



اعضای افتخاری:

- احمد محیط ، روانپزشکی و استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- استفان موریتز ، روانشناس بالینی ، بنیانگذار رواندرومانی فراشناختی و استاد دانشگاه علوم پزشکی هامبورگ
- حسن عشایری ، نورولوژیست و نوروسایکولوژیست ، استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران
- علی نظری ، استاد سلامت همگانی و اپیدمیولوژی و رئیس پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
- سید محمود میرزمانی بافقی ، روانشناس بالینی و استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- شیوا دولت آبادی ، روانشناس و رئیس انجمن روانشناسی ایران
- عصمت دانش ، روانشناس ، استاد دانشگاه شهید بهشتی
- گالینا الکساندرونا میشینا: استاد و عضو شورای عالی روانشناسی و پداگوژی وزارت علوم و آموزش عالی فدراسیون روسیه
- مجتبی حبیبی ، استاد گروه روانشناسی دانشگاه علوم و تکنولوژی نروژ

اعضای شورای نویسندگان:

- بهروز دولتشاهی ، روانشناس بالینی و دانشیار دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
- حسن حق شناس ، روانشناس بالینی و استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- جواد خلعتبری ، روانشناس و دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب
- سید بهنام الدین جامعی ، آناومیست و استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران
- علیرضا رحیمی ، فیزیولوژیست ورزشی و دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- علیرضا شکر گزار ، پزشک و روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی کرج
- علیرضا کاظمینی ، جراح عمومی و فلوشیپ کلورکتال و دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- مجید صفاری نیا ، روانشناس و استاد دانشگاه پیام نور تهران
- سعید ملیحی الذاکرنی ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی کرج
- مدیر داخلی: سعید ملیحی الذاکرنی ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی کرج
- ویراستاران: شراره ضیغمی محمدی و مونا فرهادی الذاکرنی و مونا فرهادی

مشاوران علمی:

- احمد یوسفی ، روانشناس بالینی و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- آرزو تاری مرادی ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- بیوک تاجری ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- راحله کرم پور ، روانشناس پزشکی - رشد ، انسیتو ویگوتسکی مسکو
- شراره ضیغمی ، استادیار گروه پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- شیدا سوداگر ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- فاطمه محمدی شیرمحل ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- طاهره رنجبری پور ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- محمدرضا صیرفی ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- مجتبی انصاری شهیدی ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- مونا دریاافزون ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- مونا فرهادی ، دانشیار زیست شناسی سلولی - تکوینی ، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

اعضای گروه اجرایی:

- شراره ضیغمی محمدی ، سعید ملیحی الذاکرنی
- قیمت: ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال

نشانی دفتر نشریه: کرج ، بلوار مودن ، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج ، گروه روانشناسی سلامت و بالینی
 دورنگار: ۰۲۶-۳۴۴۱۸۱۵۶-۳۴۴۱۸۱۵۶-۳۴۴۱۸۱۵۶ کد پستی: ۳۱۴۹۹۶۸۱۱۱ وب سایت: <https://sanad.iau.ir/journal/jhpsy>
 پست الکترونیک: healthpsychology@kiaui.ac.ir یا healthpsychologyJournal@gmail.com



Organizational structure of Interdisciplinary Journal of Health and Psychology

Publisher: Islamic Azad University, Karaj branch

Director in charge: Alireza Shokrgozar

Editor-in-Chief: Hassan Ahadi

Honorary members:

ФДШ Montazeri , Professor of General Health and chancellor of Research Council of Health ACECR
Hassan Ashayeri, Neurologist and Neuropsychologist, Professor at Iran University of Medical Sciences
Ahmed Mohit, Psychiatrist and Professor at Tehran University of Medical Sciences
Shiva Dolatabadi, Psychologist and President of the Iranian Psychological Association
Seyyed Mahmoud Mirzamani Bafghi, Clinical Psychologist and Professor at Islamic Azad University, Karaj branch

Esmat Danesh , Psychologist , Professor of Shahid Beheshti University

Stefen Moritz, Clinical Psychologist, Founder of Meta-Cognitive Training and Professor at Hamburg University of Medical Sciences

Galina Alexandrovna Mishina , Doctor of Psychology, Professor, Chief Researcher, Member of the Expert Council on Psychology and Pedagogy of the Higher Certification Commission under the Ministry of Science and Higher Education of the Russian Federation , Institute of Special Education (FGBNU ISE), Moscow, Russia.

Mojtaba Habibi Asgarabad , Department of Psychology , Norwegian University of Science and Technology

Editorial Board:

Alireza Kazemeini, General Surgeon and Colorectal Fellowship and Associate Professor of Tehran University of Medical Sciences

Alireza Rahimi, Sports Physiologist and Associate Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Alireza Shokrgozar , MD. PhD , Health Psychologist and Assistant Professor at the Islamic Azad University of Karaj

Behrooz Dolatshahee, Clinical Psychologist and Associate Professor of the University of Rehabilitation Sciences and Social Health

Hassan Haqshanas, Clinical Psychologist and Professor at Shiraz University of Medical Sciences

Javad Khalatbari, Psychologist and Associate Professor of Islamic Azad University, South Tehran branch

Majid Safarinia, Psychologist and Professor at Payam Noor University in Tehran

Seyed Behnameddin Jamei, Anatomist and Professor of Iran University of Medical Sciences

Saied Malihialzackerini, Health Psychologist and Assistant Professor at the Islamic Azad University of Karaj

Manager: Saied Malihialzackerini

Scientific editors: Sharareh Zeighami Mohammadi , Saied Malihialzackerini , Mona Farhadi

Scientific advisors:

Ahmad Yousefi, Clinical Psychologist and Assistant professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Arezo Tari Moradi, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch
Buyuk Tajeri, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Fatemeh Mohammadi Shirmahalleh, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Mohammad Reza Seirafi, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Mojtabi Ansari Shahidi, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Mona Daryaafzon, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Mona Farhadi, Microbiologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Raheleh Karampour, Medical and Developmental Psychologist , Vygotsky Institute , Moscow

Sharareh Zeighami, Assistant Professor of the Department of Nursing, Islamic Azad University, Karaj Branch

Sheida Sodagar, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Tahereh Ranjbaripour, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Executive group members:

Sharareh zeighami Mohammadi , Saied Malihialzackerini

Address: Faculty of Medical Sciences , Islamic Azad University - Karaj Branch , Moaazen Blv. Karaj . I.R.Iran

Website: <https://sanad.iau.ir/journal/jhpsy> **E-mail:** healthpsychologyjournal@gmail.com **Tel: +98-**

راهنمای نویسندگان

نویسندگان محترم لازم است بر اساس راهنمای زیر مقاله را تنظیم و تحریر نمایند. ارسال یک مقاله به منزله عدم انتشار آن در گذشته (به جز به صورت یک چکیده مقاله یا بخشی از یک کنفرانس منتشر شده و یا پایان نامه تحصیلی)، عدم ارسال همزمان به مجلات دیگر، موافقت تمامی نویسندگان و کلیه کسانی که به طور مستقیم یا ضمنی به هر نحوی مسئولیتی در اجرای کار داشته‌اند و عدم انتشار آن در آینده در جاهای دیگر به همان فرم و زبان، بدون اجازه کتبی از ناشر در صورت پذیرش می‌باشد. (مسئولیت حقوقی بر عهده نویسنده/نویسندگان خواهد بود) مقاله‌های باید با رعایت کامل آئین نگارش فارسی نوشته شده و از به کاربردن کلمات خارجی که معادل مناسبی در زبان فارسی دارند اجتناب شود. در صورتی که واژه جایگزین فارسی مصطلح یا مناسب نباشد، می‌توان با حروف فارسی از آوانویسی استفاده و اصل واژه لاتین داخل پرانتز یا زیرنویس نگاشته شود. مقاله‌های قابل پذیرش در فصلنامه تازه‌های علوم اعصاب شامل موارد زیر می‌باشد:

الف- مقاله‌های اصیل پژوهشی که گزارش علمی از مطالعات تحقیقی اصیل می‌باشند. این مقاله‌های شامل چکیده (فارسی و انگلیسی) مقدمه، روش بررسی، یافته‌ها، بحث، نتیجه‌گیری، تشکر و قدردانی و منابع می‌باشند.

ب- مقاله‌های نقد و بررسی (مروری) که در برگزیده کلیه مطالعات انجام شده در یک موضوع جدید علمی هستند معمولاً از سوی تحریریه از اساتید ذیصلاح درخواست می‌شوند، اما مقاله‌های مروری که موضوعات آنها مناسب، ولی سفارش هیئت تحریریه نبوده‌اند نیز مورد بررسی قرار می‌گیرند. این مقاله‌ها شامل چکیده فارسی و انگلیسی، مقدمه، روش بررسی، بحث، نتیجه‌گیری و منابع می‌باشد.

ج- مقاله‌های گزارش موردی فقط در صورتی که یک مورد جالب، نادر و استثنایی را گزارش کنند، چاپ خواهند شد. این مقاله‌های شامل چکیده فارسی و انگلیسی، مقدمه، معرفی مورد، بحث و منابع می‌باشد. ضمیمه نمودن عکس، گزارش مرکز بیمارستانی یا کلینیک یا مرکز مشاوره، آزمایشگاه و ارزیابی‌های بالینی و ... و همچنین آدرس و تلفن مورد «محفوظ نزد مجله» در صورت لزوم به همراه مقاله الزامی می‌باشد.

د- مقاله‌های گزارش کوتاه که شامل شرحی از یک پیشرفت علمی معنادار از تحقیقات در حال انجام و تکمیل در زمینه علوم اعصاب بوده و داده‌های مختصرتری نسبت به مقاله‌های اصیل پژوهشی در بردارند. این مقاله‌های باید شامل چکیده (فارسی و انگلیسی) که الزامی به سازمان یافته بودن آن نیست، مقدمه، موضوع، بحث و منابع باشند.

ارسال مقاله:

مقاله‌ها تنها از طریق وب سایت (<https://sanad.iau.ir/journal/jhpsy>) و یا پست الکترونیک مجله (healthpsychology@kiauo.ac.ir) (healthpsychologyjournal@gmail.com) پذیرفته می‌شوند. مقاله باید در محیط ویندوز و برنامه Word قابل قرائت با نرم‌افزار Office-2010 به بالا با فونت ب لوتوس شماره ۱۲ در خطوطی که ۲ فاصله بهم داشته و حدود ۲/۵ سانتی‌متر حاشیه از هر طرف صفحه تایپ شده باشد. جداول و نمودارها باید با کیفیت مناسب و در صفحات جداگانه طراحی و کشیده شوند و از جاگذاری عکس یا اسکن کپی آنها در فایل خودداری شود. اشکال باید به صورت JPEG یا GIF با کیفیت بالا باشند.

تنظیم مقالات:

الف- صفحه عنوان: عنوان کامل مقاله، نام کامل نویسندگان، بالاترین مدرک، مقطع و رشته تحصیلی، دانشگاه یا سازمان متبوع و رتبه هیئت علمی یا پست سازمانی هر یک از نویسندگان (به فارسی و انگلیسی) به همراه آدرس پستی کلیه آنها و تلفن، نامبر و پست الکترونیک

ب- چکیده فارسی: کلیه مقاله‌های پژوهشی باید یک چکیده سازمان یافته شامل حداکثر ۲۵۰ کلمه و بخشهای هدف، روش بررسی، یافته‌ها، نتیجه‌گیری و کلید واژه‌ها که دقیقاً منعکس کننده اهم مطالب مقاله است دارا باشند. کلمات کلیدی ۵-۳ مورد بر اساس لیست عناوین موضوعی پزشکی ایندکس مدیکوس (MeSH) باشد. در روش بررسی چکیده، مدت تحقیق، نوع نمونه‌گیری و جامعه آماری مربوطه، ابزارهای پژوهش و متغیرهای مورد بررسی و روشهای تحلیل آماری داده‌ها مشخصاً نام برده شوند. همچنین در یافته‌های چکیده، ضمن اشاره به موارد مهم آمارهای توصیفی، یا روابط و ضرایب همبستگی بدست آمده، و یا وجود یا عدم تفاوت معنادار بین گروهها، مقادیر دقیق احتمال (P-Value) حاصل از تحلیلهای آماری ذکر شوند.

ج- چکیده و یا متن کامل به زبان انگلیسی: همانند چکیده فارسی و دقیقاً معادل آن باشد.

د- مقدمه: خلاصه‌ای از تعاریف، اصول، تئوریا و بیان مسئله و سپس مروری از پیشینه تحقیق، مجهولات بجا مانده از تحقیقات قبلی، دلایل لزوم مطالعه و هدف مطالعه را شامل می‌شود. نباید به داده‌ها و نتیجه‌گیری پژوهش اشاره نماید.

ه- روش بررسی: باید دقیقاً روش کار، مشاهده، آزمایش یا مداخله را مورد اشاره قرار داده و نوع و مدت تحقیق، جامعه آماری، نمونه‌ها و نحوه انتخاب آنها، معیارهای ورود و خروج و متغیرهای پایه‌ای مربوطه که مورد لحاظ بوده‌اند، موضوعات آزمایشگاهی، متغیرهای مورد بررسی و ابزارهای سنجش بکار رفته و روایی و پایایی آنها را مشخصاً ذکر نماید. ملاحظاتی اخلاقی لحاظ شده نیز باید ذکر شوند. از جمله: کسب رضایت آگاهانه از کلیه کسانی که اطلاعاتی از آنها اخذ و یا مورد آزمایش قرار گرفته‌اند، شامل افراد بزرگسال شرکت کننده و یا والدین یا قیم قانونی افراد نابالغ. ذکر نام اختصاصی سازمان، ارگان یا کمیسیونی که طرح را بررسی و مورد موافقت یا حمایت قرار داده‌است.

و- یافته‌ها: می‌تواند بصورت متن، جداول و نمودارها ارائه شود، به شرطی که در اشکال مختلف تکراری نباشند. مقدار احتمال (P-Value) در تحلیلهای آماری انجام شده باید دقیقاً و تا سه رقم اعشار بیان شوند.

ز- بحث: به مقایسه یافته‌های حاصل از تحقیق انجام شده با سایر تحقیقات انجام شده قبلی از منظر تفاوتها و تشابهات بین آنها پرداخته و در تأیید یا دلایل تفاوت بین آنها استدلال شود. جزئیات یافته‌های حاصل از این تحقیق و همچنین تحقیقات قبلی نباید تکرار شوند. در انتها باید به درست یا غلط بودن فرضیه و هدف تحقیق و یا ناکافی بودن ادله حاصل در اخذ نتیجه قطعی رهنمون شود.

ح- نتیجه‌گیری: نتیجه و برآیند نهایی و قطعی تحقیق را بیان نماید.

ی- جداول و نمودارها: حتماً هر یک در صفحات جداگانه در انتهای مقاله ارائه شوند، البته وجود آنها در متن اشکالی ندارد.

ک- اشکال: در تعداد محدود، با کیفیت بالا، در صفحات جداگانه، در انتهای مقاله و بصورت رنگی ارسال و توضیحات آنها زیر آنها قرار گیرد. البته تکرار آنها در متن اشکالی ندارد.

ل- منابع: تمامی مقاله‌های باید دارای منابع مستند، صحیح و مرتبط باشند و نویسنده باید از صحیح بودن آنها مطمئن باشد. از آنجا که بررسی صحت و سقم کلیه منابع در تمامی مقالات، توسط هیئت تحریریه و داوران بطور کامل مقدور نیست، لذا مسئولیت این موضوع بعهده نویسنده مسئول مقاله بوده و به‌منظور کاهش خطاهای احتمالی لازم است تا قبل از ارسال مجدداً چک شوند. به منظور کنترل بهتر و دقیق تر منابع، بهتر است (ولی الزامی نیست) تا منابع مقاله‌های به همراه URL هر یک از آنها در نرم افزار Endnote وارد و فایل کتابخانه آن (Library) همراه مقاله ارسال گردد.

فهرست مقاله ها

۱. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی و افکار خودکشی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی شهرستان قائمشهر
سیده مریم موسوی بورخیلی، ارسلان خان محمدی اطاقسر، محسن دهقان حداد
۶
۲. رابطه ی ذهن آگاهی با تمایز یافتگی و تنظیم هیجان در افراد چاق
علیرضا شکرگزار ، مژگان نینوایی ، آرزو جانعلی زاده
۱۷
۳. اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی و احساس تنهایی زوجین دارای خشونت خانگی
شقایق نصیری قجور ، محسن منصوبی فر ، آرزو تاری مرادی
۲۵
۴. نقش دشواری تنظیم هیجان و مؤلفه های آن در پیش بینی ابتلای به افسردگی مبتلایان به دیابت نوع دو
ژابیز زارع کاریزک ، فاطمه محمدی شیرمحلله ، علیرضا شکرگزار
۳۲
۵. پیش بینی پذیرش درد بر اساس خود دلسوزی و مهارت شناختی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس (ام اس)
فتانه میرزایی بادیزی ، علی سلیمانی
۴۰
۶. رابطه ی تنظیم شناختی هیجان و ذهن آگاهی با بهزیستی روانشناختی معلمان آموزش و پرورش
مریم مشایخ ، ریحانه السادات مقیمی
۴۸
- پی نویس
۶۰

گفتار ویژه

رسالت نشریه

دکتر علیرضا شکر گزار

پزشک و روانشناس سلامت
معاون علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی استان البرز
ریاست دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی کرج

نشریه سلامت و روانشناسی در راستای اهداف آشنایی با موضوعات و رشته های مختلف علوم مرتبط با سلامت ، توجه به جنبه های نظری و کاربردی آن که دامنه اش تمامی رشته های علوم مرتبط با انسان را در بر می گیرد و به انسان در جهت دخالت آگاهانه در سرنوشت خویش یاری می رساند و با انعکاس نتایج پژوهشی و نوآوری در زمینه و روند رشدی این علوم ، فعالیت خود را های متنوع علوم میان رشته ای روانشناسی و شاخه های مختلف پزشکی ادامه می دهد.
با اینحال بدون مشارکت فعال علاقمندان و بویژه عدم نقد و بررسی و پس خوراند ، انگیزه های موجود آسیب پذیر می شوند.

امیدواریم که از کمک همکاران بیشتر بهره گیریم .

علم بی بحث ، ملک بی سیاست و مال بی تجارت پایدار نماند. (سعدی)

علیرضا شکر گزار
مدیر مسوؤل

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی و افکار خودکشی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی شهرستان قائمشهر

سیده مریم موسوی بورخیلی

کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آیت آملی، آمل، ایران

ارسلان خان محمدی اطاقسرا

عضو هیأت علمی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آیت آملی، آمل، ایران (نویسنده مسوول)

محسن دهقان حداد

استاد مدعو گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آیت آملی، آمل، ایران

The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on emotional self-regulation and suicidal thoughts in women with depressive disorder in Qaemshahr city

Seyedeh Maryam Mousavi Borkhili

Master of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ayat Amoli Branch, Amol, Iran

Arsalan Khanmohammadi Otaghsara

Faculty member, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ayat Amoli Branch, Amol, Iran

Mohsen Dehghan Haddad

Visiting Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ayat Amoli Branch, Amol, Iran

Abstract

The aim of the present study was the effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotional self-regulation and suicidal thoughts in women suffering from depression in Qaimshahr city. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the present study included all women suffering from depression in 1401-1402, who referred to the psychology and micro-counseling center in Qaemshahr city for counseling. 30 women were selected by available sampling and randomly assigned to two experimental (15 people) and control (15 people) groups. Beck's depression questionnaire (1996), Beck's suicidal thoughts (1979) and Hoffman and Kashden's emotional self-regulation (2010) were used to collect data. The people of the experimental group underwent therapeutic sessions based on acceptance and commitment by Walls and Sorel (2007) in the form of 8 90-minute sessions. In order to analyze the data, descriptive (mean, standard deviation) and inferential (multivariate covariance analysis) methods were used with SPSS version 25 software. Based on the results of the treatment based on acceptance and commitment, it was effective on the linear combination of variables of suicidal thoughts and emotional self-regulation of women with depression. In other words, treatment based on acceptance and commitment led to the reduction of suicidal thoughts and emotional self-regulation with the strategy of concealment and the increase of emotional self-regulation with the strategy of work compromise and tolerance in women suffering from depression.

Keywords: *treatment based on acceptance and commitment, emotional self-regulation, suicidal thoughts, depressive disorder*

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی و افکار خودکشی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی شهرستان قائم شهر بود. روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال افسردگی در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بودند که جهت مشاوره به مرکز روانشناسی و مشاوره خرد در شهرستان قائم شهر مراجعه کردند. ۳۰ نفر از زنان به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفره) و کنترل (۱۵ نفره) به صورت تصادفی گمارده شدند. از پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶)، افکار خودکشی بک (۱۹۷۹) و خودتنظیمی هیجانی هافمن و کاشدن (۲۰۱۰) جهت جمع آوری داده ها استفاده شد. افراد گروه آزمایش تحت جلسه های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد والز و سورل (۲۰۰۷) در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش های آماری توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کوواریانس چند متغیره) با نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد. براساس نتایج درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترکیب خطی متغیرهای افکار خودکشی و خودتنظیمی هیجانی زنان مبتلا به اختلال افسردگی موثر بود. به عبارتی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش افکار خودکشی و خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری و افزایش خودتنظیمی هیجانی با راهبرد سازش کاری و تحمل زنان مبتلا به اختلال افسردگی گردید.

کلید واژه: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودتنظیمی هیجانی، افکار خودکشی اختلال افسردگی

مقدمه

اختلال افسردگی^۱ یکی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی در افراد است که بر رشد روانی اجتماعی آنان تأثیر منفی می گذارد (واگنر و همکاران^۲، ۲۰۲۰). علاوه بر این باعث واکنش عاطفی می شود که می تواند در نتیجه برداشت منفی از خود، احساس شکست، احساس از دست دادن و یا احساس بی ارزشی در فرد ایجاد کند (اوتو و همکاران^۳، ۲۰۱۶). اختلال افسردگی در اثر عوامل مختلفی ایجاد می شود و افکار خودکشی^۴ زنان را افزایش می دهد (کو و کیم^۵، ۲۰۲۰). خودکشی یک مسئله مهم و جدی ایمنی عمومی است که می تواند در طول زندگی رخ دهد. این بیماری حتی به دومین عامل مرگ و میر در بین جوانان ۱۵ تا ۲۹ ساله در سطح جهان تبدیل شده است (سازمان جهانی بهداشت^۶، ۲۰۱۹). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی سالانه حدود ۸۰۰۰۰۰ خودکشی در سراسر جهان رخ می دهد اما مطالعات نشان می دهد که میزان خودکشی اغلب کمتر گزارش می شود (آردیتی-آربل و همکاران^۷، ۲۰۲۳). افکار خودکشی به عنوان یک عامل کلیدی پیش بینی کننده تلاش های بعدی خودکشی و تکمیل خودکشی در نظر گرفته می شود (ژانگ و همکاران^۸، ۲۰۲۲). در نتیجه، درک عوامل خطر مرتبط با شروع افکار و رفتارهای خودکشی بسیار مهم است (فرانکلین و همکاران^۹، ۲۰۱۷). افکار خودکشی و تلاش ها به شدت با خودکشی کامل مرتبط هستند و از نظر اثرات نامطلوب روانی اجتماعی، ناتوانی طولانی مدت و افزایش هزینه های مراقبت بهداشتی به بار بزرگ بیماری کمک می کنند. در کشورهای با درآمد بالا، تعداد مردان در مرگ و میر خودکشی از زنان بیشتر است. در حالی که یافته ها و افکار خودکشی در زنان بسیار شایع تر است (لاوستداد و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۹). وقوع خودکشی در میان زنان مبتلا به اختلال افسردگی قابل توجه است و یکی از ناراحت کننده ترین پیامدهای افسردگی است. بدیهی است که خودکشی نتیجه نهایی احساس ناامیدی، بی ارزشی و ناتوانی فرد است (باشا و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۱).

از سویی دشواری در تنظیم هیجانی با افسردگی ارتباط معناداری دارد. به طوری که مطالعات نشان داده اند توانایی تنظیم هیجانی با عملکرد اجتماعی، فردی، وضعیت عاطفی، سطح شناختی و رشد تحصیلی ارتباط معناداری دارد. علاوه بر این دشواری تنظیم هیجانی، تجربه عاطفی ذهنی فرد را بدتر می کند و به تدریج احساسات منفی او را گسترش می دهد و علائم افسردگی را تشدید می کند (ژانگ و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۲). اختلال تدریجی خودتنظیمی هیجانی^{۱۲} به عنوان یک فرآیند اصلی اساسی برای بهبود و تداوم اختلالات روانی در نظر گرفته می شود (اسلوان و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۵). خودتنظیمی هیجانی به عنوان توانایی مدیریت و کنترل احساساتی که برای شکل دادن به تجربیات عاطفی بیان می شوند، تعریف می شود (باندا^{۱۴}، ۲۰۱۹). به طور کلی، افرادی که از افسردگی رنج می برند ممکن است در تنظیم هیجانی منفی با مشکلاتی مواجه شوند (هرویگ و همکاران^{۱۵}، ۲۰۱۸) و علائم کاهش احساسات مثبت را نشان دهند (جورمن و استانتون^{۱۶}، ۲۰۱۶). به عنوان مثال، موریش و همکاران^{۱۷} (۲۰۱۸) در بررسی خود به این نتیجه رسیدند که خودتنظیمی هیجانی سازگار با انعطاف پذیری بیشتر و بهزیستی روانشناختی بهتر مرتبط است و می تواند تأثیر رویدادهای استرس زا را خنثی کند. افسردگی یک بیماری روانی است که سلامت جسمی و روانی زنان را به طور جدی تحت تأثیر قرار می دهد. بنابراین، توسعه مداخلات

تعهد در پیشگیری از اقدام مجدد خودکشی در پی گیری های یک ساله اشاره دارد همچنین پژوهش دوکاس و همکاران^{۳۳} (۲۰۱۴) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش شدت افکار خودکشی، ناامیدی و پریشانی روانشناختی در افراد می شود. از سوی دیگر پژوهش ها حاکی از اثربخشی این شیوه ی درمانی در تنظیم هیجان در اختلالات مختلف است. در این راستا پژوهش داویدس و همکاران^{۳۴} (۲۰۱۵) نشان داد که بد تنظیمی هیجانی یکی از شاخص های اصلی اختلالات اضطرابی است و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش آن موثر است. همچنین اسپیدل و همکاران^{۳۵} (۲۰۱۸) درمان پذیرش و تعهد موجب تنظیم هیجان افراد دارای تجارب ترومای دوران کودکی می شود و پذیرش این هیجانات منفی به دنبال درمان پذیرش و تعهد در این افراد افزایش می یابد. رویز و همکاران^{۳۶} (۲۰۱۸) نیز در پژوهشی نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد بر افکار و هیجانات منفی اختلالات هیجانی موثر است. با توجه به مباحث فوق؛ افسردگی رایج ترین اختلال روانی است که اخیراً به شدت رو به افزایش است و با وجود تحقیقات دامنه دار در مورد علل، علائم و طرق درمان آن متأسفانه در بیشتر جوامع امروزی از جمله جامعه ایران توجه زیادی به آن مبذول نشده است. به طوری که افسردگی سومین مشکل سلامتی در ایران و شیوع آن در جمعیت های مختلف ایرانی از ۵/۶۹ تا ۷۳ درصد متغیر و در زنان و دختران بیشتر از مردان است. در نتیجه نیازمند توجه به مداخلات درمانی در این زمینه می باشد. ازین رو پژوهش حاضر با هدف بررسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی و افکار خودکشی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی انجام پذیرفت

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال افسردگی شهرستان قائم شهر در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ می باشد که جهت مشاوره به مرکز روانشناسی و مشاوره خرد در شهرستان قائم شهر مراجعه کردند که تعداد آنان بر اساس پرونده پزشکی موجود در مرکز برابر با ۶۰ نفر می باشد. براساس حجم جامعه آماری و از بین زنان مبتلا به اختلال افسردگی تعداد ۴۷ نفر که معیارهای لازم برای ورود به پژوهش را داشتند، ۳۰ نفر از زنان با روش نمونه گیری در دسترس براساس نقطه برش کسب شده در پرسشنامه افسردگی بک (نمره ۱۳) و معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره (آزمایش) و ۱۵ نفره (کنترل) تقسیم شدند. گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرده است در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نمودند. همچنین از تمامی افراد جهت شرکت در این مطالعه رضایت نامه

پیشگیرانه متنوع مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۸} از اهمیت بالایی برخوردار است. در سال های اخیر موج سوم درمان های شناختی رفتاری برای اختلالات روانی مورد استفاده قرار گرفته است. این مداخلات درمان شناختی رفتاری برای مدیریت درد در بیماران دارای اختلال افسردگی نیز مفید است (طاهری و همکاران، ۲۰۲۰). درمان پذیرش و تعهد یک درمان شناختی رفتاری موج سوم است که نشان داده شده است هم شرایط روحی و هم جسمی از جمله اضطراب، افسردگی، استرس و درد مزمن را بهبود می بخشد. هسته اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استراتژی مقابله با افکار، احساسات و احساسات بدنی بد درونی از طریق تمرین ذهن آگاهی و انعطاف روانی است. استراتژی هایی برای تقویت انعطاف پذیری روان شناختی شامل پذیرش، انتشار شناختی، حضور، خود به مثابه زمینه، ارزش ها و اقدام متعهدانه است (چیو و همکاران^{۱۹}، ۲۰۲۳). تعداد فزاینده ای از شواهد و پژوهش ها نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند علائم افسردگی، اضطراب، استرس و پریشانی روانی را کاهش دهد و کیفیت زندگی را در جمعیت های مختلف بهبود بخشد (بای و همکاران^{۲۰}، ۲۰۲۰). به عنوان مثال فیض اللهی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر میزان افکار خودکشی، خودنهادن سازی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افکار خودکشی پرداختند. یافته ها نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تأثیر معناداری بر کاهش خودنهادن سازی و افکار خودکشی و افزایش تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افکار خودکشی دارد. این نتایج نشان می - دهند که درمان پذیرش و تعهد احتمالاً میتواند با بهبود تنظیم و ابراز هیجان در کاهش میزان افکار خودکشی موثر باشد. باقری و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه روان شناختی و تنظیم هیجانی دانش آموزان دارای افکار خودکشی پرداختند. بر اساس یافته ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش معنادار عزت نفس، خوش بینی، تاب آوری، خودکارآمدی، ارزیابی مجدد شناختی و سرکوب بیانی در دانش آموزان دارای افکار خودکشی می شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند با بهبود سرمایه روان شناختی و تنظیم هیجان در افراد دارای افکار خودکشی، سلامت روان شناختی را افزایش دهد. بنابراین این نوع مداخله برای کاهش افکار خودکشی توصیه می شود. چندین کار آزمایشی تصادفی کنترل شده نشان داده اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند بر مدیریت اختلالات روان پزشکی مرتبط با افزایش خطر خودکشی از قبیل دوره های افسردگی، اختلالات خوردن، اختلال شخصیت مرزی و روان پریشی مفید باشد (دوکاس و همکاران^{۲۱}، ۲۰۱۴). علاوه بر این دو گزارش موردی منتشر شده توسط لووما و ویلت^{۲۲} (۲۰۱۲) به نقش درمان مبتنی بر پذیرش و

اخذ می شود و به آنها اطمینان خاطر داده می شود که اطلاعات محرمانه و تحلیل داده ها به صورت گروهی می باشد. معیارهای ورود شامل: داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، جنسیت مونث، داوطلب بودن، تشخیص اولیه افسردگی، پایین بودن نمره آزمودنی ها بر اساس نقطه برش پرسشنامه و معیارهای خروج شامل: استفاده از دارودرمانی، استفاده از درمان روانشناختی، همبودی با اختلال های سوء مصرف مواد، سایکوز، افسردگی شیدایی، اختلال های خوردن در محور یک، اختلال های شخصیت مرزی، ضداجتماعی و عدم رضایت و غیبت بیش از دو جلسه بوده است. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه های زیر استفاده شد.

