of hope and self-efficacy (Chan, 2023). The objective of the present study was to compare the effectiveness of these two group therapies on the amount of psychological capital of the older adults and to evaluate the sustainability of their effects during a two-month follow-up period.

Method

The present study was a quantitative and quasi-experimental study with a pre-test, post-test, and follow-up design. The statistical population of this study included retired education workers in Mashhad (65 to 80 years old). Among them, using purposive sampling, 45 participants (21 men and 24 women) were identified and randomly assigned to three groups of 15 (compassion therapy, narrative therapy, and control). The interventions administered to the experimental groups consisted of eight 90-minute sessions for each protocol (Gilbert, 2009; White, 2007). The dependent variable, psychological capital, was measured using the Psychological Capital Questionnaire (PCQ), Luthans et al. (2007), in three stages.

Findings

The statistical analysis of the results indicated a significant effect of the time factor on the dependent variable (i.e., psychological capital) ($P < 0.001$, $F = 49.47$). This finding substantiates the hypothesis that, in general, the interventions engendered alterations in psychological capital scores, such that the measurement stages elucidated nearly 53% of the variance in the scores. Pairwise Bonferroni analyses revealed the status of the groups separately. The control group did not show a significant difference in scores during the three time stages, indicating the natural stability of the variable in the absence of intervention. In contrast, the compassion therapy and narrative therapy groups exhibited a statistically significant discrepancy in scores between the pre-test (T1), post-test (T2), and follow-up stage (T3) ($P < 0.001$). The most salient finding with respect to effect stability was the absence of a significant difference between post-test (T2) and follow-up (T3) scores in both experimental groups ($p_{\text{Compassion Therapy}} = 0.062$, $p_{\text{Narrative Therapy}} = 0.052$), indicating appropriate stability and persistence of the positive effects of the treatments over a two-month period. Despite the demonstrated stability in both groups, the effect size for the compassion therapy group (84%) was estimated to be marginally higher than that of the narrative therapy group (81%), suggesting the relative superiority of compassion therapy in enhancing the psychological resources of the older adults.

Discussion

This study, by providing substantial empirical evidence, has definitively proven the essential role of both narrative therapy and compassion therapy interventions in promoting all components of psychological capital in the older adult population. The findings of this study demonstrate a complete alignment with previous research, particularly the positive effect of narrative therapy on promoting key variables such as "vitality" and "self-efficacy." This finding is in full agreement with the results reported by Esgoi et al. (2024). The validity of this study is reinforced by the corroboration of the findings reported by Chen (2023). Chen clearly demonstrated the superiority of narrative therapy over cognitive-behavioral therapy in enhancing the indicators of "hope" and "optimism." Additionally, narrative therapy was found to be more effective in strengthening "self-efficacy" and "resilience." The present study corroborates this hierarchy by enriching this comparison. These results align with the supportive findings of previous studies, including those by Bani Safar and Ahi (2023), Najibi Far (2022), Fazeli (2022), Hosseini Mehr et al. (2021), and Changizi and Panah Ali (2016). These studies have emphasized the positive impact of these approaches on psychological capital. The scientific rationale for this efficacy is rooted in each treatment's internal mechanism. Narrative therapy, by focusing on "reconstructing life narratives" and using techniques such as "externalizing the problem," provides the basis for strengthening the "sense of personal agency." By accentuating "unique outcomes" and past achievements, this process challenges deep-rooted dysfunctional beliefs and directly enhances the individual's level of "hope" and "optimism." Conversely, compassion therapy emphasizes emotional regulation. This therapeutic modality, predicated on the notion of "self-compassion," enables older adults to embrace their shortcomings and failures within a "non-judgmental" paradigm. The therapeutic effect of this approach is a reduction in "anger" and an augmentation in "emotional self-awareness." This internal acceptance serves as a foundational element for enhancing "resilience" in the face of the challenges encountered in daily life, exhibiting a direct link to the enhancement of "self-efficacy."

Given the confirmation of the effectiveness of both methods and the understanding of their different mechanisms, the main proposal focuses on the design and distribution of "comprehensive educational booklets." These booklets not only explain the effect of the treatment (theoretical development), but also provide practical exercises for both methods. These exercises allow caregivers and the old adults to take effective steps in the continuous promotion of their psychological capital without the need for the constant presence of a psychotherapist.

Keywords: Compassion-Focused Therapy; Narrative Therapy; Group Therapy; Psychological Capital; Older Adults.

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

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

دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی



مقایسه تأثیر شفقت درمانی گروهی و روایت درمانی گروهی بر سرمایه روان شناختی سالمندان

عباس کشاورز

دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.

keshavarz.a7@yahoo.com

حمید نجات

دانشیار، گروه علمی مشاوره و خانواده، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)، dr.nejat54@iau.ac.ir

علی اکبر ثمری

استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد کاشمر، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشمر، ایران. alisamari_47@iau.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۱۸	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۹/۱۹	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۰۶	تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۴/۲۳
استناد: کشاورز، عباس؛ نجات، حمید؛ ثمری، علی اکبر. (۱۴۰۵). مقایسه تأثیر شفقت درمانی گروهی و روایت درمانی گروهی بر سرمایه روان شناختی سالمندان. <i>پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره</i> ، ۱۶(۱)، ۹۹-۱۲۰. doi: 10.22067/tpccp.2026.95099.1819			

چکیده

هدف: سالمندی به‌عنوان پدیده‌ای جهانی، یکی از چالش‌های اصلی اجتماعی و رفاهی کشورهای در حال توسعه محسوب می‌شود. نوآوری این پژوهش در مقایسه اثربخشی مستقیم دو رویکرد درمانی نسبتاً نوین، یعنی شفقت‌درمانی گروهی و روایت‌درمانی گروهی، بر میزان سرمایه روان شناختی سالمندان است.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بازنشستگان آموزش و پرورش شهرستان مشهد بود که ۴۵ نفر از آن‌ها با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. گروه‌های آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله قرار گرفتند. برای سنجش متغیر وابسته از پرسشنامه سرمایه روان شناختی لوتانز استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر دوطرفه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، هر دو مداخله شفقت‌درمانی و روایت‌درمانی، تغییرات معناداری در متغیر وابسته در مراحل اندازه‌گیری ایجاد کرده‌اند و تفاوت معناداری بین نمرات پیش‌آزمون و مراحل بعدی مشاهده شد ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که گروه شفقت‌درمانی گروهی، تغییرات معناداری بالاتری در سرمایه روان شناختی نسبت به روایت‌درمانی ایجاد کرد. کاربرد عملی یافته‌ها در این است که این مداخلات نوین (به‌ویژه شفقت‌درمانی) می‌توانند مستقیماً در برنامه‌های روان‌درمانی محلی و سیاست‌گذاری‌های رفاهی سالمندی برای ارتقاء سرمایه روان شناختی و تاب‌آوری آن‌ها بکار

گرفته شوند. بنابراین، این دو روش درمانی نوین را می‌توان به‌عنوان مبنایی برای طراحی و اجرای طرح‌های مداخله‌ای با هدف تقویت سالمندی مثبت و ارتقای جنبه‌های مثبت رفتاری در سالمندان به کار برد.

واژه‌های کلیدی: شفقت درمانی؛ روایت درمانی؛ درمان گروهی؛ سرمایه روان‌شناختی؛ سالمندان

مقدمه

روند جهانی شدن جمعیت سالمند، یکی از مهم‌ترین تحولات جمعیتی قرن حاضر است. این تحول نه تنها ساختارهای اقتصادی و اجتماعی جوامع را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه نیاز به توجه ویژه‌ای به ابعاد روان‌شناختی و بهزیستی این قشر را ضروری می‌سازد. سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زند که در چهار دهه آینده، نسبت سالمندان جهان تقریباً دو برابر شده و از ۱۲ درصد به ۲۲ درصد خواهد رسید (Mathieu et al., 2024). این افزایش چشمگیر جمعیتی، چالش‌های متعددی را به ویژه در حوزه سلامت روان همراه دارد. سازمان بهداشت جهانی همچنین گزارش می‌دهد که از هر پنج سالمند، یک نفر با اختلال سلامت روان قابل تشخیص روبرو است (Tampi et al., 2022). این آمار هشدار جدی در خصوص نیاز به مداخلات پیشگیرانه و درمانی کارآمد در این دوره حساس از زندگی است.

این روند شتاب یافته در ایران نیز به وضوح مشاهده می‌شود و پیش‌بینی می‌شود کشور از دهه ۱۴۲۰ شمسی وارد فاز سالخوردگی جمعیتی شود (Zanjari et al., 2024). ورود به این فاز، نیازمند برنامه‌ریزی‌های جامع ملی در حوزه‌های مختلف، به ویژه سلامت و روان‌شناسی است. با وجود چالش‌های جسمانی و روانی مرتبط با سالمندی، از جمله انزوای اجتماعی، از دست دادن نقش‌ها و کاهش قدرت کنترل، درمان‌های غیروارویی به دلیل ارجحیت‌های ایمنی، کاهش عوارض جانبی و پایداری اثرات مثبت، اهمیت ویژه‌ای پیدا کرده‌اند (Beck et al., 2021). در این میان، فعالیت‌های اجتماعی معنادار و مشارکت اجتماعی به عنوان عوامل کلیدی در بهبود سلامت روان، افزایش رضایت از زندگی و ارتقای کلی کیفیت زندگی سالمندان شناخته می‌شوند (Organization, 2024).

یکی از سازه‌های اصلی در روان‌شناسی مثبت که بر ارتقای بهزیستی، عملکرد موفق و ظرفیت‌های فردی تمرکز دارد، سرمایه روان‌شناختی^۱ است. این سازه فراتر از صرف غیاب بیماری، به پتانسیل‌های رشد فرد در مواجهه با محیط می‌پردازد. سرمایه روان‌شناختی به عنوان یک "ساختار مرتبه دوم" تعریف می‌شود که از تجمیع چهار حالت روان‌شناختی حالت مانند اما نسبتاً پایدار در سطح فردی ناشی می‌شود (Avey et al., 2011). این چهار عنصر حیاتی عبارتند از:

امید^۲: داشتن اراده و مسیریابی برای دستیابی به اهداف آتی.

خودکارآمدی^۳: اعتماد به توانایی فرد برای بسیج منابع لازم جهت اجرای موفقیت‌آمیز وظایف

1 Psychological Capital - PsyCap

2 Hope

3 Self- Efficacy

خاص.

انعطاف پذیری^۱: توانایی بازگشت سریع به وضعیت مطلوب پس از مواجهه با سختی ها و ناملايمات. خوش بینی^۲: داشتن نگرش مثبت نسبت به موفقیت های فعلی و آتی.

برخلاف رویکردهای سنتی که بر آسیب شناسی روانی متمرکز بودند، سرمایه روان شناختی کمک می کند تا افراد زندگی پربارتر، معنادارتر و سازگارانه تری داشته باشند (Luthans & Broad, 2025). تحقیقات نشان داده اند که این چهار عنصر به صورت هم افزا عمل کرده و توسعه سرمایه روان شناختی از طریق مداخلات هدفمند در محیط های مختلف سازمانی و بالینی امکان پذیر است (Reichard et al., 2024). در دوران سالمندی، که با کاهش منابع حمایتی و افزایش ریسک پذیری مواجه است، تقویت این سرمایه، حیاتی ترین نقش را در حفظ سلامت روان ایفا می کند. مطالعات متعددی تأکید کرده اند که توسعه سرمایه روان شناختی در مواجهه با استرس ها و چالش های زندگی، از جمله چالش های دوران سالمندی، به عنوان یک سپر دفاعی عمل می کند و منجر به افزایش رضایت مندی شغلی (در سالمندان شاغل) و رضایت از زندگی عمومی می شود (Loghman et al., 2023).

گروه درمانی به عنوان یک روش درمانی مؤثر برای طیف گسترده ای از اختلالات عاطفی و رفتاری به طور وسیعی مورد استفاده قرار گرفته است (Lakin, 1977). در سال های اخیر، به دلیل افزایش توجه به رویکردهای مبتنی بر توانمندسازی و شفقت، دو رویکرد غیرپزشکی نوین، یعنی روایت درمانی و شفقت درمانی توجه محققان را به طور فزاینده ای به خود جلب کرده اند.

شفقت درمانی: شفقت درمانی، یک رویکرد تکاملی یکپارچه است که بر اساس درک عمیق از نحوه عملکرد ذهن انسان و رنج های ناشی از آن بنا شده است. این رویکرد بر انگیزه اجتماعی بنیادین برای کاهش رنج در خود و دیگران تأکید دارد (Reichard et al., 2024). شفقت درمانی به ویژه در ارتقای تنظیم هیجانی و کاهش خودانتقادی مؤثر است و تأثیرات مثبتی بر بهزیستی کلی دارد (Petrocchi et al., 2024).

روایت درمانی: روایت درمانی یک رویکرد پسا ساختارگرا است که بر قدرت داستان سرایی فردی تأکید دارد. این درمان با تمرکز بر شناسایی، بازسازی و به کارگیری عناصر حیاتی تجربیات فردی در طول عمر، به افراد کمک می کند تا چالش های زندگی را در چارچوبی معنادارتر مدیریت کنند و روایات

¹ Resilience

² Optimism

غالب و محدودکننده خود را تغییر دهند (Reichard et al., 2024). این رویکرد به خصوص در سالمندی که بازنگری در زندگی^۱ اهمیت می‌یابد، بسیار کارآمد است (Kim et al., 2023). شواهد پیشینی ارتباط مثبتی بین این رویکردهای درمانی و سازه سرمایه روان‌شناختی نشان داده‌اند. به طور خاص، درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد (که شباهت‌هایی با شفقت درمانی دارند) توانسته‌اند سرمایه روان‌شناختی را افزایش دهند (Fazeli Kebria et al., 2018). همچنین، برخی مطالعات تأثیر درمان شفقت‌محور را در افزایش این سازه در سالمندان نشان داده‌اند (Mohammadi et al., 2022). علاوه بر این، روایت درمانی بر مؤلفه‌هایی مانند امیدواری تأثیر مثبت داشته است (Chan, 2023) که امید یکی از اجزای اصلی سرمایه روان‌شناختی است (Luthans et al., 2007). همچنین، توانمندسازی فردی و افزایش توانایی‌هایش، که در نتیجه بازنویسی روایت‌ها حاصل می‌شود، می‌تواند خودکارآمدی را تقویت کند (Nguyen et al., 2024).

شکاف پژوهشی اصلی در این حوزه، کمبود مطالعات تجربی مقایسه‌ای است که اثربخشی مستقیم این دو رویکرد درمانی نوین (شفقت درمانی گروهی در مقابل روایت درمانی گروهی) را به طور همزمان بر سازه سرمایه روان‌شناختی در جامعه خاص سالمندان ایرانی مورد سنجش قرار داده باشد. در حالی که مطالعات مجزایی به بررسی هر یک از این درمان‌ها بر ابعاد روان‌شناختی پرداخته‌اند، هیچ مطالعه‌ای به مقایسه کارایی نسبی آنها در ارتقاء مجموعه‌ای از چهار مؤلفه سرمایه روان‌شناختی در سالمندان ایران نپرداخته است. این مطالعه در پی پر کردن این شکاف است و به بررسی این موضوع می‌پردازد که شفقت درمانی گروهی و روایت درمانی گروهی، چه تأثیری بر سرمایه روان‌شناختی سالمندان دارد و کدام یک کارایی بالاتری در این جمعیت خاص نشان می‌دهد. هدف نهایی، شناسایی مؤثرترین درمان غیردارویی مبتنی بر گروه برای تقویت ظرفیت‌های روانی سالمندان در مواجهه با چالش‌های پیری است.

روش

پژوهش حاضر از نظر طرح، یک مطالعه کمی و از نظر روش اجرا، نیمه‌آزمایشی با گروه کنترل و مؤلفه‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. این طراحی به محقق اجازه می‌دهد تا اثربخشی مداخلات روان‌شناختی را بر متغیر وابسته مورد نظر، در طول زمان و در مقایسه با گروه کنترل، ارزیابی نماید. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیهٔ بازنشستگان آموزش و پرورش شهرستان مشهد در محدوده سنی ۶۵ تا ۸۰ سال بود که در فصل پاییز ۱۴۰۲ به کانون بازنشستگان مراجعه کرده بودند. برای انتخاب

نمونه، از روش نمونه‌گیری هدفمند^۱ استفاده شد تا اطمینان حاصل شود که شرکت‌کنندگان دارای ویژگی‌های اصلی مورد نیاز پژوهش هستند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: عضویت فعال در کانون بازنشستگان آموزش و پرورش مشهد، قرارگیری در دامنه سنی ۶۵ تا ۸۰ سال، کسب نمرات پایین در مقیاس سرمایه روان‌شناختی (به‌منظور سنجش نیاز به مداخله)، امکان حضور منظم در جلسات درمانی. ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از یک جلسه و عدم پایبندی به انجام تکالیف محوله بود. پس از غربالگری، ۴۵ نفر از سالمندان واجد شرایط (۲۱ مرد و ۲۴ زن) شناسایی شدند. این شرکت‌کنندگان سپس به شکل تصادفی^۲ به سه گروه تخصیص داده شدند: گروه آزمایش شفقت درمانی، گروه آزمایش روایت درمانی و گروه کنترل (هر گروه شامل ۱۵ نفر، با توزیع تقریباً برابر جنسیتی). جلسات درمانی به صورت گروهی و در مجموع ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد؛ ۸ جلسه به اجرای پروتکل شفقت درمانی و ۸ جلسه به اجرای پروتکل روایت درمانی اختصاص یافت. پس از اتمام دوره مداخله، آزمون‌های پس‌آزمون اجرا شدند. علاوه بر این، به‌منظور ارزیابی پایداری اثرات درمان، آزمون‌ها پس از گذشت دو ماه در مرحله پیگیری نیز اجرا شدند. نوآوری این پژوهش در مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی شفقت درمانی و روایت درمانی به‌طور همزمان بر سرمایه روان‌شناختی در جمعیت سالمندان شهر مشهد نهفته است که تاکنون مورد توجه قرار نگرفته است.

ابزار: مقیاس سرمایه روان‌شناختی

متغیر وابسته این پژوهش، سرمایه روان‌شناختی است که به عنوان یک وضعیت رشد روانی مثبت قابل توسعه در فرد تعریف می‌شود (Luthans et al., 2007). این سازه از چهار مؤلفه اصلی تشکیل شده است که به صورت سرواژه عبارت انگلیسی آن‌ها (Hope, Efficacy, Resilience, Optimism - HERO) مشخص می‌شوند: امیدواری^۳، خودکارآمدی^۴، تاب‌آوری^۵ و خوش‌بینی^۶.

مقیاس استاندارد این سازه توسط لوتانز و همکاران (Luthans et al., 2007)، تدوین شده است. این پرسشنامه ۲۴ گویه‌ای است که هر مؤلفه دارای ۶ گویه می‌باشد. نمره‌گذاری گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت شش درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» (۱) تا «کاملاً موافقم» (۶) است. گویه‌های ۱ تا ۶ به ترتیب به سنجش

1 Purposive Sampling

2 Random Assignment

3 Hope

4 Efficacy

5 Resilience

6 Optimism

خودکارآمدی، ۷ تا ۱۲ امیدواری، ۱۳ تا ۱۸ تاب‌آوری، و ۱۹ تا ۲۴ خوش‌بینی اختصاص دارند. نمره کل سرمایه روان‌شناختی، مجموع نمرات چهار مؤلفه است. روایی صوری و محتوای این مقیاس در مطالعات متعددی تأیید شده است. برای سنجش پایایی ابزار، ضرایب آلفای کرونباخ گزارش شده‌اند. محسن‌آبادی و همکاران (Mohsenabadi et al., 2021)، پایایی کل مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و با روش بازآزمایی پس از ۴ هفته ۰/۸۰ گزارش نموده‌اند که حاکی از اعتبار مطلوب ابزار است. در پژوهش حاضر، به‌منظور سنجش پایایی آزمون-بازآزمایی با فاصله زمانی دو ماهه، ضرایب زیر به دست آمد: کل مقیاس ۰/۸۹۲، امیدواری ۰/۸۷۶، خودکارآمدی ۰/۸۸، تاب‌آوری ۰/۸۸۲ و خوش‌بینی ۰/۸۷۷. این ضرایب نشان‌دهنده ثبات و همسانی درونی بسیار مناسب ابزار برای جامعه مورد مطالعه است. سونگ و همکاران (Song et al., 2024) نیز پایایی کلی را ۰/۶۷ و برای مؤلفه‌ها به ترتیب ۰/۶۱ (امیدواری)، ۰/۵۴ (خودکارآمدی)، ۰/۶۸ (تاب‌آوری) و ۰/۵۵ (خوش‌بینی) گزارش کرده‌اند.