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (۱۹۹۶)

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که برای سنجش افسردگی تدوین شده است. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی ۲۱ ماده ای است که سه گروه نشانه های عاطفی، شناختی و جسمانی افسردگی را دربر می گیرد. دامنه نمرات برای هر ماده بین صفر تا ۳ است. نمره کل پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم بین صفر تا ۶۳ است. در این آزمون نقطه برش ۱۳ است. نمرات صفر تا ۱۳ نشان دهنده فقدان افسردگی، نمرات ۱۴ تا ۱۹ نشان دهنده افسردگی خفیف تا متوسط، نمرات ۲۰ تا ۲۸ نشان دهنده افسردگی متوسط تا شدید و نمرات ۲۹ تا ۶۳ نشان دهنده افسردگی شدید است. گروت و همکاران^{۲۷} (۲۰۰۵) در یک پژوهش روی ۲۲۰ بیمار، همسانی درونی بالای ۰/۹۰ را به دست آوردند. کاپسی و همکاران^{۲۸} (۲۰۰۸) ضریب روایی تشخیصی بین پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم و مقیاس ناامیدی بک و پرسشنامه اضطراب بک را ۰/۶۵ گزارش کردند. محمدخانی و دابسون^{۲۹} (۲۰۰۷) در بیماران سرپایی و دانشجویان به ترتیب ضرایب آلفای ۰/۹۲ و ۰/۹۳ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آوردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد.

مقیاس سنجش افکار خودکشی (BSSI) بک (۱۹۷۹)

این مقیاس یک ابزار خودسنجی نوزده سؤالی است که جهت آشکارسازی، سنجش نگرش و برنامه ریزی برای اقدام به خودکشی و عوامل تشکیل دهنده آن از قبیل آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی به صورت فعال و غیرفعال، مدت و فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل بر خود، عوامل بازدارنده و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی توسط بک و همکاران (۱۹۷۹) ساخته شده است. مقیاس سنجش افکار خودکشی دارای سه مولفه ی تمایل به مرگ، آمادگی برای خودکشی و تمایل به خودکشی واقعی می باشد. این مقیاس بر اساس لیکرت سه درجه ای با نمره گذاری از صفر تا ۲ تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمره ها بین صفر تا ۳۸ است. در این مقیاس نمرات صفر تا ۵ وجود افکار خودکشی، نمرات ۶ تا ۱۹ آمادگی برای خودکشی و نمرات ۲۰ تا ۳۸ قصد اقدام به خودکشی را نشان می دهند. ضریب آلفای کرونباخ و پایایی هم زمان این مقیاس به ترتیب بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۶ و ۰/۸۳ بوده است. همبستگی درونی این مقیاس ۰/۸۹ و پایایی بین ارزیابان ۰/۸۳ گزارش شده است (ژنگ و پروان^{۳۰}، ۲۰۰۷) در پژوهشی که در ایران روی یک نمونه ۱۰۰ نفری سربازان انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ و روایی هم زمان آن با پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۷۶ گزارش شده است (آنیس^{۳۱}، ۲۰۰۵). در پژوهش شاره و رباطی (۱۴۰۰) نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی (هافمن و کاشدن، ۲۰۱۰)

این پرسشنامه توسط هافمن و کاشدن (۲۰۱۰) تدوین گردیده است. دارای ۲۰ سؤال و سه مؤلفه پنهان کاری، سازش کاری و تحمل است که طی آن، به سؤالات بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه ای «از بینهایت در مورد من درست است=۵ تا اصلا در مورد من درست نیست=۱» پاسخ داده می شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. امتیاز بالاتر در هر بعد نشان دهنده گرایش فرد پاسخ دهنده به آن سبک می باشد و برعکس. هافمن و کاشدن پایایی کل این پرسشنامه را بر اساس ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۱ و برای مؤلفه ها به ترتیب پنهان کاری ۰/۷۰، سازش کاری ۰/۷۵ و تحمل ۰/۵۰ به دست آوردند. پرسشنامه مزبور پس از ترجمه و ترجمه مجدد، از نظر اعتبار محتوایی در اختیار متخصصان روانشناسی مربوطه قرار گرفت که اعتبار آن تأیید شد. این پرسشنامه دارای سه مؤلفه یا خرده مقیاس پنهان کاری، سازش کاری و تحمل است که به ترتیب ۷، ۸ و ۵ سؤال دارند. در پژوهش اطلسی، نریمانی و موسی زاده (۲۰۱۴) پس از جمع آوری داده ها، برای احراز اعتبار سازه، از روش تحلیل عاملی استفاده شد و پایایی خرده مقیاسهای پنهان کاری، سازش کاری و تحمل بر اساس ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۰ و ۰/۵۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۷؛ ۰/۸۴ و ۰/۷۲ به دست آمد.

پروتکل مداخله درمانی پذیرش و تعهد والز و سورل (۲۰۰۷)

آموزش گروهی پذیرش و تعهد بر اساس درمان والز و سورل (۲۰۰۷) بوده است که در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی برای آزمودنی‌ها آموزش داده شد.

جدول ۱- مختصری از محتوای جلسات مداخله به شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

۱	برقراری رابطه درمانی، آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی.
۲	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار و ارزیابی میزان تأثیر آنها، بحث درباره موقتی و کم‌اثربودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل و دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
۳	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی‌بردن به بهبودی آنها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۴	توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
۵	معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روانشناختی و رفتار مشاهده‌شده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار براساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
۶	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌های مربوط به محتوای ذهنی. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۷	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۸	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون

به منظور انجام پژوهش مجوز لازم از دانشگاه و معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد آمل اخذ شد. ابتدا از افراد واجد شرایط بر اساس مصاحبه اولیه و نمره پرسشنامه‌های افکار خودکشی و تنظیم هیجان، پیش‌آزمون گرفته شد. افراد گروه آزمایش تحت جلسه‌های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت هفته‌ای ۱ جلسه در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت گروهی بر اساس پروتکل درمانی والز و سورل (۲۰۰۷) قرار گرفتند. این مداخله توسط محقق که دارای گواهی آموزشی مرتبط با این حوزه درمان بود، انجام گرفت. چند روز پس از اتمام پس‌آزمون درمانی، افراد مجدد پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. گروه کنترل بعد از کامل کردن پیش‌آزمون، هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی) و استنباطی (آزمون شاپیرو و ویلک، تحلیل کوواریانس چندمتغیره) با نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد.

یافته‌ها

در ابتدا نتایج توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- توصیف متغیرهای تحقیق

متغیرها	آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		کنترل	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
افکار خودکشی	پیش آزمون	۳/۷	۱۵	۳/۶۴	۱۵/۴
	پس آزمون	۴/۴	۱۰/۴	۴/۱۸	۱۶/۵
خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری	پیش آزمون	۳/۴	۲۹/۰۶	۲/۹۶	۲۹/۹
	پس آزمون	۲/۵	۲۲/۰۶	۲/۴۵	۳۱/۲
خودتنظیمی هیجانی با راهبرد سازش کاری	پیش آزمون	۲/۵	۱۰/۶	۲/۴۳	۱۰/۰۶
	پس آزمون	۳/۵	۱۶/۰۶	۲/۱۴	۱۰/۸
خودتنظیمی هیجانی با راهبرد تحمل	پیش آزمون	۳/۶	۱۱/۳	۳/۲۷	۱۰/۵۳
	پس آزمون	۳/۴	۱۵/۲	۲/۱۵	۱۰/۰۶

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد متغیر افکار خودکشی، خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری، سازش کاری و تحمل زنان مبتلا به اختلال افسردگی دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد. همانگونه که مشاهده می کنید، میانگین و انحراف استاندارد در پیش آزمون افکار خودکشی گروه درمان برابر با $۱۵/۰۰ \pm ۳/۷$ و برای گروه کنترل برابر با $۱۵/۴ \pm ۳/۶$ و در پس آزمون برابر با $۱۰/۴ \pm ۴/۴$ و برای گروه کنترل برابر با $۱۶/۵ \pm ۴/۱۸$ است. میانگین و انحراف استاندارد خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری در پیش آزمون گروه درمان برابر با $۲۹/۰۶ \pm ۳/۴$ و برای گروه کنترل برابر با $۲۹/۹ \pm ۲/۹$ و در پس آزمون برابر با $۲۲/۰۶ \pm ۲/۵$ و برای گروه کنترل برابر با $۳۱/۲ \pm ۲/۴$ است. میانگین و انحراف استاندارد خودتنظیمی هیجانی با راهبرد سازش کاری در پیش آزمون گروه درمان برابر با $۱۰/۶ \pm ۲/۵$ و برای گروه کنترل برابر با $۱۰/۰۶ \pm ۲/۴$ و در پس آزمون برابر با $۱۶/۰۶ \pm ۳/۵$ و برای گروه کنترل برابر با $۱۰/۸ \pm ۲/۱$ است. میانگین و انحراف استاندارد خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان تحمل در پیش آزمون گروه درمان برابر با $۱۱/۳ \pm ۳/۶$ و برای گروه کنترل برابر با $۱۰/۵۳ \pm ۳/۲$ و در پس آزمون برابر با $۱۵/۲ \pm ۳/۴$ و برای گروه کنترل برابر با $۱۰/۰۶ \pm ۲/۱$ است.

به منظور آزمون فرضیه های تحقیق از کواریانس چند متغیره (مانکوا) و تک متغیری استفاده شد. در ابتدا، پیش فرض های نرمال بودن داده ها با آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد. سپس، پیش فرض های استفاده از مدل مانند همگنی میانگین های پیش آزمون دو گروه، رابطه خطی بین متغیر تصادفی کمکی (کووریت)، تساوی ماتریس-کواریانس، یکسانی خطای واریانس های متغیرها در پس آزمون، هم خطی بین متغیرهای وابسته و مفروضه همگنی شیب رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند که مورد تایید قرار گرفتند. جهت اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار خودکشی و خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری، سازش کاری و تحمل زنان مبتلا به اختلال افسردگی از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج در جدول ۴ ارائه گردید.

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره مبتنی بر گزارش لامبدای ویلکز

اثر	value	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه	۰/۱۱۵	۴۰/۴	۴	۲۱	۰/۰۰۰	۰/۷۸

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره در جدول ۳- نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مجموعه متغیرهای افکار خودکشی و خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری، سازش کاری و تحمل زنان مبتلا به اختلال افسردگی موثر است ($\eta^2=۰/۷۸$ ، $p=۰/۰۰۰$)، $(F_{(۴,۲۱)}=۴۰/۴)$. بنابراین، اثربخشی درمان تایید می شود. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترکیب خطی متغیرهای افکار

خودکشی و خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری، سازش کاری و تحمل زنان مبتلا به اختلال افسردگی موثر بود. مقدار اندازه اثر (مجذور اتاء) نشان داد که ۰/۷۸ درصد تغییرات در متغیر پس آزمون متغیرهای افکار خودکشی و خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری، سازش کاری و تحمل حاصل از اثرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در ادامه برای اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار خودکشی و خودتنظیمی هیجانی زنان مبتلا به اختلال افسردگی از تحلیل کواریانس تک متغیره حاصل از خروجی تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد.

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری و میانگین های تعدیل شده برای افکار خودکشی

اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه	۲۳۱/۴	۱	۲۳۱/۴	۳۳/۷	۰/۰۰۰	۰/۵۸
خطا	۱۶۴/۶	۲۴	۶/۸۵			

متغیر	مرحله	گروه درمان	گروه کنترل
افکار خودکشی	میانگین پس آزمون	۱۰/۴	۱۶/۵
	میانگین تعدیل شده	۱۰/۶	۱۶/۳

نتایج تحلیل کواریانس در جدول ۴- نشان داد که مقدار سطح معنی داری گروه کمتر از سطح آلفای ۰/۰۵ است. بعد از حذف اثرات متغیر کووریت (همپراش)، تفاوت آماری معنی داری بین نمرات تعدیل شده پس آزمون افکار خودکشی دو گروه تجربی و کنترل وجود دارد. یعنی بین میانگین تعدیل شده افکار خودکشی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($M=10/63$) و کنترل ($M=16/30$) زنان مبتلا به اختلال افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F_{(1,24)}=33/7, p=0/000, \eta^2=0/58$). چون مقدار p در ردیف گروه کمتر از ۰/۰۵ است. بنابراین، فرضیه تایید می شود. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش افکار خودکشی زنان مبتلا به اختلال افسردگی شد.

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس تک متغیره برای خودتنظیمی هیجانی

η^2	سطح معنی داری	F	میانگین مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	
						گروه	خطا
۰/۷۹	۰/۰۰۰	۹۳/۰۹	۵۶۵/۹	۱	۵۶۵/۹	راهبرد پنهان کاری	گروه
						خطا	۱۴۵/۸
۰/۵۰	۰/۰۰۰	۲۴/۴	۱۹۱/۰۷	۱	۱۹۱/۰۷	راهبرد سازش کاری	گروه
						خطا	۱۸۷/۵
۰/۵۳	۰/۰۰۰	۲۷/۴	۱۶۹/۷	۱	۱۶۹/۷	راهبرد تحمل	گروه
						خطا	۱۴۸/۱

جدول ۶- میانگین های تعدیل شده دو گروه

متغیر	مرحله	گروه درمان	گروه کنترل
خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری	پس آزمون	۲۲/۰۶	۳۱/۲۰
	تعدیل شده	۲۲/۱	۳۱/۰۶
خودتنظیمی هیجانی با راهبرد سازش کاری	پس آزمون	۱۶/۰۶	۱۰/۸۰
	تعدیل شده	۱۶/۰۱	۱۰/۸۵

پس آزمون شماره کرده اند. بر اساس این نظر به ها، افسردگی ناشی از ناتوانی افراد در تنظیم هیجانات خود به طور سازگارانه و مناسب تعدیل شده در واقع، فرضیه اصلی این است که توانایی افراد در تنظیم	خودتنظیمی هیجانی با راهبرد تحمل
---	---------------------------------

هیجانات خود به شیوه ای مطلوب و تحمل آنها در برابر هیجانات نامطلوب از عوامل اصلی تأثیرگذار بر سلامت روان است (اطلسی و همکاران، ۲۰۱۴). رویکرد پذیرش و تعهد بر هوشیاری کامل افراد و پذیرش بیماری تأکید دارد (زیتلی، ۱۹۸۹). افراد بدون هیچ تلاشی برای کنترل افکار مربوط به بیماری، اجازه می دهند افکار و احساسات زمینه ای یا مرتبط با بیماری وارد ذهنشان شود. هنگامی که چنین تجربیاتی، یعنی افکار و احساسات، با پذیرش مواجه می شوند، سخت ترین مشکلات کمتر تهدیدکننده و قابل تحمل تر به نظر می رسند و اقدامات کنترلی غیر موثر به میزان قابل توجهی کاهش می یابد (اطلسی و همکاران، ۲۰۱۴). بر همین اساس می توان بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند خودتنظیمی هیجانی را در راهبردهای تحمل کاری و سازش در بین زنان مبتلا به اختلال افسردگی بهبود بخشد و علاوه بر این منجر به کاهش خودتنظیمی هیجانی در راهبرد پنهان کاری شود.

علاوه بر این، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است با تمرکز بر انعطاف پذیری، بر خودتنظیمی هیجان مراجعان تأثیر بگذارد. آرامش و ذهن آگاهی در تمرینات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد تأکید قرار می گیرد. آنها تأثیرات قابل توجهی بر آرامش ذهن افراد می گذارند و استرس و همچنین افکار منفی خودکار را کاهش می دهند. علاوه بر این، پذیرش و تعهد مستلزم پذیرش فعال و صبورانه احساسات سخت است تا واکنش پذیری افراد و همچنین ترس ها و قضاوت های نادرست تا حد زیادی کاهش یابد. تحقیقات حاکی از آن است که چنین احساساتی ناراحتی ها و تنش های بین فردی را افزایش می دهد و راه را برای اجتناب تجربی هموار می کند (شیبانی و همکاران، ۲۰۱۹). به نظر می رسد با استفاده از این روش، بیماران یاد می گیرند که چگونه به ناراحتی های ناشی از خشم خود از بیماری پایان دهند، دیگران را به خاطر بیماری خود سرزنش کنند و در مورد افکار منفی در مورد افکار خودکشی کنند. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش توانایی بیماران برای ارتباط با زمان حال و بودن در لحظه است. ذهن آگاهی و ارتباط با زمان حال (برخلاف غلبه بر گذشته و آینده مفهوم سازی شده) که منجر به انعطاف پذیری شناختی می شود، می تواند به افراد کمک کند تا از افکار آشفته، عادات و الگوهای رفتاری ناسالم خلاص شوند و در نتیجه نقش مهمی در تنظیم رفتارها و کاهش افسردگی ایفا کنند. افکار خودکشی و ناامیدی در افراد دارای انعطاف پذیری شناختی باعث می شود از رویدادهای ناخواسته اجتناب نمی کنند و سعی در کنترل یا اصلاح آنها دارند. آنها به جای اجتناب از اتفاقات ناخواسته، انرژی خود را روی ارزش ها و کیفیت زندگی می گذارند (شاره و رباطی، ۱۴۰۰). در مجموع

نتایج تحلیل کواریانس و میانگین های تعدیل شده در جدول ۵ و ۶ نشان داد که مقدار سطح معنی داری گروه کمتر از سطح آلفای ۰/۰۵ است. بعد از حذف اثرات متغیر کووریت (همپراش)، تفاوت آماری معنی داری بین نمرات تعدیل شده پس آزمون خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری، سازش کاری و تحمل دو گروه تجربی و کنترل وجود دارد. بین میانگین تعدیل شده خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری گروه آزمایش ($M=22/1$) و کنترل ($M=31/06$) ($F_{(1,24)}=93/09, p=0/000, \eta^2=0/79$)؛ خودتنظیمی هیجانی با راهبرد سازش کاری گروه آزمایش ($M=16/01$) و کنترل ($M=10/85$) ($F_{(1,24)}=24/4, p=0/000, \eta^2=0/50$) و خودتنظیمی هیجانی با راهبرد تحمل گروه آزمایش ($M=15/06$) و کنترل ($M=10/2$) ($F_{(1,24)}=27/4, p=0/000, \eta^2=0/53$) زنان مبتلا به اختلال افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد. چون مقدار p در ردیف گروه کمتر از ۰/۰۵ است، بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری و افزایش خودتنظیمی هیجانی با راهبرد سازش کاری و راهبرد تحمل زنان مبتلا به اختلال افسردگی شد.

نتیجه گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی و افکار خودکشی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی در شهر قائم شهر انجام گرفت که نتایج پژوهش نشان دهنده تأیید فرضیه اصلی و تمامی فرضیات فرعی بود که با نتایج باقری و همکاران (۲۰۲۲)، اسپیدل، لکومتی، کیلی و دایلنت (۲۰۱۸)، رویز و همکاران (۲۰۱۸)، دوکاس و همکاران (۲۰۱۸)، لوومات و ویلت (۲۰۱۲) و فیض الهی و همکاران (۱۴۰۰) تطبیق داشت. در این راستا می توان بیان نمود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است در مدیریت بیماری های روان پزشکی مانند دوره های افسردگی، اختلالات خوردن، اختلال شخصیت مرزی و روان پریشی مفید باشد که با افزایش خطر خودکشی مرتبط هستند (دوکاز و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین علاوه بر این، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انعطاف پذیری روان شناختی، پذیرش تجربیات خود و تعهد به رفتارهای منطبق با ایده آل های فرد را تشویق می کند که می تواند منجر به کاهش افکار خودکشی و خودتنظیمی هیجانی با راهبرد پنهان کاری و بهبود خودتنظیمی هیجان در راهبردهای سازش کاری و تحمل زنان مبتلا به اختلال افسردگی گردد.

پژوهشگران در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودتنظیم هیجانی به تأثیرات معنادار الگوهای ناسازگار تنظیم هیجان بر افراد مبتلا به افسردگی، اضطراب و بیماری های روان

هیز و همکاران^{۳۳} (۲۰۱۲) تبیین کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجعه کننده کمک می کند تا احساسات و شناخت های کنترل نشده خود را بپذیرد و از تنظیم قوانین زبانی که باعث این مشکلات شده است به جای حذف متغیرهای مخرب در امان بماند. هدف این استراتژی درمانی تنظیم هیجان با تقویت انعطاف پذیری روان شناختی از یک سو و عمل بر ارزش های شخصی از سوی دیگر است و به مراجعه کننده در ساختن یک زندگی کامل و معنادار کمک می کند. ایجاد یک خود ناظر در مراجعان از طریق مهارت های دفع، ذهن آگاهی و آگاهی از لحظه حال جنبه دیگری از این درمان است که به بهبود خودتنظیمی کمک می کند. به طوری که ذهن آگاهی می تواند به افزایش آگاهی از افکار خودکار کمک کند و توانایی فرد را برای ارزیابی پیامدهای بالقوه اقدامات قبل از درگیر شدن در آنها افزایش دهد.

بر اساس یافته های به دست آمده میتوان نتیجه گرفت که روش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به افراد نحوه رویارویی و کنار آمدن هدفمند، موثر، و کارآمد را آموزش می دهد و در نتیجه به آنها کمک می کند که ادراک بهتری از ظرفیت ها و توانایی های خود برای پاسخ دهی پیدا کند و شیوه های بهتری برای غلبه بر موقعیت های تنش آور به کار ببرد و افکار خودکشی خود را کاهش دهد. عدم اطمینان و احساس افسردگی و اضطراب به راحتی می تواند بیماران را به انکار و شک در مورد هویت، اهداف و باورهای خود سوق دهد و باعث ناراحتی روانی و اضطراب و افکار منفی همچون خودکشی شود. در این بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش می کند پذیرش هر دو مؤلفه مثبت و منفی تجربه (هالبرت و ویلامز و همکاران^{۳۳}، ۲۰۱۵) را امکان پذیر نماید که می تواند با توسعه انعطاف پذیری روانی از طریق شش فرآیند کلیدی پذیرش، تخلیه شناختی، کنش مبتنی بر ارزش، تماس با لحظه حال، توسعه یک خود ناظر و اقدام متعهد مطابق با ارزش های مهم (هیز و همکاران^{۳۳}، ۲۰۱۲) فرد را از افکار خودکشی دورتر کند و به سمت افکار مثبت هدایت نماید. طبق نتایج انجام شده، درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور قابل توجهی افکار خودکشی را در مراجعین و زنان مبتلا به افسردگی کاهش داد. در تبیین نتایج می توان توضیح داد که درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درجه اول بر اجتناب تجربی، تمایل به سرکوب افکار یا احساسات ناخوaste برای افزایش انعطاف پذیری روانی تمرکز دارد. این به مراجعان کمک می کند امید پیدا کنند، زندگی رضایت بخشی را پرورش دهند و ذهن آگاهی را بیاموزند. همچنین مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درجه اول بر بهبود پاسخ های مراجعان به افکار و احساسات پیچیده با اصلاح روابط آنها با آنها متمرکز می گردد که می تواند افکار خودکشی را بهبود بخشد (آل سید و همکاران^{۳۴}، ۲۰۲۰). یکی از حوزه های اولیه درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرار است که به عنوان اجتناب تجربی نیز شناخته می شود. برخی از رایج ترین

چارچوب های روان شناختی مورد استفاده برای توضیح خودکشی، به ویژه مدل به دام افتادن/گریه درد، شامل فرار از درد به عنوان یک عامل مهم است (باومیستر^{۳۵}، ۱۹۹۰). مهارت های ذهن آگاهی، پذیرش پریشانی، و دفع افکار ناراحت کننده، همگی می توانند به فرد کمک کنند تا با ناراحتی ناشی از افسردگی عاطفی کنار بیاید. در نهایت، شناسایی ارزش های شخصی و درگیر شدن در اقدامات مثبت همسو با این ارزش ها ممکن است منجر به فردی یکپارچه تر شود و در نتیجه بهزیستی را بهبود بخشد (تیقی و همکاران^{۳۶}، ۲۰۱۸).

همچنین بر اساس مبانی نظری و تکنیک های مورد استفاده در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودتنظیمی هیجانی یکی از نتایجی است که می توان در این درمان به دست آورد. با تبیین این یافته می توان گفت که اختلالات هیجانی تا حد زیادی نتیجه تلاش برای کنترل هیجان مثبت و منفی و استفاده از راهبردهای خودتنظیمی است. افرادی که در بیان و تجربه هیجان خود مشکل دارند از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگار و پنهان مانند اجتناب یا سرکوب و پنهان کردن یا نادیده گرفتن احساساتی که پیامدهای ناخوaste ای دارند استفاده می کنند (محمودپور و همکاران^{۳۷}، ۲۰۲۰). در مجموع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند به طور قابل توجهی سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه سازی و سرزنش دیگران را کاهش دهد و پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، توجه به برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و چشم انداز را افزایش دهد. بنابراین، با آموزش نحوه پذیرش افکار و شرایط، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند به طور موثر خودتنظیمی هیجان را بهبود بخشد و توانایی تنظیم هیجان را افزایش دهد (دیویس و همکاران^{۳۶}، ۲۰۱۵). مدافعان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معتقدند که افکار و احساسات باید در بافت مفهومی رویدادها شناسایی شوند. بنابراین برخلاف رویکردهای شناختی-رفتاری که سعی در اصلاح شناخت ها و باورهای ناکارآمد برای بهبود احساسات و رفتار دارند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می آموزد که افکار خود را بپذیرند و هیجان خود را تنظیم کنند، در لحظه حال زندگی کنند و انعطاف پذیرتر شوند. بنابراین باید گفت که آموزش های مرتبط با تجربیات درونی، ذهن آگاهی، پذیرش و تماس با زمان حال می تواند به افراد در برقراری تنظیم هیجان خود که در جهت رشد و شکوفایی آنان باشد کمک کند و از ایجاد یا تداوم احساسات مخرب و منفی بکاهد. همچنین این آموزش ها به افراد در جهت کاهش ناامیدی، خشم، احسان بی ارزش بودن، افسردگی و ناکامی و همچنین افزایش حس همدلی و شناخت بهتر از نیازها و تمایلات هم سر، افزایش تنظیم هیجان و در نهایت بهبود راهبردهای راهبرد تحمل و سازش کاری و کاهش راهبرد پنهان کاری خودتنظیمی هیجانی کمک کند. مجموعه ی این عوامل می تواند در بهبود افکار خودکشی و خودتنظیمی هیجانی موثر واقع شود. با توجه به نتایج مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک استراتژی مداخله ای موثر برای مراجعین به

زنان مبتلا به افسردگی برای کاهش افکار خودکشی و بهبود خودتنظیمی هیجانی است، بنابراین ضروری و آشکار است که اصول اساسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مورد این مراجعان اعمال شود. همچنین با توجه به اثر بخشی این پژوهش پیشنهاد می‌شود تمرین‌ها و مهارت‌های کاربردی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت جلسات آموزشی، کارگاه، فیلم و جزوه جهت پیشگیری از مشکلات می‌تواند در اختیار افراد قرار گیرد. به دلیل محدودیت زمانی و عدم دسترسی به موضوعات، مرحله پیگیری انجام نشد. از این رو انجام مرحله پیگیری پس از درمان برای ارزیابی اثرات طولانی مدت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تثبیت آخرین جلسات تمرینی و در نهایت در نظر گرفتن جلسات یادآوری پس از پایان دوره درمان برای جلوگیری از از بین رفتن اثرات درمانی توصیه می‌شود.

تعارض منافع

"هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است."

منابع

شماره حسین و رباطی زهرا. (۱۴۰۰). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی، افکار خودکشی، افسردگی و ناامیدی در سربازان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۲۷ (۴)، ۴۲۷-۴۱۲
فیض‌اللهی، سارا؛ نریمانی، محمد و موسی‌زاده، توکل. (۱۴۰۰) بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر میزان افکار خودکشی، خودنهناسازی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افکار خودکشی. رویش روش‌شناسی. ۱۰ (۲)، ۶۹-۷۹

- Anisi, J., Fathi Ashtiani, A., Salimi, SH., Ahmadi Noudeh, Kh. (2005). Validity and reliability of Beck Suicide Scale Ideation (BSSI) among soldiers. *Journal of Military Medicine*. 7(1), 33-7.
- Arditi-Arbel, B., Hamdan, S., Winterman, M., Gvion, Y. (2023) Suicidal ideation and behavior among perinatal women and their association with sleep disturbances, medical conditions, and known risk factors. *Front. Psychiatry* 13. 987673
- Atlasi, R., Narimani, M., Musa zadeh, T. (2014). Comparison of the effectiveness of de-dysmation therapy with eye movement and re-rehabilitation with metacognitive therapy on self-control in patients with panic attacks. *Journal of Behavioral Sciences*. 8(3), 269-263.
- Bagheri-Sheykhangafshe, F., Kian, A., Savabi-Niri, V., Aghdasi, N., Bourbour, z. (2022). The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Capital and Emotion Regulation of Students with Suicidal Ideation. *International Journal of Behavioral Sciences*. 16(2), 96-102
- Basha, E., Mengistu, B., Engidaw, N (2021). Suicidal Ideation and Its Associated Factors Among Patients with Major Depressive Disorder at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 17. 1571-1577.
- Baumeister, R. F. (1998). The self. In D. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (4th ed., Vol. 1, pp. 680-740). New York: McGraw-Hill.
- Beck, AT., Steer, RA., Brown, GK. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: The Psychological Corporation; <https://www.nctsn.org/measures/beck-depression-inventory-second-edition>
- Bond, C. (2019). The effects of a brief intervention workshop on emotional regulation and well-being: stress, happiness and depressive symptoms. *Psychology*. 195557902
- Chew, H., Chng, S., Rajasegaran, N., Choy, K., & Chong, Y., (2023). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on weight, eating behaviours and psychological outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 10;28(1):6
- Davies, C. D., Niles, A. N., Pittig, A., Arch, J. J., & Craske, M. G. (2015). Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 46, 35-43
- Davies, CD., Niles, AN., Pittig, A., Arch, JJ., Craske, MG. (2015) Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 46. 35-43.
- Ducasse, D., René, E., Béziat, S., Guillaume, S., Courtet, P., & Olié, E. (2014). Acceptance and commitment therapy for management of suicidal patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(6), 374-376
- Ducasse, D., Rene, E., Beziat, S., Guillaume, S., Courtet, P., Olie, E. (2014). Acceptance and commitment therapy for management of suicidal patients: a pilot study. *Psychother Psychosom*. 83. 374-376.
- Grothe, KB., Dutton, GR., Jones, GN., Bodenlos, J., Ancona, M., Brantley, PJ. (2005). Validation of the Beck Depression Inventory-II in a low-income African American sample of medical outpatients. *Psychological Assessment*. 17(1), 110-4.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press

- Herwig, U., Opialla, S., Cattapan, K., Wetter, T. C., Jancke, L., Bruhl, A. B. (2018). Emotion introspection and regulation in depression. *Psy. Res. Neuro.* 277, 7–13.
- Hulbert□Williams, N. J., Storey, L., & Wilson, K. G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: Psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European Journal of Cancer Care*, 24(1), 15–27
- Joomann, J., Stanton, C. H. (2016). Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behav. Res. Ther.* 86, 35–49. :
- Kapci, EG., Uslu, R., Turkcapar, H., Karaoglan, A. (2008). Beck Depression Inventory II: Evaluation of the psychometric properties and cut- off points in a Turkish adult population. *Depression and Anxiety*; 25(10),E104-10.
- Koo, K., Kim, K (2020). Effects of Physical Activity on the Stress and Suicidal Ideation in Korean Adult Women with Depressive Disorder. *Int J Environ Res Public Health*, 17(10), 3502.
- Lövestad, s., Löve, J., Vaez, M., Waern, M., Hensing, G., Krantz, G. (2019). Suicidal ideation and attempts in population-based samples of women: temporal changes between 1989 and 2015. *BMC Public Health.* 19,351
- Luoma, J. B., & Villatte, J. L. (2012). Mindfulness in the treatment of suicidal individuals. *Cognitive and behavioral practice*, 19(2), 265-276.
- Morrish, L., Rickard, N., Chyuan Chin, T., Vella-Brodrick, DA. (2018). Emotion regulation in adolescent well-being and positive education. *Journal of Happiness Studies.* 19.1543–1564.
- Otte, C., Gold, SM., Penninx, B.W., Pariante, CM., Etkin, A., Fava, M., Mohr, DC., Schatzberg, AF. (2016). Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers*, 2:16065
- Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García-Martín, M. B., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, D. M., ... & GilLuciano, B. (2018). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 1-14
- Shareh, H., Robati, Z. (2022). Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on Cognitive Flexibility, Suicidal Ideation, Depression, and Hopelessness in Conscripts. *IJPCP*; 27 (4) :412-427
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., Staiger, PK. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 57:141–63.
- Spidel, A., Lecomte, T., Kealy, D., & Daigneault, I. (2018). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(2), 248-261
- Stefan-Dabson, K., Mohammadkhani, P., Massah-Choulabi, O. (2007). Psychometrics characteristic of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder . *Archives of Rehabilitation.* 2007; 8:80-6.
- Taheri, A., Foroughi, A., Mohammadian, Y., et al (2020). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Pain Acceptance and Pain Perception in Patients with Painful Diabetic Neuropathy: A Randomized Controlled Trial. *Diabetes Ther.* 11(8),1695-1708
- Vowles, KE., Sorrell, JT. (2007). Life with chronic pain: An acceptance-based approach (therapist guide and patient workbook). Unpublished manuscript.
- Wegner, M., Amatriain-Fernández, S., Kaulitzky, A., Murillo-Rodriguez, E., Machado, S., Budde, H. (2020). Systematic review of meta-analyses: Exercise effects on depression in children and adolescents. *Front. Psychiatry*, 11:81.
- World Health Organization. (2019). Suicide. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Accessed 2 Sept 2019.
- Zettle, R. D., Rains, J. C., Hayes, S. C. (1989). Processes of change in Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for depression: A mediational reanalysis of Zettle and Rains. *Behavior Modification.* 35(3):265–276
- Zhang, J., Brown, GK. (2007). Psychometric properties of the scale for suicide ideation in China. *Archives of Suicide Research.* 11(2), 203-10.
- Zhang, J., Zhang, M., He, K., Jiang, Y., Wang, R. (2022). Relationship between College Students' Frustration and Suicidal Thoughts. *China Journal of Health Psychology*, 24 (03), 450- 454

رابطه ی ذهن آگاهی با تمایز یافتگی و تنظیم هیجان در افراد چاق

علیرضا شکرگزار

استادیار گروه روانشناسی ، دانشکده علوم پزشکی واحد کرج ، دانشگاه آزاد اسلامی ، کرج ، ایران (نویسنده مسوول)

مژگان نینوایی

استادیار گروه مامایی ، دانشکده علوم پزشکی واحد کرج ، دانشگاه آزاد اسلامی ، کرج ، ایران

آرزو جانعلی زاده

دانشجوی کارشناسی ارشد گروه روانشناسی ، دانشکده علوم پزشکی واحد کرج ، دانشگاه آزاد اسلامی ، کرج ، ایران

The relationship between mindfulness and emotional differentiation and regulation in obese people

Alireza Shokrgozar

Assistant Professor, Department of Psychology , Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj , Iran

Mozhgan Neinavaiee

Assistant Professor, Department of Midwifery , Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj , Iran

Arzoo Janalizadeh

Master's student, Department of Psychology , Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj , Iran

Abstract

This research was conducted with the aim of investigating the relationship between mindfulness and emotional differentiation and regulation in obese people. The statistical population of the research was made up of obese people referring to nutrition centers (Avijeh Clinic, Mehrshahr Central Clinic and Eram Clinic) Mehrshahr Karaj in 1402. According to the plant formula and the possibility of dropping, the sample size was 210 people. Sampling method in this research is available type. The current research is practical in terms of its purpose, and in terms of its method, it is a descriptive and correlational study, and the measuring tool of the research is three standard questionnaires. Data were analyzed using correlation coefficient and regression. According to the findings of the research, there is a relationship between each of the dimensions of mindfulness and differentiation, and the direct relationship between observation of the dimensions of mindfulness and differentiation is 0.19; The direct relationship between the description of the dimensions of mindfulness with the differentiation of 0.17; There is a direct relationship between slander of the dimensions of mindfulness with a differentiation of 0.22 and a direct relationship between acceptance of the dimensions of mindfulness with a differentiation of 0.10.

Also, there is a significant relationship between each of the dimensions of mindfulness and emotional regulation, which is a direct relationship between observation of the dimensions of mindfulness and emotional regulation 0.47, a direct relationship between describing the dimensions of mindfulness and emotional regulation 0.44, a direct relationship between focusing on the dimensions Mindfulness with emotional regulation is 0.37 and the inverse relationship between acceptance of the dimensions of mindfulness with emotional regulation is 0.16. Therefore, in general, we conclude that there is a relationship between mindfulness and differentiation and emotion regulation in obese people.

Key words: *Mindfulness, discrimination, emotion regulation and obese people*

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی رابطه‌ی ذهن آگاهی با تمایز یافتگی و تنظیم هیجان در افراد چاق انجام شده است. جامعه آماری پژوهش را جامعه پژوهش را افراد چاق مراجعه کننده به مراکز تغذیه (درمانگاه ویژه، درمانگاه مرکزی مهرشهر و کلینیک ارم) مهرشهر کرج در سال ۱۴۰۲ تشکیل داد. با توجه به فرمول پلنت و احتمال ریزش میزان نمونه ۲۱۰ نفر به دست آمد. روش نمونه‌گیری در این تحقیق روش نمونه‌گیری در دسترس می‌باشد. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است و از نظر روش انجام یک مطالعه توصیفی و از نوع همبستگی است و ابزار اندازه‌گیری تحقیق سه عدد پرسشنامه استاندارد می‌باشد. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی و رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفتند. طبق یافته‌های تحقیق ارتباط بین هریک از ابعاد ذهن آگاهی با تمایز یافتگی وجود دارد که ارتباط مستقیم بین مشاهده‌گری از ابعاد ذهن آگاهی و تمایز یافتگی ۰/۱۹؛ ارتباط مستقیم بین توصیف‌گری از ابعاد ذهن آگاهی با تمایز یافتگی ۰/۱۷؛ ارتباط مستقیم بین تمرکزگری از ابعاد ذهن آگاه با تمایز یافتگی ۰/۲۲ و ارتباط مستقیم بین پذیرش‌گری از ابعاد ذهن آگاهی با تمایز یافتگی ۰/۱۰ می‌باشد. همچنین ارتباط معناداری بین هریک از ابعاد ذهن آگاهی با تنظیم هیجانی وجود دارد که ارتباط مستقیم بین مشاهده‌گری از ابعاد ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی ۰/۴۷، ارتباط مستقیم بین توصیف‌گری از ابعاد ذهن آگاهی با تنظیم هیجانی ۰/۴۴، ارتباط مستقیم بین تمرکزگری از ابعاد ذهن آگاه با تنظیم هیجانی ۰/۳۷ و ارتباط معکوس بین پذیرش‌گری از ابعاد ذهن آگاهی با تنظیم هیجانی ۰/۱۶ می‌باشد. لذا به طور کلی نتیجه می‌گیریم، بین ذهن آگاهی با تمایز یافتگی و تنظیم هیجان در افراد چاق رابطه وجود دارد.

واژگان کلیدی: ذهن آگاهی، تمایز یافتگی، تنظیم هیجان و افراد چاق

مقدمه

چاقی^{۳۷} بیماری سوخت و ساز و وضعیت پزشکی است که طی آن بافت چربی، بیش از حد طبیعی در بدن فرد انباشته می‌شود (واحدیان و همکاران، ۲۰۱۹) و نه تنها تهدیدکننده سلامت جسمانی است بلکه پیامدهای منفی روانی، اقتصادی، اجتماعی را موجب می‌شود که مستلزم هزینه‌های درمانی و پیشگیری است که از این رو باید مورد توجه قرار گیرد (هورویچ^{۳۸}، ۲۰۱۸). سازمان بهداشت جهانی^{۳۹} (۲۰۲۰) نیز به همین ترتیب چاقی را به عنوان تجمع بیش از حد و یا غیرطبیعی چربی که ممکن است به سلامت صدمه بزند تعریف می‌کند. در واقع چاقی یکی از مشکلات شدید و مزمن فزاینده سلامت عمومی در سطح جهانی است که بیش از ۷۰۰ میلیون نفر را تحت تأثیر قرار داده است (شاپیرا و شارو^{۴۰}، ۲۰۱۸). به طور کلی چاقی بر اساس شاخص توده بدنی تعریف می‌شود؛ شاخصی که با تقسیم کردن وزن شخص برحسب کیلوگرم بر مربع قد وی برحسب متر به دست می‌آید. طبق تعریف، هنگامی که شاخص توده بدن بین ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ باشد، وزن طبیعی است و وقتی که در محدوده ۲۵ تا ۳۰ باشد، آن فرد چاق محسوب می‌شود (کلب و ژانگ^{۴۱}، ۲۰۲۰). شیوع چاقی در میان ایرانیان بالاتر از ۱۸ سال ۲۱/۵ درصد گزارش شده است که این میزان در میان زنان ایرانی ۲۷/۳ درصد بیش تر از مردان ایرانی با میزان چاقی ۱۳/۷ درصد است (جاسمی و همکاران، ۱۳۹۹). چاقی احتمال ابتلا به بیماری‌های مختلفی مانند دیابت نوع ۲ (دی فنزو و همکاران^{۴۲}، ۲۰۱۵)، بیماری‌های قلبی عروقی (کووسدی و همکاران^{۴۳}، ۲۰۱۷)، بیماری کبدی (بین و تارگر، ۲۰۱۵)، آرتروز استخوان (کینگ و مارچ^{۴۴}، ۲۰۱۳) و انواع مختلف سرطان (از جمله سرطان‌های کبد، دستگاه گوارش، مری، تخمدان و سینه) را افزایش می‌دهد (استون و همکاران^{۴۵}، ۲۰۱۸).

همانطور که مطالعات نشان می‌دهند افراد دارای اضافه وزن و چاقی در عوامل هیجانی و مدیریت آنها با مشکل روبرو هستند (آمیانتو و همکاران^{۴۶}، ۲۰۱۷). مشکلات هیجانی و استرس ناشی از آن می‌تواند به عنوان مقدمه‌ای برای پرخوری محسوب شوند (لویتان و دیویس^{۴۷}، ۲۰۲۰). رابطه یک هیجان خاص و رفتار خوردن زمانی پررنگ می‌شود که آن هیجان بخصوص در بافت خوردن در یک گروه خاص، با فراوانی بیشتری نسبت به دیگر هیجانها اتفاق بیافتد (ماچت و سیمونز^{۴۸}، ۲۰۲۰). در این راستا برخی از پژوهشها به نقش تنظیم هیجان^{۴۹} در پدیده شناسی بالینی، تشخیص، پیشگیری و درمان چاقی اشاره داشته‌اند (کاظمی و همکاران، ۲۰۱۹). تنظیم هیجان فرآیندی است که افراد از طریق آن واکنش‌های خود را به موقعیتهای هیجانی تغییر می‌دهند (گراس^{۵۰}، ۲۰۱۵). توانایی تنظیم هیجانی یک مهارت کلیدی اجتماعی-هیجانی است که انعطاف‌پذیری در موقعیتهای تحریک کننده هیجان را امکانپذیر می‌کند (یانگ و همکاران^{۵۱}، ۲۰۱۹). راهبردهای تنظیم هیجانی در توانایی مدیریت یا تنظیم احساسات و حفظ کنترل بر هیجانها در حین یا بعد از مواجهه با حوادث تهدیدآمیز یا استرس‌زا اهمیت دارند (گارفنلسکی و کرایچ^{۵۲}، ۲۰۱۹). از جمله این راهبردها میتوان به راهبردهای ناسازگارانه^{۵۳} شامل نشخوار فکری^{۵۴}، سرزنش خود^{۵۵}، سرزنش دیگران^{۵۶}، تلقی فاجعه‌آمیز^{۵۷} و راهبردهای سازگارانه^{۵۸} شامل تمرکز مجدد مثبت^{۵۹}، ارزیابی مثبت مجدد^{۶۰}، پذیرش^{۶۱}، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی^{۶۲} و توسعه دیدگاه^{۶۳} اشاره کرد (کمالی ایگلی و ابوالمعالی الحسینی، ۱۳۹۵). استفاده بیش از حد از راهبردهای سازش نایافته تنظیم هیجان سرزنش خود، نشخوارگری و فاجعه‌نمایی و استفاده کمتر از

حالی که بیشتر مشکلات روانی ناشی از تمرکز بر گذشته خود می باشد (ده و واین^{۶۹}، ۲۰۲۰) تحقیقات نشان می دهد که وقتی مردم در حالت ذهن آگاهی هستند، تعداد محرکهای جهان درونی و محیط بیرونی، که به آن توجه می کنند افزایش می یابد (نزلک و همکاران^{۷۰}، ۲۰۱۵). ذهن آگاهی، خودتنظیمی انطباقی را ارتقا می دهد که این ویژگی برای تداوم عادات خوردن در بلندمدت، به ویژه هنگام رویارویی با نشانه های خوردن و هیجانات مهم است و از این طریق توانایی فرد برای نظارت و تنظیم مصرف غذا را بهبود می بخشد (کجویی، ۱۳۹۶). افرادی که دفعات پرخوری کمتری دارند به طور معناداری ذهن آگاه تر از افرادی هستند که دفعات پرخوری بیشتری را گزارش کرده اند (اسمیت و همکاران، ۲۰۲۰). ذهن آگاهی از طریق هشیاری به زمان حال، منجر به قطع عاداتهای ذهنی خودکار و پذیرش غیرقضاوتی افکار منفی مربوط به سختی کاهش وزن، موجب کاهش رفتار خوردن می گردد (روفولت و همکاران^{۷۱}، ۲۰۱۷). بین خوردن ذهن آگاهانه با تصویر بدنی مختل و رفتارهای خوردن نیز رابطه وجود دارد (پونده نژادان و همکاران، ۱۳۹۷). خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی بر رفتارهای خوردن، پرخوری، توجه به نشانه های بیرونی در خوردن و همچنین بر کاهش علام افسردگی و افزایش بهزیستی اثر مطلوبی دارد (کوس و تایفور^{۷۲}، ۲۰۲۱) بین دانش تغذیه و خوردن آگاهانه مبتنی بر ذهن آگاهی رابطه معنی دار وجود دارد و پیاده روی منجر به کاهش پرخوری هیجانی می شود. علاوه بر آن، داشتن توجه و تمرکز در غذا خوردن به مدیریت وزن کمک می کند (سارتو و همکاران^{۷۳}، ۲۰۱۹). همچنین این درمان بهبود معناداری در رفتارهای خوردن و کاهش وزن (هنسن و همکاران^{۷۴}، ۲۰۱۹)، کاهش استرس ادراک شده و اختلال خوردن (قادری جاوید و همکاران، ۱۳۹۵) دارد. همچنین ذوقی و همکاران (۱۳۹۸) نشان دادند که ذهن آگاهی در رابطه تمایز یافتگی خود با اضطراب اجتماعی در زنان چاق میانجی گر کامل می باشد. ذهن آگاهی می تواند در رها سازی افراد از افکار خود کار، عادت ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کننده باشد و از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتار ایفاء می کند. خدابخش و کیانی (۲۰۱۶) نشان می دهد بین مشکلات تنظیم هیجان، هیجانهای منفی با رفتارهای خوردن آشفته ارتباط وجود دارد. در پژوهش مگان و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده شد که هیجانات مخصوصاً عدم تنظیم هیجانی نقش مهمی را در ایجاد و حفظ اختلال خوردن دارند و ذهن آگاهی می تواند برای تنظیم هیجان این گونه افراد مؤثر باشد. محققان در تحقیقی دیگر به این نتیجه رسیدند که افراد چاق و افراد مبتلا به اضافه وزن در پاسخ به هیجانات منفی (مانند اضطراب و افسردگی) بسیار بیشتر از افراد لاغر یا افراد دارای وزن بهنجار غذا می خورند و ذهن آگاهی می تواند راهکار مؤثری برای تنظیم هیجان برای مقابله با خوردن بیش از حد باشد (مارکی و همکاران، ۲۰۱۷).

راهبردهای سازش یافته ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد مثبت با اضطراب شدید همراه است (گارنفسکی و کرایچ^{۷۴}، ۲۰۱۸). یافته های خدابخش و کیانی (۲۰۱۶) نشان می دهد بین مشکلات تنظیم هیجان، هیجانهای منفی با رفتارهای خوردن آشفته ارتباط وجود دارد. در پژوهش مگان و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده شد که هیجانات مخصوصاً عدم تنظیم هیجانی نقش مهمی را در ایجاد و حفظ اختلال خوردن دارند و این نتایج از نظریه تنظیم هیجانی و عاطفه منفی در اختلال خوردن حمایت می کند محققان در تحقیقی دیگر به این نتیجه رسیدند که افراد چاق و افراد مبتلا به اضافه وزن در پاسخ به هیجانات منفی (مانند اضطراب و افسردگی) بسیار بیشتر از افراد لاغر یا افراد دارای وزن بهنجار غذا می خورند (مارکی و همکاران، ۲۰۱۷).

دیگر مولفه ی مورد بررسی در این پژوهش تمایز یافتگی^{۷۵} می باشد. تمایز یافتگی مهم ترین مفهوم نظریه سیستم های خانواده بوئن است. هسته بنیادی دیدگاه بوئن مفهوم "تمایز خود" است که در این حوزه توانایی ایجاد تعادل در دو سطح درون روانی و فراروانی (بین فردی) تعریف می شود. افراد تمایز یافته برای تجربه عواطف عمیق احساس آزادی می کنند و دارای قابلیت نظم بخشی به هیجانات هستند. آن ها قادرند افکار شخصی خود را شناسایی و ابراز کنند. افرادی که به کامل ترین سطح تمایز می رسند مرزبندی خود تعریف شده ای دارند در حالی که افراد تمایز نیافته از نظر هیجانی، مشکلات روان شناختی بی شماری را تجربه می کنند (کابرا-سانچز و فریدلندر^{۷۶}، ۲۰۱۷). تمایز یافتگی می تواند در افراد چاق نیز تاثیر داشته باشد. در این رابطه ذوقی و همکاران (۱۳۹۸) نشان دادند که ذهن آگاهی در رابطه تمایز یافتگی خود با اضطراب اجتماعی در زنان چاق میانجی گر کامل می باشد.

آخرین مولفه ی مورد بررسی در این پژوهش که در افراد چاق مورد بررسی قرار می گیرد ذهن آگاهی^{۷۷} است. ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون است، بدون قضاوت و بدون اظهار نظر درباره آنچه اتفاق می افتد. ذهن آگاهی به رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی تعمدی و تمرکز بر لحظه ی کنونی در توجه فرد نیاز دارد که توجه متمرکز بر لحظه ی حال، پردازش تمام جنبه های تجربه ی کنونی، شامل فعالیتهای شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب می شود (سگال و همکاران^{۷۸}، ۲۰۱۸). ذهن آگاهی می تواند در رها سازی افراد از افکار خود کار، عادت ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کننده باشد و از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتار ایفاء می کند. بنابراین تاکید بر تغییر آگاهی و ایجاد رابطه ی جدید با افکار در مقایسه با تغییر آن ها مورد تاکید قرار می گیرد. مهارت ذهن آگاهی به ما اجازه می دهد که در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزانی که ناراحت کننده هستند دریافت کنیم. وقتی ما نسبت به زمان حال آگاه هستیم دیگر توجه ما روی گذشته یا آینده درگیر نیست در

اهمیت مسائل مطرح شده در این پژوهش همچون ذهن آگاهی، تمایز یافتگی و تنظیم هیجان در رفتار خوردن به قدری است که بعضی از پژوهشگران از اصطلاح تنظیم هیجان و افزایش ذهن آگاهی به عنوان عنصر اثربخش درمان های موج سوم بر روی اضافه وزن و چاقی یاد می کنند و از سویی اهمیت چاقی در سلامت روانشناختی و نظر به آمار قابل توجه افراد دارای اضافه وزن و چاقی در ایران نیاز به انجام مطالعاتی در این زمینه احساس می شود. از طرفی با توجه به حساسیت های افراد فربه و کمبود توجه اطرافیان به این دوره، بررسی و انجام پژوهش هایی در رابطه با افراد فربه و روانشناختی ضروری به نظر می رسد. همچنین همانطور که مرور پیشینه پژوهش نشان داد تاکنون مطالعه ای به صورت مستقیم در زمینه ارتباط بین متغیرهای پژوهش و سلامت روانشناختی افراد مبتلا به چاقی انجام نشده است و در این زمینه خلأ پژوهشی احساس می شود؛ بنابراین پژوهش حاضر در جهت پاسخ به این سوال است که آیا ذهن آگاهی با تمایز یافتگی و تنظیم هیجان در افراد چاق رابطه دارد؟

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است و از نظر روش انجام یک مطالعه توصیفی و از نوع همبستگی است. در پژوهش حاضر، جامعه پژوهش را افراد چاق مراجعه کننده به مراکز تغذیه (درمانگاه آویژه، درمانگاه مرکزی مهرشهر و کلینیک ارم) مهرشهر کرج در سال ۱۴۰۲ تشکیل داد. با توجه به فرمول پلنت ($N + 50 = 8m$) و احتمال ریزش میزان نمونه ۲۱۰ نفر به دست آمد. روش نمونه گیری در این تحقیق روش نمونه گیری در دسترس می باشد. این تحقیق شامل ۳ پرسشنامه استاندارد پرسشنامه مهارت های ذهن آگاهی کنتاکی (FFMQ)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گراس و جان و پرسشنامه تمایز یافتگی خود می باشد.

یافته های تحقیق

جدول ۱. آمار توصیفی و بررسی وضعیت متغیرهای پژوهش

مؤلفه ها	تنظیم هیجانی	ذهن آگاهی	تمایز یافتگی
نمونه	۲۱۰	۲۱۰	۲۱۰
میانگین	۴.۲۰	۳.۳۳	۳.۲۳
انحراف معیار	۱.۴۲	۰.۹۱	۰.۶۰
واریانس	۲.۰۱	۰.۸۳	۰.۳۵
مقدار آماره	۷.۱۲	۱۳.۲۲	۵.۶۴
آزمون تی تک نمونه ای (مقدار عدد آزمون)	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰
مقدار احتمال	۰.۷۰	۰.۸۳	۰.۲۳
اختلاف میانگین	۰.۵۰	۰.۷۱	۰.۱۵
حد پایین	۰.۸۹	۰.۹۵	۰.۳۱
حد بالا			

با توجه به نتایج در جدول ۱ به بررسی هر یک از متغیرها و میپردازیم.

- متغیر تنظیم هیجانی پرسشنامه ای ۷ گزینه ای ؛ با توجه به قسمت آمار توصیفی، این متغیر دارای میانگین ۴,۲۰، بر مبنای یافته های حاصله، میانگین در سطح بالاتر از متوسط ۳,۵ می باشد انحراف معیار ۱,۴۲ و واریانس ۲,۰۱ میباشد. بررسی وضعیت متغیر قلدری سایبری با توجه به نتایج آزمون تی تک نمونه ای، مقدار احتمال آزمون برابر ۰/۰۰ که کمتر از ۰/۰۵ میباشد، بنابراین وضعیت متغیر تنظیم هیجانی در تحقیق گواه بر معنی دار بودن اختلاف میانگین این متغیر با عدد آزمون (عدد ۳,۵) در سطح اطمینان ۹۵ درصد است و از آنجا که مقدار حد پایین ۰,۵۰ و حد بالا ۰,۸۹ میباشد حاکی از اینکه متغیر در حد خوبی در جامعه آماری تحقیق وجود دارد.
- متغیر ذهن آگاهی پرسشنامه ای ۵ گزینه ای ؛ با توجه به قسمت آمار توصیفی، این متغیر دارای میانگین ۳,۳۳، بر مبنای یافته های حاصله، میانگین در سطح بالاتر از متوسط ۲/۵ می باشد. انحراف معیار ۰,۹۱ و واریانس ۰,۸۳ میباشد. بررسی وضعیت متغیر ذهن آگاهی با توجه به نتایج آزمون تی تک نمونه ای، مقدار احتمال آزمون برابر ۰,۰۰ که کمتر از ۰/۰۵ میباشد، بنابراین وضعیت متغیر ذهن آگاه در تحقیق گواه بر معنی دار بودن اختلاف میانگین این متغیر با عدد آزمون (عدد ۲/۵) در سطح اطمینان ۹۵ درصد است و از آنجا که مقدار حد پایین برابر ۰,۷۱ و حد بالا برابر ۰,۹۵ میباشد حاکی از اینکه متغیر در حد خوبی در

جامعه آماری تحقیق وجود دارد.

- متغیر تمایز یافتگی پرسشنامه ای ۷ گزینه ای؛ با توجه به قسمت آمار توصیفی، این متغیر دارای میانگین ۳,۲۳، بر مبنای یافته‌های حاصله، میانگین در سطح بالاتر از متوسط ۳,۵ می باشد انحراف معیار ۰,۶۰ و واریانس ۰,۳۵ می باشد. بررسی وضعیت متغیر تمایز یافتگی با توجه به نتایج آزمون تی تک نمونه ای، مقدار احتمال آزمون برابر ۰/۰۰ که کمتر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین وضعیت متغیر تمایز یافتگی در تحقیق گواه بر معنیدار بودن اختلاف میانگین این متغیر با عدد آزمون (عدد ۳,۵) در سطح اطمینان ۹۵ درصد است و از آنجا که مقدار حد پایین برابر ۰,۱۵ و حد بالا برابر ۰,۳۱ می باشد حاکی از اینکه متغیر در حد خوبی در جامعه آماری تحقیق وجود دارد.

برای بررسی رابطه ابعاد ذهن آگاهی به عنوان متغیر پیش‌بین تمایز یافتگی و تنظیم هیجانی به عنوان متغیر ملاک از تحلیل رگرسیون چند گانه استفاده شده است. قبل از انجام تحلیل رگرسیون روابط همبستگی بین متغیرهای پژوهش در فرضیات ۱ و ۲ همبستگی با آزمون پیرسون بررسی شده که نتایج آن نیز در جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۲. پیش بینی تمایز یافتگی در افراد چاق

متغیر	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد	مقدار اماره	عدد معناداری	نتیجه
مشاهده گری	۰,۰۴	۰,۰۹	۰,۶۶	۰,۵۰	عدم اثر گذار
توصیف گری	۰,۰۰۱	۰,۰۰۲	۰,۰۱۲	۰,۹۹	عدم اثر گذار
تمرکز گری	۰,۰۷۸	۰,۱۲	۰,۹۹	۰,۳۱	عدم اثر گذار
پذیرش گری	۰,۰۳	۰,۰۶	۰,۸۶	۰,۳۹	عدم اثر گذار
آماره دوربین واتسون	۱,۸۷	عدم همبستگی در خطاهای مدل			
ضریب همبستگی	۰,۲۳	درصد همبستگی بین ابعاد ذهن آگاهی با تمایز یافتگی وجود دارد ۲۳			
سطح معناداری مدل	۰,۰۲	رابطه خطی معناداری وجود دارد			

با توجه به جدول ۲. برای بررسی اثر تمایز یافتگی به عنوان متغیر پیش‌بین و ابعاد ذهن آگاهی به عنوان متغیر ملاک از تحلیل رگرسیون خطی چند گانه استفاده شده است. با توجه به جدول نتایج حاصل از سطح معناداری مدل برابر ۰,۰۲، مقدار احتمال حاصل کمتر از ۰,۰۵ بوده و نشان از معناداری مدل می باشد. و ضریب همبستگی چند گانه ۰,۲۳ نشان می دهند تنها ۰,۲۳ از همبستگی بین ابعاد ذهن آگاهی با تمایز یافتگی در این تحقیق وجود دارد. از آنجا که ارتباط معناداری در سطح اطمینان ۰,۹۵ بین هر یک از ابعاد ذهن آگاهی با تمایز یافتگی وجود دارد ولی اثر معناداری هر یک از ابعاد ذهن آگاهی در پیش بینی تمایز یافتگی وجود ندارد.