ساختار جلسات درمانی

جدول ۱. پروتکل درمان گروهی بر اساس روایت درمانی، (White, 2007)

جلسه	شرح فعالیت
۱	توضیح و تشریح جلسات، ساختار کلی جلسات و تعیین چارچوب‌ها و قوانین اصلی گروه، شناخت کلی اعضا گروه، اجرای پیش‌آزمون: سرمایه روان‌شناختی، توصیف ساده‌ای از داستان‌های زندگی و اصول روایت درمانی
۲	شروع برون‌سازی، بررسی و توجه به داستان‌های غالب، جایگاه و تأثیر داستان‌های غالب، امور متفاوت زندگی فرد، شخصی‌سازی داستان مملو از مشکل، اکتشاف استعاره خود (چگونگی ساخت داستان‌ها)
۳	توجه و دستیابی به اصول حاکم بر داستان‌گویی افراد- تشویق افراد به بیان داستان‌های خود، بررسی استعاره‌های فردی، دیدن داستان از منظر دیگران
۴	تأثیر تفکر و زبان، ادبیات گفتگو تازه درباره داستان، نام‌گذاری مشکل، نگاه کردن به مشکل (کاهش قدرت مشکل)، بحث گروهی در مورد نگرش‌های متفاوت نسبت به مشکل
۵	بحث گروهی، چالش بین اعضا، تعیین عواطف مثبت و منفی در مشکل، بررسی چالش‌های اساسی زندگی، تکلیف منزل (تغییر ادبیات با مشکلات)
۶	خلاصه جلسه قبل، بررسی تکلیف خانگی بازسازی داستان، بررسی پیامدهای جدید، تغییر بحران، ادامه چالش‌های گروه برای پویایی داستان‌سازی
۷	بررسی داستان جدید، تکیه بر نقاط قوت، تحلیل جایگاه داستان و روایت جدید، اثر آن بر زندگی حال و آینده
۸	بحث گروهی، نظرسنجی درباره تغییرات، بررسی شواهد تغییر، اجرای پس‌آزمون.

جدول ۲. پروتکل درمان گروهی بر اساس شفقت درمانی، (Gilbert, 2009)

جلسه	شرح فعالیت
۱	آشنایی اعضای گروه، اجرای پیش آزمون، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی شفقت درمانی.
۲	آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستمهای مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال می کنند.
۳	آشنایی با خیوصیات افراد دارای شفقت، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند، پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خودتخریبگرانه و شرم، آموزش همدردی.
۴	مرور جلسه قبل و تمرینات، خودشناسی در مورد شفقت داشتن یا نداشتن، شناسایی و کاربرد تمرین های پرورش و تربیت ذهن مشفقانه(همدلی و هم دردی با خود و دیگران) آموزش بخشایش
۵	تمرین جلسه قبل، تمرین های پرورش ذهن مشفقانه مانند بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش بردباری و صبر
۶	تمرین ایجاد تصاویر با شفقت، آموزش سبک ها و روش های ابراز شفقت (شفقت کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته) و نحوه بکارگیری این روش ها در زندگی روزمره برای خانواده و دوستان
۷	آموزش نوشتن نامه های مشفقانه برای خود و دیگران، روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن شرایط
۸	جمع بندی، مرور جلسات قبل، پرسش و پاسخ برای رفع سوال ها، ارایه راهکار برای حفظ و بکارگیری این روش درمانی، اجرای پس آزمون

یافته ها

برای آزمون نرمال بودن داده های پژوهش از آزمون شاپیرو-ویلک^۱ استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که داده های پژوهش از نظر نرمال بودن، معیارهای آزمون شاپیرو-ویلک را رد می کند. بنابراین، داده های پژوهش از نظر نرمال بودن، معیارهای آزمون شاپیرو-ویلک را رد می کند. بنابراین، داده های پژوهش از نظر نرمال بودن، معیارهای آزمون شاپیرو-ویلک را رد می کند.

برای آزمون نرمال بودن داده های پژوهش از آزمون شاپیرو-ویلک^۱ استفاده شد.

جدول ۳. آزمون شاپیرو-ویلک برای نرمال بودن متغیرهای تحقیق به تفکیک گروه ها

مقیاس	خرده مقیاس	کنترل		شفقت درمانی		روایت درمانی	
		آماره	معناداری	آماره	معناداری	آماره	معناداری

1 Shapiro-Wilk Test

امیدواری	۰/۱۵۷	۰/۹۱۴	۰/۵۵۱	۰/۹۵۲	۰/۰۷۷	۰/۸۹۴
خودکارآمدی	۰/۲۹۳	۰/۹۳۲	۰/۱۸۶	۰/۹۱۹	۰/۸۲۴	۰/۹۶۸
تاب‌آوری	۰/۱۴۰	۰/۹۱۱	۰/۱۷۳	۰/۹۱۷	۰/۴۷۹	۰/۹۴۷
خوش‌بینی	۰/۰۹۱	۰/۸۹۹	۰/۶۸۰	۰/۹۵۹	۰/۹۰۴	۰/۹۷۳

سطح معناداری بدست آمده ابعاد سرمایه روان‌شناختی در هر سه گروه از ۰/۰۵ بزرگتر می‌باشد ($p > ۰/۰۵$)، بنابراین فرض صفر تأیید شده و داده‌های تحقیق نرمال است یعنی توزیع نمونه و توزیع جامعه هم‌قوارگی دارند و برای آزمون متغیرهای تحقیق می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد. تحلیل واریانس مکرر یک‌بارگی از شیوه‌های بررسی مقایسه میانگین‌های همبسته است که دارای هر تعداد متغیر مستقل باشند ولی کمتر از ۲ مورد نباشد. برای انجام تحلیل واریانس دوطرفه و بالاتر سه فرض وجود دارد که باید قبل از شروع تحلیل بررسی شوند. ۱. به صورت تصادفی برای شرایط درمانی طراحی شوند، برای تحقق این فرض در مطالعه پیش‌رو از هم‌تاب بودن میانگین‌های گروه در خط پایه (پیش‌آزمون) استفاده شد. ۲. توزیع متغیر وابسته نرمال باشد که این فرض نیز با انجام آزمون شاپیرو-ویلک صورت پذیرفت. ۳. سومین فرض همگن بودن واریانس است که برای بررسی این مفروضه از آزمون لوین از طریق تحلیل واریانس استفاده شد.

جدول ۴. آزمون t مستقل برای بررسی تفاوت عضویت گروهی در متغیرهای تحقیق در مرحله پیش‌آزمون

F	انحراف استاندارد	مقدار t	سطح معناداری
۰/۴۵۱	۱/۴۴۸	۰/۰۴۶	۰/۹۶۴
	۱/۴۴۸	۰/۰۴۶	۰/۹۶۴

جدول ۴. نشان داد میانگین نمرات در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود ندارد ($p > ۰/۰۵$). بنابراین گروه‌ها در مرحله پیش‌تست با یکدیگر همسان می‌باشند. و فرض شرایط درمانی به صورت تصادفی طراحی شده باشند، برای انجام تحلیل واریانس دوطرفه و درجه بالاتر محقق می‌باشد.

جدول ۵. آزمون لوین برای برابری واریانس‌ها

متغیرها	آماره لوین	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
سرمایه روان‌شناختی پس‌تست	۲/۴۹۶	۲	۴۲	۰/۰۹۵

برای آزمون همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. با توجه به سطح معناداری ($p > ۰/۰۵$)، فرض تساوی واریانس‌ها برقرار، و بین گروه‌ها تفاوت معناداری نیست. و پیش‌فرض‌ها رعایت شده و

داده های پژوهش قابلیت ورود به تحلیل واریانس با اندازه های مکرر را دارا می باشند.

جدول ۶. اطلاعات توصیفی سرمایه روان شناختی به تفکیک گروه و مرحله

کنترل			شفقت درمانی			روایت درمانی		
$\bar{X}$	S	SD	$\bar{X}$	S	SD	$\bar{X}$	S	SD
۳۲/۸۷	۳۲/۷۳	۳۲/۶	۳۲/۲	۵۶/۶	۵۵/۴۷	۳۲/۸	۵۱	۴۹/۹۳
۳/۷۸	۳/۴۳	۳/۱۱	۳/۶۵	۱۱/۲۸	۱۰/۳۹	۴/۱۴	۹/۲۹	۸/۲۹
۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵

جدول ۶، تعداد، انحراف معیار و میانگین گروه کنترل با دو گروه درمانی را نشان می دهد. در هر

گروه، تفاوت در میانگین به چشم می خورد ولی از آنجایی که واریانس ها متفاوت هستند، ممکن است تفاوت ها از لحاظ آماری معنی دار نباشند. اجرای آزمون تحلیل واریانس اندازه مکرر انجام شد.

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر.

اثر	نام آزمون	ارزش	F	df1	df2	sig	مربع اتای جزئی
گروه*عامل (کنترل)	پیلایی	۰/۰۲۱	۰/۱۴۱	۲	۱۳	۰/۸۷۰	۰/۰۲۱
	لامبدای ویلکز	۰/۹۷۹	۰/۱۴۱	۲	۱۳	۰/۸۷۰	۰/۰۲۱
	اثر هتلینگ	۰/۰۲۲	۰/۱۴۱	۲	۱۳	۰/۸۷۰	۰/۰۲۱
	بزرگترین ریشه روی	۰/۰۲۲	۰/۱۴۱	۲	۱۳	۰/۸۷۰	۰/۰۲۱
گروه*عامل (شفقت)	پیلایی	۰/۸۴	۳۴/۱۲۴	۲	۱۳	۰/۰۰۰	۰/۸۴
	لامبدای ویلکز	۰/۱۶	۳۴/۱۲۴	۲	۱۳	۰/۰۰۰	۰/۸۴
	اثر هتلینگ	۵/۲۵	۳۴/۱۲۴	۲	۱۳	۰/۰۰۰	۰/۸۴
	بزرگترین ریشه روی	۵/۲۵	۳۴/۱۲۴	۲	۱۳	۰/۰۰۰	۰/۸۴
گروه*عامل (روایت)	پیلایی	۰/۸۰۶	۲۶/۹۶	۲	۱۳	۰/۰۰۰	۰/۸۰۶
	لامبدای ویلکز	۰/۱۹۴	۲۶/۹۶	۲	۱۳	۰/۰۰۰	۰/۸۰۶
	اثر هتلینگ	۴/۱۴۸	۲۶/۹۶	۲	۱۳	۰/۰۰۰	۰/۸۰۶
	بزرگترین ریشه روی	۴/۱۴۸	۲۶/۹۶	۲	۱۳	۰/۰۰۰	۰/۸۰۶

جدول ۷، ارزش ها، مقدار F، خطای درجه آزادی، سطح معناداری و مربع اتا را نشان می دهد، در گروه

کنترل تفاوت میانگین ها معنادار نیست ($0/87 > 0/05$). ولی در دو گروه آزمایش مطابق ستون Sig

می توان، فرض برابری میانگین را رد کرد. زیرا مقدار Sig کوچکتر از حداقل احتمال خطای نوع اول ($0/05$) شده است. و همه آماره های آزمون در گروه آزمایش شفقت درمانی، با کنترل اثر پیش آزمون ها،

شامل: اثر پیلای^۱ (۰/۸۴)، لاندای ویلک^۲ (۰/۱۶)، اثر هوتلینگ^۳ (۵/۲۵) و بزرگترین ریشه روی^۴ (۵/۲۵) و در گروه آزمایش روایت درمانی با اثر پیلای (۰/۸۰۶)، لاندای ویلک (۰/۱۹۴)، اثر هوتلینگ (۴/۱۴۸) و بزرگترین ریشه روی (۴/۱۴۸) رای به رد برابری میانگین‌ها می‌دهد. و می‌توان ادعا کرد که در متغیر سرمایه‌شناختی بین دو گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین مربع اتا جزئی حامی از آن است که ۸۴ درصد و حدود ۸۱ درصد از تغییرات همزمان متغیر وابسته (سرمایه روان‌شناختی) به ترتیب مرتبط به گروه شفقت درمانی و روایت درمانی است.

جدول ۸. نتایج آزمون موچلی

مداخلات	موچلی	مجدور خی	df	معناداری	گرینهاوس-گیسر	هاین-فلت
کنترل	۰/۳۶۴	۱۳/۱۲۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱۱	۰/۶۳۹
آزمایش شفقت	۰/۰۶۱	۳۶/۳۰۴	۲	۰/۰۰۰	۰/۵۱۶	۰/۵۱۹
آزمایش روایت	۰/۰۶۵	۳۵/۵۸۲	۲	۰/۰۰۰	۰/۵۱۷	۰/۵۲۱

براساس آماره موچلی^۵ پیش فرض کرویت رد می‌شود. تخطی از پیش فرض کرویت موجب عدم دقیق بودن آماره F تحلیل واریانس می‌شود. جهت رفع مشکل و افزایش دقت آماره F درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرینهاوس-گیسر^۶ و هاین-فلت^۷ تصحیح می‌کنند. برای تصحیح، استیونس (Stevens, 1996) پیشنهاد می‌کند اگر مقدار اپسیلون^۸ بزرگتر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح هاین-فلت استفاده شود و اگر اپسیلون کوچکتر از ۰/۷۵ و یا اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرینهاوس-گیسر استفاده شود. مقدار اپسیلون برای شاخص گرینهاوس-گیسر (۰/۶۱، ۰/۵۱۶ و ۰/۵۱۷) و هاین-فلت (۰/۶۳۹، ۰/۵۱۹ و ۰/۵۲۱) به دست آمد.

جدول ۸. آزمون معناداری تفاوت میانگین‌ها با آماره گرینهاوس-گیسر

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	df	میانگین مجموع مجدورات	F	معناداری	مجدور اتا
مراحل	۵۶۹۹/۲۴	۱/۰۱۵	۵۶۱۳/۷۸	۴۹/۴۷	۰/۰۰۰	۰/۵۲۹
خطا	۱۶۱/۰۲۲	۵۰/۵۲	۳/۱۸۷			

1 Pillai's Trace

2 Wilks' Lambda

3 Hotelling's Trace

4 Roy's Largest Root

5 Mauchly's W

6 Greenhouse-Geisser

7 Huynh-Feldt

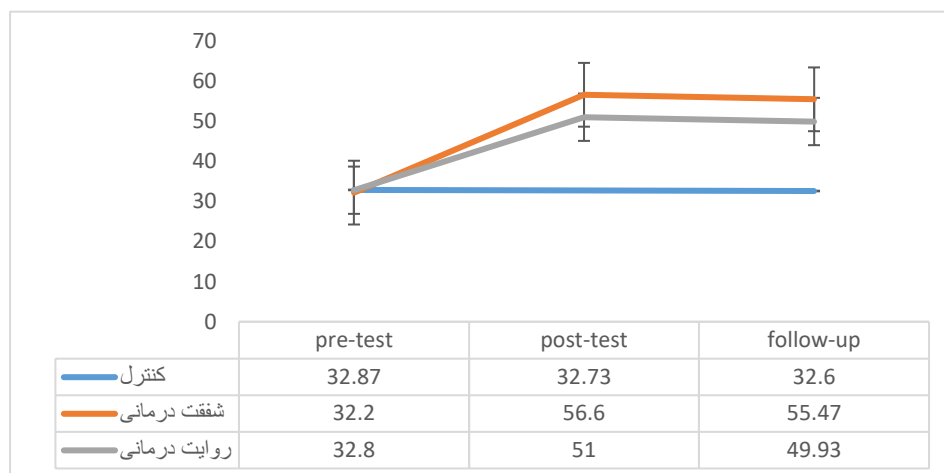
8 Epsilon

مقدار f محاسبه شده برای مراحل برابر با $۴۹/۴۷$ می باشد که در سطح $۰/۰۰۱$ معنادار است. بنابراین بین مراحل تفاوت وجود دارد. مجذور اتای محاسبه شده برای مراحل $۰/۵۲۹$ می باشد که نشان می دهد نزدیک ۵۳ درصد از تغییرات متغیر وابسته توسط مراحل اندازه گیری قابل تبیین است. جهت بررسی تفاوت گروه ها در مرحله پس آزمون و پیگیری، مقایسه زوجی با استفاده از آزمون بونفرونی انجام گرفت.

جدول ۹. آزمون بونفرونی برای مقایسه زوجی

گروه	I	J	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
کنترل	1	2	۰/۱۳۳	۰/۶۰۱	۱/۰۰۰
		3	۰/۲۶۷	۰/۶۷۲	۱/۰۰۰
		1	-۰/۱۳۳	۰/۶۰۱	۱/۰۰۰
	2	3	۰/۱۳۳	۰/۲۵۶	۱/۰۰۰
		1	-۰/۲۶۷	۰/۶۷۲	۱/۰۰۰
		2	-۰/۱۳۳	۰/۲۵۶	۱/۰۰۰
آزمایش شفقت درمانی	1	2	-۲۴/۴*	۲/۸۷۲	۰/۰۰۰
		3	-۲۳/۲۶۷*	۲/۷۱۴	۰/۰۰۰
		1	۲۴/۴*	۲/۸۷۲	۰/۰۰۰
	2	3	۱/۱۳۳	۰/۴۳۵	۰/۰۶۲
		1	۲۳/۲۶۷*	۲/۷۱۴	۰/۰۰۰
		2	-۱/۱۳۳	۰/۴۳۵	۰/۰۶۲
آزمایش روایت درمانی	1	2	-۱۸/۲*	۲/۴۳۴	۰/۰۰۰
		3	-۱۷/۱۳۳*	۲/۲۵۱	۰/۰۰۰
		1	۱۸/۲*	۲/۴۳۴	۰/۰۰۰
	2	3	۱/۰۶۷	۰/۳۹۶	۰/۰۵۲
		1	۱۷/۱۳۳*	۲/۲۵۱	۰/۰۰۰
		2	-۱/۰۶۷	۰/۳۹۶	۰/۰۵۲

جدول ۹، نتایج آزمون بونفرونی نشان داد، تفاوت میانگین ها در گروه کنترل معنادار نیست. در هر دو گروه شفقت درمانی و روایت درمانی در مرحله پس آزمون- پیگیری با توجه به $Sig= ۰/۰۶۲$ و $Sig= ۰/۰۵۲$ تفاوت معنادار نیست، و در دیگر مراحل تفاوت معنادار است ($p<۰/۰۵$).



نمودار ۱. روند تغییرات میانگین سرمایه روان‌شناختی به تفکیک مرحله سنجش و گروه

نمودار خطی ۱، تفاوت میانگین‌های سرمایه روان‌شناختی را در سه مرحله پیش‌تست، پس‌تست و پیگیری در گروه کنترل، شفقت درمانی و روایت درمانی نشان می‌دهد. همان‌گونه که در نمودار مشهود است در گروه کنترل میانگین‌های هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری ندارند که با یافته‌های جدول ۷. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نیز انطباق دارد. در گروه شفقت درمانی و روایت درمانی نیز با این که میانگین‌ها در پیش‌تست تا حدودی یکسان بودند ولی در پس‌تست و پیگیری رشد را نشان دادند که این افزایش در گروه شفقت درمانی بیشتر است.

نتیجه

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثر شفقت درمانی گروهی و روایت درمانی گروهی بر سرمایه روان‌شناختی سالمندان انجام شد. سرمایه روان‌شناختی، مجموعه‌ای از منابع مثبت فردی شامل امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی است که نقش حیاتی در سازگاری موفقیت‌آمیز با چالش‌های زندگی، به ویژه در دوره سالمندی، ایفا می‌کند. تحلیل نتایج حاصل از آزمون‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که هر دو نوع درمان، بر سرمایه روان‌شناختی تأثیر معنی‌داری دارند. این تأثیر به گونه‌ای است که میانگین نمرات سرمایه روان‌شناختی در هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون به طور قابل توجهی افزایش یافته است. با این تفاوت که اثربخشی شفقت درمانی نسبت به روایت درمانی بیشتر بود. به صورت مشخص، اندازه‌گیری اندازه اثر نشان داد که ۸۴٪ از واریانس تغییرات

در نمرات سرمایه روان شناختی در گروه شفقت درمانی و ۸۱٪ در گروه روایت درمانی با افزایش امیدواری، تاب آوری، خوش بینی و خودکارآمدی همراه بود. این تفاوت هرچند اندک، اما از نظر بالینی حائز اهمیت است و مسیرهای متفاوتی را برای مداخله در سالمندان پیشنهاد می دهد.

یافته های اصلی پژوهش حاکی از آن است که هر دو رویکرد درمانی توانسته اند فرایندهای شناختی - هیجانی زیربنایی را در سالمندان هدف قرار داده و باورهای ناکارآمد مرتبط با وقایع تلخ زندگی، ترس از آینده و دیدگاه های منفی نسبت به خویش را اصلاح کنند.

در چارچوب شفقت درمانی تمرکز بر توسعه ظرفیت دلسوزی نسبت به خود است. سالمندان اغلب با بار سنگینی از سرزنش، شرم و انتقاد از خود به دلیل شکست ها یا بیماری های جسمی مواجه هستند. شفقت درمانی از طریق مؤلفه های اصلی خود شامل: آگاهی از رنج، درک مشترک انسانیت و پاسخ دلسوزانه به خود، توانست این مکانیسم ها را فعال کند. مواجهه بدون قضاوت و پذیرش: سالمندان از طریق تمرین های مانیفست ها و مواجهه با هیجان های منفی (مانند ترس از تنهایی یا ناتوانی) بدون فیلتر قضاوت شدید، توانستند احساس ناکامی و انتقاد از خود را کاهش دهند (Mottaghinia, 2018). این امر مستقیماً به افزایش مؤلفه های مثبت سرمایه روان شناختی کمک کرد، زیرا کاهش خودانتقادی راه را برای خودکارآمدی بیشتر باز می کند. بازسازی دیدگاه دلسوزانه: رشد نگرش مشفقانه سبب افزایش حرمت نفس و انگیزه حل مسئله شد. هنگامی که فرد خود را سزاوار مهربانی می داند، تمایل بیشتری به مقابله فعالانه با چالش های سالمندی نشان می دهد. افزایش هوشیاری هیجانی و پیوند: تمرین های شفقت، احساس پیوند انسانی و معنا در زندگی را تقویت نمودند (کاهش احساس انزوای وجودی)، که به طور مستقیم با مؤلفه های امیدواری و خوش بینی مرتبط است. نتایج نشان داد که تأثیر شفقت درمانی در کاهش هیجانات بازدارنده قوی تر عمل کرده است. این قدرت بیشتر احتمالاً به دلیل هدف گیری مستقیم سازوکارهای تنظیم هیجان و ایجاد یک نظام انگیزشی جدید مبتنی بر مراقبت به جای تهدید است.