جدول ۳. پیش بینی تنظیم هیجانی در افراد چاق

متغیر	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد	مقدار اماره	عدد معناداری	نتیجه
مشاهده گری	۰,۳۸	۰,۲۸	۲,۲۵	۰,۰۲	اثر گذار
توصیف گری	۰,۱۵	۰,۱۰	۰,۹۰	۰,۳۶	عدم اثر گذار
تمرکز گری	۰,۲۴	۰,۱۴	۱,۳۰	۰,۱۹	عدم اثر گذار
پذیرش گری	۰,۲۳-	۰,۲۰-	۳,۰۴-	۰,۰۰	اثر گذار
آماره دوربین واتسون	۱,۵۷	عدم همبستگی در خطاهای مدل			
ضریب تعیین	۲۶	۲۶ درصد از تغییرات تنظیم هیجانی از طریق ابعاد ذهن آگاهی تبیین میشود.			
سطح معناداری مدل	۰,۰۰	رابطه خطی معناداری وجود دارد			

با توجه به جدول ۳. برای بررسی اثر تنظیم هیجانی به عنوان متغیر پیش‌بین و ابعاد ذهن آگاهی به عنوان متغیر ملاک از تحلیل رگرسیون خطی چند گانه استفاده شده است. با توجه به جدول نتایج حاصل از سطح معناداری مدل برابر ۰,۰۰، مقدار احتمال حاصل کمتر از ۰,۰۵، بوده و نشان از معناداری مدل می‌باشد. و ضریب همبستگی چند گانه ۰,۵۱ و ضریب تعیین ۰,۲۶، نشان می‌دهند تنها ۲۶٪ از واریانسهای تنظیم هیجانی توسط متغیر ابعاد ذهن آگاهی تبیین شده است. همچنین ضریب تأثیر مستقیم مشاهده گری ۰,۲۸، بوده که با توجه به آماره تی نشان می‌دهد که این متغیر با اطمینان ۰,۹۵ می‌تواند تغییرات مربوط به تنظیم هیجانی را پیش‌بینی کند و ضریب تأثیر معکوس پذیرش گری ۰,۲۰، بوده که با توجه به آماره تی نشان می‌دهد که این متغیر با اطمینان ۹۵ درصد می‌تواند تغییرات مربوط به تنظیم هیجانی را پیش‌بینی کند. ابعاد دیگر ذهن آگاهی اثر معناداری در تنظیم هیجانی در این تحقیق ندارد.

نتیجه‌گیری و پیشنهادات

با توجه یافته‌های تحقیق، آزمون ضریب همبستگی پیرسون از آنجا که مقدار احتمال حاصل از ضریب همبستگی هریک از ابعاد ذهن آگاهی با تمایز یافتگی کمتر از سطح معناداری ۰/۰۵ می‌باشد. ارتباط معناداری در سطح اطمینان ۰,۹۵، بین هریک از ابعاد ذهن آگاهی با تمایز یافتگی وجود دارد. که ارتباط ۰,۱۹، مستقیم بین مشاهده گری از ابعاد ذهن آگاهی و تمایز یافتگی وجود دارد، ارتباط ۰,۱۷، مستقیم بین توصیف گری از ابعاد ذهن آگاهی با تمایز یافتگی وجود دارد، ارتباط ۰,۲۲، مستقیم بین تمرکز گری از ابعاد ذهن آگاه با تمایز یافتگی وجود دارد و ارتباط ۰,۱۰، مستقیم بین پذیرش گری از ابعاد ذهن آگاهی با تمایز یافتگی در سطح اطمینان ۰,۹۰، وجود دارد. ارتباط مستقیم حاکی از این می‌باشد که هر چقدر میزان هریک از ابعاد ذهن آگاهی بیشتر باشد میزان تمایز یافتگی افزایش می‌یابد. لذا افراد دارای اضافه وزن و چاقی در عوامل هیجانی و مدیریت آنها با مشکل روبرو هستند (آمیانتو و همکاران، ۲۰۱۷). مشکلات هیجانی و استرس ناشی از آن می‌تواند به عنوان مقدمه ای برای پر خوری محسوب شوند (لویتان و دیویس، ۲۰۲۰). رابطه یک هیجان خاص و رفتار خوردن زمانی پررنگ می‌شود که آن هیجان بخصوص در بافت خوردن در یک گروه خاص، با فراوانی بیشتری نسبت به دیگر هیجانها اتفاق بیافتد (ماچت و سیمونز، ۲۰۲۰). افراد تمایز یافته برای تجربه عواطف عمیق احساس آزادی می‌کنند و دارای قابلیت نظم بخشی به هیجانها هستند. آن‌ها قادرند افکار شخصی خود را شناسایی و ابراز کنند. افرادی که به کامل ترین سطح تمایز می‌رسند مرز بندی خود تعریف شده ای دارند در حالی که افراد تمایز نیافته از نظر هیجانی، مشکلات روان شناختی بی شماری را تجربه می‌کنند (کابرا-سانچز و فریدلندر، ۲۰۱۷). تمایز یافتگی می‌تواند در افراد چاق نیز تاثیر داشته باشد. در این رابطه ذوقی و همکاران (۱۳۹۸) نشان دادند که ذهن آگاهی در رابطه تمایز یافتگی خود با اضطراب اجتماعی در زنان چاق میانجی گر کامل می‌باشد. ذهن آگاهی می‌تواند در رها سازی افراد از افکار خود کار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کننده باشد و از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتار ایفاء می‌کند. بنابراین تاکید بر تغییر آگاهی و ایجاد رابطه ی جدید با افکار در مقایسه با تغییر آن‌ها مورد تاکید قرار می‌گیرد. مهارت ذهن آگاهی به ما اجازه می‌دهد که در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزانی که ناراحت کننده هستند دریافت کنیم. وقتی ما نسبت به زمان حال آگاه هستیم دیگر توجه ما روی گذشته یا آینده درگیر نیست در حالی که بیشتر مشکلات روانی ناشی از تمرکز بر گذشته خود می‌باشد (ده و واین، ۲۰۲۰). در همین راستا نتایج تحقیق با نتایج محققانی همچون شیرزادی و همکاران (۱۴۰۱)، شریعتی و همکاران (۱۴۰۱)، رضاعلی و همکاران (۱۴۰۰)، جاسمی و همکاران (۱۴۰۰)، ذوقی و همکاران (۱۳۹۸)، آمیانتو و همکاران (۲۰۱۷)، ماچت و سیمونز (۲۰۲۰) و ده و واین (۲۰۲۰) همخوانی دارد. همچنین با توجه به نتایج تحقیق پیشنهاد می‌گردد:

با توجه به نتایج تحقیق پیشنهاداتی به شرح ذیل ارائه می‌گردد:

– پیشنهاد می‌گردد که درمانگران در کنار کارهای درمانی به آموزش ذهن آگاهی به افراد چاق بپردازند.

– درمانگران در خصوص آموزش مدیریت هیجان در افراد چاق بپردازند.

– افراد چاق، به خاطر چیزهایی که نمی‌توانند آن‌ها را تغییر دهند، با تمرین ذهن آگاهی و پذیرش آشفته نشوند.

منابع

- جاسمی زرگانی، منا، صیرفی، محمدرضا، تقدیسی، محمد حسین، ملیحی الذاکرینی، سعید، تقوی، حبیبه. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش خوردن آگاهانه مبتنی بر ذهن آگاهی وزن، خود کارآمدی، تنظیم هیجان و تغذینه زنان مبتلا به چاقی. مجله روانشناسی بالینی ۱۳(۱)، ۴۹-۶۱
- دهقان منشادی، زبیده، تقوی، سید محمدرضا، دهقان منشادی، ماریه. (۱۳۹۱). بررسی خصوصیات روانسنجی سیاهه مهارت ذهن- آگاهی کتناکی. اندیشه و رفتار، ۲۷-۳۷، (۶)
- رضاعلی زاده، زهرا، شریفی در آمدی، پرویز، رفیعی پور، امین، عسگری، محمد. (۱۴۰۰). تدوین برنامه آموزشی مبتنی بر ذهن آگاهی و ارزیابی اثربخشی آن بر تنظیم هیجان و بازداری پاسخ در نوجوانان مبتلا به چاقی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۶۵(۲)، ۶۲۸-۶۱۷
- سختاوتی، صهبا، خادمی، علی، شاکر دولق، علی. (۱۴۰۰). اثربخشی مداخله تنظیم هیجان بر باورهای اختلال خوردن، ناگویی هیجانی و کاهش وزن در زنان دارای اضافه وزن. مجله پرستاری و مامایی. دوره ۱۹(۴)، ۳۳۷-۳۲۶
- شیرزادی، زینب، صیرفی، محمد رضا، ثابت، مهرداد. (۱۴۰۱). نقش تنظیم هیجان و خود کارآمدی در پیشینی رفتار خوردن در زنان چاق میانسال. زن و مطالعات خانواده، ۱۵(۵۶)، ۲۲-۷

- قادی جاوید، سارا، غلامرضایی، سیمین، رضایی، فاطمه. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده و اختلال خوردن در دانش آموزان مبتلا به علائم اختلال خوردن. مجله پزشکی ارومیه، ۲۷(۹)، ۸۰۱-۸۱۱
- کجویی، محسن. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی مداخلات مبتنی بر ارزیابی مجدد شناختی و ذهن آگاهی در اصلاح وزن و رفتارهای خوردن مرتبط با چاقی در زنان دارای اضافه وزن. پایان نامه دکتری. دانشگاه خوارزمی.
- کمالی ایگلی، سمیه؛ پ، ابوالمعالی الحسینی، خدیجه. (۱۳۹۵). پیشبینی راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان بر اساس فرایندهای ارتباطی خانواده و ابعاد کمالگرایی. فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۱۰(۳)، ۲۹۱-۳۱۰
- نریمانی، محمد، قاسمی نژاد، محمد علی. (۱۳۹۳). نقش عوامل روانشناختی در پیشبینی اختلال پر خوری. مجله ی روانشناسی مدرسه، ۳(۳)، ۸۶-۱۰۵
- نوری، نوید، گلپور، رضا. (۱۴۰۱). نقش واسطه گری تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین شیوه های مقابله ای و سلامت اجتماعی در مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه. مجله مطالعات اسلامی ایرانی خانواده، ۱(۴)، ۱۱۱-۱۲۶
- نیک دوست، فریبا، طهمورسی، نیلوفر، عباس پور آذر، زهرا. (۱۳۹۷). پیشبینی استرس ادراک شده بر اساس تنظیم شناختی هیجان و دشواری در تنظیم هیجان در افراد مبتلا به چاقی. نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز، ۱۸(۱)، ۱۷-۲۶
- وحیدی، شقایق، اقا یوسفی، علیرضا، نامور، هومن. (۱۴۰۱). پیش بینی شادکامی براساس روان رنجوری و تمایز یافتگی خود با میانجیگری تصویر بدنی و خوش بینی در زنان و مردان فربه. فصلنامه خانواده درمانی کاربردی، ۳(۳)، ۱۰۴-۱۲۱

- Amianto, F., Siccardi, S., Abbate-Daga, G., Marech, L., Barosio, M., Fassino, S. (2017). Does anger mediate between personality and eating symptoms in bulimia nervosa?. *Psychiatry research*; 200(2-3):502- 12.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143
- Besharat, M.A., Rostami, R., Gharehbaghy, F., Gholamali Lavasani, M. (2015). Differentiation and chronic anxiety symptoms in family emotional system: designing and evaluating the effectiveness of an intervention based on bowen family systems theory. *Family Counseling and Psychotherapy*, 5(1), 1-24.
- Buchheld, N., Grossman, P., Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1(1), 11-34
- Byrne, CD., Targher, G. (2015). A multisystem disease. *J Hepatol* 62:S47-64.
- Cabrera-Sanchez, P., Friedlander, M. L. (2017). Optimism, self-differentiation, and perceived posttraumatic stress disorder symptoms: Predictors of satisfaction in female military partners. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 6(4), 235
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreira, R., Dias, P. (2010). The Portuguese Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Rev Psiq Clin Journal*. 37(4): 145-151.
- De Fronzo, R A., Ferrannini, E., Groop, L., Henry, RR., Herman, WH., Holst, JJ., Hu, FB., Kahn, CR., Raz, I; Shulman, GI., et, al. (2015). Type 2 diabetes mellitus. *Nat. Rev. Dis. Primers*; (1): 15019.
- Deah A, Wayne LC. (2020). Conventional versus Mindfulness-based Interventions for Anxiety and Worry: A Review and Recommendations *Current Psychiatry Research and Reviews Formerly: Current Psychiatry Reviews.*;16(1) :60-67.
- Fakhari, N., Latifian, M., Etemd, J. (2014). A study of psychometric properties of the Differentiation of Self Inventory-DSI for Iranian universities students. *Educational Measuremen*. 4(15): 35-58
- Garnefski, N., Kraaij, V. (2019), The Behavioral Emotion Regulation Questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 137, 56-61.
- Gross, JJ., (2015). Emotion Regulation: current status and future prospects. *Psychological Inquiry* ; 26(1): 1-26
- Hanson, P., Shttlewood, E., Halder, L., Shah, N., Lam, F. T., Barber, T. M. (2019). Application of Mindfulness in a Tier 3 Obesity Service Improves Eating Behavior and Facilitates Successful Weight Loss. *The Journal of Endocrinology & Metabolism*, 104 (3), 793-800.
- Hearon, BA., Utschig, AC., Smits, JAJ., Moshier, SJ., Otto, MW. (2013) The Role of Anxiety Sensitivity and Eating Expectancy in Maladaptive Eating Behavior. *Cognitive Therapy and Research*. 37(5):923-33
- Hoemann, K., Xu, F., Barrett, L. F. (2019). Emotion words, emotion concepts, and emotional development in children: A constructionist hypothesis. *Developmental psychology* , 55(9), 1830. DOI: 10.1037/dev0000686
- Horwich, TB., Fonarow, GC., Clark, AL. (2018). Obesity and the Obesity Paradox in Heart Failure. *Progress in Cardiovascular Diseases.*, 61(2):151-6. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2018.05.005> PMID:29852198
- Khudabakhshi, M., Kiani, F. (2016). The role of emotion regulation problems and its dimensions in predicting

- disordered eating behaviors among students: Implications for health promotion. *Journal of Knowledge and Health*, First Year, 8(3): 23-17. (In persian)
- Kim, H. S., Jung, Y. M. (2015). Self-differentiation, family functioning, life satisfaction and attitudes towards marriage among South Korean university students. *Indian Journal of Science and Technology*, 8(19), 1-8.
- King, L.K., March, L., Anandacoomarasamy, A.(2013). Obesity & osteoarthritis. *Indian J. Med Res* ; 138: 185– 93
- Kolb, R., Zhang W.(2020). Obesity and Breast Cancer: A Case of Inflamed Adipose Tissue. *Cancers*; 12(6): 1686.
- Köse, G., Çıplak, ME. (2020). Mindful eating questionnaire: eating control, emotional eating and conscious nutrition trio: Mindful Eating Eating Control, Emotional Eating, Conscious Nutrition. *Progress in Nutrition*.;22(2):555-61.
- Köse, G., Tayfur, M., BMI. (2021).Physical Activity, Sleep Quality, Eating Attitudes, Emotions: Which One is Affected by Mindful Eating? *Progress in Nutrition*.;23:0-00
- Kovesdy, CP., Furth, SL., Zoccali, C. (2017).Obesity and kidney disease: hidden consequences of the epidemic. *J Bras Nefrol*;39:1–10.
- Lazarevich, I., Camacho, ME., delConsuelo., VelázquezAlva, M., Zepeda, MZ.(2016). Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. *Appetite*; 107(1) :639-44.
- Leehr, EJ., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., Giel, KE.(2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity--a systematic review. *Neuroscience and biobehavioral reviews*.;49:125-34.. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.12.008> PMID:25530255
- Levitan, R., Davis, R. (2020).Emotions and Eating Behaviour: Implications for the Current Obesity Epidemic. *University of Toronto Quarterly*;79:783 - 99. <https://doi.org/10.3138/utq.79.2.783>
- Macht, M., Simons, G. (2020). Emotions and eating in everyday life. *Appetite*; 35(1):65-71
- Meule, A., Richard, A., Schnepfer, R., Reichenberger, J., Georgii, C., Naab, S., Blechert, J. (2021). Emotion regulation and emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating Disorders* , 29(2), 175 -191. DOI: 10.1080/10640266.2019.1642036
- Moor, K. R., Scott, A. J., McIntosh, W. D.(2013). Mindful eating and its relationship to body mass index and physical activity among university students. *Mindfulness*.; 4: 269-274. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0124-3>
- Nezlek, JB., Holas, P., Rusanowska, M., Krejtz, I.(2016). Being present in the moment: Event-level relationships between mindfulness and stress, positivity, and importance. *Personality and Individual Differences*.;93:1-5. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.11.031>
- Ruffault, A., Czernichow, S., Hagger, MS., Ferrand, M., Erichot, N., Carette, C., et, al. (2017). The effects of mindfulness training on weight-loss and health-related behaviours in adults with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Research & Clinical Practice*, 11 (5), 90-111.
- Sarto, H.M., Soler, A.B., Mercadal, P.H., Pantilie, B., NavarroGil, M., Garcia-Campayo, J., Montero-Marin, J.(2019). Efficacy of a mindful-eating programmer to reduce emotional eating in patients suffering from overweight or obesity in primary care settings: a cluster-randomised trial protocol. *BMJ Open*:2019; first published as 10.1136/bmjopen-2019-031327.
- Segal, Z., Williams, M., Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.
- Shapira, N., Sharon, O. (2018). *Prevention and Control: Nutrition, Obesity, and Metabolism*.
- Shriver, L. H., Dollar, J. M., Calkins, S. D., Keane, S. P., Shanahan, L., Wideman, L. (2021). Emotional eating in adolescence: Effects of emotion regulation, weight status and negative body image. *Nutrients* , 13(1), 79. DOI: 10.3390/nu13010079
- Skowron, E.A., Friedlander, M. L. (1998). The Differentiation of Self Inventory: Development and initial validation. *Journal of counseling psychology*, 45(3), 235
- Stone, TW., McPherson, M., Gail Darlington, L. (2018). Obesity and cancer: Existing and new hypotheses for a causal connection. *EBioMedicin*; 30: 14–28.
- Vahedian-Shahroodi, M., Tehrani, H., Robat-Sarpooshi, D., GHolian-Aval, M., Jafari, A., Alizadeh-Siuki, H. (2019). The impact of health education on nutritional behaviors in female students: An application of health belief model. *International Journal of Health Promotion and Education*.:1-13. <https://doi.org/10.1080/14635240.2019.1696219>
- WHO. (2020). /<https://www.who.int/nutrition/topics/obesity/e>

اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی و احساس تنهایی زوجین دارای خشونت خانگی

شقایق نصیری قجور

دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

محسن منصوبی فر

استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. (نویسنده مسئول)

آرزو تاریمرادی

استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

The effectiveness of schema therapy on distress tolerance and loneliness in couples with domestic violence

Shagaegh Nasiri Qajur

Master's student, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Mohsen Mansoobifar

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

(Responsible author)

Arzoo Tarimoradi

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Abstract

This research was conducted with the aim of investigating the effectiveness of schema therapy on distress tolerance and loneliness of couples who have experienced domestic violence. It was a semi-experimental study with a pre-test and post-test design with two experimental and control groups. The statistical population of the research included all married women with experience of domestic violence who referred to counseling and psychotherapy centers in Karaj city in 1402, 20 people were selected with a targeted method and divided into two equal groups (10 people in the experimental group and 10 people in the control group) were replaced.

Data collection was done with Distress Tolerance Questionnaire (Simmons and Gaher, 2005) and Loneliness Questionnaire (Russell et al., 1980). Schema therapy was performed during 8 sessions (1 session of 1.5 hours per week) for the experimental group. Data analysis was done with descriptive statistics and covariance analysis. The analysis of the results showed that according to the significance level of the analysis of covariance test, there is a significant difference between the level of distress tolerance and the feeling of loneliness of couples with domestic violence evaluated in the experimental and control groups, and according to the results of the average comparison, schema therapy increases the distress tolerance. and reducing the feeling of loneliness in couples with domestic violence. Therefore, schema therapy can be used as an effective treatment method to increase distress tolerance and reduce loneliness in couples with domestic violence.

Keywords: *schema therapy, distress tolerance, loneliness, couples*

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی و احساس تنهایی زوجین دارای تجربه خشونت خانگی انجام شد. پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان متأهل دارای تجربه خشونت خانگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی شهر کرج در سال ۱۴۰۲ بود، که با روش هدفمند تعداد ۲۰ نفر انتخاب و در دو گروه مساوی (۱۰ نفر گروه آزمایش و ۱۰ نفر گروه کنترل) جایگزین شدند. گردآوری اطلاعات با پرسشنامه تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) و پرسشنامه احساس تنهایی (راسل و همکاران، ۱۹۸۰) انجام شد. طرحواره درمانی طی ۸ جلسه (هفته‌ای ۱ جلسه ۱/۵ ساعته) برای گروه آزمایش انجام شد. تحلیل داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی و آنالیز کوواریانس انجام شد. بررسی نتایج نشان داد با توجه به سطح معناداری آزمون تحلیل کواریانس بین میزان تحمل پریشانی و احساس تنهایی زوجین دارای خشونت خانگی مورد ارزیابی در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و با توجه به نتایج مقایسه میانگین، طرحواره درمانی باعث افزایش تحمل پریشانی و کاهش احساس تنهایی در زوجین دارای خشونت خانگی گردیده است. لذا از طرحواره درمانی می‌توان به عنوان یک روش درمانی مؤثر جهت افزایش تحمل پریشانی و کاهش احساس تنهایی زوجین دارای خشونت خانگی استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: طرحواره درمانی، تحمل پریشانی، احساس تنهایی، زوجین

مقدمه

خشونت^{۷۵} علیه زنان باعث درد و رنج قربانیان و خانواده‌هایشان می‌شود و در سراسر جهان بارسنگینی بر جوامع می‌گذارد که اغلب در روابط صمیمی یا بین افراد شناخته شده با یکدیگر اتفاق می‌افتد (ویلیامز و همکاران^{۷۶}، ۲۰۱۳). خشونت علیه زنان عبارت است از هر نوع اقدام خشونت‌آمیز جنسیتی که منجر به آسیب بدنی جنسی یا روانی در زنان شود و یا احتمال بروز آن زیاد باشد، برای زنان رنج آور بوده یا به محرومیت اجباری از آزادی فردی یا اجتماعی منجر گردد.

شایع‌ترین نوع خشونت علیه زنان خشونت اعمال شده توسط شریک زندگی است که از آن با عنوان خشونت خانگی^{۷۷} یاد می‌شود (علی، موگرن و کرانتز^{۷۸}، ۲۰۱۳)، و شامل خشونت فیزیکی، ضربه سیلی زدن لگزدن و یا هر نوع آسیب فیزیکی، خشونت جنسی مجبور کردن شریک نسی به داشتن رابطه بدون رضایت و آمادگی و سوء رفتار عاطفی، توهین تجاوز کلامی تحقیر و بدخلقی می‌شود (هایلند^{۷۹}، ۲۰۱۴).

پیمایش‌های انجام شده در نقاط مختلف جهان نشان داده است که ۱۰ تا بیش از ۵۰ درصد از زنان به نحوی مورد بدرفتاری همسرانشان واقع شده‌اند (تینگلف و هوبرگ^{۸۰}، ۲۰۱۵). عوامل مختلفی نظیر فقر، اختلالات روان پزشکی، سوء مصرف مواد در بروز خشونت خانگی مؤثر دانسته شده است (مک کارتی^{۸۱}، ۲۰۱۹؛ بوالهروی، امیری کریمی کیسمی و محسنی کبیر، ۱۳۹۷؛ آندرسون^{۸۲}، ۲۰۱۶).

یافته‌ها نشان می‌دهد خشونت خانگی تنش‌های روانی و افکار منفی در فرد را افزایش داده و موجب فراخوانی هیجانات منفی می‌شود که می‌تواند منجر به کاهش تحمل پریشانی در افراد شود (ویلیامز و همکاران، ۲۰۱۳). در نمای کلی پریشانی روانشناختی^{۸۳} با عدم توانایی رفتاری، آسیب‌پذیری فرد را در مقابل حالات پریشانی درونی که توسط برخی موقعیت‌های استرس‌زا تحریک می‌شود به مراتب افزایش می‌دهد (چوی^{۸۴} و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج مطالعات بیانگر این است که پریشانی روانشناختی به عنوان یک اختلال هیجانی ممکن است عملکرد اجتماعی و زندگی روزمره افراد را تحت تأثیر قرار دهد (گیاسی^{۸۵}، ۲۰۱۹). افزایش سطح آشفستگی روانشناختی با افزایش شدت نشانه‌ها و احتمال ابتلای بیشتر به بیماری‌های روانی در ارتباط است (تقی‌لو و لطیفی، ۱۳۹۵).

یکی دیگر از مشکلات زوجین دارای خشونت خانگی احساس تنهایی است. احساس تنهایی^{۸۶}، تجربه عاطفی ناخوشایند روحی مزمن است (هورویتز و فرنچ^{۸۷}، ۲۰۱۹) که از تعارضات ارتباطی بین فردی و کاستی‌هایی در روابط اجتماعی شخص ناشی می‌شود (ساکلفسکی، یا کولیک، کلی^{۸۸}، ۲۰۱۷). ریشه‌ی تنهایی عدم ارضای یکی از این نیازها در مراحل مختلف است و همه آنها می‌توانند در قالب نیاز اساسی به تماس و صمیمیت بررسی شوند. همه انسان‌ها از تنها شدن هراس دارند و آستانه احساس تنهایی را متأثر از تاریخچه رشدی افراد می‌داند. به نظر وی فقدان مستمر تماس فیزیکی در دوران کودکی ممکن است به ناراحتی‌های جسم نیز عاطفی اعم از احساس تنهایی منجر شود (معدنیبور، حق رنجبر، کاکاوند، ثنایی ذاکر، ۱۳۹۵).

اگرچه احساس تنهایی یک تجربه عادی و بهنجار است، اما احساس تنهایی پتانسیل این را دارد که با سلامت روان و سلامت جسم تداخل پیدا کند (وینجوان ژانگ، زونگ، وانگ و فینی^{۸۹}، ۲۰۱۵) و به عنوان یک پیش‌بینی کننده وضعیت سلامت پایین در سال‌های بعدی زندگی است (کوایتر^{۹۰} و همکاران ۲۰۱۳ به نقل از رستمی، ۱۳۹۹). برای کاهش مشکلات زنان آسیب دیده از خشونت خانگی محققان روش‌های متعددی را مورد مطالعه قرار داده و برخی از این رویکردها موفقیت نسبی داشته‌اند. یکی از این روش‌ها درمان به شیوه طرحواره‌ای بوده است.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تحمل پریشانی: این مقیاس که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) تهیه شده است، یک مقیاس خودسنجی است که دارای ۱۵ ماده و ۴ خرده مقیاس به این ترتیب است: تحمل (تحمل پریشانی هیجانی، عبارات ۱، ۳ و ۵)، جذب (جذب شدن به وسیله هیجانانگ منفی، عبارات ۲، ۴ و ۱۵)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی، عبارات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی، عبارات ۸، ۱۳ و ۱۴). گزینه‌های این مقیاس براساس مقیاس پنج درجه لیکرت نمره گذاری می‌شوند. از کاملاً موافق (۱) تا کاملاً مخالف (۵) و عبارت شماره ۶ در این مقیاس، به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالاست. سیمونز و گاهر ضرایب آلفا برای خرده مقیاس‌ها را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند (علوی و همکاران، ۲۰۱۱). این مقیاس را در بین دانشجویان اجرا کرده و گزارش کرده‌اند که کل مقیاس دارای پایایی همسانی درونی بالای ۰/۷۱ و و خرده مقیاس‌ها دارای پایایی متوسط (برای تحمل ۰/۵۴، جذب ۰/۴۲، ارزیابی ۰/۵۶ و تنظیم ۰/۵۸) به دست آمد (اعیادی و همکاران، ۱۳۹۵).

پرسشنامه احساس تنهایی: پرسشنامه احساس تنهایی UCLA (نسخه سوم) به عنوان اولین آزمون احساس تنهایی در سال ۱۹۸۰ توسط راسل، پیلا و فرگوسن در دانشگاه کالیفرنیا ساخته شد. این مقیاس که شامل ۲۰ گویه است. با استفاده از مقیاس نمره گذاری ۴ درجه‌ای لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب)، نارضایتی افراد از روابط اجتماعی را در دو بعد فقدان روابط صمیمانه و فقدان شبکه اجتماعی می‌سنجد. بدین ترتیب دامنه نمره گسب شده در این مقیاس بین ۲۰ تا ۸۰ قرار دارد. راسل و دیگران (۱۹۸۰) ضریب همسانی درونی این ابزار را ۰/۹۴ گزارش کردند. با توجه به این که مقادیر آلفای کرونباخ در تمامی موارد مساوی یا بیش از ۰/۸۰ است آزمون از اعتبار بالایی برخوردار است. بالدوین و فهر پایایی کلی این مقیاس را ۰/۶۷ گزارش نموده‌اند، در پژوهش داورپناه (۱۳۸۳) ضریب همسانی درونی برابر با ۰/۷۸ به دست آمده است. روایی همزمان این پرسشنامه نیز با بهره‌گیری از ارزیابی دوستان و افراد درباره احساس تنهایی آنان ۰/۵۵ محاسبه شد. و برای بررسی روایی صوری آن نیز از ۱۲ کارشناس نظر خواهی شده است که همگی آنها توان سنجش احساس تنهایی را توسط این آزمون تایید کردند (بحیرایی، ۱۳۸۵). پژوهش‌های انجام شده با این مقیاس حکایت از روایی و اعتبار مناسب مقیاس دارد، به عنوان مثال اعتبار مقیاس احساس تنهایی در پژوهش ولیمالی ۰/۸۸ به دست آمد. در پژوهشی که حسین چاری و خیر (۱۳۸۱) در ایران با هدف بررسی روایی و اعتبار مقیاس احساس تنهایی ۴۴ ماده‌ای به روی ۳۶۹ دانش-

در واقع، طرحواره درمانی^{۹۱} یکی دیگر از رویکردهای درمانی است که در ارتباط با مشکلات زناشویی (خشونت و مشکلات عاطفی) بر روی زنان مورد مطالعه قرار گرفته است (محنایی گلستانه پولادی، ریشه‌ری کیخسروانی، ۱۳۹۸) رویکرد طرحواره درمانی استدلال می‌کند که هر کسی با رویکرد و راهبردهای خاصی وارد رابطه می‌شود که گاهی ممکن است منجر به بروز تعارض نیز شود تأثیرات عاطفی برجای مانده از زندگی گذشته فرد می‌تواند مشکلاتی به وجود آورند. آسیب‌های عاطفی که در اوایل زندگی فرد در دوران کودکی در او شکل می‌گیرند می‌توانند تا آخر عمر با او بمانند و زندگی او را تحت الشعاع قرار دهند (یانگ، کلوکو و ویشار، ۲۰۳ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۵).

معمولاً زوجین از خشونت به عنوان یک راهبرد مقابله ای برای رهایی از تأثیرات منفی طرحواره های ناسازگارانه برانگیخته شده در روابط خود به کار می‌برد (کمالیان، میرزاحسینی و منیرپور، ۱۳۹۹). حضور طرحواره های ناسازگار اولیه مثل طرد و بریدگی، نقص و شرم، معیارهای سرسختانه و بی اعتمادی در افراد پیش بینی این است که نسبت به آنها در دوران کودکی بد رفتاری شده و در بزرگسالی با همسر و فرزندان خود با خشونت رفتار خواهند کرد (خاشو ون آلپنو^{۹۲} و همکاران، ۲۰۱۹). هدف اولیه طرحواره درمانی ایجاد آگاهی روان شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره ها و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها است (دیجیک^{۹۳} و همکاران، ۲۰۲۰). بنا براین سوال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا طرحواره درمانی بر افزایش تحمل پریشانی و کاهش احساس تنهایی در زوجین دارای خشونت خانگی موثر است؟

مواد و روش‌ها

پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان متأهل دارای تجربه خشونت خانگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی سطح شهر کرج در سه ماهه اول سال ۱۴۰۲ بودند، که از بین آن‌ها با روش هدفمند و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه تعداد ۲۰ نفر انتخاب و در دو گروه مساوی یعنی ۱۰ نفر گروه آزمایش و ۱۰ نفر گروه کنترل جایگزین شدند.

پژوهشگر پیش از اجرای مرحله پیش آزمون و توزیع پرسشنامه در بین آزمودنی‌ها ابتدا در خصوص هدف انجام پژوهش، نحوه پاسخ‌دهی به آزمون‌ها، محرمانه ماندن اطلاعات فردی و هویتی افراد، حقوق آزمودنی‌ها از جمله رضایت و تمایل آگاهانه جهت شرکت در مطالعه و عدم هرگونه آسیب روانی یا بدنی به آن‌ها توضیحات لازم ارائه نمود و بیان کرد که اطلاعات جمع‌آوری شده به صورت کلی تحلیل شده و نتایج آن در قالب پایان‌نامه دانشجویی و در نهایت مقاله علمی-پژوهشی منتشر می‌شود. در جدول شماره ۱ محتوای جلسات طرحواره درمانی به اختصار ارائه شده است.

آموز (۱۸۶ دختر و ۱۸۳ پسر) مقطع راهنمایی تحصیلی انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که مقیاس مورد بحث از روایی و اعتبار قابل قبولی برخوردار میباشد (بحیرایی، ۱۳۸۵). همسانی درونی مقیاس در پژوهش رضایی، صفایی، هاشمی (۱۳۹۲) ۰/۸۱ به دست آمد. اعتبار مقیاس احساس تنهایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. نتایج نشان داد که اعتبار مقیاس احساس تنهایی برای کل مقیاس ۰/۸۴، برای خرده مقیاس احساس تنهایی عاطفی ۰/۸۲، و برای خرده مقیاس احساس تنهایی اجتماعی نیز ۰/۷۱ به دست آمد که رضایت بخش میباشد (رضایی و همکاران، ۱۳۹۲).

به منظور تحلیل اطلاعات علاوه بر روش آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) از تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از تحلیل کوواریانس پیش فرض های آماری بررسی شد. برای تحلیل نیز از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

جدول شماره ۱- محتوای جلسات طرح واره درمانی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی و ایجاد رابطه دوستانه، بیان اهمیت و هدف طرحواره درمانی و مشکلات مراجعان در قالب طرحواره درمانی
جلسه دوم	بررسی شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته، بحث و گفتگو پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم
جلسه سوم	آموزش تکنیک های شناختی مانند آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای
جلسه چهارم	آموزش تقویت مفهوم بزرگسال سالم در ذهن آزمودنی، شناسایی نیازهای ارضا نشده آنها و ارائه راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده
جلسه پنجم	آموزش برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی، آموزش تکنیک های تجربی مانند تصویرسازی ذهنی موقعیت های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آنها
جلسه ششم	آموزش رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن، تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید
جلسه هفتم	بررسی مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم و ارائه راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار
جلسه هشتم	مرور مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی و تمرین راهکارهای یاد گرفته شده

یافته ها

نتایج حاصل از اطلاعات دموگرافیک نشان داد که میانگین (و انحراف معیار) سن (به سال) در افراد گروه آزمایش ۳۰/۲۰ (و ۴/۶۸) و در افراد گروه کنترل ۳۲/۸۰ (و ۴/۳۹) سال بوده است. در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل مختلف سنجش ارائه شده است.

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته به تفکیک گروه و مراحل سنجش

متغیر وابسته	گروه	تعداد	پیش آزمون	پس آزمون
تحمل پریشانی	آزمایش	۱۰ نفر	۴۲/۶۰ ± ۹	۵۱/۴۰ ± ۹
	کنترل	۱۰ نفر	۴۰/۷۰ ± ۹	۴۱/۵۰ ± ۹
احساس تنهایی	آزمایش	۱۰ نفر	۶۰/۰۰ ± ۹	۴۶/۷۰ ± ۹
	کنترل	۱۰ نفر	۵۶/۲۰ ± ۹	۵۵/۸۰ ± ۹

برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کلموگراف-اسمیرنف استفاده شد و نتایج نشان داد که در متغیر تحمل پریشانی ($F=0/145$ و $P>0/269$) و احساس تنهایی ($F=0/139$ و $P>0/419$) توزیع نرمال است. برای بررسی مفروضه برابری واریانس از آزمون لوین استفاده شد. با توجه به اینکه آماره F برای متغیرهای مورد مطالعه یعنی تحمل پریشانی ($F=0/488$ و $P>0/494$) و احساس تنهایی ($F=2/05$ و $P>0/169$) در سطح معناداری بیش از $0/05$ بود، با اطمینان $0/95$ درصد فرض برابری واریانس‌های دو گروه پذیرفته شد (جدول شماره ۳).

در بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس با عنایت به اینکه آماره F برابر با $0/541$ و کمتر از مقدار متناظر در جدول فیشر بود و همچنین، با توجه به اینکه سطح معناداری متناظر با آن $0/654$ و بیش از $0/05$ بود، فرض صفر آزمون ام باکس مبنی بر همگنی واریانس پذیرفته شد ($F=0/541$ ، $BoxSM=1/84$ و $P>0/654$). با توجه به رعایت مفروضات بالا آزمون تحلیل کواریانس به کار گرفته شد.

جدول شماره ۳- نتایج بررسی مفروضات آماری

آزمون کلموگراف-اسمیرنف			آزمون لوین			متغیر پژوهش
P	درجه آزادی	آماره TF	P	df ₂	df ₁	
0/269	10	0/145	0/494	18	1	تحمل پریشانی
0/419	10	0/139	0/169	18	1	احساس تنهایی

همان طور که از نتایج جدول شماره ۴ مشاهده می شود، تفاوت معناداری بین تحمل پریشانی با اطمینان ۹۹ درصد در زوجین (زنان) دارای خشونت خانگی مورد ارزیابی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش وجود دارد. لذا فرضیه تحقیق مبنی اثربخش بودن طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی زوجین دارای خشونت خانگی مورد ارزیابی مورد تأیید می باشد. بررسی جدول شماره ۲ نیز گویا نتایج قابل ملاحظه بین میانگین در تحمل پریشانی در بین گروههای پیش آزمون و پس آزمون در مرحله آزمایش می باشد. و با توجه به نتایج جدول مقایسه میانگین طرحواره درمانی باعث افزایش تحمل پریشانی در زوجین دارای خشونت خانگی شده است.

جدول شماره ۴- نتایج آزمون کواریانس تک متغیره اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی

شاخص ارزیابی	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره TF	سطح معناداری
درون گروهی	353/05	1	353/05	19/60	0/001
بین گروهی	306/16	17	18/01		
خطا	45035	20			

مان طور که از نتایج جدول شماره ۵ مشاهده می شود، تفاوت معناداری بین احساس تنهایی در زوجین (زنان) دارای خشونت خانگی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش وجود دارد. با توجه به جدول مقایسه میانگین احساس تنهایی در این زنان در مرحله پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایشی (جدول شماره ۲) می توانیم بگوییم که فرضیه ما مبنی اثر گذاری طرحواره درمانی بر احساس تنهایی در زوجین دارای خشونت خانگی مورد تأیید می باشد و طرحواره درمانی باعث کاهش میزان احساس تنهایی بین زنان مورد ارزیابی گردیده است.

ه ۵- نتایج آزمون کواریانس تک متغیره اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس تنهایی

شاخص ارزیابی	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره TF	سطح معناداری
درون گروهی	680/20	1	680/20	40/65	0/001
بین گروهی	284/43	17	16/73		
خطا	53675	20			

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی و احساس تنهایی در زنان دارای تجربه خشونت خانگی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر افزایش تحمل پریشانی افراد گروه آزمایش در مرحله پس از آزمون اثربخشی داشته است و بین میانگین نمره افراد دو گروه آزمایش و کنترل از پیش آزمون به پس آزمون از نظر آماری تفاوت معنادار بوده است. این یافته از پژوهش با پژوهش‌های امیرفخرایی و همکاران (۱۴۰۱)، احمدزاده سامانی و همکاران (۱۴۰۰)، فرزین‌فر و همکاران (۱۳۹۹)، عسگری و گودرزی (۱۳۹۸) و نیک‌امال و همکاران (۱۳۹۶) همسویی داشت. این محققین در تحقیقات خود بیان کردند که طرحواره درمانی و یا درمان‌های همسو با این تحقیق بر بهبود تحمل پریشانی در بین افراد موثر است.

سرزنش خود، انتقاد شدید از خود و همسر و اطرافیان، حساسیت به روابط بین فردی و زناشویی از جمله خصیصه‌های بارز افراد فاقد تحمل پریشانی است. این ویژگی‌های منفی هیجانی در دراز مدت به کاهش صمیمیت و تعهد زوجین انجامیده و دامنه تعارضات زناشویی را افزایش می‌دهد و باعث ایجاد پریشانی روانشناختی می‌کنند. در واقع پریشانی ناراحتی خاص و حالت هیجانی است که توسط افراد به طور موقت یا دائم در پاسخ به استرس‌های خاص و درخواست‌های آسیب‌زا مانند هیجانانگیز منفی، احساسات ناخوشایند جسمانی در انواع مختلف آسیب‌های روانی را تجربه می‌شود. در مقابل استفاده از رویکرد طرحواره درمانی به عنوان یک مداخله اثربخشی کارآمد در زمینه حل اختلافات و خشونت خانگی زوجین می‌تواند در افزایش تحمل پریشانی افراد بسیار تاثیرگذار باشد. آلپنور و همکاران (۲۰۱۹) طرحواره درمانی حاصل تلاشی ماهرانه برای غنی ساختن تکنیک‌های درمانی است این رویکرد بر پایه شناخت درمانی بنا شده است و برای بسیاری از مشکلاتی راه حل می‌آفریند که افراد در زندگی روزمره خود با آنها دست به گریبان هستند و با ایجاد آگاهی روانشناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌ها موجب بهبود طرحواره‌ها می‌گردد. همچنین کروتر و مولنر (۲۰۱۴) در این خصوص بیان کردند رویکرد طرحواره محور به دلیل کار کردن بر درون مایه‌های روان‌شناختی یا همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین دارای خشونت خانگی در اصلاح باورها و افکار آن‌ها مفید است. در بعد عاطفی، طرحواره درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی، باور شناختی را که به باور هیجانی گره خورده است به چالش می‌کشد تا با تخلیه هیجانی، نیازهای هیجانی ارضا نشده را که به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار منجر شده است، بشناسد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش احساس تنهایی افراد گروه آزمایش در مرحله پس از آزمون اثربخشی داشته است و بین میانگین نمره افراد دو گروه آزمایش و کنترل

از پیش آزمون به پس آزمون از نظر آماری تفاوت معنادار بوده است. نتایج حاصل با نتایج تحقیقات انجام شده در داخل کشور همچون غلامی‌نژاد دارابی (۱۴۰۱)، کیانی‌پور و همکاران (۱۳۹۶)، علی‌آبادی شاره و توزنده (۱۳۹۸)، محنایی و همکاران (۱۳۹۸)، و تحقیقات خارج از کشور همچون هورویتر و فرنچ (۲۰۱۹)، ساکلفسکی، یاکولیک، کلی (۲۰۱۷)، لولی و لیموسین (۲۰۱۹)، کورمایر و همکاران (۲۰۱۸) و اندرسون و گدو (۲۰۱۵) مطابقت دارد. این محققین در تحقیقات خود بیان کردند که طرحواره درمانی و یا درمان‌های همسو با این تحقیق بر کاهش احساس تنهایی موثر است.

در واقع یکی دیگر از مشکلات زوجین دارای خشونت خانگی احساس تنهایی است احساس تنهایی، تجربه عاطفی ناخوشایند روحی مزمن است که از تعارضات ارتباطی بین فردی و کاستی‌هایی در روابط اجتماعی شخص ناشی می‌شود. این احساس واکنشی هیجانی است که فرد قادر به برقراری ارتباط با دیگران نبوده و احساس میکند که از دوستان و نزدیکان جداست و به طور قابل ملاحظه‌ای کمتر از دیگران از روابط اجتماعی بهره میبرد و نمی‌تواند احساسات خوشایند یا ناخوشایند، ترسها و نگرانیها و آرزوها و امیدهایش را با نزدیکان و دوستانش در میان بگذارد و پاسخ و عکسالعملهای ایشان را دریافت کند. و استفاده از روش‌های وداخله درمانی همچون طرحواره درمانی می‌تواند در کاهش این احساس بسیار موثر باشد.

در واقع رویکرد طرحواره درمانی در قالب جنبش سازنده‌گرایی می‌گنجد در جنبش سازنده‌گرایی بر نقش عواطف در فرایند تغییر به کارگیری تکنیک‌های تجربی دلبستگی‌های اولیه و رفتارهای بین فردی تأکید می‌شود. به زبانی ساده میتوان گفت غالب مشکلات بین فردی که ما تجربه میکنیم تحت تأثیر شیوهی تصورمان از خود و دیگران است. این شیوه تصور همان چیزی است که بک (۱۹۶۷) آن را طرحواره مینامد. مدل درمانی متمرکز بر طرحواره در واقع گسترش مدل سنتی رفتاردرمانی شناختی است که بیشتر بر رابطه درمانی، تجربه عاطفی و بحث از تجارب اولیه زندگی تأکید دارد و نقطه مرکزی این نظریه، طرحواره‌های ناسازگار اولیه است به علاوه می‌توان گفت از آنجا که احساس تنهایی و پریشانی روانشناختی به طرحواره‌ها بستگی دارد. زمانی که این طرحواره‌ها فعال می‌شوند، بر ادراک، واقعیت و پردازش شناختی فرد تأثیر می‌گذارند و بهره‌گیری از روش مداخله‌ای طرحواره درمانی می‌تواند بر کاهش و یا حذف اثرات ناشی از وجود و بروز طرحواره ناسازگار اولیه در زمان پر استرس بخصوص در زمان تعارضات زناشویی اثر گذار باشد.

این مطالعه نیز محدودیت‌هایی داشت. با توجه به انجام پژوهش در کلینیک‌های مشاوره شهر کرج، تعمیم نتایج به شهرهای دیگر بدلیل تفاوت‌های جغرافیایی و فرهنگی، محدودیتی برای تعمیم

یافته‌ها به سایر مناطق کشور است. استفاده از پرسشنامه به عنوان ابزار اندازه‌گیری که تحت تأثیر شرایط و زمان اندازه‌گیری، نتایج متفاوتی به دست می‌دهند و همچنین پاسخگویی مکرر به سؤالات در دو مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون ممکن است اثراتی مانند آشنایی با سؤالات و همچنین بی‌حوصلگی در پاسخگویی به سؤالات ایجاد کرده باشد که در نتایج تأثیر گذار است. با توجه به انجام پژوهش صرفاً بروی زنان دارای خشونت خانگی صورت پذیرفته است، تعمیم نتایج به افراد دیگر با محدودیت مواجه است. عدم کنترل دقیق تمامی شرایط و متغیرهای مداخله‌گر، اطمینان کامل به نتایج به دست آمده را کاهش داده است. محدودیت در هماهنگی ایجاد جلسات آموزشی به دلیل محدودیت زمان در واقع تنظیم زمان آموزشی، به دلیل شرایط کاری متفاوت زنان دارای خشونت خانگی مشکلات زیادی را برای محقق ایجاد نمود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی با نمونه بزرگ‌تر به این مطالعه بپردازند. به علت وجود تفاوت‌ها در ویژگی‌های فرهنگی و قومی زوجین پیشنهاد می‌شود این آموزش بر روی زوجین دیگر شهرهای کشور اجرا و نتایج آن با یکدیگر مقایسه گردد تا اثربخشی این رویکرد بیشتر نمایان گردد. پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آتی به منظور کنترل دقیق تمامی شرایط و متغیرهای مداخله‌گر، متغیرهای تأثیر گذار دیگر روی ایجاد تحمل پریشانی و یا احساس تنهایی همچون وضعیت اقتصادی و عوامل روانشناختی مثل ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی تا حد امکان کنترل و اثر آنها نیز سنجیده شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود علاوه بر پرسشنامه از ابزار تکمیلی دیگری نظیر مصاحبه که سبب غنای اطلاعات می‌شود، استفاده گردد. پژوهشگران دیگر در پژوهش‌های خود می‌توانند آموزش‌های دیگری همچون ذهن آگاهی و مهارت‌های حل مسئله و درمان شناختی- رفتاری را در جهت بهبود احساس تنهایی و تحمل پریشانی مدنظر قرار دهند و نتایج حاصل از تأثیر این مداخلات با تحقیق حاضر مقایسه گردد و پژوهش‌های بعدی با بررسی نمونه‌های در مرحله پیگیری میزان پایداری این آموزش نیز مورد ارزیابی قرار گیرد.

منابع

- رستمی، بهرام. (۱۳۹۹). رابطه احساس تنهایی با خودکارآمدی اجتماعی در دانش آموزان پسر در خانواده‌هایی با حضور موقت پدر در خانه. فصلنامه روانشناسی تربیتی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، ۲(۷): ۹۶-۸۷.
- کمالیان، تهمنه، میرزاحسینی، حسن، منیرپور، نادر. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی روش طرحواره‌های هیجانی با روش تمایز یافتگی خود بر دزدگی زناشویی زنان. روانشناسی کاربردی، ۱۴(۱): ۹-۳۳.
- محضایی، ستاره، گلستانه، سیدموسی، پولادی ریشه‌ری، علی، کیخسروانی مولود. (۱۳۹۸). اثربخشی زوج درمانی به روش طرحواره درمانی یانگ بر سازگاری زناشویی و طلاق عاطفی در زوجین متقاضی طلاق شهر بوشهر. نشریه علمی روانشناسی اجتماعی، ۷(۵۱): ۱۰۹-۱۱۸.
- معدنیپور، کبری، حق رنجبر، فرخ، کاکاوند، علیرضا، ثنایی ذاکر، باقر. (۱۳۹۵). رابطه سبک دلبستگی با خوش بینی و احساس تنهایی در دانش آموزان ۹-۱۲ سال شهر کرج. چاپ شده در نمایه SID.
- یانگ، جفری، کلو سکو، ژانت و ویشار، مارجوری. (۲۰۰۳). طرحواره‌درمانی: راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی. (ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز). چاپ دهم، تهران: انتشارات ارجمند.

Choi, N. G., Sullivan, J. E., DiNitto, D. M., & Kunik, M. E. (2019). Associations between psychological distress and health-related behaviors among adults with chronic kidney disease. *Preventive Medicine*, 126, 105-111.

Gyasi, R. M. (2019). Social support, physical activity and psychological distress among community-dwelling older Ghanaians. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 81, 142-148.

Horowitz, L. M. & French, R. S. (2019). Interpersonal problems of people who describe themselves as lonely. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 762-764.

Saklofske, D. H. & Yackulic, R. A. (2017). Personality predictors of loneliness. *Personality and Individual Differences*, 10, 467-472.

Williams, A. D., Thompson, J. & Andrews, G. (2013). The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 8(51), 469-475.

نقش دشواری تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن در پیش‌بینی ابتلای به افسردگی مبتلایان به دیابت نوع دو

ژابیز زارع کاریزک

کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران.

فاطمه محمدی شیرمحله

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران. (نویسنده مسئول مقاله)

علیرضا شکرگزار

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران.

The role of emotion regulation difficulty and its components in predicting depression in type 2 diabetes patients

Xabiz Zare Karizek

Master Student, Department of Psychology, Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Fatemeh Mohammadi Shirmahaleh

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. (Corresponding author)

Alireza Shokrgozar

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

Abstract

This research was conducted with the aim of predicting depression based on the difficulty in regulating emotions and its components in people with type 2 diabetes. The research was descriptive-cross-sectional and correlational. All patients with type 2 diabetes referred to Armaghan diabetes clinic in Karaj city in 2011, numbering 218 people, formed the statistical population of the study, which was selected using the available sampling method and 200 people were selected as a sample and the research tools included a questionnaire. Revised depression and emotion regulation difficulty questionnaire answered.

Data analysis was done at two levels of descriptive statistics and correlation coefficient test and multiple regression with SPSS-v26. The findings showed that there is a positive and significant correlation between the difficulty of emotion regulation and suffering from depression ($r=0.545$ and $P<0.002$). Also, the regression analysis showed that among the components of emotion regulation difficulty, respectively, the highest explanatory power of depression in diabetic patients is related to the non-acceptance of emotional responses ($P<0.05$ and $\beta=0.209$) and the lowest explanatory power is related to It was difficult to use targeted behaviors ($P<0.05$ and $\beta=0.060$). Based on the research findings in medical centers, it is necessary to pay attention to the antecedents of depression and improve emotional regulation to increase the general health of people with diabetes.

Key words: depression, emotion regulation difficulty, type 2 diabetes

چکیده

این پژوهش با هدف پیش‌بینی افسردگی براساس دشواری در تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن در افراد مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. پژوهش توصیفی-مقطعی و از نوع همبستگی بود. تمامی مبتلایان به دیابت نوع دوم مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت ارمغان شهر کرج در سال ۱۴۰۱ به تعداد ۲۱۸ نفر جامعه آماری پژوهش را تشکیل دادند، که با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۰۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب و به ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه تجدیدنظر شده افسردگی و پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و آزمون ضریب همبستگی و رگرسیون چندگانه با SPSS-v26 انجام شد. یافته‌ها نشان داد که بین دشواری تنظیم هیجان با ابتلای به افسردگی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ($I=0/545$ و $P<0/002$). همچنین، تحلیل رگرسیون نشان داد در بین مؤلفه‌های دشواری تنظیم هیجان به ترتیب بالاترین توان تبیین ابتلای به افسردگی در بیماران دیابتی مربوط به عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ($P<0/05$ و $\beta=0/209$) و پایین‌ترین توان تبیین مربوط به دشواری در بکارگیری رفتارهای هدفمند ($P<0/05$) و $\beta=0/060$ بوده است. براساس یافته‌های پژوهش در مراکز درمانی برای افزایش سلامت عمومی مبتلایان به دیابت توجه به پیشایندهای افسردگی و بهبود تنظیم هیجان ضروری است.

واژگان کلیدی: افسردگی، دشواری تنظیم هیجان، دیابت نوع دوم

مقدمه

طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی^۴، بیماری‌های مزمن اصلی‌ترین علت مرگ‌ومیر و ناتوانی عمومی را تا سال ۲۰۲۵ به خود اختصاص خواهند داد (دکلا رسک و سوونی^۵، ۲۰۲۲). بیماری‌های مزمن یکی از اساسی‌ترین بیماری‌های روان-تنی است که افراد با آن مواجه می‌شوند و همواره یکی از دغدغه‌های نظام بهداشتی-درمانی، برنامه‌ریزان و پژوهشگران تلقی می‌گردد (هیومانن، روهنسچ و هامل^۶، ۲۰۲۲).

دیابت^۷ از بیماری‌های مزمن و شایعی است که از طریق ناهنجاری‌هایی در متابولیسم کربوهیدرات، پروتئین و چربی ایجاد می‌شود. فرد مبتلا به دیابت، یا انسولین تولید نمی‌کند و یا به انسولین پاسخ نمی‌دهد و در نتیجه از دیابت قندخون به وجود آمده و بیمار مبتلا به عوارض کوتاه و بلندمدت می‌شود (کلاین، گاستالدلی، یکی-جاروینن^۸ و همکاران، ۲۰۲۲).

در میان پژوهش‌های فراوانی که در سال‌های اخیر پیرامون سبب‌شناسی، سیر، پیش‌آگهی و درمان دیابت انجام شده است، عوامل روان‌شناختی مورد توجه خاص قرار گرفته‌اند (فاووزای، ریویرا-کارواکا، اوندرهیل^۹ و همکاران، ۲۰۲۳). به عبارتی بیماران مبتلای به دیابت با دو مسأله عمده مواجه هستند: ۱- مسائل خودمراقبتی مثل رژیم گرفتن و ادامه دادن رژیم و ۲- مسائل هیجانی و شناختی (خاکشورشاندیز، سوداگر، عنانی سراب و همکاران، ۱۴۰۰). در این راستا پژوهش بیان می‌دارد از عوامل روان‌شناختی مرتبط با دیابت نوع دو، کاهش عملکرد شناختی است که می‌تواند موجب افسردگی^{۱۱} بیشتر در فرد مبتلا گردد (کائور، اسچول و اونز-گاری^{۱۱}، ۲۰۲۲)، تا جایی که تخمین زده می‌شود شیوع افسردگی در بیماران دیابتی ۱۵ تا ۲۰ درصد بیشتر از دیگر بیماری‌ها است (هی، وانگ، لی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۲).

افسردگی اختلالی عودکننده، مزمن و ناتوان‌کننده است که با علائمی مانند خلق افسرده، فقدان لذت یا کاهش شدید علائق، کاهش یا افزایش ۵ درصدی وزن، اختلال در خواب به صورت بی‌خوابی و یا پرخوابی، بی‌قراری و یا کندی روانی-حرکتی، خستگی یا کاهش انرژی، احساس گناه و بی‌ارزشی و بی‌کفایتی، افت تمرکز و تردید و دودلی و افکار عودکننده راجع به مرگ یا خودکشی شناخته شده است. این علائم بر عملکرد اجتماعی، شغلی و سایر جنبه‌های مهم زندگی فرد تأثیرگذار است (گنجی و گنجی، ۱۴۰۰).

براساس گزارشات سازمان بهداشتی، افسردگی دومین عاملی است که منجر به افزایش سال‌های عمر از دست رفته شده است به گونه‌ای که افسردگی اساسی حدود ۲/۸ درصد از آمار بیماری‌های ناتوان‌کننده را به خود اختصاص داده است (ارهاردت، موری-کرین، ریگینو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۳). براساس آمار ۲۵ درصد افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی در جهان از افسردگی و اضطراب رنج می‌برند و نرخ افسردگی در جهان به شکل روزافزونی در حال افزایش است (بلمون و آیوکسیلیا^{۱۴}، ۲۰۲۳).

از دیگر سو برآیندهای پژوهشی نشان داده‌اند که تجربه هیجانات منفی نظیر خشم، ناکامی، ناامیدی، ترس، گناه، شرم و افسردگی در بیماران دیابتی بسیار معمول هستند (کانه^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۸). تنظیم هیجان^{۱۶} در بیشتر مطالعات همسان با مقابله شناختی فرض می‌شود و در کل به راه‌های شناختی، مدیریت عواطف با استفاده از اطلاعات برانگیخته هیجانی گفته می‌شود. فرایندهای شناختی می‌تواند به افراد کمک کنند تا بتوانند مدیریت یا تنظیم هیجان‌ها و یا عواطف را بر عهده بگیرند تا از این طریق بر مهار هیجان‌ها بعد از وقایع اضطراب‌آور و استرس‌زا توانا باشند (رامتین فر و علیزاده، ۱۳۹۹).

در بیماران دیابتی توانایی تنظیم هیجان در موقعیت‌های استرس‌زا امری مهم است؛ زیرا بسیاری از بیماران از اینکه باید تسلیم تجویزهای

است، استفاده شد، اما با توجه به احتمال مخدوش شدن پرسشنامه‌ها و ریزش برخی از نمونه‌ها و به منظور تعمیم دهی بهتر نتایج، در مجموع تعداد ۲۰۰ نفر انتخاب شد.

در این پژوهش، مطابق با موازین اخلاقی، دانش آموزان به طور داوطلبانه و با رضایت آگاهانه کتبی پس از توضیح کوتاه و جامعی درباره ماهیت و اهداف پژوهش، نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها اعلام آمادگی کردند. به افراد اطمینان داده شد که هیچ‌گونه اطلاعات خصوصی و خانوادگی از آنها اخذ نخواهد شد و در هر مرحله از پاسخ‌گویی به سؤالات چنانچه مایل به ادامه همکاری نبودند، می‌توانند از روند پژوهش خارج شوند. در این مطالعه برای گردآوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

الف) پرسشنامه تجدیدنظر شده افسردگی بک^{۱۸}: از بین تست‌ها و پرسشنامه‌هایی که جهت سنجش افسردگی تهیه شده است، پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶) از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای انعکاس افسردگی است. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای (۰ تا ۳) نمره‌گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره ۶۳ و حداقل نمره ۰ می‌باشد. نمره صفر تا ۹ حاکی از عدم افسردگی و یا عادی بودن است. نمره بین ۱۰ تا ۱۶ افسردگی خفیف، نمره بین ۱۷ تا ۲۹ افسردگی متوسط و نمره بین ۳۰ تا ۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهد (بک، استر و براون^{۱۹}، ۲۰۰۰). مطالعات روان‌سنجی انجام شده بر روی ویرایش دوم این پرسشنامه نشان می‌دهد که از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است. گومز- اولیورا^{۱۱} و همکاران در سال ۲۰۱۲ ضریب اعتبار پرسشنامه افسردگی بک را برای هر ۲۱ ماده معادل ۰/۹۱ به دست آوردند. تست مجدد با فاصله یک هفته ۰/۹۲ بود و همسانی درونی نیز ۰/۹۰ به دست آمد (توماتی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۸). در پژوهش داخل کشور پایایی پرسشنامه با استفاده از شاخص ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شده است (امینی، سجادیان و ثالثی، ۱۴۰۰).

ب) پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان (DERS)^{۱۱}: این مقیاس توسط گراتز و رومر^{۱۱} (۲۰۰۴) ساخته شد. شامل ۳۶ سؤال است و ۶ مؤلفه عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در بکارگیری رفتارهای هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی با سؤالات ۱، ۴، ۵، ۷ و ۹ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره گذاری مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای از تقریباً اصلاً تا تقریباً همیشه نمره گذاری می‌شود. به این صورت که اصلاً ۱ نمره، گاهی ۲ نمره، تقریباً در نیمی از موارد ۳ نمره، بیشتر اوقات ۴ نمره و تقریباً همیشه ۵ نمره تعلق می‌گیرد. سؤالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره گذاری معکوس هستند. در پژوهش خارج کشور برای بررسی اعتماد مقیاس از آلفای کرونباخ

دارویی شوند، احساس بی‌کفایتی می‌کنند. این امر بر خلق آن‌ها و تنظیم گلوکز خون تأثیر منفی می‌گذارد و به بروز هیجان‌ات منفی مانند خشم و احساس گناه دامن می‌زند و این موضوع نیاز آنان را به تنظیم هیجان بیشتر می‌کند (داودیان، هاشمی‌پور، قلیچ‌خان و همکاران، ۱۴۰۱).