در روایت درمانی، تمرکز بر بازسازی و سازماندهی تجربیات زندگی است. سالمندان با بازگو کردن خاطرات و تجربیات گذشته خود در فضایی امن، شروع به جدا کردن هویت خود از مشکلات و روایت های غالب منفی کردند. بازسازی خودکارآمدی از طریق عاملیت: بازگو کردن تجربیات و ساخت روایت های تازه از زندگی موجب افزایش حس عاملیت شخصی^۱ و بازسازی خودکارآمدی گردید (Reichard et al., 2024).

سالمندان درمی یابند که صرفاً قربانی وقایع نبوده اند، بلکه کنشگرانی بوده اند که در طول زندگی انتخاب‌هایی داشته اند و می توانند آینده را نیز متفاوت روایت کنند. الگوبرداری و تعامل گروهی: سالمندان با شنیدن روایت‌های دیگر اعضای گروه، الگوهای مقابله‌ای جدیدی یافتند. این تعامل اجتماعی، به شکل گیری حس امید مشترک و تقویت تاب‌آوری ذهنی یاری رساند.

مقایسه با شفقت درمانی: با وجود کارایی روایت درمانی در بازسازی شناختی و معنایی، شفقت درمانی از آن جهت مؤثرتر بود که افزون بر بازسازی شناختی، مستقیماً هیجانات منفی عمیق و تضادهای درونی (مانند احساس گناه مزمن) را هدف قرار می دهد. این رویکرد هیجانی قوی تر سبب شد اثرات مثبت آن نه تنها در پس آزمون، بلکه در مراحل پیگیری نیز پایدارتر حفظ شود.

نتایج حاضر با یافته‌های مطالعات داخلی و جهانی در زمینه روان‌شناسی سالمندی و مداخلات مبتنی بر شواهد، همخوان است:

تأثیر روایت درمانی: پژوهش‌های متعددی، اثر مثبت روایت درمانی بر سرمایه روان‌شناختی، به ویژه افزایش تاب‌آوری و معنابخشی در سالمندان را تأیید کرده اند (Reichard et al., 2024).

تأثیر شفقت درمانی: مطالعاتی نظیر (Hosseinimehr et al., 2021)، تأثیر شفقت درمانی را بر مولفه‌های خاص سرمایه روان‌شناختی مانند خودکارآمدی و امید نشان داده اند.

همچنین، افزایش امید و شادکامی سالمندان در گروه‌های مبتنی بر بازسازی شناختی-اجتماعی (مانند روایت درمانی) نیز گزارش شده است (Changizi & Panahali, 2016).

اهمیت شفقت: مطالعات جدیدتر، ضمن تأکید بر نقش محوری شفقت در کاهش خودانتقادی و استیگما، بر همبستگی مستقیم آن با سلامت روان مثبت و مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی تأکید دارند (Siefy & Haroon Rashidi, 2024).

همسویی کلی نتایج بیانگر کارایی هر دو رویکرد در ارتقای سلامت روان جمعیت سالمندی است، اما تفاوت جزئی مشاهده شده، اهمیت تنظیم هیجان به شیوه‌های دلسوزانه (شفقت درمانی) را در تقویت ظرفیت‌های روان‌شناختی سالمندان برجسته می سازد.

جمع بندی تحلیلی:

سرمایه روان‌شناختی حاصل تعادل پویای میان ابعاد شناختی (باورها و خوش بینی)، هیجانی (تاب‌آوری و تحمل سختی) و معنایی (امید به آینده) در زندگی است. هر دو درمان با تمرکز بر ابعاد مختلف این ساختار سه گانه، در سالمندان نوعی بازآفرینی روانی ایجاد کردند که در آن معنا و امید دوباره شکل گرفته

است.

نقش مداخلات گروهی: ماهیت گروهی هر دو مداخله، عنصری حیاتی در موفقیت آنها بود. مشارکت فعال، حمایت اجتماعی غیرقضاوتی و مشاهده تجربیات زیسته مشترک، به تقویت تاب آوری و احساس توانمندی کمک شایانی نمود. گروه به مثابه یک کانون امن برای آزمون فرضیه های جدید درباره خویشتن عمل کرد.

مسیرهای متفاوت تقویت: از دیدگاه نظری، شفقت درمانی با تمرکز بر شناخت های هیجانی درونی و ایجاد ظرفیت خود-تنظیمی در مواجهه با درد، مسیر درون نگر و ترمیم کننده را طی کرد. در مقابل، روایت درمانی با تأکید بر ساخت های معنایی بین فردی (تأثیر روایت بر دیگران و درک متقابل)، مسیر برون نگر و معناساز را فراهم کرد. اگرچه هر دو مسیر مؤثر بودند، تفاوت اندک در سودمندی به این معناست که برای سالمندانی که بیش از همه با رنج مزمن و خودسرزنشگری دست و پنجه نرم می کنند، مداخله ای که مستقیماً به ترمیم رابطه فرد با درد خویش می پردازد (شفقت درمانی) ممکن است نتایج کمی پایدارتر و قوی تری ایجاد کند. البته، ترکیب تلفیقی این دو رویکرد، یعنی بازسازی داستان زندگی در چارچوب دلسوزی و پذیرش، می تواند در پژوهش های آینده مؤثرتر باشد.

هر پژوهشی، علیرغم دقت های انجام شده، دارای محدودیت هایی است که در تفسیر نتایج باید مد نظر قرار گیرند:

محدودیت نمونه: نمونه پژوهش محدود به بازنشستگان آموزش و پرورش شهر مشهد در بازه سنی ۶۵ تا ۸۰ سال بود. این ویژگی ها ممکن است امکان تعمیم نتایج به سایر گروه های سالمندی (مثلاً سالمندان با وضعیت اقتصادی-اجتماعی متفاوت یا ساکن آسایشگاه ها) را محدود کند.

تمرکز بر یک نقطه از طیف: پژوهش بر افرادی متمرکز بود که در ابتدای مطالعه دارای سرمایه روان شناختی پایین تری بودند؛ بنابراین، اثربخشی این مداخلات بر سالمندان با سرمایه روان شناختی بالاتر مورد بررسی قرار نگرفت.

ملاحظات خودگزارشی: داده های حاصل از پرسشنامه ها عمدتاً مبتنی بر خودگزارشی شرکت کنندگان بود که ممکن است تحت تأثیر سوگیری مطلوبیت اجتماعی^۱ قرار گرفته باشد.

با توجه به نتایج و محدودیت ها، پژوهش های آتی می توانند مسیرهای زیر را دنبال کنند:
رویکردهای تلفیقی: بررسی کارآیی ترکیب شفقت درمانی و روایت درمانی (مانند شفقت ورزی به

¹ Social Desirability Bias

داستان‌های گذشته زندگی) در مقایسه با هر یک از روش‌های مجزا. گروه‌های متفاوت: اجرای این مداخلات بر گروه‌های سالمند متنوع‌تر، به ویژه سالمندان ساکن مراکز مراقبتی یا سالمندان با شرایط سلامت جسمانی مزمن، برای سنجش میزان تعمیم‌پذیری نتایج. ارزیابی طولانی‌مدت: سنجش تأثیر طولانی‌مدت مداخلات با پیگیری‌های سه ماهه و شش ماهه پس از پایان درمان برای تعیین میزان ماندگاری اثرات مشاهده شده، به خصوص در گروه روایت درمانی که ممکن است نیاز به زمان بیشتری برای تثبیت روایت‌های جدید داشته باشد.

نتیجه‌گیری نهایی

نتایج این پژوهش به وضوح تأیید می‌کند که شفقت درمانی و روایت درمانی گروهی هر دو سازوکارهای کارآمدی برای افزایش سرمایه روان‌شناختی، امید و تاب‌آوری در سالمندان فراهم می‌آورند. با درک بهتر سازوکارهای هیجانی (شفقت) و شناختی-معنایی (روایت) این تغییرات، می‌توان مداخلات سلامت روان سالمندان را با دقت بیشتری طراحی کرد. پیشنهاد نهایی پژوهش، توسعه کتابچه‌های آموزشی مبتنی بر اصول عملیاتی درمان‌های مبتنی بر شفقت و روایت، متناسب با نیازهای شناختی و هیجانی دوران سالمندی، برای استفاده در مراکز مشاوره، کانون‌های بازنشستگی و مراکز خدمات اجتماعی است. این امر می‌تواند گامی مؤثر در ارتقای سلامت روان و اجتماعی دوران سالمندی بر اساس توانمندسازی منابع درونی افراد باشد.

از کلیه اساتید راهنما و مشاوران محترم و همچنین سالمندان بازنشسته آموزش و پرورش مشهد که با صبر و همکاری خود موجب تحقق این پژوهش شدند، عمیقاً قدردانی به عمل می‌آید. هیچگونه تعارض منافع میان نویسندگان وجود ندارد. این مطالعه برگرفته از رساله دکتری رشته روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات متحده عربی است (کد اخلاق: IR.IAU.SRB.REC.1403.035) و اجرا و گردآوری داده‌های آن بدون دریافت حمایت مالی از نهاد یا سازمان خاصی انجام شده است. رضایت آگاهانه تمامی شرکت‌کنندگان، مطابق با اصول اخلاق پژوهش، اخذ گردیده است.

References:

- Avey, J. B., Reichard, R. J., Luthans, F., & Mhatre, K. H. (2011). Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors, and performance. *Human resource development quarterly*, 22(2), 127-152.
- Beck, A. T., Finkel, M. R., & Beck, J. S. (2021). The theory of modes: Applications to schizophrenia and other psychological conditions. *Cognitive Therapy and Research*, 45, 391-400.
- Chan, G. H. (2023). Therapeutic comparison in psychological capital. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1114170.
- Fazeli Kebria, M., Hassanzadeh, R., Mirzaeian, B., & Khajevand Khosheli, A. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on psychological capital in cardiovascular patients in Babol. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 20(4), 68-73.
- Hosseinimehr, 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.
- Kim, E., Kim, S., & Rhee, J. (2023). A study on model of psychotherapy narration focused on mental well-being for stress management in the elderly. *Sustainability*, 15(3), 2656.
- Lakin, M. (1977). Group Interactions Among the Elderly and Group Therapy Interventions.
- Luthans, F. L., Avolio, B. J., & Avey, J. A. (2007). Psychological capital questionnaire.
- Mathieu, J., Robert, M.-È., Châtillon, C.-É., Descarreaux, M., & Marchand, A.-A. (2024). Appropriateness of specialized care referrals for LBP: a cross-sectional analysis. *Frontiers in Medicine*, 10, 1292481.
- Mohammadi, Z., Atashpour, S. H., & Golparvar, M. (2022). Differential effects of Existentialism Acceptance and Commitment Therapy and Compassion-Focused Therapy on psychological capital and self-compassion. *Positive Psychology Research*, 8(3), 99-120.
- Mohsenabadi, H., Fathi-Ashtiani, A., & Ahmadizadeh, M. J. (2021). Psychometric properties of the Persian Version of the Psychological Capital Questionnaire-24 (PCQ-24) in a military unit. *Journal of Military Medicine*, 23(9), 738-749.
- Mottaghinia, M. R. (2018). Self-efficacy: essence and the application in teacher preparation and development. *Theory and Practice in Teachers Education*, 4(5), 29-52.
- Nguyen, T. D., Cao, T. H., Nguyen, T. M., & Nguyen, T. T. (2024). Psychological capital: a literature review and research trends. *Asian Journal of Economics and Banking*, 8(3), 412-429.
- Organization, W. H. (2024). *World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. World Health Organization.
- Petrocchi, N., Ottaviani, C., Cheli, S., Matos, M., Baldi, B., Basran, J. K., & Gilbert, P. (2024). The impact of compassion-focused therapy on positive and negative mental health outcomes: Results of a series of meta-analyses. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 31(2), 230.
- Reichard, R. J., Smith, D. J., Avey, J. B., & Mhatre, K. H. (2024). A bibliometric study of positive psychological capital: investigating intellectual foundations through co-citation and content analyses. *Management Review Quarterly*, 1-31.

- Siefy, Z., & Haroon Rashidi, H. (2024). The Effectiveness of Compassion Therapy on Cognitive Fusion and Self-Criticism in Older Adults with Post-Traumatic Stress Disorder. *Aging Psychology*, 9(4), 361-375.
- Song, L., Zhou, Y., Zheng, J., Wang, Y., Li, H., & Feng, X. (2024). Psychological capital of Chinese employees: Investigating its measurement and latent profiles. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 18, 18344909241254497.
- Stevens, J. (1996). Applied multivariate statistics for the behavioral sciences.
- Zanjari, N., Kalantari Banadaki, S. Z., Sadeghi, R., & Delbari, A. (2024). A futures study of the challenges and drivers of population aging in Iran using the scenario analysis technique. *Iranian Journal of Ageing*, 19(2), 258-275.

The Effectiveness of Schema Therapy on Academic Self- Regulation, Academic Self- Handicapping, and Meta-Worry in Adolescent Female Students with Generalized Anxiety Disorder

Zahra Imanzadeh 

MA Student in Psychology, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran. Email: z.imanzadeh@iau.ir

Monireh Rezaee Moradali 

Assistant Professor, Department of Midwifery, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran. (Corresponding Author),
Email: m.rezaee1351@iau.ac.ir

Farnaz Farshbaf Manisefat

Assistant Professor, Department of Psychology, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran. Email:
f.farshbaf@iau.ac.ir

Received: 2025-09-18	Revised: 2025-12-04	Accepted: 2026-05-09	Published: 2026-07-14
Citation: Imanzadeh, Z., Rezaee Moradali, M. & Farshbaf Manisefat, F. (2026). The Effectiveness of Schema Therapy on Academic Self- Regulation, Academic Self- Handicapping, and Meta-Worry in Adolescent Female Students with Generalized Anxiety Disorder. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 16(1), 121-137. doi: 10.22067/tpccp.2026.95119.1820			

Extended Abstract

Introduction

Adolescence constitutes a critical developmental stage marked by pronounced biological, cognitive, emotional, and social transformations, rendering individuals particularly susceptible to psychological difficulties. Among the most prevalent disorders of this period is Generalized Anxiety Disorder (GAD), characterized by persistent and uncontrollable worry (Walkup et al., 2023). Such worry is typically accompanied by mental tension, cognitive fatigue, and impaired concentration, exerting a deleterious impact on adolescents' academic performance and educational adjustment (Strawn et al., 2023). A key construct in this context is academic self-regulation. Diminished academic self-regulation may precipitate a decline in academic achievement and an increase in the experience of educational failure (Roediger et al., 2018). Conversely, academic self-handicapping—a maladaptive cognitive-behavioral strategy—involves the conscious or unconscious creation or exaggeration of obstacles, enabling individuals to attribute potential failures to external factors and thereby safeguard self-esteem (Zimmerman, 2023). Furthermore, meta-worry (i.e., worry about worry), a central feature of the metacognitive model of anxiety, disrupts logical processing and academic focus, thereby perpetuating the cycle of worry (Geurten & Léonard, 2023). Accordingly, the present study sought to examine the effectiveness of schema therapy on academic self-regulation, academic self-handicapping, and meta-worry among adolescent female students with GAD.

Method

The present study employed a quasi-experimental, pretest-posttest design with a control group. The statistical population comprised all adolescent female students with GAD who were referred to psychological centers and clinics in Urmia during the 2024-25 academic year. From this population, 30 participants were purposefully selected based on the study inclusion and exclusion criteria and randomly assigned to an experimental group and a control group ($n = 15$ per group). The research instruments included the Academic Self-Regulation Questionnaire (Bouffard-Bouchard et al., 1991), the Academic Self-Handicapping Questionnaire (Schwinger et al., 2014), and the Meta-Worry Questionnaire (Wells & Davies, 1994). The experimental group received eight 90-minute group schema therapy sessions following the standard protocol (Young et al., 2006), whereas the control group was placed on a waiting list. Data were subjected to multivariate analysis of covariance (MANCOVA) using SPSS-26 software.

Findings

The findings revealed that the schema therapy intervention exerted a significant effect on the dependent variables. The mean academic self-regulation score in the experimental group increased from 39.57 at pretest to 53.09 at posttest, a change that was significant relative to the control group ($F = 44.41, p < .001, \eta^2 = .43$). Similarly, the mean academic self-handicapping score declined from 27.32 to 19.63, a decrease confirmed as significant by univariate analysis of covariance ($F = 36.38, p < .001, \eta^2 = .57$). In addition, the mean meta-worry score decreased from 18.25 to 16.43, which was also statistically significant ($F = 25.53, p < .001, \eta^2 = .48$). By contrast, these variables remained virtually unchanged in the control group. Collectively, these results indicate that schema therapy directly and effectively enhances academic self-regulation, reduces academic self-handicapping and meta-worry, and yields concurrent improvements in academic and emotional functioning.

Discussion

The present study demonstrated that schema therapy, through its emphasis on the reconstruction of dysfunctional cognitive and emotional schemas, can enhance academic self-regulation among adolescents with GAD. This effect can be attributed to the modification of maladaptive schemas such as failure, dependence, and defectiveness/shame; modification of these core beliefs amplifies perceived self-efficacy and academic responsibility. It appears that, through the alleviation of anxiety and the reconstruction of maladaptive cognitive structures, students assume a more active role in goal setting and academic engagement. Moreover, the reduction in academic self-handicapping indicates that, by attenuating mental rumination and dysfunctional beliefs, adolescents disengage from avoidant cycles and adopt a more agentic stance toward their performance—a result consistent with HabibiManesh et al. (2024) and Jafari Goloche et al. (2024). The observed decrease in academic self-handicapping constitutes a further noteworthy outcome, which may be construed within the framework of modifying maladaptive coping mindsets. Adolescents with anxiety frequently adopt mindsets such as avoidance, surrender, or numbing, which foster avoidant cycles and diminished academic responsibility. By identifying and attenuating the activation of these mindsets alongside the reconstruction of dysfunctional beliefs, schema therapy facilitates a departure from disabling patterns and the adoption of a more active academic role. This interpretation aligns with the findings of Jafari Goloche et al. (2024), who demonstrated that modifying core beliefs and mental rumination can reduce avoidant

behaviors. The reduction in meta-worry can likewise be understood through the lens of metacognitive theory; meta-worry is associated with intrusive thoughts and maladaptive cognitive loops. Schema therapy, by targeting schemas of vulnerability, insufficient self-control, and unrelenting standards, diminishes perceived threat and cultivates healthier coping strategies. Prior research (Stavropoulos et al., 2020; Moradpour & Bavi, 2025) has indicated that modifying maladaptive schemas alleviates anxiety symptoms and strengthens academic skills.

In sum, the present findings suggest that schema therapy may serve as an efficacious intervention within school and counseling settings to promote both mental health and academic performance among adolescents. Cognitive restructuring and the modification of maladaptive schemas play a pivotal role in fostering academic self-regulation and mitigating self-handicapping and meta-worry, thus representing a viable therapeutic approach within the Iranian cultural context.

Keywords: Generalized anxiety disorder; Academic self-regulation; Academic self-handicapping; Schema therapy; Meta-worry

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

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

دسترسی آزاد



مقاله پژوهشی

اثربخشی طرحواره درمانی بر خودگردانی تحصیلی، خودناتوان‌سازی تحصیلی و فرانگرانی در دانش‌آموزان دختر نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

زهرا ایمانزاده ^{ID}

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران. z.imanzadeh@iau.ir

منیره رضایی مرادعلی ^{ID}

استادیار، گروه مامایی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران. (نویسنده مسئول)، m.rezaee1351@iau.ac.ir

فرناز فرشباف مانی صفت

استادیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران. f.farshbaf@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۲۷	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۹/۱۳	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۱۹	تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۴/۲۳
استناد: ایمانزاده، زهرا؛ رضایی مرادعلی، منیره؛ فرشباف مانی صفت، فرناز. (۱۴۰۵). اثربخشی طرحواره درمانی بر خودگردانی تحصیلی، خودناتوان‌سازی تحصیلی و فرانگرانی در دانش‌آموزان دختر نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. <i>پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره</i>، ۱۶(۱)، ۱۳۷-۱۲۱. doi: 10.22067/tpccp.2026.95119.1820			

چکیده:

هدف: هدف این پژوهش تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودگردانی تحصیلی، خودناتوان‌سازی تحصیلی و فرانگرانی در دانش‌آموزان دختر نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان دختر نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر ارومیه در سه‌ماهه پایانی سال ۱۴۰۳ بود که به کلینیک‌های روان‌شناسی مراجعه کرده بودند. از میان آنان، ۳۰ نفر به‌صورت هدفمند انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گماشته شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه خودگردانی تحصیلی، پرسشنامه خودناتوان‌سازی تحصیلی و پرسشنامه فرانگرانی (Wells & Davies, 1994) بود. گروه آزمایش طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله طرحواره‌درمانی قرار گرفت و داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره و نرم‌افزار SPSS-26 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که طرحواره درمانی منجر به افزایش معنادار خودگردانی تحصیلی و کاهش خودناتوان سازی تحصیلی و فرانگرانی در گروه آزمایش شد.

نتیجه: نتایج نشان دهنده کارایی طرحواره درمانی در بهبود شاخص های تحصیلی و کاهش مشکلات هیجانی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است.

کلمات کلیدی: اختلال اضطراب فراگیر؛ خودگردانی تحصیلی؛ خودناتوان سازی تحصیلی؛ طرحواره درمانی؛ فرانگرانی

مقدمه

نوجوانی مرحله ای حساس از رشد انسان است که با تغییرات زیستی، شناختی، هیجانی و اجتماعی همراه بوده و افراد را در معرض مشکلات روان شناختی قرار می دهد. یکی از شایع ترین اختلالات این دوره، اختلال اضطراب فراگیر (GAD) است که با نگرانی های مداوم و کنترل ناپذیر مشخص می شود (Walkup, Shechner, & Strawn, 2023). این اختلال نه تنها سلامت روانی نوجوانان را تهدید می کند بلکه عملکرد تحصیلی آنان را نیز تحت تأثیر قرار داده و موجب افت انگیزه، کاهش تمرکز و ضعف در تنظیم هیجانات می شود (Strawn et al., 2023). شواهد نشان می دهد که فشارهای ناشی از تغییرات آموزشی و اجتماعی، به ویژه در دوره پاندمی کرونا، بروز اضطراب و افت تحصیلی نوجوانان را تشدید کرده است (Ariapooran & Khezeli, 2021). اضطراب مزمن با کاهش انگیزه، ضعف در مدیریت استرس و احتمال فرسودگی تحصیلی همراه بوده و می تواند کیفیت یادگیری را به شدت مختل کند (Ariapooran & Khezeli, 2021).

یکی از پیامدهای مهم GAD کاهش خودگردانی تحصیلی^۱ است؛ مفهومی که به توانایی برنامه ریزی، سازمان دهی و نظارت بر رفتار برای دستیابی به اهداف آموزشی اشاره دارد. اضطراب و نگرانی مداوم موجب افت تمرکز، اهمال کاری و اجتناب از تکالیف دشوار می شود و در نتیجه خودگردانی تحصیلی کاهش می یابد (Zimmerman & Labuhn, 2012). در چارچوب «طرحواره درمانی بافتاری» نیز تأکید می شود که طرحواره های مرتبط با آسیب پذیری، بی کفایتی و شکست می توانند کارکردهای اجرایی و خودتنظیمی را مختل کنند و در موقعیت های آموزشی به افت تمرکز، اجتناب از تکالیف دشوار و کاهش پشتکار منجر شوند (Roediger, Stevens, & Brockman, 2018). در نتیجه، اضطراب و نگرانی مداوم در نوجوانان مبتلا به GAD می تواند به طور

¹ Academic Self_Regulation

غیرمستقیم باعث تضعیف خودگردانی تحصیلی شود. همچنین، این اختلال می‌تواند به افزایش خودناتوان‌سازی تحصیلی^۲ منجر شود؛ راهبردی ناسازگار که طی آن فرد موانعی ایجاد می‌کند تا شکست را به عوامل بیرونی نسبت دهد. زیرا در شرایط اضطراب بالا، نگرانی از شکست و حساسیت نسبت به قضاوت دیگران افزایش می‌یابد و همین امر احتمال استفاده از راهبردهای خودناتوان‌سازی را بیشتر می‌کند. به‌تعمیق انداختن تکالیف یا مشارکت اندک در فعالیت‌های آموزشی نمونه‌های رایج آن هستند (Zimmerman, 2023).

همچنین، این اختلال می‌تواند به افزایش خودناتوان‌سازی تحصیلی منجر شود؛ راهبردی ناسازگار که طی آن فرد عمداً یا ناآگاهانه موانعی ایجاد می‌کند تا شکست‌های احتمالی را به عوامل بیرونی نسبت دهد. این الگو معمولاً ریشه در سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار دارد؛ به‌ویژه سبک‌هایی که با اجتناب، انفعال یا تسلیم‌رفتاری شناخته می‌شوند و در چارچوب طرحواره‌درمانی با عنوان ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار مطرح می‌شوند. برای مثال، فرد مبتلا به GAD ممکن است به‌دلیل ذهنیت اجتنابی یا شکست‌پذیر، تکالیف تحصیلی را به‌تعمیق بیندازد یا در فعالیت‌های آموزشی مشارکت حداقلی داشته باشد؛ رفتاری که به‌عنوان شکل بارز خودناتوان‌سازی تحصیلی شناخته می‌شود (Zimmerman, 2023).

افزون بر این، فرانگرانی^۳ یا نگرانی درباره نگرانی، که از ویژگی‌های محوری مدل فراشناختی اضطراب است، توانایی پردازش منطقی و تمرکز تحصیلی را مختل کرده و چرخه نگرانی را حفظ می‌کند (Geurten & Léonard, 2023). برای کاهش این مشکلات، طرحواره‌درمانی که توسط یانگ و همکاران (Young, Klosko, & Weishaar, 2006) معرفی شده، رویکردی یکپارچه در درمان اختلالات مزمن به شمار می‌رود (Young et al., 2006). این درمان با تلفیق مفاهیم شناختی‌رفتاری، گشتالت و نظریه دلبستگی، به شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌پردازد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این رویکرد می‌تواند اضطراب را کاهش داده، خودگردانی را تقویت کند و تمایل به راهبردهای خودناتوان‌ساز را کاهش دهد (Jafari Goloche, Yousefi, & Khajepoor, 2024).

افزون بر این، فرانگرانی یا نگرانی درباره نگرانی، که از ویژگی‌های محوری مدل فراشناختی اضطراب است، توانایی پردازش منطقی و تمرکز تحصیلی را مختل کرده و چرخه نگرانی را حفظ می‌کند (Geurten &

² Academic Self_Handicapping

³ Meta_Worry

(Léonard, 2023). این پدیده با ذهنیت‌های طرحواره‌ای ناسازگار مرتبط است، به‌ویژه با ذهنیت منتقد درونی یا والد ناکارآمد که در چارچوب طرحواره‌درمانی یانگ و همکاران (Young et al., 2006) مورد شناسایی قرار می‌گیرد. علاوه بر این، طبق مدل رودیگر، نشخوار ذهنی و نگرانی در ذهنیت‌های اجتنابی نیز به حفظ چرخه اضطراب کمک می‌کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رویکرد یکپارچه طرحواره‌درمانی می‌تواند با شناسایی و اصلاح این طرحواره‌ها، اضطراب را کاهش داده، خودگردانی تحصیلی را تقویت کرده و تمایل به راهبردهای خودناتوان‌ساز را کاهش دهد (Jafari Goloche et al., 2024).

در کتاب متدهای نوین روان‌شناسی، طرحواره‌درمانی رویکردی یکپارچه معرفی می‌شود که بر شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اصلاح پاسخ‌های هیجانی و رفتاری ناشی از آن‌ها تمرکز دارد. این رویکرد توضیح می‌دهد که فعال‌شدن طرحواره‌ها و ذهنیت‌های ناسازگار مانند والد ناکارآمد یا کودک درمانده، به تداوم اضطراب و رفتارهای اجتنابی منجر می‌شود. طرحواره‌درمانی با استفاده از تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تجربی به بازسازی این الگوها کمک کرده و تنظیم هیجان و عملکرد تحصیلی را بهبود می‌بخشد (زند، ۱۳۹۷).

با وجود شواهد قبلی درباره اثربخشی طرحواره‌درمانی، پژوهش حاضر به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، تمرکز بر دانش‌آموزان دختر ایرانی و بررسی همزمان خودگردانی تحصیلی، خودناتوان‌سازی و فرانگرانی، ضرورت بررسی مجدد این اثر را داشته است. همچنین با وجود شواهد موجود، پژوهش‌های اندکی تأثیر طرحواره‌درمانی را بر خودگردانی تحصیلی، خودناتوان‌سازی تحصیلی و فرانگرانی در نوجوانان مبتلا به GAD بررسی کرده‌اند. از این رو، پژوهش حاضر با هدف پر کردن این خلأ و ارزیابی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر این سه متغیر انجام شد.

روش

این پژوهش به شیوه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دختر نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانشناسی مرکز مشاوره جوانه، انتخاب و گندم در شهر ارومیه در سه‌ماهه پایانی سال ۱۴۰۳ بود. نمونه شامل ۳۰ دانش‌آموز دختر بود که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) قرار گرفتند. این تعداد مطابق با حداقل توصیه‌شده در کتاب دلاور انتخاب شد. از میان مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های روانشناسی، ۳۰ نفر بصورت هدفمند بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود شامل: ۱. محدودده سنی، ۲. تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، ۳. دانش

آموزان در حال تحصیل، ۴. رضایت شرکت در پژوهش و ۵. عدم شرکت در درمان مشابه، بود. ابزارها شامل پرسشنامه خودگردانی تحصیلی (Bouffard-Bouchard, Parent, & Larivee, 1991)، پرسشنامه خودناتوان‌سازی تحصیلی (Schwinger, Wirthwein, Lemmer, & Steinmayr, 2014) و پرسشنامه فرانگرانی (Wells & Davies, 1994) بودند. گروه آزمایش طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله طرحواره‌درمانی بر اساس پروتکل یانگ و همکاران (Young et al., 2006) قرار گرفت:

گروه آزمایش طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله طرحواره‌درمانی بر اساس پروتکل یانگ و همکاران (Young et al., 2006) قرار گرفت. لازم به ذکر است که پژوهش‌های مشابه در حوزه اضطراب و پیامدهای تحصیلی نیز همین ساختار جلسات (معمولاً ۸ تا ۱۰ جلسه) و همین پروتکل استاندارد طرحواره‌درمانی را به کار برده‌اند؛ بنابراین استفاده از این پروتکل و تعداد جلسات در پژوهش حاضر، بر اساس رویه رایج و مستند در مطالعات قبلی است. جلسه ۱ معرفی و آموزش، جلسه ۲ شناسایی طرحواره‌ها، جلسه ۳-۴ اصلاح افکار ناکارآمد، جلسه ۵ بازسازی باورها، جلسه ۶ تمرین هیجانی، جلسه ۷ راهبردهای مقابله‌ای، و جلسه ۸ جمع‌بندی و تکالیف خانگی. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با آزمون‌های ANCOVA و MANCOVA در SPSS-26 تحلیل شدند.

پروتکل آموزش طرحواره درمانی

جلسه	محتوا
جلسات اول و دوم	جلسات اول و دوم به اجرای مرحله‌ی سنجش و آموزش طرحواره‌درمانی، بیان دستورالعمل‌ها و قوانین کلی کار گروهی، و توضیح مدل طرحواره‌درمانی به زبانی ساده و شفاف برای آزمودنی‌ها اختصاص یافت. هدف از این دو جلسه‌ی مقدماتی، آشنایی آزمودنی‌ها با ماهیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی آن‌ها و همچنین سازوکارهایشان بود. در پایان دو جلسه‌ی اول، ماهیت اختلال اضطراب فراگیر و تعاریف خودگردانی تحصیلی خودناتوان‌سازی تحصیلی و فرانگرانی شرح داده شد.
جلسات سوم و چهارم	جلسات سوم و چهارم به معرفی، آموزش و به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی‌چالش با طرحواره‌ها مانند: آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده‌ی طرحواره، برقراری گفت‌وگو بین جنبه‌ی سالم و ناسالم طرحواره، تدوین کارت آموزشی و تکمیل فرم ثبت طرحواره اختصاص داشت. هدف از آموزش

این تکنیک‌ها، این بود که آزمودنی‌ها با به کارگیری فنون شناختی، یاد بگیرند در برابر طرح‌واره‌ها استدلال کرده و در سطح منطقی اعتبار آن‌ها را زیر سؤال ببرند.

در جلسات پنجم و ششم، تکنیک‌های هیجانی (تجربی) معرفی و آموزش داده شد تا آزمودنی‌ها بتوانند به ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها در سطح هیجانی بپردازند. این تکنیک‌ها شامل گفت‌وگوهای خیالی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه به والدین و تصویرسازی ذهنی با هدف الگوشکنی رفتاری بود. اساس دستورالعمل مداخله و کار گروهی در این جلسات، کمک به آزمودنی‌ها برای مقابله با طرح‌واره‌ها در سطح هیجانی بود تا بتوانند با استفاده از فنون تجربی مانند تصویرسازی ذهنی و گفت‌وگو، خشم و ناراحتی خود نسبت به حوادث دوران کودکی را ابراز کرده و چرخه‌ی تداوم طرح‌واره را در سطح هیجانی بشکنند.

جلسات پنجم و ششم

جلسات هفتم و هشتم به آموزش و اجرای تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری، ترغیب آزمودنی‌ها برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد اختصاص یافت؛ مانند تغییر رفتار، انگیزه‌آفرینی، بازنگری مزایا و معایب ادامه‌ی رفتارهای قبلی و تمرین رفتارهای سالم، همچنین آماده‌سازی افراد برای پایان جلسات. در این بازه‌ی زمانی، آزمودنی‌های گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند و هیچ درمان یا مداخله‌ای دریافت نکردند و صرفاً مورد ارزیابی قرار گرفتند.

جلسات هفتم و هشتم

یافته‌ها

نتایج جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرها را در دو گروه نشان می‌دهد. در گروه آزمایش، میانگین خودگردانی تحصیلی از ۳۹/۵۷ در پیش‌آزمون به ۵۳/۰۹ در پس‌آزمون افزایش یافت، در حالی که در گروه کنترل تغییر چندانی مشاهده نشد (از ۳۸/۲۶ به ۳۷/۹۷). همچنین، میانگین خودناتوان‌سازی تحصیلی در گروه آزمایش از ۲۷/۳۲ به ۱۹/۶۳ کاهش پیدا کرد، در حالی که در گروه کنترل این متغیر تقریباً ثابت باقی ماند (۲۶/۴۵ به ۲۷/۱۹). در مورد فرانگرانی نیز میانگین گروه آزمایش از ۱۸/۲۵ به ۱۶/۴۳ کاهش یافت، در حالی که در گروه کنترل تغییر محسوسی دیده نشد (۱۷/۹۶ به ۱۷/۴۹). این نتایج توصیفی نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی در بهبود متغیرهای مورد مطالعه اثر مثبت داشته است.

نتایج جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای خودگردانی تحصیلی، خودناتوان‌سازی تحصیلی و فرانگرانی را در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار خودگردانی تحصیلی، خودناتوان‌سازی و فرانگرانی در دو گروه مورد مطالعه

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
راهبردهای شناختی	آزمایش	۲۰/۲۷	۳/۵۶	۲۷/۱۹	۴/۱۹
	کنترل	۱۹/۳۳	۴/۲۱	۱۸/۹۰	۴/۳۵
راهبردهای فراشناختی	آزمایش	۱۹/۳۰	۴/۱۹	۲۵/۹۰	۴/۱۵
	کنترل	۱۸/۹۳	۴/۷۶	۱۹/۰۷	۴/۰۹
خودگردانی تحصیلی	آزمایش	۳۹/۵۷	۵/۳۲	۵۳/۰۹	۵/۶۳
	کنترل	۳۸/۲۶	۵/۲۳	۳۷/۹۷	۴/۸۴
خودناتوان‌سازی تحصیلی	آزمایش	۲۷/۳۲	۷/۷۰	۱۹/۶۳	۵/۷۱
	کنترل	۲۶/۴۵	۶/۴۹	۲۷/۱۹	۶/۲۹
فرانگرانی	آزمایش	۱۸/۲۵	۳/۸۱	۱۶/۴۳	۳/۷۱
	کنترل	۱۷/۹۶	۱۹/۸۵	۱۷/۴۹	۳/۲۹

برای آزمون فرضیه اول، تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) اجرا شد. مطابق جدول ۲، تفاوت بین دو گروه در پس‌آزمون خودگردانی تحصیلی و زیرمقیاس‌های آن معنادار بود برای اطمینان از یکسان بودن خط پایه دو گروه، پیش‌فرض برابری واریانس‌ها با آزمون لوین بررسی شد و برای تمامی مولفه‌های خودگردانی تحصیلی تأیید شد. بنابراین پیش‌فرض همسان بودن خط پایه برای تحلیل کوواریانس چندمتغیری برقرار بوده است : راهبردهای شناختی $F(1,24)=36.33, p<.001, \eta^2=.47$ ، راهبردهای فراشناختی $F(1,24)=21.08, p<.001$ ، $\eta^2=.33$ و نمره کل $F(1,24)=44.41, p<.001, \eta^2=.43$ بنابراین، فرضیه اول مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی در ارتقای خودگردانی تحصیلی تأیید شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی نمره‌های پس‌آزمون خودگردانی تحصیلی

منابع	پس آزمون	SS	df	MS	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
-------	----------	----	----	----	---	---------------	-----------

۰/۴۷۳	۰/۰۰۱	۳۶/۳۲۹	۳۸۹/۰۱۶	۱	۳۸۹/۰۱۶	راهبردهای شناختی	گروه
۰/۳۳۲	۰/۰۰۵	۲۱/۰۷۸	۱۸۸/۰۴۳	۱	۱۸۸/۰۴۳	راهبردهای فراشناختی	
۰/۴۳۳	۰/۰۰۱	۴۴/۴۱۲	۸۷۹/۰۵۱	۱	۸۷۹/۰۵۱	خودگردانی تحصیلی	
-	-	-	۸/۵۴۳	۲۴	۴۹۸/۰۳۲	راهبردهای شناختی	خطا
-	-	-	۱۸/۲۰۸	۲۴	۷۸۲/۱۲۹	راهبردهای فراشناختی	
-	-	-	۲۸/۳۱۹	۲۴	۸۷۹/۳۸۷	خودگردانی تحصیلی	

برای فرضیه دوم، نتایج جدول ۳ نشان داد که پس از کنترل پیش آزمون، تفاوت معناداری بین دو گروه در پس آزمون خودناتوان سازی تحصیلی وجود داشت، $F(1,27)=36.38, p<.001, \eta^2=.57$. این یافته بیانگر کاهش قابل توجه خودناتوان سازی در گروه آزمایش است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس بر روی نمره های خودناتوان سازی تحصیلی

منبع تغییرات	SS	df	Ms	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
پیش آزمون	۱۳۱۸۰/۳۸۲	۱	۱۳۱۸۰/۳۸۲	۴۴/۱۵۱	۰/۰۰۱	-
گروه	۱۰۸۵۹/۹۳۷	۱	۱۰۸۵۹/۹۳۷	۳۶/۳۷۸	۰/۰۰۱	۰/۵۷۴
خطا	۸۰۶۰/۲۸۵	۲۷	۲۹۸/۵۲۹			

در خصوص فرضیه سوم، نتایج جدول ۴ نشان داد که بین دو گروه در نمره های پس آزمون فرانگرانی تفاوت معناداری وجود داشت، $F(1,27)=25.53, p<.001, \eta^2=.48$. این نتیجه کاهش فرانگرانی را در پی اجرای مداخله در گروه آزمایش تأیید می کند...

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس بر روی نمره های فرانگرانی

منبع تغییرات	SS	df	Ms	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
پیش آزمون	۱۰۶۰۱/۳۶۸	۱	۱۰۶۰۱/۳۶۸	۲۸/۲۶۷	۰/۰۰۱	-
گروه	۹۵۷۳/۷۵۷	۱	۹۵۷۳/۷۵۷	۲۵/۵۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۸۶

خطا

۱۰۱۲۶/۰۹۸

۲۷

۳۷۵/۰۴۱

به طور کلی، یافته‌ها حاکی از آن است که طرحواره‌درمانی توانست موجب افزایش خودگردانی تحصیلی و کاهش خودناتوان‌سازی و فرانگرانی در نوجوانان مبتلا به اضطراب فراگیر شود.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس برای فرانگرانی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	مجدورات
پیش آزمون	۱۰۶۰۱/۳۶۸	۱	۱۰۶۰۱/۳۶۸	۲۸/۲۶۷	۰/۰۰۱	-
گروه	۹۵۷۳/۷۵۷	۱	۹۵۷۳/۷۵۷	۲۵/۵۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۸۶
خطا	۱۰۱۲۶/۰۹۸	۲۷	۳۷۵/۰۴۱			

با توجه به نتایج آزمون تحلیل واریانس که در جدول ۵ نشان داده شده است، مقدار F به دست آمده ۲۵/۵۲۷ و سطح معنی داری به دست آمده ۰/۰۰۱ می‌باشد ($p < ۰/۰۵$) و این یعنی فرض صفر رد و فرض تحقیق تایید می‌شود. یعنی با اطمینان ۹۹ درصد می‌توان گفت که بین دو گروه گواه و آزمایش از نظر فرانگرانی تفاوت معنی داری وجود دارد. طرحواره درمانی بر فرانگرانی در دانش‌آموزان دختر نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تاثیر دارد. میزان اثر بخشی طرحواره درمانی بر فرانگرانی در دانش‌آموزان دختر نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ۴۸/۶ در مرحله پس آزمون بوده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌درمانی به‌طور معناداری موجب افزایش خودگردانی تحصیلی و کاهش خودناتوان‌سازی و فرانگرانی در دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. این نتیجه اصلی نشان می‌دهد که بازسازی طرحواره‌های ناکارآمد می‌تواند مسیر ارتقای عملکرد تحصیلی و کاهش نشانه‌های اضطرابی را هموار کند. یعنی طرحواره‌درمانی به‌طور همزمان خودناتوان‌سازی و فرانگرانی را کاهش می‌دهد و علاوه بر آن، با کاهش اضطراب، عملکرد تحصیلی نیز بهبود می‌یابد. یعنی هم اثر مستقیم بر این دو متغیر دارد و هم از مسیر کنترل اضطراب، ارتقای عملکرد تحصیلی را تسهیل می‌کند.