در حال حاضر در ایران حدود ۱/۵ میلیون نفر به بیماری دیابت مبتلا هستند (وطن‌خواه و همکاران، ۱۴۰۰). دیابت در کنار عوارض متعدد جسمانی، روانی و عاطفی که ایجاد می‌کند به‌طور گسترده‌ای بر کیفیت زندگی بیماران اثر می‌گذارد. این اثر می‌تواند در نتیجه تغییر رژیم غذایی، وابستگی دائمی به دارو، عوارض متعدد کوتاه یا طولانی‌مدت بیماری و هزینه‌های مربوط به آن‌ها باشد (کلاین و همکاران، ۲۰۲۲). در واقع احتمال ابتلای به مشکلات خلقی در بیماران دیابتی ۲ الی ۳ برابر افراد غیردیابتی است، به نحوی که از هر سه نفر بیمار دیابتی یک نفر به نوعی درگیر مشکلات خلقی و اضطرابی می‌شود که با اختلال عملکرد و کاهش کیفیت زندگی همراه است. افسردگی از جمله مشکلات روانی است که با نشانه‌های خلق پایین، کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی، افکار مرگ و خودکشی، بی‌خوابی یا پرخوابی، کاهش قابل توجه وزن و اختلال عملکرد مشخص می‌شود. افسردگی در برخی بیماران دیابتی می‌تواند واکنش روانی نسبت به دردهای شدید ناشی از نوروپاتی باشد (تفنگچی و همکاران، ۱۴۰۰؛ داودیان و همکاران، ۱۴۰۱).

با اذعان به مطالب بالا و به دلیل اثرات متعدد روانی و رفتاری ناشی از ابتلای به دیابت مطالعاتی که جنبه پیشگیری داشته و بتوانند به بهبود ارائه خدمات به این بیماران کمک کنند، حائز اهمیت می‌باشند. این در حالی است که ارائه خدمات مناسب به این بیماران نیازمند داشتن اطلاعات کافی و جامع در زمینه وضعیت روانی و عاطفی و شناختی در آنان است و این امر تنها از طریق انجام مطالعات بیشتر و گسترده‌تر محقق می‌گردد. با اذعان به مطالب بالا این پژوهش با هدف پیش‌بینی افسردگی براساس دشواری تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن در افراد مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

روش

جامعه، نمونه و نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از منظر هدف، کاربردی و از منظر شیوه پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به دیابت نوع دو دارای تشخیص پزشکی مراجعه کننده به کلینیک دیابت ارمغان شهر کرج در سال ۱۴۰۱ بود. با توجه به آمار مراجعین تا تاریخ گردآوری اطلاعات (نیمه دوم سال ۱۴۰۱) تعداد افراد مبتلا برابر با ۲۱۸ نفر توسط مسئولین مرکز گزارش شد. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به منظور تعیین حجم نمونه در این مطالعه از فرمول پلنت (8M + 50N) که توسط تاباجنیک، فیدل و اولمن^{۱۷} (۲۰۰۷) بیان شده

استفاده شده است که ضریب کل سئوالات ۰/۹۶ و برای خرده مقیاسها در دامنه بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۳ به دست آمده است (زیفمن، آنتونی و کائو^{۱۴}، ۲۰۲۰). در داخل کشور اعتماد آزمون-باز آزمایی برای عدم پذیرش پاسخ هیجانی ۰/۶۹، دشواری در بکارگیری رفتار هدفمند ۰/۵۷، دشواری کنترل تکانه ۰/۶۸، فقدان آگاهی هیجانی ۰/۸۹، دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان ۰/۸۰، فقدان شفافیت هیجانی ۰/۸۰ و کل سئوالات ۰/۸۸ و معنادار در سطح ۰/۱۰ گزارش شده است (ایمانی، الخلیل و شکری، ۱۳۹۸).

به منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، رعایت پیش فرض‌های انجام رگرسیون و تحلیل و رگرسیون چندمتغیره استفاده شد. تمامی تحلیل‌ها نیز با کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ انجام و سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از اطلاعات جمعیت شناختی در بین ۲۰۰ آزمودنی در جدول ۱ و میانگین و انحراف معیار و ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌طور که نتایج این جدول (شماره ۲) نشان می‌دهد بین نمره کل دشواری تنظیم هیجان با ابتلای به نشانگان افسردگی در افراد مبتلا به دیابت نوع دوم همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ($r=0.545$ و $P<0.002$). این رابطه بین مؤلفه‌های دشواری تنظیم هیجان با ابتلای به افسردگی در آزمودنی‌ها نیز مثبت و در سطح ۰/۰۵ معنادار بود.

جدول ۱- فراوانی و درصد اطلاعات جمعیت شناختی افراد مبتلا به دیابت (n=۲۰۰)

متغیر	سطوح	فراوانی	درصد
سن (به سال)	۳۰ الی ۳۵ سال	۴۶ نفر	۲۳ درصد
	۳۶ الی ۴۰ سال	۸۸ نفر	۴۴ درصد
	۴۱ سال و بالاتر	۶۶ نفر	۳۳ درصد
سابقه خانوادگی دیابت	دارد/بلی	۵۱ نفر	۲۶ درصد
	ندارد/خیر	۱۴۹ نفر	۷۴ درصد
سطح تحصیلات	دیپلم و پایین تر	۱۷۳ نفر	۸۷ درصد
	کاردانی-کارشناسی	۱۸ نفر	۹ درصد
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۹ نفر	۴ درصد
وضعیت شغلی	بیکار	۱۹ نفر	۱۰ درصد
	شاغل-دولتی	۳۴ نفر	۱۷ درصد
	شاغل-آزاد	۱۴۷ نفر	۷۳ درصد
وضعیت تأهل	مجرد	۷۲ نفر	۳۶ درصد
	متاهل	۱۲۸ نفر	۶۴ درصد

جدول ۲- میانگین، انحراف معیار و همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش

متغیر پژوهش	میانگین	انحراف معیار	مقدار همبستگی پیرسون	P مقدار
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱۸/۱۵	۵/۵۷	۰/۲۲۲**	۰/۰۱۷
دشواری در بکارگیری رفتارهای هدفمند	۱۶/۷۲	۴/۰۲	۰/۵۳۲**	۰/۰۲۳
دشواری کنترل تکانه	۱۲/۶۴	۳/۰۲	۰/۱۳۷**	۰/۰۱۴
فقدان آگاهی هیجانی	۱۹/۰۰	۴/۸۰	۰/۲۵۷**	۰/۰۳۳
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	۲۳/۴۵	۵/۳۴	۰/۱۵۲**	۰/۰۱۹
فقدان شفافیت هیجانی	۱۲/۷۱	۳/۲۰	۰/۱۳۷**	۰/۰۲۷
دشواری تنظیم هیجان	۱۰۲/۶۷	۲۵/۹۵	۰/۵۴۵**	۰/۰۱۵
افسردگی	۲۲/۸۵	۵/۸۳	-	<۰/۰۵**p

قبل از انجام تحلیل رگرسیون، مفروضات آن بررسی و تأیید شد. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف تک نمونه‌ای نشان داد که سطوح معناداری آماره‌های نرمال بودن برای افسردگی ($K-S=0/216$ و $P>0/371$) و دشواری تنظیم هیجان ($K-S=1/050$ و $P>0/204$) بزرگ‌تر از $0/05$ هستند ($P>0/05$)، لذا توزیع نمرات دارای توزیع نرمال است، بر این اساس می‌توان از آزمونهای پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده نمود و نتایج آن قابل اطمینان است (جدول ۳).

براساس نتایج جدول ۳ ضریب تحمل^{۱۵} و تورم واریانس^{۱۶} به منظور بررسی عدم همخطی چندگانه محاسبه شده است. وقتی تولرانس (ضریب تحمل) به صفر نزدیک می‌شود، همخطی چندگانه بزرگی وجود دارد و خطای استاندارد ضرایب رگرسیون بزرگ خواهد شد. مقادیر تولرانس (ضریب تحمل) در ستون مربوط در جدول بالا نشان می‌دهد هیچ یک از ضریب تحملها نزدیک به صفر نیستند و در نتیجه مشکلی در تحلیل رگرسیون ایجاد نمی‌گردد. عامل تورم واریانس نیز معکوس ضریب تحمل بوده و هر چقدر افزایش یابد (بزرگ‌تر از ۱۰) باعث می‌شود ضرایب رگرسیون افزایش یافته و رگرسیون را برای پیش‌بینی نامناسب می‌سازد. مقادیر مربوط به عامل تورم واریانس نشان می‌دهد که هیچ کدام از شاخصها بسیار بزرگ‌تر از ۱۰ نیستند و نزدیک به آن می‌باشند در نتیجه مشکلی در استفاده از رگرسیون خطی وجود ندارد. لذا از آنجایی که وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیشین مشاهده نشد، می‌توان از آزمونهای پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده نمود و نتایج آن قابل اطمینان است.

همچنین می‌توان گفت، اگر مقدار آماره‌ی دوربین واتسون^{۱۷} بین $1/5$ الی $2/5$ قرار داشته باشد، می‌توان استقلال خطاها را پذیرفت و تحلیل ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره را دنبال کرد. در صورت وجود خودهمبستگی در خطاها نمی‌توان از رگرسیون خطی استفاده کرد. از آنجایی که آماره‌های دوربین واتسون بین $1/5$ الی $2/5$ است و نشان دهنده‌ی آن است که همبستگی بین خطاها رد می‌شود یعنی خطاها دارای همبستگی نیستند. لذا می‌توان از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده کرده و نتایج حاصل از این آزمونهای آماری قابل اطمینان است (جدول ۳).

جدول ۳- بررسی مفروضات آماری

دوربین- واتسون	عدم همخطی چندگانه		نرمال بودن توزیع نمرات		متغیر
	تورم واریانس	ضریب تحمل	P مقدار	K-S	
۱/۶۸۱	۱/۱۷۸	۰/۴۱۱	۰/۳۱۲	۱/۰۸۸	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی
	۲/۳۱۰	۰/۲۶۸	۰/۴۱۰	۰/۰۹۲	دشواری در بکارگیری رفتارهای هدفمند
	۱/۰۱۹	۰/۵۸۹	۰/۶۶۱	۰/۱۰۹	دشواری کنترل تکانه
	۲/۰۷۷	۱/۶۱۳	۰/۲۶۳	۰/۱۱۷	فقدان آگاهی هیجانی
	۱/۵۱۴	۱/۹۷۷	۰/۴۱۳	۰/۱۳۱	دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی
	۳/۲۱۶	۰/۳۱۴	۰/۲۵۳	۱/۱۰۲	فقدان شفافیت هیجانی
	۲/۱۵۶	۱/۷۹۵	۰/۲۰۴	۱/۰۵۰	دشواری تنظیم هیجان
-		۰/۳۷۱	۰/۲۱۶	افسردگی	

براساس ضریب تعیین تعدیل شده ۲۷ درصد از واریانس ابتلای به نشانگان افسردگی در افراد نمونه براساس دشواری تنظیم هیجان تبیین شد. در نهایت ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون به روش همزمان نشان داد عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ($P<0/05$) و $\beta=0/209$ ، دشواری در بکارگیری رفتارهای هدفمند ($P<0/05$ و $\beta=0/060$)، دشواری کنترل تکانه ($P<0/05$ و $\beta=0/111$)، فقدان آگاهی هیجانی ($P<0/05$ و $\beta=0/120$)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی ($P<0/05$ و $\beta=0/137$)، فقدان شفافیت هیجانی ($P<0/05$ و $\beta=0/134$) و دشواری تنظیم هیجانی ($P<0/05$ و $\beta=0/241$) می‌توانند تغییرات مربوط به ابتلای به نشانگان افسردگی در افراد نمونه را پیش‌بینی کنند (جدول شماره ۴).

جدول ۴- ضرایب رگرسیونی افسردگی بر مبنای دشواری تنظیم هیجان

سطح معناداری	T	ضرایب غیراستاندارد		متغیر پیش بین
		ضرایب استاندارد	خطای استاندارد	
۰/۰۱۲	۴/۶۰۴	-	۴/۰۳۵	ثابت
۰/۰۰۳	۲/۹۷۳	۰/۲۰۹	۰/۰۷۳	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی
۰/۰۲۵	۰/۸۷۵	۰/۰۶۰	۰/۱۰۰	دشواری در رفتارهای هدفمند
۰/۰۱۲	۱/۵۳۴	۰/۱۱۱	۰/۱۳۹	دشواری کنترل تکانه
۰/۰۱۰	۱/۶۵۳	۰/۱۲۰	۰/۱۳۹	فقدان آگاهی هیجانی
۰/۰۴۷	۲/۰۰۲	۰/۱۳۷	۰/۰۷۵	دسترسی محدود هیجانی
۰/۰۳۶	۱/۸۶۹	۰/۱۳۴	۰/۱۳۰	فقدان شفافیت هیجانی
۰/۰۱۴	۷/۵۳۹	۰/۲۴۱	۰/۲۱۴	دشواری تنظیم هیجان

$$R=۰/۵۲۳؛ R^2=۰/۲۷۳؛ F=۷۴/۴۵۳؛ R^2=۰/۲۷۱؛$$

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف «پیش‌بینی افسردگی بر اساس دشواری در تنظیم هیجان و ابعاد آن در افراد مبتلا به دیابت نوع دوم» انجام شد. نتایج پژوهش با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین ابتلای به نشانگان افسردگی با دشواری در تنظیم هیجان در افراد مبتلا به دیابت نوع دوم همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که هر یک از ابعاد دشواری در تنظیم هیجان توان تبیین ابتلای به نشانگان افسردگی را در افراد مبتلا به دیابت داشته‌اند. این یافته از پژوهش حاضر همسو با نتایج مطالعات پیشین از جمله دوراندیش و همکاران (۱۴۰۱)، لطفی و همکاران (۱۴۰۰)، دادفرینا و همکاران (۱۳۹۹)، صفری موسوی و همکاران (۱۳۹۸)، رامش و همکاران (۱۳۹۷)، کوکارو^{۱۸} و همکاران (۲۰۲۲)، پالومو-اوسانا^{۱۹} و همکاران (۲۰۲۲)، بائوم^{۲۰} و همکاران (۲۰۲۱)، تورین و رادویولجاس^{۲۱} (۲۰۲۱) و سون^{۲۲} و همکاران (۲۰۲۰) است.

در تبیین رابطه دشواری تنظیم هیجان و ابتلای به نشانگان افسردگی می‌توان گفت که برخی از راهبردهای تنظیم هیجان با آسیب روانی مثل اضطراب، استرس و افسردگی همراه است. یکی از این راهبردها نشخوار است که با پیامدهای منفی برای خلق و عملکرد افراد همراه است و با تفکر مکرر درباره حالت خلقی منفی و دلایل و پیامدهای آن مشخص می‌گردد. نشخوارگری با فعال کردن شناخت‌های منفی در حافظه مرتبط است و می‌تواند منجر به گوشه‌گیری از روابط بین فردی و در نتیجه مشکلات هیجانی در مبتلایان به بیماری‌های طبی مزمن از قبیل افسردگی و اضطراب گردد. فرونشانی هیجانی نیز به عنوان دیگر راهبرد سازش نایافته هیجانی با تلاش فرد برای پنهان کردن، بازداری و کاهش ابراز هیجان همراه است. افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن که ادراک منفی نسبت به بیماری و پیامدهای آن دارند، اغلب هیجان‌ات منفی را تجربه می‌کنند. شواهد فزاینده حاکی از آن است که این افراد از این راهبردهای ناسازگار هیجانی به عنوان نوعی مکانیسم دفاعی در مواجهه با ابتلای به بیماری به میزان بیشتری بهره می‌برند و همین امر می‌تواند با افزایش اجتناب تجربی و نشخوار فکری و انزوای اجتماعی به تشدید علائم خلقی منفی در آنان منجر گردد.

مطابق و همسو با یافته فوق، آجلو^{۲۳} و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود بر روی بیماران طبی مزمن به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به بیماری مزمن طبی (بیماران دیابتی) نه تنها در فهم هیجان‌ات بلکه در تنظیم هیجان‌ات خود نیز دچار نارسایی و مشکل هستند. علاوه بر این، یافته‌های مطالعه حاضر را می‌توان همسو با مطالعات دیگری دانست که میزان بالای افسردگی و اضطراب و ناگویی هیجانی را بین افراد مبتلا به دیابت گزارش کرده‌اند. ناتوانی افراد دیابتی در شناسایی، درک و یا توصیف هیجان‌ات خود می‌تواند آن‌ها را نسبت به وقایع استرس‌زا مانند شدت یافتن یا بروز علائم بیماری آسیب‌پذیرتر سازد، زیرا ابراز و در میان گذاشتن هیجان‌ات با دیگران همراه با احساسات مثبت، مزایای ذهنی، بهبود عملکرد سیستم ایمنی و سلامت فیزیکی و روانی است. همان‌طور که نتایج مطالعات مذکور نیز نشان داده است، تغییرات ایجاد شده در خلق به دنبال افشای هیجانی و مدیریت صحیح آن، می‌تواند به بهبود در کیفیت زندگی و شدت بیماری مبتلایان به بیماری‌های طبی مزمن منجر گردد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود، این پژوهش بر روی افراد مبتلا به دیابت نوع دوم مراجعه کننده به کلینیک دیابت ارمغان شهر کرج انجام شد و بنابراین، تعمیم نتایج آن به سایر بیماران طبعی مزمن و نیز زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع یک و دیگر اشکال بیماری دیابت باید با احتیاط انجام شود. این پژوهش جزء مطالعات همبستگی به شمار می‌آید و بنابراین، روابط علی بین متغیرها را نشان نمی‌دهد. در واقع یافته‌های این نوع از مطالعات نسبت به روش‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی از قاطعیت کمتری بهره مند است. در این پژوهش ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه بود، که این امر ممکن است به دلایل متعدد اعم از شخصی و یا ماهیت ابزار گردآوری اطلاعات با سوگیری یا تحریف در اطلاعات همراه گردد. شیوه نمونه‌گیری غیر تصادفی و در دسترس نیز دیگر محدودیت مطالعه فوق بود. از آن‌جا که پژوهش حاضر در میان افراد مبتلا به دیابت نوع دوم انجام شده است، در تعمیم نتایج آن به سایر افراد جامعه و نمونه‌های غیربالینی باید احتیاط کرد و بالین‌گران و مشاوران نیز توصیه می‌شود که به منظور بررسی صحت یافته‌های مطالعه حاضر، مطالعات بیشتری در سایر شهرها و نیز افراد مبتلا به انواع دیابت و افراد غیربیمار انجام دهند. برای اینکه بتوان از روابط علی بین متغیرها، علیت را استنباط کرد، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده به بررسی طولی متغیرهای مذکور در بیماران مبتلا به دیابت یا افراد در معرض بیماری دیابت اقدام گردد. پیشنهاد می‌گردد در جهت شناخت هرچه بیشتر افسردگی در بیماران دیابتیک در مطالعات بعدی محققان به تدوین مدل افسردگی در بیماران دیابتی با توجه به عوامل متعدد زیستی، روانی، عاطفی، اجتماعی و معنوی اقدام نمایند. گردآوری اطلاعات از افراد نمونه با روش‌های دیگر غیر از پرسشنامه مانند مصاحبه نیز می‌تواند در دستیابی به اطلاعات دقیق‌تر و عمیق‌تر مؤثر باشد.

منابع

- امینی، فاطمه؛ سجادیان، ایلناز و ثالثی، منصور. (۱۴۰۰). رابطه باورهای مرتبط با درد و اضطراب با افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید. مجله درد و بیهوشی، ۱۱(۱)، ۳۷-۲۵.
- ایمانی، سعید؛ الخلیل، یاسمین و شکری، امید. (۱۳۹۸). رابطه نگرش‌های ناکارآمد با اضطراب اجتماعی در نوجوانان: نقش میانجی‌گر تنظیم هیجان. مجله مطالعات روانشناسی تربیتی، ۱۶(۳۳)، ۲۸-۱.
- تفنگچی، مریم؛ رئیس، زهره؛ قمرانی، امیر و همکاران. (۱۴۰۰). تدوین بسته ارتقای تحمل پریشانی و مقایسه اثربخشی آن با درمان مبتنی بر شفقت بر خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب در زنان مبتلا به سردردهای تنشی مزمن. مجله علوم روانشناختی، ۲۰(۱۰۰)، ۶۳۴-۶۲۱.
- خاکشورشاندیز، فاطمه؛ سوداگر، شیدا؛ عنانی سراب، غلامرضا و همکاران. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر آمیختگی شناختی و عاطفه مثبت و منفی زنان مبتلا به دیابت نوع دوم. مجله پرستاری دیابت، ۹(۲)، ۱۴۳۰-۱۴۱۹.
- دوراندیش، فخری؛ روزبان، ثریا؛ شهنی فیض، کوثر و ابوذری، فاطمه. (۱۴۰۱). بررسی نقش دشواری در تنظیم هیجان، تحمل آشفتگی و استرس ادراک شده در پیش‌بینی پیروی از درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم. مجله مدیریت پرستاری، ۱۱(۳): ۴۸-۳۶.
- دادفرنی، شکوفه؛ هادیان فرد، حبیب؛ رحیمی، چنگیز و همکاران. (۱۳۹۹). تنظیم هیجان و نقش آن در پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی در دانشجویان. مجله طلوع بهداشت یزد، ۱۹(۱)، ۴۷-۳۲.
- داوودیان، ملیکا؛ هاشمی پور، فرحناز؛ قلیچ‌خان، ناهید و همکاران. (۱۴۰۱). نقش انعطاف‌پذیری روانشناختی، دشواری در تنظیم هیجان و عدم تحمل ابهام در پیش‌بینی پریشانی روانشناختی و وسواس فکری-عملی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در طول اپیدمی کرونا. فصلنامه مدیریت پرستاری، ۱۱(۲)، ۷۷-۶۵.
- رامتین فر، هاله و عزیزاده، ماندانا. (۱۳۹۹). رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با هوش هیجانی و تنظیم هیجان در سالمندان مبتلا به دیابت. مجله پرستاری و مامایی کردستان، ۶(۳)، ۸۷-۷۷.
- رامش، سمیه؛ قاضیان، مونا؛ رفیعی پور، امین و همکاران. (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای افسردگی و اضطراب بین تنظیم هیجان و خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو. مجله علمی پژوهان، ۱۶(۴)، ۴۵-۳۷.
- گنجی، مهدی و گنجی، حمزه. (۱۴۰۰). آسیب‌شناسی روانی براساس DSM-5. تهران: نشر ساوالان.
- لطفی، مژگان؛ امینی، مهدی و سیاسی، یاسمن. (۱۴۰۰). مقایسه مدل‌های دورن فردی و بین فردی تنظیم هیجان در تبیین نشانگان اضطراب و افسردگی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۷(۳)، ۳۰۱-۲۸۸.
- وطن خواه، فرزانه؛ شمس، سارا؛ رشتیانی، فریبا و همکاران. (۱۴۰۰). رابطه بین سیستم‌های مغزی-رفتاری و دشواری در تنظیم هیجان با علائم افسردگی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو نقش میانجی انعطاف‌پذیری شناختی. مجله رویش روانشناسی، ۱۰(۱۱)، ۲۵۶-۲۴۱.

- Ajele, W. K., Oladejo, T. A., Akanni, A. A & et al. (2021). Spiritual intelligence, mindfulness, emotional dysregulation, depression relationship with mental well-being among persons with diabetes during COVID-19 pandemic. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 20(2), 1705-1714.
- Belmon, A. P., & Auxillia, J. (2023). Music Therapy: A Best Way to Solve Anxiety and Depression in Diabetes Mellitus Patients. In *Advances in Speech and Music Technology: Computational Aspects and Applications* (pp. 237-247). Cham: Springer International Publishing.
- Beam, A. B., Wiebe, D. J., & Berg, C. A. (2021). Insulin Restriction, Emotion Dysregulation, and Depressive Symptoms in Late Adolescents with Diabetes. *Journal of pediatric psychology*, 9(46), 1110-1118.
- Coccaro EF, Drossos T, Kline D, Lazarus S, Joseph JJ, de Groot M. (2022). Diabetes distress, emotional regulation, HbA_{1c} in people with diabetes and A controlled pilot study of an emotion-focused behavioral therapy intervention in adults with type 2 diabetes. *Prim Care Diabetes*. 16(3):381-386.
- DeClercq, V., & Sweeney, E. (2022). Age and sex-specific associations in health risk factors for chronic disease: evidence from the Atlantic Partnership for Tomorrow's Health cohort. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 2(41), 164-175.
- Erhardt, E., Murray-Krezan, C., Regino, L & et al. (2023). Associations between depression and diabetes among Latinx patients from low-income households in New Mexico. *Social Science & Medicine*, 115713.
- Fawzy, A. M., Rivera-Caravaca, J. M., Underhill, P & et al. (2023). Incident heart failure, arrhythmias and cardiovascular outcomes with sodium-glucose cotransporter 2 (SGLT2) inhibitor use in patients with diabetes: Insights from a global federated electronic medical record database. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 2(25), 602-610.
- He, T., Wang, W., Li, R & et al. (2022). Treatment of Diabetes Complicated with Depression from Liver and Lien. *MEDS Clinical Medicine*, 3(4), 110-114.
- Heumann, M., Röhnsch, G., & Hämel, K. (2022). Primary healthcare nurses' involvement in patient and community participation in the context of chronic diseases: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 78(1), 26-47.
- Kane, N. S., Hoogendoorn, C. J., Tanenbaum, M. L & et al. (2018). Physical symptom complaints, cognitive emotion regulation strategies, self-compassion and diabetes distress among adults with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 12(35), 1671-1677.
- Kaur, H., Scholl, J. C., & Owens-Gary, M. (2022). Depression and Diabetes in Workers Across the Life Span: Addressing the Health of America's Workforce—Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2014–2018. *Diabetes Spectrum*, 2(35), 198-206.
- Klein, S., Gastaldelli, A., Yki-Järvinen, H & et al. (2022). Why does obesity cause diabetes?. *Cell metabolism*, 34(1), 11-20.
- Palomo-Osuna, J., Dueñas, M., Naranjo, C., De Sola, H., Salazar, A., & Failde, I. (2022). Factors related to cognitive function in type-2 diabetes and neuropathic pain patients, the role of mood and sleep disorders in this relationship. *Scientific Reports*, 12(1), 1-13.
- Sun, J., Luo, Y., Chang, H & et al. (2020). The mediating role of cognitive emotion regulation in BIS/BAS sensitivities, depression, and anxiety among community-dwelling older adults in China. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 939.
- Turin, A., & Radobuljac, M. D. (2021). Psychosocial factors affecting the etiology and management of type 1 diabetes mellitus: A narrative review. *World Journal of diabetes*, 12(9), 1518.
- Zeifman, R. J., Antony, M. M., & Kuo, J. R. (2020). When being imperfect just won't do: Exploring the relationship between perfectionism, emotion dysregulation, and suicidal ideation. *Personality and Individual Differences*, 152, 109612.

پیش‌بینی پذیرش درد بر اساس خود دلسوزی و مهارت شناختی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس)

فتانه میرزایی بادیزی

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، البرز، ایران.

علی سلیمانی

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

Prediction of pain, self-compassion and cognitive skills in Multiple Sclerosis (MS) patients

Fatane Mirzae Badizi. Master's student

clinical psychology, Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University, Karaj branch, Alborz, Iran.

Ali Soleimani, Ph.D

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

Abstract

The aim of the present study is to predict pain acceptance based on self-compassion and cognitive skills in patients with multiple sclerosis (MS). The current research is descriptive and correlational, in which 170 people were selected from the MS patients of the Karaj MS Association in 1402. In this research, McCracken et al.'s (2004) Chronic Pain Acceptance Questionnaire, NF's Self-Compassion Questionnaire (2003), Rescue Cognitive Abilities Questionnaire (2012) were used, as well as the data using descriptive and inferential statistics in the software. spss was analyzed. The results showed that there is a significant relationship between the above variables, i.e. pain acceptance, self-compassion and cognitive skills, and also statistical results showed that the two independent variables of cognitive skills and self-compassion significantly affect the dependent variable, i.e. pain acceptance, in patients with MS. have predicted

Keywords: *pain acceptance - self-compassion - cognitive skill - multiple sclerosis (MS)*

چکیده

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی پذیرش درد بر اساس خود‌دلسوزی و مهارت شناختی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس) است. تحقیق حاضر از نوع توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد که در آن ۱۷۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران مبتلا به ام‌اس انجمن ام‌اس شهر کرج در سال ۱۴۰۲ انجام شد. در این پژوهش از پرسشنامه‌های پرسشنامه پذیرش درد مزمن مک کراکن و همکاران (۲۰۰۴)، پرسشنامه خود‌دلسوزی نف (۲۰۰۳)، پرسشنامه توانایی‌های شناختی نجاتی (۱۳۹۲) استفاده شده است و همچنین داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی در نرم افزار SPSS مورد تحلیل واقع شد. نتایج نشان داد بین متغیرهای فوق یعنی پذیرش درد، خود‌دلسوزی و مهارت شناختی رابطه معناداری وجود دارد و همچنین نتایج آماری نشان داد که دو متغیر مستقل مهارت شناختی و خود‌دلسوزی به طور معناداری متغیر وابسته یعنی پذیرش درد را در بیماران مبتلا به ام‌اس پیش‌بینی کرده‌اند.