تأثیر طرحواره درمانی بر خودگردانی تحصیلی را می توان بر اساس اصلاح ساختارهای شناختی ناکارآمد توضیح داد. طرحواره درمانی با اصلاح طرحواره های ناکارآمد، اضطراب دانش آموزان را کاهش می دهد و همزمان خودگردانی و کاهش خودناتوان سازی تحصیلی را بهبود می بخشد. به عبارت دیگر، کاهش اضطراب و بازسازی باورهای ناکارآمد هر دو مسیر بهبود عملکرد تحصیلی را تسهیل می کنند. بسیاری از دانش آموزان مبتلا به اضطراب دارای طرحواره هایی مانند شکست، وابستگی یا نقص/شرم هستند که مانع خودکارآمدی در حوزه تحصیل می شوند. شناسایی و بازسازی این طرحواره ها در درمان به نوجوانان کمک می کند تصویر مثبت تری از توانمندی های خود داشته باشند و در تصمیم گیری، هدف گذاری و پیگیری اهداف تحصیلی عملکرد مؤثرتری نشان دهند (HabibiManesh, Abjadian, Zeinali, Tork, & Gharaei, 2024). کاهش خودناتوان سازی تحصیلی نیز در همین راستا قابل توضیح است. یافته های جعفری گلوچه (Jafari Goloche et al., 2024) همسو با این نتیجه بیان می کند که طرحواره درمانی با تمرکز بر باورهای ناکارآمد و نشخوار ذهنی، افراد را قادر می سازد از چرخه های اجتناب ورزانه خارج شوند و مسئولیت بیشتری در قبال عملکرد خود بپذیرند.

تأثیر طرحواره درمانی بر خودگردانی تحصیلی را می توان از طریق اصلاح ساختارهای شناختی ناکارآمد توضیح داد. بسیاری از نوجوانان دارای طرحواره هایی مانند شکست، وابستگی یا نقص/شرم هستند. این طرحواره ها معمولاً در بستر ذهنیت های طرحواره ای ناسازگار، مانند ذهنیت منتقد درونی یا والد ناکارآمد فعال می شوند؛ ذهنیت هایی که با ایجاد خودسرزنشی، انتقاد افراطی، سخت گیری و تحقیر درونی، باورهای ناکارآمد را تثبیت کرده و احساس ناتوانی در حوزه تحصیل را افزایش می دهند. اصلاح این ذهنیت ها در روند درمان، به نوجوانان کمک می کند تصویر واقع بینانه تری از توانایی های خود شکل دهند و در هدف گذاری و تصمیم گیری عملکرد موفق تری داشته باشند (HabibiManesh et al., 2024).

کاهش خودناتوان سازی تحصیلی نیز از همین مسیر قابل توضیح است. مطابق یافته های جعفری گلوچه و همکاران (Jafari Goloche et al., 2024)، افراد مبتلا به اضطراب اغلب گرفتار ذهنیت های مقابله ای ناسازگار مانند ذهنیت اجتنابی، تسلیم یا بی حسی می شوند؛ این ذهنیت ها موجب شکل گیری چرخه های اجتناب ورزانه و کاهش مسئولیت پذیری می گردند. طرحواره درمانی با کاهش فعال سازی این ذهنیت های مقابله ای، نوجوانان را قادر می سازد از الگوهای اجتنابی فاصله بگیرند، مسئولیت بیشتری بپذیرند و رفتارهای تحصیلی سازگارانه تری نشان دهند.

مطالعات پیشین نیز به‌طور کلی یافته‌های این پژوهش را تأیید می‌کنند. برای مثال، قهرمانی و همکاران (Ghahremani, Hossienzadeh Taghvai, & Zakeripoor, 2022) گزارش کردند که طرحواره‌درمانی گروهی موجب بهبود عملکرد تحصیلی و کاهش افکار ناکارآمد در نوجوانان مضطرب می‌شود، که این نتیجه با بهبود خودگردانی تحصیلی در پژوهش حاضر هم‌راستا است. همچنین حیاتی و همکاران (Hayati, Shehni Yailagh, & Keykhosrovan, 2025) اثربخشی این روش را بر کاهش اضطراب و افزایش عزت‌نفس نوجوانان تأیید کرده‌اند، که می‌تواند توضیح‌دهنده همزمان کاهش فرانگرانی و بهبود سازگاری روانی در مطالعه حاضر باشد. درواقع اثربخشی طرحواره‌درمانی در کاهش اضطراب و افزایش عزت‌نفس، می‌تواند مکانیسمی برای کاهش فرانگرانی و بهبود سازگاری روانی در نوجوانان فراهم کند، زیرا این عوامل با الگوهای شناختی و کنترل هیجانی مرتبط‌اند.

کاهش فرانگرانی در این پژوهش نیز با نظریه فراشناختی همخوانی دارد. از آنجا که فرانگرانی به افکار مزاحم و چرخه‌های شناختی معیوب مربوط است، طرحواره‌درمانی با تمرکز بر طرحواره‌های «آسیب‌پذیری»، «کنترل‌ناپذیری»^۴ و «استانداردهای سخت‌گیرانه» می‌تواند ادراک تهدید را کاهش داده و راهبردهای مقابله‌ای سالم‌تری ایجاد کند (Stavropoulos, Haire, Brockman, & Meade, 2020). هم‌راستا با این نتایج، پژوهش مرادپور و باوی (Moradpour & Bavi, 2025) نیز نشان داده‌است که تغییر در طرحواره‌های ناسازگار موجب کاهش نشانه‌های اضطراب و بهبود مهارت‌های تحصیلی می‌شود.

مطالعات پیشین نیز به‌طور کلی یافته‌های این پژوهش را تأیید می‌کنند. خودگردانی تحصیلی را می‌توان با نظریه شناختی‌رفتاری و طرحواره‌ها توضیح داد؛ بسیاری از نوجوانان مضطرب دارای طرحواره‌های ناکارآمد هستند که مانع خودکارآمدی و تصمیم‌گیری تحصیلی می‌شوند. بر اساس این نظریه، شناسایی و بازسازی این طرحواره‌ها در درمان به نوجوانان کمک می‌کند تا تصویر مثبت‌تری از توانمندی‌های خود داشته باشند و در اهداف تحصیلی عملکرد مؤثرتری نشان دهند. پژوهش قهرمانی و همکاران (Ghahremani et al., 2022) نیز نشان داده‌اند که طرحواره‌درمانی گروهی موجب بهبود عملکرد تحصیلی و کاهش افکار ناکارآمد در نوجوانان مضطرب می‌شود، که با بهبود خودگردانی تحصیلی در پژوهش حاضر هم‌سو است.

⁴ Uncontrollability beliefs

فرانگرانی را می‌توان با نظریه فراشناختی توضیح داد؛ این رفتار به افکار مزاحم و چرخه‌های شناختی معیوب مربوط است. طرحواره درمانی با تمرکز بر طرحواره‌های «آسیب‌پذیری»، «کنترل‌ناپذیری» و «استانداردهای سخت‌گیرانه» می‌تواند ادراک تهدید را کاهش دهد و راهبردهای مقابله‌ای سالم‌تری ایجاد کند. پژوهش‌های استاوریولوس (Stavropoulos et al., 2020) و مرادپور و باوی (Moradpour & Bavi, 2025) نشان داده‌اند که تغییر در طرحواره‌های ناسازگار موجب کاهش نشانه‌های اضطراب و بهبود مهارت‌های تحصیلی می‌شود. خودناتوان‌سازی تحصیلی نیز از مسیر کاهش اضطراب و بازسازی طرحواره‌های ناکارآمد قابل توضیح است. یافته‌های حیاتی و همکاران (Hayati et al., 2025) نشان می‌دهد که طرحواره درمانی بر کاهش اضطراب و افزایش عزت نفس نوجوانان مؤثر است، که می‌تواند کاهش خودناتوان‌سازی و بهبود سازگاری روانی را همزمان توجیه کند.

از جنبه فرهنگی، یافته‌های این پژوهش برای جامعه آموزشی ایران اهمیت ویژه‌ای دارد. ساختار آموزشی رقابت‌محور و تمرکز بر نمره، فشار مضاعفی بر دانش‌آموزان وارد می‌کند که اضطراب و عملکرد تحصیلی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در چنین شرایطی، طرحواره‌هایی چون شکست، نقص، تأییدطلبی و معیارهای سرسختانه به راحتی فعال می‌شوند و عملکرد تحصیلی را مختل می‌کنند. پژوهش شلز (Schels, 2023) نیز نشان داد فرهنگ رقابت در مدارس سلامت روان دانش‌آموزان را تهدید می‌کند و مداخلاتی مانند طرحواره درمانی می‌توانند نقش پیشگیرانه و درمانی توأمان داشته باشند. درواقع این پژوهش با بررسی مقایسه‌ای مدارس رقابتی و غیررقابتی و تحلیل داده‌های سلامت روان دانش‌آموزان نشان داد که فشار رقابت می‌تواند اضطراب و استرس تحصیلی را افزایش دهد و سلامت روان را تهدید کند.

از منظر کاربردی، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که طرحواره درمانی می‌تواند به عنوان یک مداخله کارآمد در مدارس و مراکز مشاوره برای نوجوانان مبتلا به اضطراب فراگیر به کار رود. آموزش مشاوران مدارس برای شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، به ویژه در دوره نوجوانی، می‌تواند نقش مهمی در ارتقای سلامت روان و عملکرد تحصیلی ایفا کند (Moradpour & Bavi, 2025).

با وجود این، محدودیت‌هایی در پژوهش وجود داشت: نخست، نمونه فقط از میان دختران انتخاب شد که تعمیم نتایج را محدود می‌کند. دوم، استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی می‌تواند تحت تأثیر سوگیری‌های ادراکی باشد. سوم، پیگیری بلندمدت انجام نشد و مقایسه با رویکردهایی چون ذهن‌آگاهی یا ACT صورت

نگرفت. بنابراین پیشنهاد می‌شود در آینده دامنه نمونه به گروه‌های سنی و جنسی مختلف گسترش یابد، از ابزارهای ترکیبی برای افزایش اعتبار استفاده شود، مطالعات طولی با پیگیری انجام گیرد و اثربخشی طرحواره‌درمانی با سایر رویکردها مقایسه شود.

در مجموع، این پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی با بازسازی شناختی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار، می‌تواند به بهبود خودگردانی تحصیلی و کاهش خودنا توان‌سازی و فرانگرانی در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر منجر شود. این یافته‌ها بیانگر کارآمدی این رویکرد به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر در ارتقای سلامت تحصیلی و روانی نوجوانان در بافت فرهنگی ایران است.

References

- Ariapooran, S., & Khezeli, M. (2021). Symptoms of anxiety disorders in Iranian adolescents with hearing loss during the COVID-19 pandemic. *BMC psychiatry*, 21(1), 114. doi:URL: <https://www.who.int/news-room/detail/08-04-2020-who-timeline%2D%2D-covid-19>
- Bouffard-Bouchard, T., Parent, S., & Larivee, S. (1991). Influence of self-efficacy on self-regulation and performance among junior and senior high-school age students. *International journal of behavioral development*, 14(2), 153-164. doi:<https://doi.org/10.1177/016502549101400203>
- Geurten, M., & Léonard, C. (2023). Relations between parental metacognitive talk and children's early metacognition and memory. *Journal of Experimental Child Psychology*, 226, 105577. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jecp.2022.105577>
- Ghahremani, S., Hossienzadeh Taghvai, M., & Zakeripoor, G. (2022). The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on modulating primary maladaptive schemas and anxiety in high school students. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 11(9), 103-114. doi:<http://frooyesh.ir/article-1-4059-en.html>
- HabibiManesh, H., Abjadian, N., Zeinali, F., Tork, A., & Gharaei, M. (2024). The Effectiveness of Schema Therapy on Emotional Inhibition and Response to Stress in Young Girls with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder. *Iranian Journal of Educational Research*, 3(1), 27-44. doi:doi:10.22034/3.1.27
- Hayati, M., Shehni Yailagh, M., & Keykhosrovani, M. (2025). Comparison of the Effect of Contextual Schema Therapy and Emotion Efficacy Therapy on Interpersonal Sensitivity, Coping Self-efficacy and Focus of Attention in Adolescent Girls with Social Anxiety. *Iranian Evolutionary Educational Psychology Journal*, 7(1), 93-120. doi:doi:10.22034/7.1.93
- Jafari Goloche, A., Yousefi, E., & Khajepoor, L. (2024). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and emotional schema therapy on anxiety sensitivity and

- ambiguity intolerance in students with anxiety disorders. *Iranian Evolutionary Educational Psychology Journal*, 6(1), 208-231. doi:doi:10.22034/6.1.208
- Moradpour, A., & Bavi, S. (2025). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Academic Self-efficacy, Test Anxiety, Distress Tolerance, and Academic Resilience in Students with Test Anxiety. *Educational Research in Medical Sciences*, 14(14).
- Roediger, E., Stevens, B. A., & Brockman, R. (2018). *Contextual schema therapy: An integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning*: New Harbinger Publications.
- Schels, D. R. (2023). *Competition and Its Relationship to Student Performance and Wellness*. Fordham University,
- Schwinger, M., Wirthwein, L., Lemmer, G., & Steinmayr, R. (2014). Academic self-handicapping and achievement: A meta-analysis. *Journal of educational psychology*, 106(3), 744. doi:<https://doi.org/10.1037/a0035832>
- Stavropoulos, A., Haire, M., Brockman, R., & Meade, T. (2020). A schema mode model of repetitive negative thinking. *Clinical Psychologist*, 24(2), 99-113. doi:<https://doi.org/10.1111/cp.12205>
- Strawn, J. R., Moldauer, L., Hahn, R. D., Wise, A., Bertzos, K., Eisenberg, B., . . . McVoy, M. (2023). A multicenter double-blind, placebo-controlled trial of escitalopram in children and adolescents with generalized anxiety disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 33(3), 91-100. doi: <https://doi.org/10.1089/cap.2023.0004>
- Walkup, J. T., Shechner, T., & Strawn, J. R. (2023). Anxiety Disorder in Youth: Separation Anxiety, Social Anxiety, and Generalized Anxiety Disorders. In *Tasman's Psychiatry* (pp. 1-23): Springer.
- Wells, A., & Davies, M. I. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour research and therapy*, 32(8), 871-878. doi:[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90168-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90168-6)
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*: guilford press.
- Zimmerman, B. J. (2023). Dimensions of academic self-regulation: A conceptual framework for education. In *Self-regulation of learning and performance* (pp. 3-21): Routledge.
- Zimmerman, B. J., & Labuhn, A. S. (2012). Self-regulation of learning: Process approaches to personal development. doi:<https://doi.org/10.1037/13273-014>

The Relationship Between Marital Intimacy, Mindfulness, and Parent–Child Relationship with Strengthening the Family Foundation Among Women in Mashhad: The Mediating Role of Communication Skills

Mitra Porkhaje 

M.A. in Family Counseling, Department of Counselling, Hekmat Razavi Institute of Higher Education, Mashhad, Iran.
Email: mitra.porkhaje1404@gmail.com

Hadi Gholammohammadi 

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

Mahmood Azadi 

Assistant Professor, Department of Counselling, Hekmat Razavi Institute of Higher Education, Mashhad, Iran. Email: drazadi@hri.ac.ir

Received: 2025-06-07	Revised: 2025-10-07	Accepted: 2026-02-07	Published: 2026-07-14
Citation: Porkhaje, M., Gholammohammadi, H. & Azadi, M. (2026). The Relationship Between Marital Intimacy, Mindfulness, and Parent–Child Relationship with Strengthening the Family Foundation Among Women in Mashhad: The Mediating Role of Communication Skills. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 16(1), 138-159. doi: 10.22067/tpccp.2026.93848.1797			

Extended Abstract

Introduction

Recent changes in the composition of the family unit have been shown to have far-reaching ramifications, with the potential to precipitate its dissolution (Mohammadi et al., 2022). Therefore, given the importance of the family in human societies, steps must be taken to prevent disintegration and strengthen its foundation. The concept of strengthening the foundation of the family means paying attention to the importance and strength of the family and creating a healthy and safe family condition. This process consists of four dimensions: The four components of family research, as delineated by Abbasi et al. (2024), are as follows: 1) family formation (marriage), 2) family continuity (relationships between spouses, themselves, and their families), 3) family development (relationships between parents, children, and relatives), and 4) around the family (family-related issues). Research indicates that marital intimacy plays an important role in the continuity and success of married life (Baghere et al., 2022). One of the variables associated with marital intimacy is mindfulness. According to Mahmoudpour et al. (2020), the results of a study indicated a positive relationship between mindfulness and marital intimacy. In this regard, mindfulness has been identified as a contributing factor to the stability of marital relationships (Tashkeh et al., 2024). Another variable associated with marital stability is the parent-child relationship. Research history indicates a negative relationship between the parent-child relationship and marital conflict (Lucas-Thompson & Granger, 2014). Another salient issue that

appears to play a fundamental role in fortifying the foundation of the family is the issue of communication skills. A body of research has been conducted on the impact of communication skills training on various aspects of marital relationships. These studies have indicated that such training can enhance marital satisfaction (Azarnik et al., 2022), marital intimacy (Jaberi et al., 2016), mitigate marital burnout (Bigdelimojarad et al., 2020), and alleviate marital conflicts (Amani & Letafati Beriss, 2013). In light of the aforementioned points, the present study aims to address the following research question: Is there a relationship between intimacy, mindfulness, and the parent-child relationship with communication skills serving as a mediating factor in strengthening the family foundation?

Method

This was a descriptive-correlational study that employed structural equation modeling. The statistical population comprised all married women who had referred to three counseling clinics in Mashhad (N = 300) in 2023. Among the referring individuals, 160 women were selected. The sampling method employed in this study was available, and after meeting the research conditions (entry criteria; minimum education of diploma, age range 25 to 55 years, willingness to participate in the research, having children, at least five years of cohabitation, and exclusion criteria; including psychological disorders, decision to separate, and severe marital conflicts), participants were invited to cooperate and complete the questionnaires. The data collection instruments included Marital intimacy questionnaire (Brook et al., 1995), Mindful attention awareness scale (Brown and Ryan, 2003), Parent child relationship scale (Pianta, 1994), strengthening the family foundation questionnaire (Pourmovah et al., 2018), and communication skills scale (Jarabak, 2004). The analysis was conducted using SPSS version 25 and SmartPLS software.

Findings

The findings demonstrated a positive and significant relationship between marital intimacy ($B=0.115$, $t=4.069$, $P\leq 0.000$), mindfulness ($B=0.239$, $T=3.664$, $P\leq 0.000$), parent-child relationship ($B=0.296$, $T=5.585$, $P\leq 0.000$), and communication skills ($B=0.359$, $T=5.092$, $P\leq 0.000$) with strengthening the family foundation. Moreover, the findings demonstrated that communication skills serve a mediating role in the relationship between marital intimacy, mindfulness, and parent-child relationships with strengthening the family foundation ($P<0.05$).

Discussion & Conclusion

The present study sought to examine the mediating role of communication skills in the relationship between marital intimacy, mindfulness, and parent-child relationships with strengthening the family foundation in women. The initial segment of the results indicated the mediating role of communication skills in the relationship between marital intimacy and the strengthening of the family foundation in women. This result aligns with the findings reported in the studies conducted by Nematzadeh Gatabi et al. (2020), Johnson et al. (2022), and Khalfi and Honarmand (2023). A close examination of these results reveals that intimacy plays a pivotal role in the adjustment of couples. The utilization of communication skills in expressing intimacy can serve as a preventative measure against damage to the family foundation (Mohaddesi & Yusofi, 2010). Therefore, it is recommended that marital intimacy be promoted among women through

the cultivation of communication skills. In the second part, the results indicated the mediating role of communication skills in the relationship between mindfulness and strengthening the family foundation. This result aligns with the findings of studies conducted by Rajabi et al. (2022) and Ramezanpour Geliyard et al. (2024). A thorough examination of this result reveals that by cultivating these abilities, an individual transcends his thoughts and feelings, attaining the capacity to scrutinize and select from a range of options within the constructed environment, with the liberty to respond in a manner that aligns with their preferences. Consequently, he engages in constructive communication patterns within the family, thereby fostering enhanced family cohesion and stability (Gambrel & Keeling, 2010). Therefore, it is recommended to assist in enhancing women's mindfulness through the implementation of communication skills training. The third section demonstrated the mediating role of communication skills in the relationship between the parent-child relationship and the strengthening of the family foundation. This finding is consistent with the results of the studies of I'tesami-Pur et al. (2020) and Mollazadehnooran et al. (2021). In elucidating this finding, it is acknowledged that familial dynamics, encompassing the nature of the parent-child relationship, exert a substantial influence on the health and development of children. Researchers posit that the manner in which parents communicate with their children is a pivotal factor in determining the biological, psychological, and social well-being of children (Jonynas & Kern, 2012). Consequently, the enhancement of communication skills among parents is posited as a means of fostering enhanced parent-child relationships and strengthening the family foundation.