کلید واژه‌ها: پذیرش درد - خود‌دلسوزی - مهارت شناختی - مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس)

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس نوعی بیماری پیش‌رونده و تحلیل برنده‌ی غلاف میلین سلول‌های عصبی در سیستم عصبی مرکزی است (فیشر و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین بیماری مزمن و ناتوان‌کننده‌ای است که در آن واکنش‌های ایمنی به میلیون‌ها غلاف آکسونها به سیستم اعصاب مرکزی مغز و نخاع آسیب می‌رساند. برخی از شایع‌ترین علائم جسمانی زودرس و اولیه این بیماری عبارت است از اختلالات بینایی، درد، بی‌اختیاری ادرار و ضعف. از بین رفتن میلین سلول‌های افزون بر این مشکلات جسمی، معمولاً عصبی به مشکلات روانی از جمله افسردگی و ناامیدی منجر می‌شود بر اساس اعلام انجمن ملی ام‌اس در سال ۲۰۱۱ بیشتر از ۲/۱ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به ام‌اس هستند. همچنین حدود ۴۰ هزار بیمار در کشور وجود دارند که ۱۶ هزار نفر آنان در این انجمن پرونده دارند (راپاپورت و همکاران، ۲۰۲۰). این بیماری بیشتر در ۴۰-۲۰ سالگی رخ می‌دهد، شیوع این بیماری در این سن به این دلیل است که فرد بیشترین مسئولیت‌های خانوادگی و اجتماعی را بر عهده دارد. پیش‌آگاهی این بیماری نامعلوم است و بیماران با انواع علائم متغیر جسمی و روانی ناشی از بیماری مواجه می‌شوند. این بیماری ممکن است سبب بروز علائم و اختلالات خلقی و روانی ناشی از مزمن بودن ماهیت بیماری و نداشتن پیش‌آگاهی قطعی در بیمار شود (عمرانی و همکاران، ۲۰۲۰). این علائم ممکن است در نتیجه تأثیر مستقیم التهاب و دمی‌لینه شدن اعصاب یا تأثیرات روانی بیماری مزمن و غیرقابل پیش‌بینی ام‌اس باشد. تظاهرات روانی این بیماری شامل اضطراب، استرس، افسردگی، اختلالات شناختی، تحریک‌پذیری و عصبانیت است. از طرفی دردهای عصبی نتیجه‌ی مستقیم بیماری هستند که به سیستم اعصاب مرکزی مربوط می‌شود ۶۰ درصد از دردهای ام‌اس از این نوع است. دردهای عصبی عبارت است از دردهای بسیار شدید که در شرایطی خاص ظاهر می‌شود و دردهای عصبی مستمر که دائمی اما با شدت کمتر است (رنجبر و همکاران، ۱۳۹۸). باید توجه داشت که درد علامتی بسیار شایع در بیماری ام‌اس است؛ به طوری که از هر دو نفر یک نفر از درد رنج می‌برد (محمودی، ۱۳۹۷). از طرفی تقریباً نیمی از مبتلایان به ام‌اس نوعی اختلال عملکرد شناختی یا اختلال در تفکر را در عملکردهای سطح بالای مغز تجربه خواهند کرد. اختلال عملکرد شناختی در اکثر کسانی که به آن مبتلا هستند، شامل کاهش فکر، کاهش تمرکز یا کاهش حافظه است. بیشتر اوقات مشکلات شناختی بعداً در طول دوره بیماری اتفاق می‌افتد. با این حال مواردی وجود دارد که خیلی زودتر اتفاق می‌افتد و گاهی اوقات با شروع بیماری ام‌اس وجود دارد. شناخت به طیف وسیعی از عملکردهای سطح بالای مغز از جمله توانایی یادگیری و به خاطر سپردن اطلاعات، سازمان‌دهی، برنامه‌ریزی و حل مسئله، تمرکز، حفظ و جایجایی توجه، درک و استفاده از زبان، درک دقیق محیط و انجام محاسبات اشاره دارد. نقص شناختی دسته بزرگی است که یادآوری حافظه اخیر، توجه و تمرکز، سرعت پردازش اطلاعات، عملکردهای اجرایی از جمله چندوظیفگی، استدلال، حل مسئله و درک بینایی-فضایی را دربردارد. هرگونه نقص در شناخت، تأثیرات گسترده‌ای بر زندگی فرد دارد. برخلاف مبتلایان به زوال عقل قشر مغزی، مانند بیماری آلزایمر، بیماران مبتلا به ام‌اس به‌مرور زمان دچار فراموشی تسریع شده می‌شوند. خرابی حافظه در ام‌اس احتمالاً تا حدی به نقص در زمینه‌های دیگر مرتبط است مانند سرعت پردازش و عملکرد اجرایی بالاتر که بر فرایندهای رمزگذاری تأثیر می‌گذارد. شناسایی، ارزیابی و درمان به موقع مهم است زیرا تغییرات شناختی همراه با سایر عوامل می‌توانند به طور قابل توجهی بر کیفیت زندگی فرد تأثیر بگذارند و علت اصلی خروج زود هنگام آن‌ها از نیروی کار باشند. اولین علائم اختلال عملکرد شناختی معمولاً به اندازه کافی ظریف هستند که به‌طور معمول ابتدا توسط فرد مبتلا به ام‌اس یا توسط یکی از اعضای خانواده مشاهده می‌شود. بررسی ارتباط بروز اختلال عملکرد اجرایی با ویژگی‌های فردی و بالینی بیمار، کمک شایانی در ارائه مداخلات بهنگام، به تعویق انداختن بروز برخی از این اختلالات و طراحی درمان‌های توان‌بخشی متناسب با دوره بیماری، نوع بیماری، جنسیت و غیره می‌کند. این امر سبب بهبود کیفیت زندگی و حفظ استقلال فرد در فعالیت‌های روزمره زندگی می‌شود. عامل روان‌شناختی دیگری که در رابطه با بروز و پیشرفت بیماری ارتباط دارد، خود‌دلسوزی است به اعتقاد نف (۲۰۰۸) شواهد نشان می‌دهد که خود‌دلسوزی یک ویژگی

بسیار مهم در مدیریت درد و مسائل مرتبط با رفتارهایی است که می‌تواند در سازه خود‌دلسوزی یک بیماری‌های مزمن حائز اهمیت باشد شکل سالم خود‌پذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی ما است. این سازه شامل سه مؤلفه اصلی؛ مهربانی به خود، وجه مشترک انسانی و ذهن آگاهی است. شخصی که دلسوزی به خود بالایی دارد، قادر است حتی هنگام مواجهه با ناکامی و بدیاری، نگرش توأم با ملایمت و مهربانی نسبت به خود داشته باشد. چنین فردی درک می‌کند که تمام انسان‌ها شکست‌خورده و درد را تجربه می‌کنند داشتن چنین ویژگی‌هایی، فرد را قادر می‌سازد احساسات و هیجان‌های خود را به‌طور مناسب تجربه نماید، بدون اینکه آن‌ها را از خود دور رانده یا کامل تحت سیطره آن‌ها شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که خود‌دلسوزی بالا قرار بگیرد با سلامت روان‌شناختی و جسمانی بیشتر، استرس روان‌شناختی کمتری مرتبط است، مطالعات نشان داده است که آموزش خود‌دلسوزی می‌تواند در سازگاری روان‌شناختی افراد مبتلا به ام‌اس مفید باشد، اخیراً نقش احتمالی خود‌دلسوزی در چگونگی این که مردم چگونه با مشکلات زندگی‌شان برخورد می‌کنند نشان داده شده است. احتمالاً یک فرد دلسوز مشکلات خود را می‌بیند ضعف و کاستی‌هایش را با دقت درعین حال با واکنش نشان می‌دهد و مهربانی و شفقت را به‌جای انتقاد از خود و خشونت بکار می‌گیرد خود‌دلسوزی با خود انتقادی؛ افسردگی و اضطراب و کمال‌گرایی نوروپیک رابطه منفی و با رضایت از زندگی رابطه مثبت دارد (کولیوند و همکاران، ۲۰۱۵). خود‌دلسوزی مستلزم ویژگی‌های مانند محبت و تفاهم به خود در شرایط دشوار است و ممکن است سازگاری برای درد مداوم را تحت تأثیر قرار دهد. با توجه به این که در بیماران مبتلا به اسکیزوز چندگانه بیشتر درمان‌های پزشکی ارائه شده و هنوز در جامعه توجه چندانی به روحیه این بیماران از طرف قشر سالم جامعه نمی‌شود همچنین این بیماران در مقایسه با افراد عادی جامعه به حمایت‌های اجتماعی و روانی نیاز دارند، کمتر بررسی شده است و مزوری بودن این بیماران وعدم شرکت نمودن آنان در جمع از عواملی است که در پیشبرد به سمت بیماری‌های روحی و روانی مؤثر بوده و نیز خود می‌تواند به اختلالات جدی روانی در آنان منجر شود لذا حمایت‌های اجتماعی همچون خود‌دلسوزی و حمایت مالی می‌تواند نقش مهم و مؤثری ایفا کند (محمودی، ۱۳۹۷)، از طرفی با توجه به این که مهارت‌های شناختی اشاره به توانایی‌های فرد برای پردازش (افکار) دارد که باید در یک فرد سالم باشد و به‌صورت توانایی‌های یک فرد برای انجام فعالیت‌های مختلف ذهنی که بیشتر مرتبط با یادگیری و حل مسئله است. تعریف می‌شود. به‌طور مثال مواردی همچون مهارت‌های کلامی، محیطی، روان‌شناختی و پردازش سریع هست معمولاً شناخت به چیزهایی مانند حافظه، توانایی یادگیری اطلاعات جدید، گفتار، درک مطالب نوشته‌شده،

بسیار مهم در مدیریت درد و مسائل مرتبط با رفتارهایی است که می‌تواند در سازه خود‌دلسوزی یک بیماری‌های مزمن حائز اهمیت باشد شکل سالم خود‌پذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی ما است. این سازه شامل سه مؤلفه اصلی؛ مهربانی به خود، وجه مشترک انسانی و ذهن آگاهی است. شخصی که دلسوزی به خود بالایی دارد، قادر است حتی هنگام مواجهه با ناکامی و بدیاری، نگرش توأم با ملایمت و مهربانی نسبت به خود داشته باشد. چنین فردی درک می‌کند که تمام انسان‌ها شکست‌خورده و درد را تجربه می‌کنند داشتن چنین ویژگی‌هایی، فرد را قادر می‌سازد احساسات و هیجان‌های خود را به‌طور مناسب تجربه نماید، بدون اینکه آن‌ها را از خود دور رانده یا کامل تحت سیطره آن‌ها شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که خود‌دلسوزی بالا قرار بگیرد با سلامت روان‌شناختی و جسمانی بیشتر، استرس روان‌شناختی کمتری مرتبط است، مطالعات نشان داده است که آموزش خود‌دلسوزی می‌تواند در سازگاری روان‌شناختی افراد مبتلا به ام‌اس مفید باشد، اخیراً نقش احتمالی خود‌دلسوزی در چگونگی این که مردم چگونه با مشکلات زندگی‌شان برخورد می‌کنند نشان داده شده است. احتمالاً یک فرد دلسوز مشکلات خود را می‌بیند ضعف و کاستی‌هایش را با دقت درعین حال با واکنش نشان می‌دهد و مهربانی و شفقت را به‌جای انتقاد از خود و خشونت بکار می‌گیرد خود‌دلسوزی مستلزم ویژگی‌هایی همچون محبت و تفاهم به خود در شرایط دشوار می‌باشد و ممکن است سازگاری برای این درد مداوم را تحت تأثیر قرار دهد رایت و همکاران (۲۰۰۹) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که خود‌دلسوزی در تبیین تنوع در تنظیم درد میان بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی از اهمیت خاصی برخوردار است، دوم حسی است که از ویژگی مشترک انسانی و تشخیص این امر که درد و شکست جنبه‌های غیرقابل اجتناب مشترک در همه تجربه همه انسان‌هاست. نهایتاً، خود‌دلسوزی معرف آگاهی متعادل نسبت به هیجان‌های خود است و این شامل توانایی مواجهه با افکار و احساسات رنج‌آور (به‌جای اجتناب از آن‌ها) بدون بزرگنمایی و یا احساس غم و تأسف برای خود می‌شود (نف و همکاران، ۲۰۰۷).

در طول چند دهه‌های گذشته بسیاری از رشته‌ها به توسعه روش در چندبعدی علت شناسی دردهای مزمن پرداخته است. درد شایع‌ترین علامت در زمینه‌ی مراقبت‌های بهداشتی است؛ اما باوجود این شاید به‌خوبی درک نشده است. اگرچه بسیاری از مشکلات درد کوتاه‌مدت و حاد می‌باشد اما در اغلب موارد درد ممکن است مداوم و همراه با بیماری‌های مزمن باشد. در دهه اخیر، معرفی درمان‌های جدید و کشف داروهای جدید، منجر به افزایش هزینه‌های مستقیم ناشی از افزایش در هزینه‌های دارویی شده است؛ به‌طوری‌که طبق مطالعات هزینه‌ای صورت گرفته در جهان، بزرگ‌ترین بخش هزینه‌های

نمره کل پذیرش درد مزمن با حاصل جمع نمرات کل مقیاس می‌تواند بین صفر تا ۱۲۰ قرار گیرد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده پذیرش بیشتر درد خواهد بود. در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی، ضریب آلفای کرون باخ ۰/۸۹ و ضریب باز آزمایی ۰/۷۱ گزارش شده است. همچنین اعتبار همگرا در بررسی همبستگی با خودکارآمدی درد و اعتبار واگرا از طریق محاسبه همبستگی با ناتوانی جسمی، افسردگی، اضطراب، شدت درد و فاجعه‌آفرینی مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهش ضریب آلفای کرون باخ ۰/۷۴ و ضریب باز آزمایی ۰/۶۸ بود.

پرسشنامه خود‌دلسوزی:

مقیاس خود‌دلسوزی یک مقیاس خود گزارشی ۲۶ سؤالی است که توسط نف در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است. این مقیاس ۶ خرده مقیاس مهربانی به خود (۵ گویه)، قضاوت از خود (۵ گویه)، مروت یا انسانیت عمومی (۴ گویه)، انزوا (۴ گویه)، ذهن آگاهی (۴ گویه) و همدردی بیش از حد (۴ گویه) را در برمی‌گیرد، آزمودنی‌ها به این سؤالات این پرسش‌نامه در یک مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از صفر تا چهار پاسخ می‌دهند. میانگین این نمرات ۶ مقیاس نی (با احتساب نمره معکوس) نمره کلی خود‌دلسوزی را به دست می‌دهد. پژوهش‌های مربوط به اعتبار یابی این پرسش‌نامه نشان داده‌اند که همه این ۶ مقیاس همبستگی درونی بالایی دارند و تحلیل‌های عاملی تأییدی نیز نشان داده‌اند که یک عامل مجزای خود‌دلسوزی همبستگی درونی را تبیین می‌کند. روایی این پرسش‌نامه ۰/۹۲ و پایایی آن نیز ۰/۹۳. درصد گزارش شده است (نف، ۲۰۰۳).

پرسشنامه مهارت‌های شناختی:

مهارت‌های شناختی با پرسشنامه توانایی‌های شناختی نجاتی (۱۳۹۲) سنجیده می‌شود. این پرسشنامه مبتنی بر ۳۰ ماده و ۷ خرده مقیاس می‌باشد که عبارتند از: توجه انتخابی، تصمیم‌گیری، کنترل مهارتی، برنامه‌ریزی شناخت اجتماعی، انعطاف‌پذیری شناختی، توجه پایدار و حافظه و بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای نمره‌گذاری شده است که گزینه‌های آن از تقریباً هرگز=۱ تا تقریباً همیشه=۵ رتبه‌بندی شده است که نمره ۱ نشان‌دهنده کمترین میزان مهارت و نمره ۵ بازگوکننده بیشترین میزان مهارت است البته به جز سؤالات مربوط به خرده مقیاس شناخت اجتماعی بقیه سؤالات به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ضریب آلفای کرون باخ نیز به دست آمده است که می‌توان گفت اعتبار این آزمون مطلوب است. پایایی پرسشنامه در پژوهش نجاتی (۱۳۹۲) با روش آلفای کرون باخ محاسبه شد و ضریب آلفای ۰/۸۳۴ به دست آمد. همسانی درونی خرده مقیاس‌ها برای سؤال‌های مربوط به حافظه ۰/۷۵۵، کنترل مهارتی و توجه انتخابی ۰/۵۷۸، تصمیم‌گیری ۰/۶۱۲، برنامه‌ریزی ۰/۵۷۸، توجه پایدار ۰/۵۳۴، شناخت اجتماعی ۰/۴۳۸ و انعطاف‌پذیری شناختی ۰/۴۵۵ نشان داده شد؛ که به همین دلیل استفاده از خرده مقیاس‌ها به تنهایی سفارش نمی‌شود. برای

اشاره دارد (عابدینی و همکاران، ۲۰۱۶). افزایش سن و بیماری ممکن است روی عملکرد شناختی تأثیر بگذارد و باعث از دست دادن حافظه و مشکل در انتخاب کلمات مناسب در حین صحبت کردن یا نوشتن شود. برای مثال، تصلب بافت چندگانه (MS) در نهایت می‌تواند باعث از دست رفتن حافظه، ناتوانی در درک مفاهیم و اطلاعات جدید و سرخوردگی کلامی شود.

با در نظر گرفتن موارد بیان‌شده و با توجه به اثرات درخور توجه مهارت شناختی در مبتلایان به ام‌اس در بیماران مبتلابه ام‌اس، هدف از این مطالعه بررسی پیش‌بینی پذیرش درد بر اساس خود‌دلسوزی و مهارت شناختی در مبتلایان به ام‌اس هست. با عنایت به گفته‌های اخیر سؤال پژوهشی این است که آیا می‌توان پذیرش درد را بر اساس خود‌دلسوزی و مهارت شناختی در مبتلایان به ام‌اس پیش‌بینی کرد؟

۱. پذیرش درد بر اساس خود‌دلسوزی در مبتلایان به ام‌اس پیش‌بینی می‌شود.

۲. پذیرش درد بر اساس مهارت شناختی در مبتلایان به ام‌اس پیش‌بینی می‌شود.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: تحقیق حاضر توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. از نظر ماهیت داده‌ها جمع‌آوری شده جز مطالعات کمی و از حیث هدف جز مطالعات کاربردی است که در آن پذیرش درد به عنوان متغیر ملاک و خود‌دلسوزی و مهارت شناختی به عنوان متغیر پیش‌بین در نظر گرفته خواهند شد جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به ام‌اس عضو انجمن ام‌اس شهر کرج در سال ۱۴۰۱ - ۱۴۰۲ خواهد بود. نمونه آماری بر طبق فرمول پلنت ($n=50+8m$) از تاباجنیک، فیدل و اولمن (۲۰۰۷) حجم نمونه برابر با ۱۷۰ نفر انتخاب خواهد شد تعداد نمونه بر اساس فرمول پلنت ۱۹۴ نفر آزمودنی می‌باشد اما با توجه به احتمال مخدوش شدن پرسشنامه‌ها و ریزش برخی از نمونه‌ها و به منظور تعمیم دهی بهتر نتایج، در مجموع تعداد ۱۷۰ نفر انتخاب شد. به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از بین انجمن ام‌اس شهر کرج به صورت رندوم، انتخاب شد. با توجه به هدف مطالعه داده‌های مورد نیاز از طریق پرسشنامه گردآوری شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه پذیرش درد مزمن:

یک پرسش‌نامه بیست‌سؤالی است که توسط مک کراکن و همکاران تهیه شده و بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت تنظیم شده است. نسخه فارسی این ابزار همانند نسخه اصلی آن، پذیرش درد مزمن را در قالب دو خرده‌مقیاس درگیر شدن در فعالیت (بازده عبارت) و تمایل به درد (نُه عبارت) ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری آن به این صورت است که نمرات سؤالات مقیاس درگیر شدن در فعالیت، از صفر (اصلاً) تا صفر (همیشه) محاسبه می‌شوند. همچنین

سنجش روایی هم‌زمان آزمون از همبستگی معدل تحصیلی و زیر مقیاس‌های آزمون ۳۹۵ نفر از دانشجویان مورد بررسی استفاده شد که به‌جز شناخت اجتماعی سایر زیر مقیاس‌ها در سطح $P < 0/01$ با معدل همبستگی داشتند. در پژوهش پیرانی (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرون باخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی و استنباطی عمل خواهد شد. در سطح توصیفی جهت سنجش متغیرهای پژوهش از اندازه‌های گرایش به مرکز (میانگین) و اندازه‌های پراکنده از مرکز (انحراف استاندارد) استفاده خواهد شد. مفروضه‌های پژوهش شامل آزمون کالموگروف اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع نمرات، آزمون دورین واتسون برای استقلال مشاهدات، آزمون ضریب تحمل و تورم واریانس برای بررسی هم خطی بودن خواهد بود. در سطح استنباطی جهت بررسی روابط بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون و جهت تعیین پیش‌بینی متغیر ملاک بر اساس متغیرهای پیش‌بین از تحلیل رگرسیون چند متغیره گام‌به‌گام استفاده خواهد شد. ابزار تجزیه و تحلیل داده‌ها نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ بود. ضمناً برای کلیه فرضیه‌ها سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته خواهد شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر تعداد ۱۷۰ شرکت‌کننده وارد مطالعه شدند و ابزارهای پژوهش برای آنان تکمیل شد. از این تعداد ۷۴ درصد (۱۲۶ نفر) زن و ۲۶ درصد (۴۴ نفر) مرد بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان 39.5 ± 8.5 و جوان‌ترین شرکت‌کننده ۳۳ سال و مسن‌ترین ۶۵ سال سن داشت.

میانگین مقیاس پذیرش درد 12.414 ± 51.2 ، مقیاس مهارت شناختی 15.405 ± 79.3 ، و مقیاس خوددلسوزی 14.506 ± 66.7 بود. این نتایج به تفکیک جنس در جدول ۱-۴ آمده است.

جدول ۱-۴: میانگین متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک جنس				
آماره متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
پذیرش درد (۱۲۰-۰)	زن	۱۱,۱۲۸	۳۲	۷۱
	مرد	۹,۲۵۸	۳۷	۸۴
	کل	۱۲,۴۱۴	۳۲	۸۴
مهارت شناختی (۱۵۰-۳۰)	زن	۱۵,۰۲۳	۵۵	۹۴
	مرد	۱۱,۷۰۹	۶۰	۱۲۰
	کل	۱۵,۴۰۵	۵۵	۱۲۰
خوددلسوزی (۱۳۰-۲۶)	زن	۱۴,۱۹۶	۲۶	۸۱
	مرد	۱۱,۰۴۶	۵۲	۱۰۴
	کل	۱۴,۵۰۶	۲۶	۱۰۴

جهت بررسی توزیع نرمال متغیرهای مورد مطالعه از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف (K-S) استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که متغیر پذیرش درد دارای توزیع نرمال و متغیرهای مهارت شناختی و خوددلسوزی دارای توزیع غیر نرمال هستند. با توجه به این نتایج در آمار استنباطی از آزمونهای ناپارامتریک استفاده شد. نتایج آزمون K-S در جدول ۲-۴ آمده است.

جهت بررسی توزیع متغیرهای مورد مطالعه K-S جدول ۲-۴: نتایج آزمون			
توزیع	P-value	Z مقدار	آماره متغیر
نرمال	۰,۰۹۴	۱,۲۳۵	پذیرش درد
غیر نرمال	۰,۰۰۰	۴,۶۰۲	مهارت شناختی
غیر نرمال	۰,۰۰۰	۳,۸۶۴	خوددلسوزی

جهت بررسی همبستگی بین متغیرهای مطالعه از ضریب همبستگی ناپارامتریک اسپیرمن استفاده شد. طبقه نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن متغیر پذیرش درد با دو متغیر دیگر ارتباط مثبت معنادار دارد. به این معنا که با افزایش خوددلسوزی و مهارت شناختی، پذیرش درد نیز در بیماران مبتلا به ام‌اس نیز افزایش پیدا میکند. ماتریس همبستگی متغیرهای مطالعه در جدول ۳-۴ آمده است.

خوددلسوزی	مهارت شناختی	پذیرش درد	
-	-	-	r(p-value) پذیرش درد
-	-	۰,۶۸۳(۰,۰۰۰)*	r(p-value) مهارت شناختی
-	۰,۷۳۵(۰,۰۰۰)*	۰,۷۰۰(۰,۰۰۰)*	r(p-value) خوددلسوزی

*ضریب همبستگی متغیرها در فاصله اطمینان ۰,۹۹۹ درصد معنادار هستند.

یافته‌های موجود در جدول ۴-۴ نشان می‌دهد که آماره دوربین-واتسون برابر ۱,۶۷۴ است که این مقدار بین ۱,۵ تا ۲,۵ می‌باشد و نشان می‌دهد پیش‌فرض استقلال باقیمانده‌ها رعایت شده است.

ضریب همبستگی ($R=0,857$)، ضریب تعیین ($R\text{ Square}=0,734$) و همچنین ضریب تعیین اصلاح شده ($\text{Adjusted } R=0,731$) Square) نشان می‌دهد که مدل رگرسیونی مناسب است.

مدل	R	مجذور R	مجذور اصلاح شده R	خطای استاندارد برآورد	آماره دوربین-واتسون
۱	۰,۸۵۷	۰,۷۳۴	۰,۷۳۱	۱,۴۵۴	۱,۶۷۱

در جدول ۴-۵ یافته‌های مربوط به آزمون رگرسیون آمده است. در واقع این آزمون به بررسی دو فرضیه مطالعه می‌پردازد. مقدار تحمل که از مقدار ۰,۱ بیشتر است و مقدار تراکم عاملی (VIF) که کمتر از عدد ۱۰ است نشان می‌دهد پیش فرض عدم همخطی جهت برازش آزمون رگرسیون وجود دارد.

نتایج آزمون رگرسیون خطی چندگانه نشان می‌دهد که در متغیر مستقل مهارت شناختی و خوددلسوزی به طور معناداری متغیر وابسته یعنی پذیرش درد را در بیماران مبتلا به ام‌اس پیش‌بینی کرده‌اند و در واقع دو فرضیه مورد مطالعه تأیید شده‌اند. ضرایب بتای اصلاح شده نشان می‌دهند که خوددلسوزی ($\text{Beta}=0,453$) نسبت به مهارت شناختی ($\text{Beta}=0,433$) نقش مهمتری در پیش‌بینی پذیرش درد دارد.

مدل	متغیر مستقل	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error				Tolerance	VIF
۱	مقدار ثابت	-۳,۵۱۰	۲,۶۷۹		-۱,۳۱۰	۰,۱۹۲		
	مهارت شناختی	۰,۳۵۲	۰,۰۶۷	۰,۴۳۳	۵,۲۷۲	۰,۰۰۰	۰,۲۴۳	۴,۱۰۸
	خوددلسوزی	۰,۳۹۷	۰,۰۷۲	۰,۴۵۳	۵,۵۲۱	۰,۰۰۰	۰,۱۹۸	۴,۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

در رابطه با فرضیه نخست این پژوهش مبنی بر اینکه بین پذیرش درد و خود‌دلسوزی در مبتلایان به ام‌اس رابطه مثبت معنادار وجود دارد نتایج مطالعات حاکی از این است که به طور معناداری متغیر خود‌دلسوزی، پذیرش درد رو پیش بینی کرده است که این نتایج با پژوهش های ذیل همسو است: میرمصیب و همکاران (۱۴۰۱)، میر معینی و همکاران (۱۴۰۰)، نریمانی و همکاران (۱۳۹۹)، محمودی (۱۳۹۷) محمدی (۱۳۹۷)، کیلیچ و همکاران (۲۰۲۱)، لوتز و همکاران (۲۰۲۱)، نری و همکاران (۲۰۱۸)، مکینتاش و همکاران (۲۰۱۸). در تبیین این یافته می توان بیان نمود که خود‌دلسوزی مثبتاً با پذیرش درد در این بیماران مرتبط است. بیمارانی که سطح خود‌دلسوزی بالاتری داشتند، در بهبود پذیرش درد خود موفق تر بودند که این مورد با یافته های جلالی و پورحسینی (۱۳۹۷) همسو بود در پژوهش های دیگر از جمله سلطانی و همکاران نیز این یافته مورد تایید قرار گرفت و رابطه معنادار خود‌دلسوزی و پذیرش درد را نشان داد همچنین در پژوهش های دیگر پژوهشگران از جمله میر معینی و همکاران، نریمانی و همکاران، محمودی، محمدی، فرخی و همکاران، کیلیچ و همکاران، لوتز و همکاران، نری و همکاران، مکینتاش و همکاران این فرضیه مورد تایید قرار گرفت که خود‌دلسوزی یا همان به اصطلاح شفقت به خود ذابغه مثبت معناداری با پذیرش درد دارد این بدین معناست که اگر بیماران مبتلا به ام‌اس اگر در نمرات خود‌دلسوزی خود نمره بالاتری بگیرند در پذیرش درد نیز موفق تر عمل خواهند کرد. در رابطه با فرضیه نخست این پژوهش مبنی بر اینکه بین پذیرش درد و مهارت شناختی در مبتلایان به ام‌اس رابطه مثبت معنادار وجود دارد نتایج مطالعات حاکی از این است که به طور معناداری متغیر مهارت شناختی، پذیرش درد رو پیش بینی کرده است که این نتایج با پژوهش های ذیل همسو است: زمردی و همکاران (۱۴۰۰)، نامور و همکاران (۱۳۹۹)، پینتو و همکاران (۲۰۲۰)، کیسکی و همکاران (۲۰۱۸). در تبیین این یافته می توان بیان کرد که مهارت های شناختی در پذیرش درد در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس) نقش مهمی دارند. مهارت های شناختی شامل توانایی هایی مانند توجه، آگاهی، تفسیر و ارزیابی درد است. این مهارت ها به بیماران کمک می کنند تا درک بهتری از درد خود داشته باشند، با آن همدردی کنند و به طور کلی راحت تر با آن همزیستی کنند. که این مطالعات از جمله زمردی و همکاران (۱۴۰۰)، نامور و همکاران (۱۳۹۹)، پینتو و همکاران (۲۰۲۰)، کیسکی و همکاران (۲۰۱۸). به بررسی نقش عوامل شناختی-رفتاری در پیش‌بینی پذیرش درد در بیماران مبتلا به ام‌اس می‌پردازد. نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که مهارت های شناختی مثبتاً با پذیرش درد مرتبط هستند. بیمارانی که مهارت های شناختی بهتری داشتند، در پذیرش درد بهبود چشمگیری داشتند.

از محدودیت های این پژوهش می توان به موارد زیر اشاره کرد: یکی دیگر از محدودیت های این پژوهش، تفاوت افراد در میزان مشکلات خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی در بین آزمودنی ها بود. با توجه به اینکه افراد گروه نمونه، همگی درگیر دردهای عضلانی مزمن بودند، پیدا کردن داوطلبانی که تا پایان جلسات در آزمایش حضور داشته بودند، از محدودیت های دیگر این پژوهش بود. با توجه به محدودیت های گفته شده پیشنهاد می شود جلسات برای افرادی که درگیر دردهای عضلانی مزمن هستند، به دلیل شرایط آن ها، با شرایط آزمایشی مناسب تر مانند جلسات مشاوره فردی و زمان بندی مناسب تر لحاظ شود.

سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی با شناسه اخلاق به شماره ۱۴۰۲، ۲۵. IR.IAU.K.REC از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد واحد کرج می باشد. پیش از تکمیل هر پرسشنامه، توضیحاتی کافی به هر یک از پاسخ دهندگان ارائه شد و رضایت آن ها برای شرکت در مطالعه گرفته شد. در گزارش یافته ها، اصل محرمانه بودن نام و عنوان اشخاص، مورد توجه قرار گرفت و پاسخ دهندگان قبل از تکمیل پرسشنامه نسبت به این موضوع توجیه شدند. نویسندگان این مقاله بر خود لازم میدانند از انجمن ام‌اس و افراد نمونه که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی کنند.