Keywords: Marital intimacy, mindfulness, parent-child relationship, communication skills, strengthening the family foundation.

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دسترسی آزاد

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

مقاله پژوهشی



رابطه بین صمیمیت زناشویی، ذهن آگاهی و رابطه والد-کودک با تحکیم بنیان خانواده در زنان شهر مشهد: نقش میانجی مهارت‌های ارتباطی

میترا پورخواجه ^{ID}کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، موسسه آموزش عالی حکمت رضوی، مشهد، ایران. mitra.porkhaje1404@gmail.comهادی غلام محمدی ^{ID}استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه بین‌المللی امام رضا، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول). hadi.gholammohamadi@imamreza.ac.irمحمود آزادی ^{ID}استادیار، گروه مشاوره، موسسه آموزش عالی حکمت رضوی، مشهد، ایران. drazadi@hri.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۳/۱۷	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۷/۱۵	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۱۸	تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۴/۲۳
استناد: پورخواجه، میترا؛ غلام محمدی، هادی؛ آزادی، محمود. (۱۴۰۵). رابطه بین صمیمیت زناشویی، ذهن آگاهی و رابطه والد-کودک با تحکیم بنیان خانواده در زنان شهر مشهد: نقش میانجی مهارت‌های ارتباطی. <i>پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره</i> ، ۱۶(۱)، ۱۳۸-۱۵۹. doi: 10.22067/tpccp.2026.93848.1797			

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی مهارت‌های ارتباطی در رابطه بین صمیمیت، ذهن آگاهی و رابطه والد-کودک با تحکیم بنیان خانواده در زنان متأهل بود.

روش: پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره کوک زندگی و اندیشه و احساس شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ بود. با توجه به جدول مورگان از بین افراد مراجعه‌کننده تعداد ۱۶۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر هدف و بر اساس داوطلب بودن آزمودنی‌ها که معیارهای ورود و خروج را داشتند، به‌عنوان نمونه انتخاب و به پرسشنامه‌های صمیمیت زناشویی بروک و بر تمن، ذهن آگاهی براون و رایان، رابطه والد-

کودک پiantا، تحکیم خانواده پور موحد و همکاران و مهارت‌های ارتباطی کوئین دام پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS نسخه ۲۵ و Smart PLS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج بیانگر این بود که رابطه مثبت و معناداری بین صمیمیت زناشویی، ذهن آگاهی، رابطه والد-کودک و مهارت‌های ارتباطی با تحکیم بنیان خانواده وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین نتایج بیانگر این بود که صمیمیت زناشویی، ذهن آگاهی، رابطه والد-کودک و مهارت‌های ارتباطی ۹۹٪ تغییرات در تحکیم بنیان خانواده را توضیح داده‌اند و مهارت‌های ارتباطی در رابطه بین صمیمیت زناشویی، ذهن آگاهی و رابطه والد-کودک با تحکیم بنیان خانواده، نقش میانجی دارد. ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه صمیمیت، ذهن آگاهی و رابطه والد کودک به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم با میانجیگری مهارت‌های ارتباطی می‌توانند بر تحکیم بنیان خانواده تأثیر بگذارند؛ آموزش مهارت‌های ارتباطی در حوزه خانواده توسط مسئولان و دست‌اندرکاران ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: صمیمیت زناشویی، ذهن آگاهی، رابطه والد-کودک، مهارت‌های ارتباطی، تحکیم بنیان خانواده

مقدمه

خانواده در جایگاه نخستین نهاد اجتماعی زندگی انسان، یکی از اساسی‌ترین نهادهای اجتماع به‌شمار می‌رود و زیربنای دیگر نهادهای اجتماعی است (Olson, 2023). نهادی که در سال‌های اخیر تحت تأثیر دگرگونی‌های گسترده فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از پدیده جهانی‌شدن و نوسازی قرار گرفته است و در نقش‌ها و کارکردهایش تغییرات زیادی ایجاد شده است (Manalel & Antonucci, 2020). تغییرات ایجاد شده، چالش‌های گسترده‌ای را پیش روی نهاد خانواده قرار داده است که می‌تواند منجر به گسستگی و فروپاشی آن گردد (Mohammadi et al., 2022). در چنین شرایطی کارکردهای زیستی، اجتماعی، شناختی و عاطفی خانواده دچار آسیب و مشکل می‌گردد که این مشکلات ابتدا موجب گسستگی روانشناختی، سپس گسستگی اجتماعی و در انتها گسستگی حقوقی یعنی "طلاق" می‌گردد (Ciprić et al., 2022). لذا با توجه به اهمیت نظام خانواده در جوامع انسانی در جهت جلوگیری از گسستگی و تحکیم بنیان آن باید گامی برداشت؛ مفهوم تحکیم بنیان خانواده^۱ به‌معنای توجه به اهمیت و استحکام خانواده و ایجاد خانواده‌ای سالم و امن است که از چهار بعد ۱- تشکیل خانواده (ازدواج)، ۲- تداوم خانواده (روابط همسران با یکدیگر و با خانواده‌هایشان)، ۳- توسعه خانواده (روابط

1. Divorce

2. strengthening the family foundation

والدین، فرزندان و خویشاوندان)، ۴- پیرامون خانواده (مسائل مرتبط با خانواده)، تشکیل شده است (Abbasi et al., 2024).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که صمیمیت زناشویی^۱ یکی از عوامل کلیدی در تداوم و موفقیت زندگی زناشویی است؛ به عبارتی زوجینی که از صمیمیت و تعاملات مثبت در زندگی مشترک برخوردارند، به مراتب بیشتر از زندگی زناشویی خود لذت می‌برند و به زندگی‌شان پایبندتر هستند (Baghere et al., 2022). در حقیقت، صمیمیت یکی از اساسی‌ترین احساسات و هیجانات درون‌فردی است که تجربه آن باعث ایجاد آرامش در افراد گردیده و به عنوان یک مفهوم چندبعدی نقش محافظتی در ازدواج دارد (Lee & Yoon, 2023). صمیمیت زناشویی عامل پیوند زوجین و افزایش رضایت‌مندی آنها از رابطه است و عدم یا کم‌رنگ شدن آن عاملی اساسی در تمایل زوجین به طلاق است (Nho et al., 2022). صمیمیت زناشویی توانایی پیش‌بینی تعهد زناشویی را دارد؛ به عبارتی صمیمت، تعهد زن و شوهر به ماندگاری رابطه را محکم نموده و سازگاری و رضایت زناشویی را افزایش می‌دهد (Mohammadi & Abbasi, 2016). لذا صمیمیت، از طریق افزایش تعهد، رضایت و کیفیت زناشویی به تحکیم بنیان خانواده کمک می‌کند.

یکی از متغیرهای مرتبط با صمیمیت زناشویی، ذهن‌آگاهی^۲ است؛ به گونه‌ای که محمدپور و همکاران، (mahmoudpour et al., 2020)، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین ذهن‌آگاهی و صمیمت زناشویی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. در همین راستا، ذهن‌آگاهی به عنوان یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر روابط زناشویی شناخته شده است (Tashkeh et al., 2024). ذهن‌آگاهی به معنای توجه آگاهانه و متمرکز به امور در زمان حاضر است که به افراد کمک می‌کند با توجه به لحظه حال، به جای واکنش‌های خودکار و بدون فکر، درنگ کرده و با درک بهتر از پاسخ‌های خود، از پریشانی ناشی از طرد و انتقاد کاسته و به ارتباطات خود بهبود بخشند (Chayadi et al., 2022). هدف اصلی ذهن‌آگاهی رسیدن به یک حالت ایده‌آل نیست، بلکه پذیرش شرایط فعلی و توجه به آن است. به عبارتی، به جای تلاش برای دستیابی به یک ظاهر ایده‌آل، ذهن‌آگاهی بر پذیرش و ارتباط مؤثر با واقعیت موجود تأکید دارد؛ علاوه بر این، ذهن‌آگاهی توانایی ماندن در لحظه و تجربه کردن آن را تقویت می‌کند و از اجتناب از مساله جلوگیری می‌کند (Goldberg et al., 2023). پژوهش‌ها بیانگر

1. Marital intimacy

2. mindfulness

رابطه ذهن‌آگاهی با متغیرهای مهم در حوزه تحکیم بنیان خانواده هستند؛ به گونه‌ای که فضائلی و همکاران، (Fazaeli et al., 2024) در پژوهش به این نتیجه رسیدند که بین ذهن‌آگاهی و رضایت زناشویی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین یانگ (Yang et al., 2023)، در پژوهشی رابطه بین کیفیت زناشویی و ذهن‌آگاهی را مثبت و معنادار گزارش نمودند. محمدپور و همکاران، (mahmoudpour et al., 2020)، نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین ذهن‌آگاهی با صمیمیت زناشویی رابطه معناداری وجود دارد. از طرفی ذهن‌آگاهی نقش اساسی در رابطه والد - کودک^۱ ایفا می‌کند. به گونه‌ای که آموزش‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت رابطه والد - کودک (Hosseini Sohi, 2023)، حل تعارضات والد - کودک (Baharvand et al., 2021)، انعطاف - پذیری مادران در تعاملات والد - کودک (Hosseinian et al., 2022) و ... تاثیر می‌گذارد.

رابطه والد - کودک یک پدیده پیچیده و چندبعدی است که از تأثیر عوامل مختلفی مانند نگرش و پذیرش والدین، نحوه مدیریت و کنترل رفتار کودکان، حس شایستگی اجتماعی و خویشتن‌داری، میزان دانش و مهارت والدگری، اعتماد به نفس و خوش‌بینی والدین در تربیت کودک و ایجاد محیطی بدون تعارض تشکیل می‌شود (Gallegos et al., 2023). پیشینه پژوهشی بیانگر رابطه منفی و معناداری بین کیفیت رابطه والد - کودک با تعارض زناشویی است (Lucas-Thompson & Granger, 2014). به عبارتی تعارض زناشویی با کم شدن رابطه جنسی زوجین، افزایش جلب حمایت فرزندان، جدا نمودن مسائل مالی، افزایش واکنش‌ها و رفتارهای تکانه‌ای و هیجانی، کاهش ارتباط با اقوام همسر و ... همراه هست که همه این‌ها می‌توانند بر رابطه والد - فرزند تأثیر مستقیم و یا غیرمستقیم بگذارند (Du Rocher Schudlich & Cummings, 2007). تعارض بین زوجین در رابطه والد - کودک نقش مهمی ایفا می‌کند؛ به گونه‌ای که تعارض والدین منجر به کناره‌گیری، کم‌توجهی، ابراز خشم، رفتار خصمانه، عیب‌جویی از کودک و اعمال تنبیه نسبت به کودک می‌شود (Oh et al., 2011). از آنجایی که تعارض زناشویی نقش مهمی در تهدید تحکیم بنیان خانواده دارد؛ بررسی متغیرهای مرتبط با آن از جمله رابطه والد - فرزند ضروری به نظر می‌رسد.

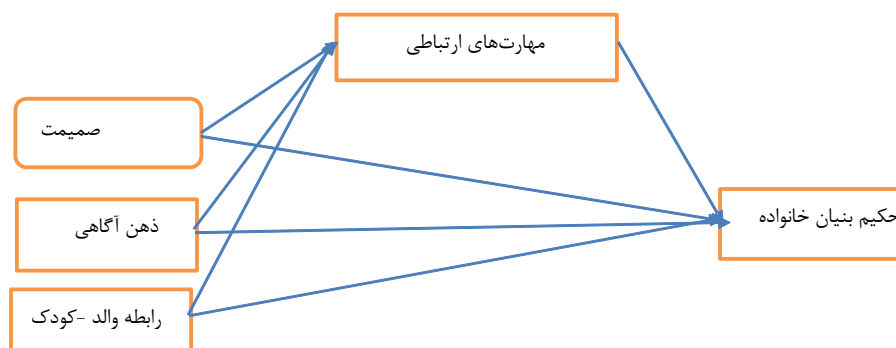
یکی از موارد مهم که به نظر نقش اساسی در تحکیم بنیان خانواده دارد، موضوع مهارت‌های ارتباطی^۲ است. پژوهش‌های صورت گرفته در این حوزه بیانگر تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر افزایش رضایت زناشویی

1. Parent-child relationship

2. communication skills

(Azarnik et al., 2022)، صمیمیت زناشویی (Jaberi et al., 2016)، کیفیت زناشویی و کاهش دلزدگی زناشویی (Bigdelimojarad et al., 2020) و تعارضات زناشویی (Amani & Letafati Beriss, 2013) است. مهارت‌های ارتباطی را می‌توان نوعی توانایی نمادین و کارآمد در نظر گرفت؛ بدین گونه که این توانایی نمادین، زمینه را برای انتقال معانی و پیام‌های ذهنی بین زوجین فراهم می‌کند. زوجین از این طریق می‌توانند افکار، احساسات و هیجانات خود را با دیگری به اشتراک بگذارند و در نتیجه احساس نزدیکی بیشتر به هم نموده و ارتباط زناشویی-شان کیفیت بهتری پیدا می‌کند (Baran & Sanders, 2019). از طرفی این مهارت‌ها به زوجین کمک می‌کند تا با پیشگیری از سوء تفاهات احتمالی از بودن در کنار هم لذت بیشتری برده و احساس صمیمیت بیشتری داشته باشند (Whisman et al., 2018). در نتیجه می‌توان گفت مهارت‌های ارتباطی از پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی رضایت زناشویی، استحکام و طول عمر زندگی زناشویی و خانوادگی است (Azarnik et al., 2022).

با توجه به آنچه گذشت؛ اهمیت تحکیم یا پایداری بنیان خانواده با توجه به افزایش تنش‌ها و مسائل درون خانواده از یک سو و عدم پیشینه پژوهشی کافی در این حوزه از سوی دیگر، نویسندگان را بر آن داشت تا در جهت بررسی مولفه‌های مرتبط با تحکیم بنیان خانواده دست به پژوهش بزنند و به دنبال پاسخگویی به این سوال باشند که آیا بین صمیمیت، بهشیاری و رابطه والد کودک با نقش میانجی مهارت‌های ارتباطی با تحکیم بنیان خانواده رابطه وجود دارد؟



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

روش

این پژوهش توصیفی-همبستگی به روش مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان متأهل مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره کودک زندگی، اندیشه و احساس و والای مشهد بود (تعداد = ۳۰۰) که در ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۲ به مراکز مشاوره مذکور مراجعه نموده بودند. از بین افراد مراجعه‌کننده تعداد ۱۶۰ نفر با استفاده از جدول مورگان انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری این پژوهش در دسترس و بر مبنای داوطلب بودن آزمودنی‌ها بود، که پس از احراز شرایط پژوهش (معیارهای ورود؛ داشتن حداقل دیپلم، دامنه سنی ۲۵ تا ۵۵ سال، تمایل به شرکت در پژوهش، داشتن فرزند، از زندگی مشترک‌شان حداقل پنج سال گذشته باشد و معیارهای خروج؛ شامل اختلالات روانشناختی، تصمیم برای جدایی و تعارضات شدید زناشویی)، دعوت به همکاری و تکمیل پرسشنامه‌ها شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مقیاس‌های صمیمت زناشویی، مهارت‌های ارتباطی، تحکیم بنیان خانواده، ذهن‌آگاهی و رابطه والد-کودک بودند. جهت رعایت مسائل اخلاقی تمامی شرکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه را تکمیل نموده و به آنان اطمینان داده شد که ضمن رعایت موضوع گمنامی از نتایج داده‌های آن‌ها فقط در امور پژوهشی استفاده خواهد شد؛ همچنین این پژوهش دارای شناسه اخلاق 1403.003 IR.UM.REC. از کمیته اخلاق دانشگاه فردوسی مشهد است. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۵ و SmartPLS استفاده شد.

مقیاس صمیمیت زناشویی

پرسشنامه صمیمیت زناشویی (MIQ)^۱ توسط وندن بروک و همکاران (Van den Broucke et al., 1995)، با ۵۶ سوال تهیه شده است که ۵ خرده‌مقیاس (صمیمیت، توافق، صادق بودن، علاقه و پابندی به تعهدات) را در بر می‌گیرد. سوالات در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم) نمره‌گذاری می‌شوند؛ بدینگونه که خیلی کم صفر و خیلی زیاد ۴ می‌گیرد. دامنه نمرات بین صفر و ۲۲۴ می‌باشد که هر چه نمره فرد بیشتر باشد، نشان‌دهنده صمیمت زناشویی بیشتر است (Van den Broucke et al., 1995). وندن بروک و همکاران (Van den Broucke et al., 1995)، روایی محتوایی این ابزار را مطلوب و ۰/۸۹ و پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش نمودند. در ایران روایی محتوایی ابزار مذکور مطلوب و ۰/۸۷ و میزان پایایی خرده‌مقیاس صمیمت ۰/۷۷، توافق ۰/۸۷، صادق بودن ۰/۷۴، علاقه ۰/۸۰ و پابندی به تعهدات را ۰/۷۱ گزارش شده است.

1. Marital intimacy questionnaire.

(Hasanzadeh Pashang et al., 2014). در پژوهش حاضر پایایی کل صمیمیت زناشویی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش شد.

مقیاس ذهن آگاهی

پرسشنامه ذهن آگاهی (MAAS)^۱ توسط براون و رایان^۲ (Brown & Ryan, 2003)، ساخته و دارای ۱۵ سوال است. نمره‌گذاری این ابزار در یک طیف ۶ درجه‌ای لیکرتی (۱=همیشه و ۶=هیچ‌وقت)، انجام می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۹۰ می‌باشد. در رابطه با پایایی این مقیاس بر روی ۷ گروه اجرا گردیده و آلفای کرونباخ آن بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. روایی این مقیاس نیز مطلوب گزارش شده است به گونه‌ای که همبستگی بسیار بالایی را با متغیرهای خودشناسی انسجامی و سلامت روان و همبستگی بسیار پایینی را با اضطراب، افسردگی و استرس ادراک شده نشان داده است (Brown & Ryan, 2003). این مقیاس در جامعه ایران اجرا شده و آلفای کرونباخ آن به طور میانگین ۰/۸۲ گزارش شده است (Ghorbani et al., 2009). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۰ گزارش شد.

مقیاس رابطه والد-کودک

مقیاس رابطه والد-کودک (PCRS)^۳ توسط پیانتا^۴ (Pianta, 1994)، ساخته شد و شامل ۳۳ ماده است که ادراک والدین از رابطه خود با کودکشان را مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس شامل حوزه‌های تعارض، صمیمیت، وابستگی و رابطه مثبت کلی (مجموع تمام حوزه‌ها) می‌باشد. نمره‌گذاری مقیاس رابطه والد-کودک براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت صورت می‌پذیرد (نمره ۵ برای قطعا صدق می‌کند و نمره ۱ برای اصلا صدق نمی‌کند). رابطه مثبت کلی بیانگر رابطه گرم و صمیمی بین والد و کودک است که از حاصل جمع نمره‌های حوزه‌های نزدیکی و معکوس نمره‌های حوزه تعارض و وابستگی به دست می‌آید (Pianta, 1994). در اسکول^۵ و پیانتا (Driscoll & Pianta, 2011)، در پژوهشی آلفای کرونباخ این مقیاس را در هر یک از حوزه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی (نمره کل مقیاس) به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۶۹ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. این مقیاس در جامعه ایران اجرا شده و آلفای کرونباخ آن به طور میانگین برای هر یک از خرده‌مقیاس‌های تعارض، صمیمیت،

1. Mindful Attention Awareness Scale.

2. Brown & Ryan.

3. Parent child relationship scale

4. Pianta

5. Driscoll

وابستگی و رابطه والد-کودک (رابطه مثبت کلی)، به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۰، ۰/۶۱ و ۰/۸۶ گزارش شده است (Abareshi et al., 2009). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۷۶ گزارش شد.

مقیاس مهارت‌های ارتباطی جرابک

پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی جرابک (ICSQ)^۱ که حاوی ۳۴ ماده است، برای ارزیابی مهارت‌های ارتباطی تهیه شده است و نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است (۱ هرگز تا ۵ همیشه) که غیر از نمره کلی این آزمون ۵ خرده مقیاس دارد که شامل: گوش دادن، توانایی دریافت و ارسال پیام، بیش نسبت به فرآیند ارتباط، کنترل عاطفی و ارتباط توأم با قاطعیت می باشد. دامنه نمره کل مقیاس بین ۳۴ تا ۱۷۰ است که نمره بالاتر بیانگر مهارت‌های ارتباطی قوی تر است و همچنین ماده‌های ۳۳، ۳۲، ۲۸، ۲۵، ۲۴، ۱۹، ۱۷، ۱۳، ۱۲، ۱۰، ۹، ۶، ۴، ۲، به شکل معکوس نمره‌گذاری می شوند (Hasirchaman et al., 2018). پراسانا^۲ و همکاران ساختار عاملی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار دادند و مدل پنج عاملی مورد تایید قرار گرفت. در این پژوهش همسانی درونی برای تمام خرده مقیاس‌ها بالای ۰/۸ بود و پایایی آزمون بازآزمون ۰/۹۵ به دست آمد (Prasanna et al., 2023). حسین چاری و فداکار، در پژوهشی اعتبار این مقیاس را از روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن ۰/۷۱ و ۰/۶۹ گزارش کردند (Hasirchaman et al., 2018). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسشنامه تحکیم بنیان خانواده:

برای سنجش تحکیم بنیان خانواده از پرسشنامه تحکیم خانواده پور موحد و همکاران (Pourmovahed et al., 2018)، استفاده شد. این مقیاس دارای ۵۶ سوال است که در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (کاملاً موافقم ۴، موافقم ۳، مخالفم ۲ و کاملاً مخالفم ۱)، نمره‌گذاری می گردد و دامنه نمرات بین ۵۶ تا ۲۲۴ می باشد. هر چه نمره فرد بیشتر باشد بیانگر استحکام و ثبات بیشتر خانواده است. برای ارزیابی روایی صوری و محتوایی پرسشنامه نظر ۹ متخصص (سه روانپزشک، چهار دکترای روانشناسی و دو کارشناس ارشد روانشناسی) مورد توجه قرار گرفته و روایی محتوایی ابزار ۰/۷۹ گزارش شده است. برای تعیین اعتبار همگرا همبستگی بین نمرات پرسشنامه با پرسشنامه مک مستر مطلوب گزارش شده است (Pourmovahed et al., 2018). پایایی ابزار نیز از طریق روش بازآزمایی و همسانی درونی ارزیابی و همسانی درونی ابزار برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد (Pourmovahed et al., 2018). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۶۹ گزارش شد.

1. Jerabek Interpersonal Communication Skills Questionnaire

2. Prasanna

یافته‌ها

در این بخش ابتدا داده‌های جمعیت‌شناختی و سپس داده‌های توصیفی و استنباطی بیان می‌گردند. یافته‌های جمعیت‌شناختی بیانگر این بود که ۶۰ نفر از شرکت‌کنندگان معادل ۳۷/۵ درصد بین ۲۵ تا ۳۵ سال، ۶۰ نفر معادل ۳۷/۵ درصد بین ۳۶ تا ۴۵ سال و ۴۰ نفر معادل ۲۵ درصد در بازه سنی ۴۶ تا ۵۵ سال قرار داشتند. همچنین از تعداد کل شرکت‌کنندگان ۷۰ نفر معادل ۴۳/۵ درصد دارای مدرک دیپلم، ۶۰ نفر معادل ۳۷/۵ درصد دارای مدرک لیسانس و ۳۰ نفر معادل ۱۹ درصد فوق لیسانس بودند. در پایان نیز ذکر این نکته مهم است که از بین کل شرکت‌کنندگان ۴۰ نفر معادل ۲۵ درصد شاغل و تعداد ۱۲۰ نفر معادل ۷۵ درصد غیر شاغل بودند.

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش نیز بررسی و گزارش گردید. بدین ترتیب که میانگین و انحراف معیار برای صمیمیت (۱۰۶/۴۴، ۱۰/۳۹)، ذهن‌آگاهی (۵۵/۲۸، ۱۴/۳۷)، رابطه والد-کودک (۴۹/۶۳، ۸/۹۵)، تحکیم بنیان خانواده (۱۶۶/۷۸، ۵/۲) و مهارت‌های ارتباطی (۱۸۴/۷۳، ۱۶/۷۹)، به دست آمد.

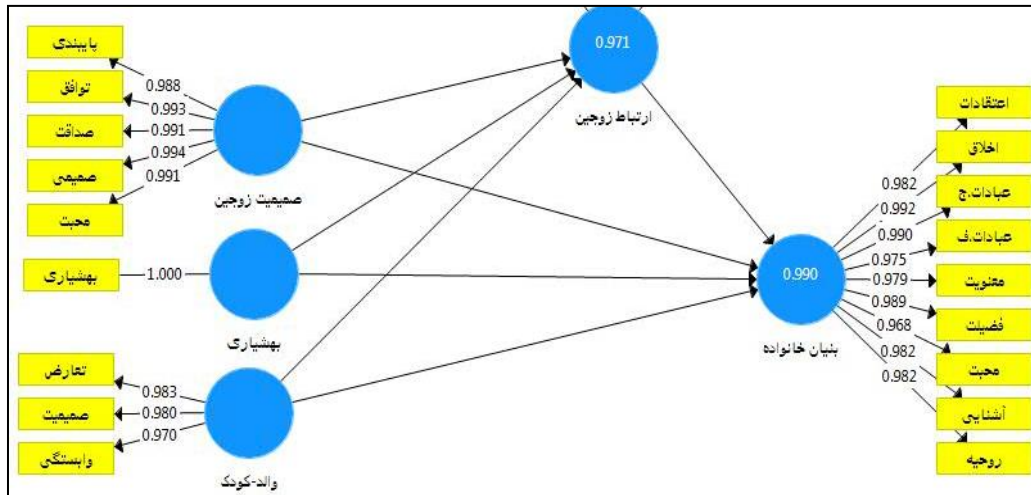
جهت تحلیل داده‌ها ابتدا موضوع نرمال بودن شاخص‌های پژوهش باید مورد بررسی قرار گیرد. برای این کار از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف یک نمونه‌ای استفاده شد و سطح معناداری آزمون برای تمامی شاخص‌های پژوهش کوچک‌تر از مقدار ۰/۰۵ بود، در نتیجه تمامی شاخص‌های پژوهش دارای توزیع غیر نرمال می‌باشند. بنابراین، برای بررسی از آزمون‌های ناپارامتریک (pls) استفاده شد. یافته‌های مربوط به اندازه‌گیری مدل شامل روایی همگرا، روایی واگرا و آلفای کرونباخ در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. پایایی، روایی همگرا و روایی واگرای متغیرهای پژوهش

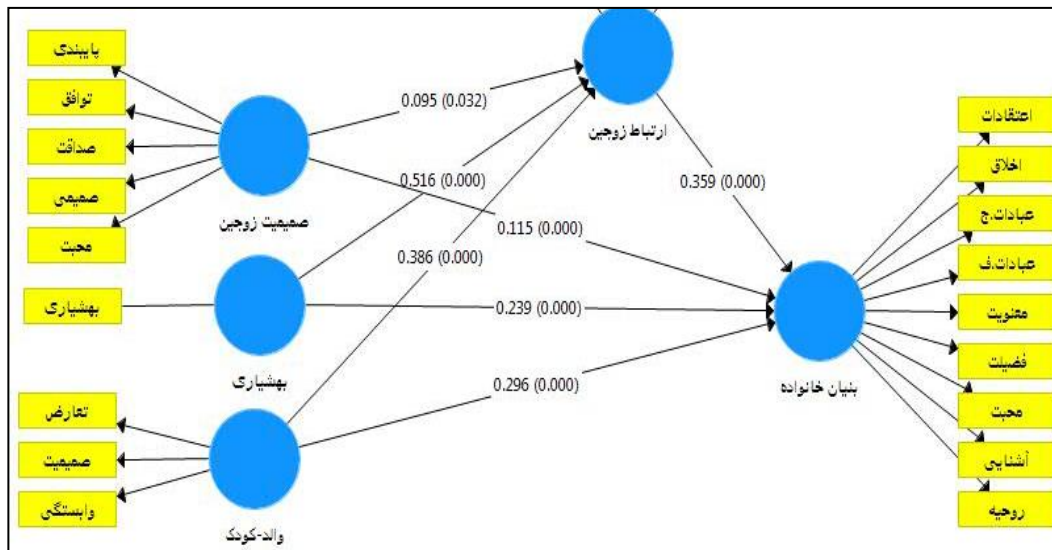
متغیر	روایی همگرا	آلفای کرونباخ	روایی واگرا
صمیمیت	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۳۷
ذهن‌آگاهی	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۴۴
رابطه والد-کودک	۰/۹۶	۰/۹۷	۰/۳۶
تحکیم خانواده	۰/۹۸	۰/۹۹	۰/۳۸
مهارت‌های ارتباطی	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۲۷

در مرحله اندازه‌گیری مدل، برای روایی همگرا از شاخص AVE، روایی واگرا از HTMT و برای پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد. مقادیر مربوط به AVE و آلفای کرونباخ به ترتیب بزرگتر از ۰/۵۰ و ۰/۷۰ بودند که بیانگر روایی همگرا و پایایی مناسبی برای متغیرهای پژوهش بودند. همچنین مقادیر بده دست آمده از HTMT بین ۰ و ۱ بودند که نشان می‌داد

روایی و اگر نیز قابل قبول است. همچنین در این مرحله مدل مفهومی آزمون شده یا الگوریتم PLS نیز در راستای بررسی پایایی و روایی مدل مورد استفاده قرار گرفت که نتایج پایایی و روایی مدل را تایید نمود.



شکل ۲. مدل مفهومی آزمون شده یا الگوریتم PLS



شکل ۳. مدل ساختاری پژوهش همراه با ضرایب مسیر و سطح معناداری

یافته‌های مربوط به ضریب بتا، مقدار t ، R^2 و Q^2 در جدول ۲ ارائه شده‌اند.

جدول ۲. ضرایب بتا، سطح معناداری، معیار قدرت پیش‌بینی و واریانس پیش‌بینی

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	ضریب بتا	آماره t	sig	Q^2	R^2
صمیمیت		۰/۱۱۵	۴/۰۶۹	۰/۰۰۰		
ذهن آگاهی	تحکیم بنیان خانواده	۰/۲۳۹	۳/۶۶۴	۰/۰۰۰	۰/۹۴۸	۰/۹۹۰
رابطه والد-کودک		۰/۲۹۶	۵/۵۸۵	۰/۰۰۰		
مهارت‌های ارتباطی		۰/۳۵۹	۵/۰۹۲	۰/۰۰۰		

در مرحله مدل‌سازی ساختاری، فرضیه‌های مطالعه، ضریب مسیر، ضریب تعیین R^2 و مقدار استون - گیس Q^2 ارزیابی شدند. با توجه به یافته‌های شکل ۲ و جدول ۲، نتایج بیانگر این بود که رابطه مثبت و معناداری بین صمیمیت زناشویی ($b = 0/115$, $t = 4/069$, $p \leq 0/000$)، ذهن آگاهی ($b = 0/239$, $t = 3/664$, $p \leq 0/000$)، رابطه والد کودک ($b = 0/296$, $t = 5/585$, $p \leq 0/000$) و مهارت‌های ارتباطی ($b = 0/359$, $t = 5/092$, $p \leq 0/000$)، با تحکیم بنیان خانواده وجود دارد. همچنین مقدار R^2 ۰/۹۹۰ به دست آمد که بیانگر این بود که صمیمیت زناشویی، ذهن آگاهی، رابطه والد-فرزند و مهارت‌های ارتباطی ۹۹٪ تغییرات در تحکیم بنیان خانواده را توضیح داده‌اند. همچنین مقدار Q^2 برای متغیرهای درون‌زای برای متغیر تحکیم بنیان خانواده برابر با ۰/۹۴۸ بود که متغیرهای پیشین مطالعه پیش‌بینی کننده قوی‌ای برای تحکیم بنیان خانواده می‌باشند.

یافته‌های مربوط به نتایج آزمون فرضیه پژوهش در جدول ۳ ارائه شده‌اند.

جدول ۳. نتایج آزمون فرضیه پژوهش

مسیر	ضریب مسیر	آماره t	سطح معناداری
صمیمیت زناشویی $\leftarrow$ مهارت‌های ارتباطی	۰/۰۹۵	۲/۱۴۸	۰/۰۳۲
ذهن آگاهی $\leftarrow$ مهارت‌های ارتباطی	۰/۵۱۶	۵/۹۵۸	۰/۰۰۰
رابطه والد کودک $\leftarrow$ مهارت‌های ارتباطی	۰/۳۸۶	۵/۱۴۴	۰/۰۰۰
مهارت‌های ارتباطی $\leftarrow$ تحکیم بنیان خانواده	۰/۳۵۹	۵/۰۹۲	۰/۰۰۰

نتایج حاصل از جدول ۳ نشان می‌دهد که مهارت‌های ارتباطی در رابطه بین صمیمیت زناشویی، ذهن آگاهی و رابطه والد فرزند با تحکیم بنیان خانواده نقش میانجی دارد.

نتایج مربوط به برازش مدل با دو شاخص SRMR و NIF در جدول ۴ ارائه شده‌اند.

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل	
مقدار	شاخص
۰/۰۱۴	SRMR
۰/۹۴۵	NIF

SRMR یا همان شاخص ریشه میانگین مربعات باقیمانده استاندارد، به عنوان تفاوت میان میزان همبستگی مشاهده شده و ماتریس همبستگی مدل ساختاری می‌باشد. اگر میزان این شاخص از ۰/۸ کوچک تر بود نشان از برازش مناسب و صحیح مدل می‌باشد. شاخص NFI برای مقادیر بالای ۰/۹ قابل قبول و نشانه برازندگی مدل است. بنابراین مدل به خوبی برازش داده شده است و فرضیه پژوهش تأیید می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی نقش میانجی مهارت‌های ارتباطی در رابطه بین صمیمیت زناشویی، ذهن آگاهی و رابطه والد - کودک با تحکیم بنیان خانواده در زنان انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که مهارت‌های ارتباطی در رابطه بین صمیمیت زناشویی، ذهن آگاهی و رابطه والد - کودک با تحکیم بنیان خانواده نقش میانجی دارد.

بخش اول نتایج نشان داد که مهارت‌های ارتباطی در رابطه بین صمیمیت زناشویی با تحکیم بنیان خانواده در زنان نقش میانجی دارد. این نتایج با پژوهش‌های نعمت‌زاده گتابی (Nematzadeh Gatabi et al. (2020)، جانسون (Johnson et al. (2022) و خلفی و هنرمند (Khalfi and Honarmand (2023)، همسو بود. در تحلیل این نتیجه می‌توان عنوان داشت که تبادل عاطفی (صمیمیت)، به عنوان یکی از ویژگی‌های اصلی خانواده متعادل در اسلام شناخته شده و در هم‌نوایی و سازگاری زوجین نقش مهمی ایفا می‌کند. بهره‌گیری از شیوه‌های صحیح تبادل عاطفی می‌تواند از سرد شدن کانون خانوادگی و آسیب دیدن بنیان خانواده جلوگیری کند (Mohaddesi & Yusofi, 2010). در همین راستا و از نظر پاتو و همکاران (Patoo et al., 2014)، با بهبود سطح مهارت‌های ارتباطی زوجین، رضایتمندی زناشویی افزایش می‌یابد و این مهارت‌های ارتباطی سالم از طریق افزایش رضایتمندی و صمیمیت به تحکیم بنیان خانواده کمک می‌کند. به عبارتی می‌توان اینچنین عنوان نمود که از طریق آموزش مهارت‌های ارتباطی می‌توان به افزایش صمیمیت در زندگی زناشویی کمک

کرد و این افزایش صمیمیت می‌تواند منجر به تحکیم بنیان خانواده گردد. در تحلیلی دیگر می‌توان اینچنین گفت که برقراری روابط معنی‌دار و نزدیک بین زوجین اهمیت بسیاری دارد و به‌عنوان یک تکلیف تحولی اساسی برای آنها در نظر گرفته شده است (Abbasi et al., 2024). آدامسیزک و سرگین (Adamczyk & Segrin, 2016)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که زوجینی که به‌طور موفقیت‌آمیز قادر به برقراری و حفظ روابط صمیمانه هستند، رضایت بیشتری از زندگی دارند و از سازگاری اجتماعی و روان‌شناختی بالاتری برخوردارند. مشکلات ارتباطی و عدم برقراری ارتباط صحیح و صمیمانه، که ناشی از فقدان مهارت‌های ارتباطی مناسب است، از مهم‌ترین عواملی است که موجب ناسازگاری در زندگی زوجین می‌شود. این ناسازگاری خود می‌تواند زمینه را برای آسیب تحکیم بنیان خانواده فراهم آورد و آموزش مهارت‌های ارتباطی می‌تواند به برقراری و حفظ روابط صمیمانه در زوجین کمک کند و از این طریق به تحکیم بنیان خانواده خدمت نماید. در تحلیلی دیگر به مفهوم ارتباطات زوجین می‌پردازیم و طبق این مفهوم، خانواده‌های سالم به جای سکوت به گفتگو در مورد موضوعات مختلف می‌پردازند، در هنگام بروز اختلافات، اعضای خانواده تمایل دارند مشکلات را حل کنند و لحن گفتگوی آنها در هنگام برقراری ارتباط مثبت و سازنده است. پیکور و همکاران (Pickover et al., 2021)، بیان داشتند که الگوهای ارتباط کلامی و غیرکلامی میان زوجین نقش مهمی در ایجاد صمیمیت بین آنها دارد. از طرف دیگر، تبادل کلامی و غیرکلامی افکار و احساسات میان زوجین به‌عنوان ارتباط زناشویی شناخته می‌شود. این نوع ارتباط، هسته مرکزی نظام خانواده است و اختلال در آن تهدیدی جدی برای بقای خانواده محسوب می‌شود.

در بخش دوم، نتایج نشان داد که مهارت‌های ارتباطی در رابطه بین ذهن آگاهی با تحکیم بنیان خانواده نقش میانجی دارد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های رجبی و همکاران (Rajabi et al. (2022) و رمضان‌پورگیلارد و همکاران (Ramezanpour Geliyard et al. (2024)، همسو بود. توانایی ایجاد و حفظ یک رابطه عاشقانه رضایت‌بخش، نیازمند توانایی تشخیص عواطف و هیجانات، توجه به مسائل از دید همسر، حساسیت و آگاهی به عواطف و احساسات دیگران به‌طور کلی است.

رجبی و همکاران (Rajabi et al. (2022)، در پژوهش خود بیان کردند که ذهن آگاهی، نوعی آگاهی شفاف از افکار، احساسات، حس‌های جسمانی، اعمال و محیط اطراف است که در هر لحظه پدیدار می‌شود. رابطه‌ای که در آن کیفیت ذهن آگاهی برجسته می‌شود، رابطه‌ای است که در آن زوجین توانایی شناخت واقعی افکار و احساسات خود را پیدا می‌کنند و بر پایه این شناخت، به بازنگری در آنها می‌پردازند. این توانایی به آنها کمک می‌کند تا فرآیند خودکار چسبندگی به افکار و احساسات را بشکنند و آنها را به‌عنوان پدیده‌هایی گذرا ببینند. در این راستا گامبریل و کلینگ (Gambrel & Keeling, 2010)، معتقد بودند که با ایجاد این توانایی‌ها، انسان از فکر و احساسات خود فراتر می‌رود و می‌تواند در فضای ایجاد شده با آزادی برای پاسخ دادن، گزینه‌های مختلف را بررسی و انتخاب کند. در نتیجه، وارد الگوهای ارتباطی

مفیدی در خانواده می‌شود که این امر به انسجام و پایداری بیشتر خانواده منجر می‌شود. جونز و همکاران (Jones et al., 2011) در پژوهشی با عنوان ذهن آگاهی و رضایتمندی زناشویی به این نتیجه رسیدند که ارتباط معناداری بین ذهن آگاهی و رضایتمندی زناشویی وجود دارد و ذهن آگاهی در افزایش رضایتمندی زناشویی نقش مهمی ایفا می‌کند. به عبارتی می‌توان اینچنین عنوان نمود که ذهن آگاهی با افزایش رضایت زناشویی زمینه را برای استحکام و پایداری خانواده فراهم می‌کند. از طرفی ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا در مواجهه با الگوهای رفتاری منفی و افکار خودکار، به شیوه‌ای کارآمدتر عمل کنند. افراد با سطح به‌شیاری بالا به دلیل اشراف به زمان و عدم ترس از تغییرات، قادرند محیطی پویا و انعطاف‌پذیر در زندگی خود ایجاد کنند. این افراد نه تنها به خود و موقعیت‌های درونی و بیرونی خود آگاه هستند، بلکه به تغییرات در رفتار و ظاهر همسر خود نیز شناخت کامل دارند. افراد ذهن آگاه هنگام مواجهه با استرس‌های محیطی، خودمهارگری بیشتری نشان می‌دهند، سازگاری بالاتری دارند، به همسر خود نگاه مثبتی دارند و ارتباط مؤثرتری را تجربه می‌کنند. مندال و لپ (Mandal & Lip, 2022)، مطرح می‌کنند که افراد ذهن آگاه کمتر از دیگران از ناپایداری روانی دچار آشفتگی می‌شوند. آنها قادرند نگرش‌های منفی یا مثبت نسبت به دیدگاه‌های همسر خود را به حالت تعلیق درآورند و به همین دلیل، قادر به عمل آگاهانه هستند. روابط زوجین همراه با ذهن آگاهی، آنها را از خطر ناپایداری در روابط خانوادگی حفظ می‌کند.

بخش سوم نتایج نشان داد که مهارت‌های ارتباطی در رابطه بین رابطه والد-کودک با تحکیم بنیان خانواده نقش میانجی دارد که با نتایج پژوهش‌های اعتصامی‌پور (I'tesami-Pur et al. (2020 و ملازاده‌نوران (Mollazadehnooran et al. (2021) همسو بود. در تبیین این نتیجه می‌توان اذعان داشت که موارد خانوادگی من جمله شکل رابطه والد-کودک در ایجاد سلامت یا آسیب به رشد فرزندان موثر است و پژوهشگران بر این باورند که سبکی که والدین در ارتباط با فرزندان انتخاب می‌کنند، نقشی کلیدی و اساسی در بهزیستی زیستی-روانی-اجتماعی فرزندان ایفا می‌کند (Jonynienė & Kern, 2012).

می‌توان این‌طور بیان کرد که آموزش مهارت‌های ارتباطی نقش کلیدی در بهبود رابطه والد-کودک دارد و بهبود رابطه والد-کودک منجر به برقراری رابطه موثر بین آنها کمک می‌کند. ارتباط موثر از طریق احساس تعلق خانواده و تثبیت جایگاه آنها، رشد حساسیت اعضاء نسبت به نیازها و احساسات همدیگر، حمایت از فردیت و ارتباط حسنه اعضاء باهم و تسهیل استقلال و خودمختاری آنها زمینه را در جهت کاهش تعارضات و افزایش پایداری و تحکیم بنیان‌های خانواده فراهم می‌کند.

در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان اینگونه بیان نمود که آنچه در بررسی روابط بین صمیمت زناشویی، ذهن آگاهی و رابطه والد-کودک با تحکیم بنیان خانواده به‌طور مشترک به چشم می‌خورد، ارتباطات و الگوهای ارتباطی است. بنابراین با توجه

به اهمیت آموزش مهارت‌های ارتباطی در کاهش تعارضات و آسیب‌های سیستم خانواده پیشنهاد می‌گردد در راستای تحکیم بنیان خانواده و کاهش آسیب‌ها، این آموزش‌ها مورد توجه و استفاده قرار گیرد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان در ابتدا به این موضوع اشاره نمود که جامعه آماری محدود بوده و تعمیم نتایج با ملاحظات بیشتر باید صورت گیرد. همچنین از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر جامعه آماری زنان بود و افراد شرکت‌کننده را زنان تشکیل می‌دادند.

References:

- Abareshi, Z., Tahmasian, K., Mazaheri, M. A., & Panaghi, L. (2009). The impact of psychosocial Child Development training program, done through improvement of mother-child interaction, on parental self-efficacy and relationship between mother and child under three. <http://rph.khu.ac.ir/article-1-115-fa.html>
- Abbasi, R., Pourjabali, R., & Zolghadr, K. (2024). Cultural and psycho-social factors related to the consolidation of the family foundation. *Military Psychology*, 15(1), 165-187. <https://doi.org/https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.25885162.1403.15.1.8.0>
- Adamczyk, K., & Segrin, C. (2016). The mediating role of romantic desolation and dating anxiety in the association between interpersonal competence and life satisfaction among polish young adults. *Journal of adult development*, 23, 1-10. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10804-015-9216-3>
- Amani, A., & Letafati Beriss, R. (2013). The effectiveness of group training in communication skills in decreasing marital conflicts. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 3(2), 17-36. https://jac.scu.ac.ir/article_10670.html?lang=en
- Azarnik, M., Rafiepoor, A., Hatami, M., & Mousavi, M. S. (2022). The Effectiveness of Communication Skills Training on Marital Satisfaction of Female Students of Isfahan University of Medical Sciences, Iran. *Journal of Health System Research*, 18(2), 154-160. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.48305/jhsr.v18i2.1459>
- Baghere, S., Pasha, R., Eftekhari, Z., Hafezi, F., & Nadri, F. (2022). The effectiveness of couple therapy based on integrated behavioral system on marital conflicts, couple intimacy and family functions in couples referring to counseling centers. *Psychological Models and Methods*, 13(47), 1-14. <https://doi.org/https://doi.org/10.30495/jpmm.2022.26752.3265>
- Baharvand, I., Sodani, M., & Abaspour, Z. (2021). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction training on parent-child conflict and bullying in single mother-headed adolescents. *Iranian Journal of Family Psychology*, 6(1), 69-80. <https://doi.org/10.29252/ijfp.6.1.69>
- Baran, C. N., & Sanders, J. J. (2019). Communication Skills: Delivering Bad News, Conducting a Goals of Care Family Meeting, and Advance Care Planning. *Primary care*, 46(3), 353-372. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.05.003>
- Bigdelimojarad, F., Foumany, G. E., & Hejazi, M. (2020). The effectiveness of sex therapy based on Cognitive-Behavioral (Sexual Relationship) training on reducing marital burnout and

- increasing marital quality of married nurses. *Iranian Journal of Nursing Research (IJNR) Original Article*, 15(4). . <http://ijnr.ir/article-1-2366-fa.html>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Chayadi, E., Baes, N., & Kiropoulos, L. (2022). The effects of mindfulness-based interventions on symptoms of depression, anxiety, and cancer-related fatigue in oncology patients: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 17(7), e0269519. <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269519>
- Ciprić, A., Hald, G. M., Strizzi, J. M., Lange, T., Austin, D., Sander, S., & Øverup, C. S. (2022). The future of divorce support: Is “digital” enough in presence of conflict? *Journal of Marital and Family Therapy*, 48(4), 1128-1146. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jmft.12588>
- Driscoll, K., & Pianta, R. C. (2011). Mothers' and Fathers' Perceptions of Conflict and Closeness in Parent-Child Relationships during Early Childhood. *Journal of Early Childhood & Infant Psychology*(7). <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/record/2013-00755-001>
- Du Rocher Schudlich, T. D., & Cummings, E. M. (2007). Parental dysphoria and children's adjustment: Marital conflict styles, children's emotional security, and parenting as mediators of risk. *Journal of abnormal child psychology*, 35, 627-639. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10802-007-9118-3>
- Fazaeli, T., Heydari, H., & Hamidipour, R. (2024). The relationship between marital satisfaction and mindfulness in couples: the mediating role of theory of mind. *The Women and Families Cultural-Educational*, 19(67), 103-128. <https://doi.org/https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.26454955.1403.1.۹.۶۷.۵.۶>
- Gallegos, M. L., Segrin, C., & Thompson, A. (2023). Parent-child relationships and the health of incarcerated mothers: exploring the mediating role of loneliness. *Health Communication*, 38(7), 1442-1453. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/1۰۴۱۰۲۳۶.۲۰۲۱.۲۰۱۲.۱۴>
- Gambrel, L. E., & Keeling, M. L. (2010). Relational aspects of mindfulness: Implications for the practice of marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 32, 412-426. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s10591-010-۹۱۲۹z>
- Ghorbani, N., Watson, P., & Weathington, B. L. (2009). Mindfulness in Iran and the United States: Cross-cultural structural complexity and parallel relationships with psychological adjustment. *Current psychology*, 28, 211-224. <https://doi.org/https://awspntest.apa.org/doi/10.1007/s12144-009-9060-3>
- Goldberg, S. B., Anders, C., Stuart-Maver, S. L., & Kivlighan III, D. M. (2023). Meditation, mindfulness, and acceptance methods in psychotherapy: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 33(7), 873-88۵. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2209694>
- Hasanzadeh Pashang, S., Dabir Moghadam, M., Sharifian, M., & Saffarinia, M. (2014). The effectiveness of Couple's Communication Program Training on life quality and marriage intimacy among unsatisfied women from married life in Tehran city. *Journal of Psychological Studies*, 10(3), 47-78. <https://doi.org/10.22051/psy.2015.1779>

- Hasirchaman, A., Shakerinia, I., & Sadeghi, A. (2018). Relation ship between communication skills, responsibility and emotional regulation with mental health at the empeloe of melli bank. *Career and organizational counseling*, 10(34), 23-43. https://jcoc.sbu.ac.ir/article_99791.html?lang=en
- Hosseini Sohi, M. S. (2023). The effectiveness of mindfulness-based parenting education program on quality of parent-child relationships in students with special learning disorder with math specifier. *Research in Child and Adolescent Psychotherapy*, 2(2), 64-52. <https://doi.org/10.22098/rcap.2023.14072.1034>
- Hosseinian, S., Nooripour, R., Soleimani, E., Abdollahi, A., & Ilanloo, H. (2022). Effectiveness of mindfulness on flexibility and parent-child interactions in mothers of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Empowering Exceptional Children*, 13(1), 79-90. <https://doi.org/https://doi.org/10.22034/ceciranj.2022.297703.1571>
- I'tesami-Pur, R., Baqeri, F., & Zare'Bahram Abadi, M. (2020). Investigating the Parent-Child Relationship Pattern based on Iranian-Islamic Native Model with Communication Skills and Students' Self-esteem Intermediation. *Journal of Islamic Education*, 15(31), 109-125. <https://doi.org/10.30471/edu.2018.4445.1855>
- Jaberi, S., Etemadi, O., & Ahmadi, S. (2016). Investigation of structural relationship between communication skills and marital intimacy. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 5(2), 143-152. https://cbs.ui.ac.ir/article_20749.html?lang=fa
- Johnson, M. D., Lavner, J. A., Mund, M., Zemp, M., Stanley, S. M., Neyer, F. J., Impett, E. A., Rhoades, G. K., Bodenmann, G., & Weidmann, R. (2022). Within-couple associations between communication and relationship satisfaction over time. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 48(4), 534-549. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/01461672211016920>
- Jones, K. C., Welton, S. R., Oliver, T. C., & Thoburn, J. W. (2011). Mindfulness, spousal attachment, and marital satisfaction: A mediated model. *The Family Journal*, 19(4), 357-361. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/1066480711417234>
- Jonyrienė, J., & Kern, R. (2012). Individual psychology lifestyles and parenting style in Lithuanian parents of 6-to-12-year olds. *Tarptautinis psichologijos žurnalas: biopsichosocialinis požiūris*, 11, 89-117. <https://doi.org/https://doi.org/10.7220/1941-7233.11.5>
- Khalfi, A., & Honarmand, M. M. Z. (2023). The Relationship between Marital Intimacy on Life Satisfaction with Mediating Love, Marital Compatibility, and Marital Satisfaction in the Employees Pepole Shahriar Shahroei Kobra Kazemiyannmoghadam. <https://doi.org/https://doi.org/10.21000/psy.2022.40425.2823>
- Lee, H., & Yoon, H. G. (2023). Body change stress, sexual function, and marital intimacy in korean patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: A cross-sectional study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 10.1002/pan.2023.100228. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100228>
- Lucas-Thompson, R. G., & Granger, D. A. (2014). Parent-child relationship quality moderates the link between marital conflict and adolescents' physiological responses to social

- evaluative threat. *Journal of Family Psychology*, 28(4), 538. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0037328>
- mahmoudpour, a., dehghanpour, s., yoosefi, n., & Ejade, S. (2020). Predicting Women's Marital Intimacy Based on Mindfulness, Conflict Resolution Patterns, Perceived Social Support, and Social Well-being. *Social Psychology Research*, 10(39), 102-183. <https://doi.org/10.22034/spr.2020.228592.1463>
- Manalel, J. A., & Antonucci, T. C. (2020). Beyond the nuclear family: Children's social networks and depressive symptomology. *Child development*, 91(4), 1302-1316. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/cdev.13307>
- Mandal, E., & Lip, M. (2022). Mindfulness, relationship quality, and conflict resolution strategies used by partners in close relationships. *Current Issues in Personality Psychology*, 10(2), 135-146. <https://doi.org/https://doi.org/10.5114/cipp.2021.111981>
- Mohaddesi, H., & Yusofi, M. (2010). STRATEGIES OF STRENGTHENING FAMILY FOUNDATION. *Nursing And Midwifery Journal*, 8(4), 0-0. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-252-fa.html>
- Mohammadi, B., & Abbasi, H. (2016). Predicting marital commitment basid on marital intimacy and forgiveness. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 5(3), 31-50. <http://frooyesh.ir/article-1-151-fa.html>
- Mohammadi, H., NAVABAKHSH, M., & MAHDAVI, M. S. (2022). Identify the cultural and social components of family consolidation in order to prevent divorce. <https://doi.org/https://doi.org/10.30495/jisds.2022.64118.11634>
- Mollazadehnooran, A., Shoaakazemi, M., & Badreh, M. (2021). The Study of the Relationship between Parents' Marital Communication Quality and Children's Happiness. *Journal of Woman and Family Studies*, 9(2), 168-192. <https://doi.org/10.22051/jwfs.2021.36098.2695>
- Nematzadeh Gatabi, S., Vaziri, S., & Lotfi Kashani, F. (2020). Investigating the Modeling of Marital Intimacy based on Attachment Styles and Thematic Relationships Mediated by Coping Styles. *Islamic lifestyle with a focus on health*, 4(3), -. https://www.islamiilife.com/article_188163_294e05848f71b6a2fb6cb6891b05859.pdf
- Nho, J. H., Kim, S. R., & Choi, W. K. (2022). Relationships among sexual function, marital intimacy, type D personality and quality of life in patients with ovarian cancer, with spouses. *European Journal of Cancer Care*, 31(6), e1. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ecc.13760>
- Oh, K. J., Lee, S., & Park, S. H. (2011). The effects of marital conflict on Korean children's appraisal of conflict and psychological adjustment. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 444-451. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10826-010-9411-6>
- Olson, E. (2023). Mental Health Collateral and the Living Family's Illness Narrative. *Academic Psychiatry*, 47(5), 563-564. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s40596-022-01615-2>
- Patoo, M., Haghighat, F., & Hassanabadi, H. R. (2014). A Study of the Role of Marital Relationship Quality in Predicting Subjective Well-being and Happiness of University Students. *Journal of Woman and Family Studies*, 2(1), 7-24. <https://doi.org/10.22051/jwfs.2014.1513>

- Pianta, R. C. (1994). Patterns of relationships between children and kindergarten teachers. *Journal of school psychology, 32*(1), 15-31. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0022-4405\(94\)90026-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0022-4405(94)90026-4).
- Pickover, A. M., Dodson, T. S., Tran, H. N., Lipinski, A. J., & Beck, J. G. (2021). Factor structure of the Communication Patterns Questionnaire in violence-exposed women. *Journal of interpersonal violence, 36*(19-20), 9352-9370. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0886260519867147>
- Pourmovahed, Z., Mahmoodabadi, H. Z., Ardekani, S. M. Y., Fallahzadeh, H., Tavangar, H., & Mahmoodabad, S. S. M. (2018). Validation of the Family Stability Questionnaire in married couples: A confirmatory factor analysis. *Electronic physician, 10*(8), 7185. <https://doi.org/https://doi.org/10.19082/7185>
- Prasanna, S., Abeysena, H., & Alagiyawanna, M. (2023). Development and validation of the interpersonal communication assessment tool for assessing the interpersonal communication skills of public health midwives. *BMC Health Services Research, 23*(1), 539. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-023-09511-7>
- Rajabi, G., Kazemi, F., & Shiralinia, K. (2022). Evaluating the model of the relationship between mindfulness and marital satisfaction with mediation of marital empathy. *Journal of Applied Psychological Research, 13*(1), 183-198. <https://doi.org/https://doi.org/10.22059/japr.2022.320767.643793>
- Ramezanpour Geliyard, Z., Yaghoobi, A., Pirani, Z., & Taghvaei, D. (2024). The Effectiveness of Mindfulness-Based Intervention upon Communication Skills and Creativity of Elementary School Students. *Quarterly Journal of Family and Research, 20*(4), 155-171. <http://qjfr.ir/article-1-2126-en.html>
- Tashkeh, M., Lavasani, F. F., Farani, A. R., Tajrishi, K. Z., & Farahani, H. (2024). Examining the validity of an adaptive model of sustaining behaviors in long-distance relationships: Predicting intimacy and marital satisfaction. *Acta Psychologica, 250*, 104489. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104489>.
- Van den Broucke, S., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1995). Marital intimacy: Conceptualization and assessment. *Clinical Psychology Review, 15*(3), 217-233. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0272-7358\(95\)00007-C](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00007-C)
- Whisman, M. A., Gilmour, A. L., & Salinger, J. M. (2018). Marital satisfaction and mortality in the United States adult population. *Health psychology, 37*(11), 1041.
- Yang, J., Lin, X.-Z., Guo, Q.-W., Wang, C.-L., Yang, R.-Y., Zhang, J.-W., & Zeng, Y. (2023). Mediating effect of mindfulness level on the relationship between marital quality and postpartum depression among primiparas. *World Journal of Clinical Cases, 11*(12), 2729. <https://doi.org/https://doi.org/10.12998/wjcc.v11.i12.2729>

Table of Contents

- 1 **The Structural Pattern of Loneliness Based on Childhood Trauma among Students at the University of Tabriz: The Mediating Role of Social Thermoregulation and Risk Avoidance**
Rasoul Heshmati; Mojtaba Ahmadi Farsani; Nima Ghorbanian
- 2 **The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Mental Well Being and Emotional Self Efficacy in Adolescent Girls with Symptoms of Nomophobia**
Maeda Soltanian; Hadi Farhadi
- 3 **Effectiveness of Marital Empowerment Program Based on Positive Schemas on Marital Empathy and Self Compassion of Couples**
Pegah Mehrtalab; Hossein Davudi; Davud Taghvaei
- 4 **Comparing the Effectiveness of Schema Therapy, Metacognitive Therapy, and Interpersonal Therapy on Emotional Expressiveness in Students with Social Anxiety Symptoms**
Sara Khoramifar; Mohammadali Sepahvandi; Fazlollah Mirderikvand
- 5 **Comparison of the Effectiveness of Group Compassion Therapy and Group Narrative Therapy on the Psychological Capital of the Elderly**
Abbas Keshavarz; Hamid Nejat; Ali Akbar Samari
- 6 **The Effectiveness of Schema Therapy on Academic Self- Regulation, Academic Self- Handicapping, and Meta-Worry in Adolescent Female Students with Generalized Anxiety Disorder**
Zahra Imanzadeh; Monireh Rezaee Moradali; Farnaz Farshbaf Manisefat
- 7 **The Relationship Between Marital Intimacy, Mindfulness, and Parent–Child Relationship with Strengthening the Family Foundation Among Women in Mashhad: The Mediating Role of Communication Skills**
Mitra Porkhaje; Hadi Gholammohammadi; Mahmood Azadi



Manager in Charge and Chief Editor:

Professor, Bahramali Ghanbari Hashemabadi, Ferdowsi University of Mashhad

Editorial Board:

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

Excutive Manager : Sajad Kamalinia

Technical Editor : Shahrbanoo Aali, Abbas Firoozabadi

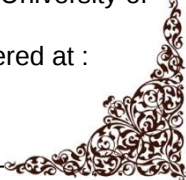
➤ This JOURNAL is published biannually by Ferdowsi University of Mashhad, Iran

➤ The editorial board reserves the right to accept or reject publications, if necessary to make all editorial changes, and to arrange articles in an appropriate order.

➤ Mailing Address : Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, P.O.Box. 9177948974-1518, Mashhad.

➤ All submissions and correspondence should be online and Registered at :

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



In the Name of Allah

Ferdowsi University of Mashhad
Faculty of Education and Psychology

**Research in
Clinical Psychology and Counseling**

A Bi-annual Journal

Vol. 16, No. 1, 2026

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

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

- The Structural Pattern of Loneliness Based on Childhood Trauma among Students at the University of Tabriz: The Mediating Role of Social Thermoregulation and Risk Avoidance |
Rasoul Heshmati; Mojtaba Ahmadi Farsani; Nima Ghorbanian
- The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Mental Well Being and Emotional Self Efficacy in Adolescent Girls with Symptoms of Nomophobia II
Maeda Soltanian; Hadi Farhadi
- Effectiveness of Marital Empowerment Program Based on Positive Schemas on Marital Empathy and Self Compassion of Couples III
Pegah Mehrtalab; Hossein Davudi; Davud Taghvaei
- Comparing the Effectiveness of Schema Therapy, Metacognitive Therapy, and Interpersonal Therapy on Emotional Expressiveness in Students with Social Anxiety Symptoms IV
Sara Khoramifar; Mohammadali Sepahvandi; Fazlollah Mirderkvand
- Comparison of the Effectiveness of Group Compassion Therapy and Group Narrative Therapy on the Psychological Capital of the Elderly V
Abbas Keshavarz; Hamid Nejat; Ali Akbar Samari
- The Effectiveness of Schema Therapy on Academic Self- Regulation, Academic Self- Handicapping, and Meta-Worry in Adolescent Female Students with Generalized Anxiety Disorder VI
Zahra Imanzadeh; Monireh Rezaee Moradali; Farnaz Farshbaf Manisefat
- The Relationship Between Marital Intimacy, Mindfulness, and Parent–Child Relationship with Strengthening the Family Foundation Among Women in Mashhad: The Mediating Role of Communication Skills VII
Mitra Porkhaje; Hadi Gholammohammadi; Mahmood Azadi