منابع

- Abedini, E., Ghanbari-Hashem-Abad, B. A., Talebian-Sharif, J. (2016). Effectiveness of Group Therapy Based on Hope Approach on Hope and Depression in Women with Multiple Sclerosis, *J Clin Psychol*. 2(30):1-11 Doi:10.22075/jcp.2017.2231
- Fisher, M. King, J & Tague, G. (2001). Development of a self-directed learning readiness Scale for nursing education. *Nurse education today*. 10.1016/ Mahmoodi, H. (2018). Comparison of perceived social support and self-compassion among patients with multiple sclerosis and normal people. *Quarterly journal of health psychology*, 7(25), 21-34 Dor: 20.1001.1.2322128 3.1397.7.25.2.9
- Ghanati E, Hadiyan M, Daghighi asli A.(2011). Economic Expenditures of Multiple Sclerosis Medications and Feasibility of Providing Health Insurance Policies for Medications. *jha*; 14 (45) :37-54
- Kiiski, H., Jollans, L., Donnchadha, S. Ó., Nolan, H., Lonergan, R., Kelly, S., . . . & Whelan, R. (2018). Machine

- learning EEG to predict cognitive functioning and processing speed over a 2-year period in multiple sclerosis patients and controls. *Brain topography*, 31, 346-363. DOI: 10.1007/s10548-018-0620-4.
- Kılıç, A., Hudson, J., McCracken, L. M., Ruparella, R., Fawson, S., & Hughes, L. D. (2021). A systematic review of the effectiveness of self-compassion-related interventions for individuals with chronic physical health conditions. *Behavior Therapy*, 52(3), 607-625
- Kulivand P, Nazari Mahin A, Jafari R . . (2015).The effect of cognitive behavioral therapy on reducing distress in patients with chronic pain. *J Khatam Healing*.3(3):64-69.Doi: 10.18869/ acadpub. Sheaf .3 .3.63.
- Lutz, J., Berry, M. P., Napadow, V., Germer, C., Pollak, S., Gardiner, P., & Schuman-Olivier, Z. (2021). Neural activations during self-related processing in patients with chronic pain and effects of a brief self-compassion training—a pilot study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 304, 111155. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.111155
- Mackintosh, K., Power, K., Schwannauer, M., & Chan, S. W. (2018). The relationships between self-compassion, attachment and interpersonal problems in clinical patients with mixed anxiety and depression and emotional distress. *Mindfulness*, 9, 961-971. DOI: 10.1007/s12671-017-0835-6
- MirMoeini P, Hosseini Bayazi M, Khlatabari J. Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy With Compassion-Focused Therapy on the Intensity of Resiliency and Worry in Patients With Multiple Sclerosis. *J Arak Uni Med Sci* 2022; 25 (1) :88-103.Doi: [10.32598/jams.25.1.6.671.1](https://doi.org/10.32598/jams.25.1.6.671.1)
- Mirmosayyeb O, Shaygannejad V, Najdaghi S, Ghajarzadeh M. Psychometric Properties of the Persian Version of the Multiple Sclerosis Work Difficulties Questionnaire (MSWDQ) Questionnaire. *Int J Prev Med*. 2022 Jun 24;13:94. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_393_20. PMID: 35958372; PMCID: PMC9362744.
- Namvar, M., Khorrami, M., Noorollahi, A., & pournemat, M. (2020). Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Therapy on Anxiety and Depression Symptoms in Patients with Multiple Sclerosis (MS), Bojnurd, Iran. *Psychology of Exceptional Individuals*, 10(39), 179-200. doi: 10.22054/jpe.2021.45321.2037
- Narimani M, Eyni S. Relationship between Meaning of Life, Self- Compassion and sense of coherence with perceived stress in cancer patients. *IJCA* 2020; 1 (3) :1-10. Doi: 10.29252/ijca.1.3.1
- Neff K, D., Pisitsungkagarn, K.,Hsieh YaPing. (2008). Self-Compassion and SelfConstrual in the United States, Thailand, and Taiwa. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(3), 267-285. Doi:10.1177 /002 2022108314544
- Neff, K. D. (2003). "Development and validation of a scale to measure selfcompassion".*Self and Identity*, 2,223- 250. Doi:10.1080/15298860309027
- Nejati V. Cognitive Abilities Questionnaire: Development and Evaluation of Psychometric Properties . *Advances in Cognitive Sciences* 2013; 15 (2) :11-19
- Nery-Hurwit, M., Yun, J., & Ebbeck, V. (2018). Examining the roles of self-compassion and resilience on health-related quality of life for individuals with Multiple Sclerosis. *Disability and health journal*, 11(2), 256-261. DOI: 10.1016/j.dhjo.2017.10.010
- Omran SA, Moayedi Mehr M, Khorrami SH, Alipanahi B. (2022). The Role of Sense of Coherence, Mental Flexibility and Affective Control in Explaining Post-Traumatic Growth in Improved Patients with Coronavirus Disease. *Rooyesh*; 11 (9) :211-220. DOR: [20.1001.1.2383353.1401.11.9.20.3](https://doi.org/20.1001.1.2383353.1401.11.9.20.3)
- Pinto, M. F., Oliveira, H., Batista, S., Cruz, L., Pinto, M., Correia, I & Teixeira, C. (2020). Prediction of disease progression and outcomes in multiple sclerosis with machine learning. *Scientific reports*, 10(1), 1-13.
- Ranjbar M, Seyed Fatemi N, Mardani Hamooleh M, Esmaeeli N, Haghani S.(2019). Correlation of Stigma with Self-compassion in Patients with Bipolar Disorder. *IJN* 2020; 32 (122) :1-13 Doi: 10.29252 /ijn. 32.122.1
- Rapoport E, Reisert H, Schoeman E, Adesman A Reporting of child maltreatment during(2020) the SARS-CoV-2 pandemic in New York City& from march to May 2020. *Child Abuse Neglect*, 11(6):104-119. DOI :j.chiabu.2020.104719:
- Wright TA, Cropanzano R, Bonett DG.(2007). The moderating role of employee positive well being on the relation between job satisfaction and job performance. *J Occup Health Psychol*. Apr;12(2):93-104. doi: 10.1037/1076-8998.12.2.93. PMID: 17469992.
- Zomorody S, Alizadeh R. COMPARISON OF THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY AND MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY ON FATIGUE AND CHRONIC PAIN IN WOMEN WITH MULTIPLE SCLEROSIS. *JNIP* 2021; 10 (14) :1-12.

رابطه‌ی تنظیم شناختی هیجان و ذهن آگاهی با بهزیستی روانشناختی معلمان آموزش و پرورش

مریم مشایخ

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. (نویسنده مسئول مقاله)

ریحانه السادات مقیمی

کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

The relationship between cognitive regulation, mindfulness and psychological well-being in education teachers

Maryam Mashaikh

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. (Responsible author)

Reihaneh Sadat Moghimi

Master Student, Department of Psychology, Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Abstract

The purpose of the present study was to investigate the relationship between cognitive regulation and mindfulness with psychological well-being of emotion and mindfulness. In this study, the statistical population of the current research includes all the female teachers of education in the 4th district of Karaj in the academic year 1402-1401, whose number is about 2600 people (1703 people in elementary school, 460 people in first secondary school and 437 people in second secondary period). The statistical sample selected according to the Plant formula included 180 people. The selection of people in the sample group from the society was a stratified random. After selecting the sample people, three questionnaires of cognitive emotion regulation by Garnevsy et al. (2001), mindfulness by Brown and Ryan (2003), and psychological well-being by Riff (1988) were administered to them. The data collected from the research sample group was analyzed using descriptive and inferential statistics (correlation coefficient and regression analysis) and the following results were obtained: Cognitive regulation of emotion and mindfulness have the power to predict the psychological well-being of female teachers ($P < 0.05$). There is a positive and significant correlation between cognitive emotion regulation and psychological well-being of female teachers ($P < 0.05$). There is a positive and significant correlation between mindfulness and psychological well-being of female teachers ($P < 0.05$).

Key words: *cognitive emotion regulation, mindfulness, psychological well-being.*

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه تنظیم شناختی هیجان و ذهن‌آگاهی با بهزیستی روانشناختی معلمان بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه معلمان زن آموزش و پرورش ناحیه ۴ کرج در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ میشود که تعداد آنان حدود ۲۶۰۰ نفر (۱۷۰۳ نفر دوره ابتدایی، ۴۶۰ نفر دوره متوسطه اول و ۴۳۷ نفر دوره متوسطه دوم) بود. نمونه آماری انتخاب شده طبق فرمول پلنت شامل ۱۸۰ نفر بود. روش انتخاب افراد گروه نمونه از جامعه، تصادفی طبقه‌بندی بود که پس از انتخاب افراد نمونه، سه پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، ذهن‌آگاهی براون و ریان (۲۰۰۳)، و بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۸) بر روی آنان اجرا شد. داده‌های جمع‌آوری شده از گروه نمونه تحقیق با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که نتایج زیر به دست آمد: تنظیم شناختی هیجان و ذهن‌آگاهی، قدرت پیشینی بهزیستی روانشناختی معلمان زن را دارند ($P < /0.05$). بین تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روانشناختی معلمان زن همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد ($P < /0.05$). بین ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی معلمان زن همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد ($P < /0.05$). مبتنی بر یافته‌های پژوهش میتوان گفت با افزایش تنظیم شناختی هیجان و ذهن‌آگاهی معلمان، بهزیستی روانشناختی آنان افزایش می‌یابد و بالعکس.

واژگان کلیدی: تنظیم شناختی هیجان، ذهن‌آگاهی، بهزیستی روانشناختی.

مقدمه

بهزیستی روانشناختی^{۱۴} یکی از سازه‌های روانشناسی مثبت می‌باشد که به زندگی افراد به رغم فشارهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی معنا می‌بخشد و آنها را متوجه توانایی‌ها و استعدادهای واقعی خویش می‌کند. (بالکس و دورو^{۱۵}، ۲۰۱۶). این مدل از طریق ادغام نظریه‌های مختلف رشد فردی (مانند نظریه خود شکوفایی مزلو و شخص کامل راجرز) شکل گرفته و گسترش یافته است و آثانی که عامل بهزیستی روانشناختی کلی را شناسایی کرده اند، آن را به صورت ترکیبی از کیفیت‌های ویژه، از قبیل احساس انسجام، رضایت از زندگی، تعادل عاطفه و نگرش کلی نسبت به خوشبینی یا جهت‌گیری مثبت نسبت به زندگی توصیف کرده اند (حمیدی سپهر، ۱۴۰۱).

افراد با احساس بهزیستی بالا به طور عمده ای هیجان‌ناث مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین، حوادث و موقعیت زندگی شان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجان‌ناث منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه میکنند (اخباراتی و بشردوست، ۱۳۹۵).

افراد به هنگام تجربه‌ی رخدادهای تهدید کننده یا تنش زای زندگی، قبل از انجام هر کاری به لحاظ شناختی یا رفتاری از راهبردهای تنظیم هیجان‌ناث خود استفاده می‌کنند. این راهبردها، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان^{۱۶} نامیده می‌شود (الهای، های و اروین^{۱۷}، ۲۰۱۸). پژوهشگران معاصر هیجان‌ها را پایه و بنیان رشد انسان و روابط او در نظر می‌گیرند. تنظیم شناختی هیجان شامل استفاده از راهبردهای رفتاری و شخصی به منظور تغییر در مدت زمان یا شدت تجربه‌ی یک هیجان است. و مشخص شده است که افراد در مواجهه با شرایط مختلف راهبردهای تنظیم هیجانی متفاوتی را برای اصلاح یا تعدیل تجربه هیجان به کار می‌گیرند. یکی از متداولترین این راهبردها تنظیم هیجان با استفاده از راهبردهای شناختی است (آلداو-نولن-هوکسیا و سویزر^{۱۸}، ۲۰۱۰). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، پاسخ شناختی به رویدادهای برانگیزاننده هیجان است که به صورت هوشیارانه و ناهوشیارانه سعی در تعدیل هیجان فرد و رویداد دارند. به عبارت دیگر تنظیم شناختی هیجان به شیوه‌ی شناختی تعدیل و مدیریت ورود اطلاعات بر انگیزاننده هیجان اشاره دارد. تنظیم هیجان را معادل با مقابله شناختی فرض میکنند و آن را در ارتباط با شیوه‌های شناختی مدیریت عواطف و با استفاده از اطلاعات برانگیزنده هیجان در نظر می‌گیرند. فرایندهای شناختی هیجان میتوانند به ما کمک کنند تا بتوانیم مدیریت یا تنظیم هیجانها و عواطف را بر عهده بگیریم. آنها باعث میشوند که بتوانیم هیجانها را بعد از وقایع اضطراب آور و تنیدگی زا مهار کنیم (گارنفسکی و کرایچ^{۱۹}، ۲۰۰۷؛ به نقل از مشقتی کندری، ۱۳۹۹).

از سوی دیگر، ذهن آگاهی^{۲۰} به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است. ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهار نظر درباره‌ی آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه‌ی واقعیت محض بدون توضیح. اساس ذهن آگاهی از تمرینهای مراقبه بوداییسم گرفته شده است که ظرفیت توجه و آگاهی پیگیر و هوشمندانه را (که فراتر از فکر است) افزایش میدهد. تمرین‌های ذهن آگاهی به افزایش توانایی خودآگاهی و پذیرش خود در بیماران منجر میشود (شاهرخی، ۱۳۹۵). ذهن آگاهی توجه کردن قاطعانه نسبت به امور در زمان حاضر است که ما تا به حال طور دیگری به آنها توجه کرده ایم. هر فکر، یا احساسی که وارد توجه شما میشود به همانگونه که هست مورد تأیید و پذیرش قرار میگیرد. این واکنش پیشگیرانه، برای افکار است که شما را غمگین یا مضطرب میکند و به شما کمک میکند تا به حالت تعادل بعد از هیجانهای تجربه شده منفی بازگردید (سلاجقه، امامی پور و نعمت‌الله زاده ماهانی، ۱۳۹۸). آموزش ذهن آگاهی باعث ایجاد یک نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف میشود که شامل حفظ توجه کامل و لحظه به لحظه و داشتن نگرش همراه با پذیرش و به دور از قضاوت است (محمدی، میردیکوند،

است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه‌ی معلمان زن آموزش و پرورش ناحیه ۴ کرج در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در مدارس دولتی می‌شود که تعداد آنان حدود ۲۶۰۰ نفر (۱۷۰۳ نفر دوره ابتدایی، ۴۶۰ نفر دوره متوسطه اول و ۴۳۷ نفر دوره متوسطه دوم) بود. نمونه انتخاب شده شامل ۱۸۰ نفر از معلمان زن آموزش و پرورش ناحیه ۴ بود که با استفاده از فرمول پلنت تعیین شدند که متناسب با تعداد معلمان زن شاغل در هر دوره‌ی تحصیلی، تعداد ۱۱۸ نفر از معلمان زن دوره‌ی تحصیلی ابتدایی، ۳۲ نفر از معلمان زن دوره‌ی متوسطه اول، ۳۰ نفر از معلمان زن دوره‌ی متوسطه دوم انتخاب شدند.

در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش به منظور حفظ حقوق آزمودنیها، تصریحات لازم در زمینه‌ی اهداف پژوهش و روال اجرای آن به همه آزمودنیها ارائه شد. نبود اجبار و حق شرکت یا عدم شرکت در پژوهش برای همه شرکت کنندگان تصریح شد. همچنین، به همه آنها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده محرمانه میماند و داده‌هایی که انتشار مییابد، بدون درج شناسه خصوصی بوده و به صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات فردی تحلیل می‌شود. پس از اخذ موافقت و رضایت کتبی، پرسشنامه‌های خودگزارشی در بین آزمودنیها توزیع شد و پس از تکمیل جمع‌آوری شد. در این مطالعه از ابزارهای زیر برای گردآوری اطلاعات استفاده شد:

الف- پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱):

پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) ساخته شده و دارای ۳۶ سؤال می‌باشد و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانها را در پاسخ به حوادث تهدید کننده و تنیدگی زای زندگی بر حسب ۹ زیرمقیاس به این شرح می‌سنجد: خود سرزنشگری؛ دیگر سرزنشگری؛ تمرکز بر فکر/نشخوارگری؛ فاجعه‌نمایی (فاجعه‌آمیز پنداری) کم اهمیت شماری؛ تمرکز مجدد مثبت؛ ارزیابی مجدد مثبت؛ پذیرش؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی. نحوه‌ی پاسخدهی به این پرسشنامه به صورت پنج گزینه‌ای است که به شیوه‌ی لیکرتی در طیف هرگز تا همیشه طراحی شده است. هرگز=۱، گاهی=۲، معمولاً=۳، اغلب=۴، همیشه=۵. گارنفسکی و همکاران اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاسهای این پرسشنامه به وسیله گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. فرم فارسی این مقیاس به‌وسیله‌ی سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد اعتباریابی قرار گرفته و برای بررسی روایی همگرا و واگرایی این پرسشنامه از مقیاس افسردگی، استرس (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲) که شامل ۲۱ پرسش مدرج ۴ نمره‌ای (از کاملاً شبیه من تا متفاوت از من) می‌باشد و هر یک عامل اختلال هیجانی را مورد

عزیزی، (۱۳۹۴). تحقیقات زیادی بر تأثیر و نقش ذهن آگاهی در سلامت عمومی (شیرازی تهرانی و غلامرضایی، ۱۳۹۴)، استرس (کویت-استیجن، ویسر، گارسن و هودیک^{۳۱}، ۲۰۰۸؛ به نقل از شعبانی و خلعتبری، ۱۳۹۸)، افسردگی و اضطراب (شاهرخی، ۱۳۹۵؛ دهستانی، ۱۳۹۴)، اضطراب اجتماعی (یاقوتی و عارفی، ۱۴۰۱) و... تأکید کرده‌اند.

نتایج پژوهش گاتمن و بکتولد^{۳۲} (۲۰۲۱)، نشان داد مقابله‌ی مسأله‌مدار به طور مثبت با بهزیستی روانشناختی مرتبط بود. همچنین ذهن آگاهی رابطه‌ی بین مقابله‌ی مسأله‌مدار و بهزیستی روانشناختی را میانجیگری کرد. نتایج پژوهش بروکمن، سیروچی، پارکر و کاشدن^{۳۳} (۲۰۱۷)، حاکی از آن است که ذهن آگاهی روزانه با عاطفه منفی کمتر و عاطفه مثبت بیشتر همراه بود، در حالی که الگوی معکوس برای سرکوب هیجان روزانه یافت شد. همچنین نتایج پژوهش مککونویل، مکآلر و هانه^{۳۴} (۲۰۱۷)، نشان داد که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش استرس، اضطراب و افسردگی شد و ذهن آگاهی، باعث بهبود خلق و خو، خودکارآمدی و همدلی و به طور کلی بهزیستی روانشناختی در دانشجویان حرفه سلامت گردید.

پایین بودن بهزیستی روانشناختی معلمان به ویژه در شرایط فعلی جامعه می‌تواند آثار زیانبار اقتصادی، اجتماعی و غیره بر جامعه وارد کند؛ لذا بررسی بهزیستی روانشناختی معلمان از ابعاد مختلف حائز اهمیت می‌باشد. با توجه به پیچیده تر شدن شرایط، مسایل و مسئولیت‌های زندگی و میزان و نحوه‌ی مقابله با چالش‌ها و همچنین مدیریت خود در این شرایط دشوار و پیچیده که می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات زیادی شود، به نظر می‌رسد تحقیق در خصوص رابطه‌ی تنظیم شناختی هیجان و ذهن آگاهی با بهزیستی روانشناختی معلمان امری لازم و ضروری است. بررسی و مطالعه‌ی بهزیستی روانشناختی معلمان به لحاظ تغییرات ایجاد شده در شرایط زندگی معلمان و به ویژه نحوه‌ی تدریس و تعامل با دانش‌آموزان و اولیا از ضرورت و اهمیت بالاتری برخوردار است. با توجه به افزایش روزافزون موقعیت‌های فشارآور، ناعدالتی‌های اجتماعی، تحقق نیافتن آرزوها و اهداف در بستر جامعه، هر روز شاهد چالش‌ها و فشارهای روانی زیادی هستیم (حمیدی سپهر، ۱۴۰۱). در این میان، معلمان به خصوص معلمان زن ممکن است از نظر روانی با فشارهای بیشتری مواجه باشند. از این رو، بررسی عوامل مؤثر در بهزیستی روانشناختی معلمان زن اهمیت بیشتری می‌یابد. در نتیجه پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و ذهن آگاهی با بهزیستی روانشناختی معلمان اجرا گردید.

روش

پژوهش حاضر کاربردی و توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. این پژوهش دارای کد اخلاق (IR.IAU.K.REC.1401.150) مصوب در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

ارزیابی قرار می‌دهد استفاده کردند و روایی آن را مورد تأیید قرار دادند. مشقتی (۱۳۹۹) در پژوهش خود با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پایایی پرسشنامه را برابر ۰/۸۱ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۳ به دست آمد.

ب- پرسشنامه‌ی ذهن آگاهی براون و ریان (۲۰۰۳): پرسشنامه‌ی ذهن آگاهی (MAAS) دارای ۱۵ سؤال است که براون و ریان (۲۰۰۳) آن را به منظور سنجش سطح هشیاری و توجه نسبت به رویدادها و تجارب جاری زندگی طراحی کردند. سؤال‌های این پرسشنامه، سازه‌ی ذهن آگاهی را در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت (از نمره یک برای «همیشه» تا نمره ۶ برای «هرگز» می‌سنجد. این مقیاس یک نمره‌ی کلی برای ذهن آگاهی به دست می‌دهد که دامنه آن از ۱۵ تا ۹۰ متغیر بوده، نمره بالاتر نشان‌دهنده‌ی ذهن آگاهی بیشتر است. بایر و همکاران (۲۰۰۶) روایی مقیاس را با توجه به همبستگی منفی با ابزارهای سنجش افسردگی و اضطراب و همبستگی مثبت با سنجش عاطفه مثبت و حرمت خود، کافی و مطلوب گزارش کرده‌اند. آنان همچنین پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. نجاتی، ذبیحزاده، نیک فرجام (۱۳۹۱) روایی پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند و همچنین با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های نسخه‌ی فارسی این مقیاس را در مورد یک نمونه‌ی ۷۲۳ نفری از دانشجویان ۸۱٪ محاسبه کردند. در پژوهش شاهرخی (۱۳۹۵) همسانی درونی براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

ج- پرسشنامه‌ی بهزیستی روانشناختی ریف:

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی در سال (۱۹۸۸) توسط ریف^{۱۳۶} برای سنجش بهزیستی روانشناختی افراد طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه که دارای ۲۸ سؤال و ۶ مؤلفه (پذیرش خود، هدف و جهت گیری در زندگی، رشد شخصی، تسلط بر محیط، خود پیروی و روابط مثبت با دیگران) می‌باشد با هدف سنجش بهزیستی روانشناختی ساخته شده است. نمره گذاری این پرسشنامه به این صورت است که به گزینه اصلاً نمره‌ی ۵، خیلی کمتر از حد معمول نمره‌ی ۴، کمتر از حد معمول نمره‌ی ۳، در حد معمول نمره‌ی ۲ و خیلی بیشتر از حد معمول نمره‌ی ۱ تعلق می‌گیرد. کمترین نمره در این پرسشنامه ۲۸ و بیشترین نمره ۱۱۲ می‌باشد. ریف (۱۹۸۹) در پژوهشی روی نوجوانان و بزرگسالان جوان پایایی پرسشنامه را بین ۰/۹۳ و ۰/۸۶ برای عوامل به دست آورد. در ایران طی پژوهشی که یعقوبی و مقدم (۱۳۹۸) با نمونه‌ای دانشجویی انجام دادند، همسانی درونی با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ سنجیده شد که نتایج حاصل برای خرده‌مقیاس‌های تسلط بر محیط ۰/۶۹، رشد شخصی ۰/۷۴، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۶۵، هدفمندی در زندگی ۰/۷۳، پذیرش خود ۰/۶۵، خودمختاری ۰/۶ و نمره کلی ۰/۹۴ بود. در ایران این پرسش‌نامه روی گروه‌های مختلف سنی نوجوانان، بزرگسالان، سالمندان اجرا و روایی و پایایی خوبی گزارش شده است. در پژوهش آنان همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ سنجیده شد که این ضریب برای کل آزمون ۰/۸۵ به دست آمد. همچنین در پژوهش حمیدی سپهر (۱۴۰۱) پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی صورت گرفت. در سطح توصیفی با استفاده از جدول‌ها، نمودارها، شاخص‌های مرکزی (میانگین) و شاخص‌های پراکندگی (واریانس و انحراف معیار) داده‌های جمع‌آوری شده خلاصه شد. در سطح استنباطی جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگراف-اسمیرنف و چولگی و جهت آزمون فرضیه‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج حاصل از اطلاعات جمعیت شناختی نشان می‌دهد که ۶۵،۵۵ درصد از افراد شرکت کننده از معلمان دوره ابتدایی، ۱۷،۷۸ درصد از معلمان متوسطه دوره اول و ۱۶،۶۷ درصد از معلمان متوسطه دوره دوم بودند.

جدول (۱): شاخص‌های توصیفی ابزارهای پژوهش

مقیاس	تعداد	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی روانشناختی	۱۸۰	۷۹,۲۱۱۱	۱۸,۴۷۷۲
تنظیم شناختی هیجان	۱۸۰	۹۳,۳۹۴۴	۳۱,۷۹۱۳
ذهن آگاهی	۱۸۰	۵۷,۸۸۸۹	۱۵,۴۴۳۹

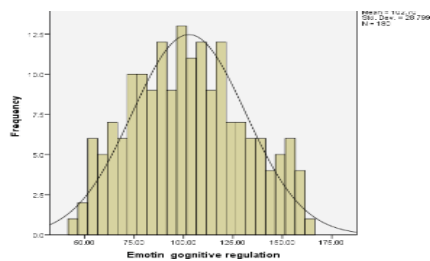
برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده شد.

جدول (۲): نرمال بودن توزیع داده‌ها

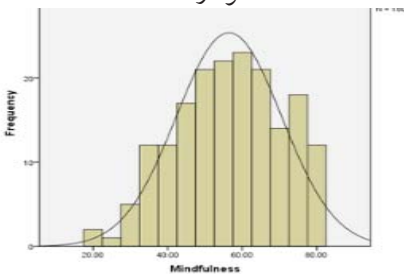
تعداد	بهزیستی روانشناختی	تنظیم شناختی هیجان	ذهن آگاهی
۱۸۰	۱۸۰	۱۸۰	۱۸۰
کولموگروف-اسمیرنف معنی داری (دو دامنه)	۱,۰۳۷ ۰,۲۳۳	۱,۲۵۲ ۰,۰۸۷	۱,۳۴۵ ۰,۰۵۴

بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنف سطح معنیداری نمرات آزمودنیها در بهزیستی روانشناختی برابر ۰,۲۳۳، تنظیم شناختی هیجان برابر ۰,۰۸۷، و ذهن آگاهی برابر با ۰,۰۵۴ میباشد و چون همه این اعداد از ۰,۰۵ بزرگتر است پس فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع داده‌های مربوط به بهزیستی روانشناختی، تنظیم شناختی هیجان، و ذهن آگاهی معلمان پذیرفته میشود و فرض مقابل مبنی بر نرمال بودن توزیع داده‌های مربوط به این متغیرها رد میشود.

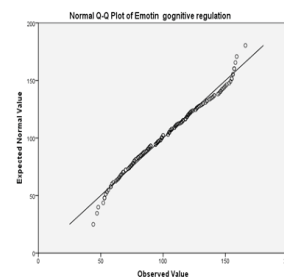
برای بررسی نرمال بودن توزیع خطاها باید به بافت نگاشت باقی مانده‌های استاندارد شده و همچنین نمودار احتمال نرمال رجوع کرد (فیلد، ۲۰۰۹). همانطور که در نمودار ۱، ۳ و ۵ دیده میشود، بافت نگاشت باقیمانده‌ها برای تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و بهزیستی روانشناختی نرمال است و همچنین خطی بودن نمودار ۲، ۴ و ۶ بیانگر آن است که نقاط تقریباً در یک خط قرار دارند و بنابراین غیر نرمال بودن چشمگیر باقی مانده‌ها وجود ندارد. این نمودارها مؤید پیش فرض نرمال بودن توزیع خطاها برای تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و بهزیستی روانشناختی، که از پیش فرض‌های تعمیم‌پذیری رگرسیون است، هستند.



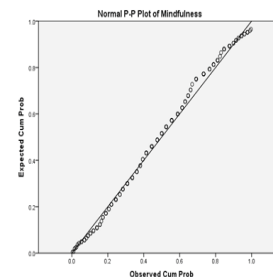
نمودار (۲)



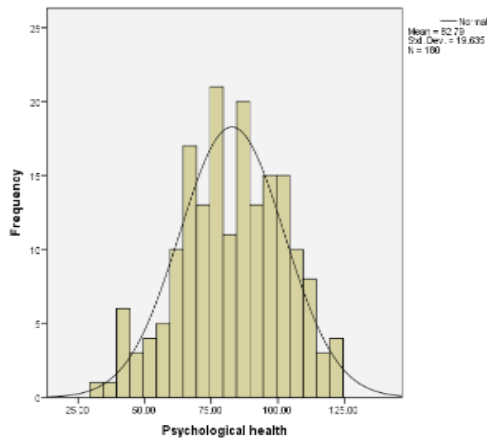
نمودار (۴)



نمودار (۱)



نمودار (۳)



نمودار (۶)



نمودار (۵)

جدول (۳): آزمون رگرسیون بین تنظیم شناختی هیجان و ذهن آگاهی با بهزیستی روانشناختی معلمان

ضریب همبستگی R	مجدور ضریب همبستگی R ²	ضریب تعدیل شده	خطای انحراف از برآورد
۰,۴۶۹	۰,۲۲۰	۰,۲۱۱	۱۶,۴۱۱۱۰

براساس اطلاعات جدول بالا همبستگی بین تنظیم شناختی هیجان و ذهن آگاهی با بهزیستی روانشناختی معلمان برابر با ۰,۴۶۹ است و میزان ضریب تبیین رگرسیون برابر با $R^2 = ۰,۲۲۰$ می‌باشد. یعنی ۲۲ درصد از تغییر در بهزیستی روانشناختی معلمان مربوط به تنظیم شناختی هیجان و ذهن آگاهی در آنان است.

جدول (۴): خلاصه تحلیل رگرسیون بهزیستی روانشناختی معلمان از طریق تنظیم شناختی هیجان و ذهن آگاهی آنان

شاخص / منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	Fمیزان	سطح معنی داری Sig.
اثر رگرسیون	۱۳۴۴۱,۶۰۶	۲	۶۷۲۰,۸۰۳	۲۴,۹۵۴	۰/۰۰۰
اثر باقیمانده	۴۷۶۷۰,۳۷۲	۱۷۷	۲۶۹,۳۲۴		
جمع	۶۱۱۱۱,۹۷۸	۱۷۹			

در اطلاعات مربوط به تحلیل واریانس مشاهده شده ($F = ۲۴,۹۵۴$ و $df = ۱۷۹$ و ۲)، تنظیم شناختی هیجان و ذهن آگاهی در تبیین بهزیستی روانشناختی معلمان معنی دار ($P < ۰/۰۵$) است.

جدول (۵): متغیرهایی که وارد معادله رگرسیون شده است

شاخص / منبع	ضریب بتا	خطای معیار	ضریب بتای استاندارد	نسبت t	Sig. سطح معنی داری
مقدار ثابت	۴۲,۳۲۵	۵,۶۶۸		۷,۴۶۸	۰,۰۰۰
تنظیم شناختی هیجان	۰,۲۲۰	۰,۰۳۹	۰,۳۷۸	۵,۶۵۶	۰,۰۰۰
ذهن آگاهی	۰,۲۸۳	۰,۰۸۰	۰,۲۳۶	۳,۵۳۳	۰,۰۰۱

ارقام مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد که تنظیم شناختی هیجان و ذهن آگاهی با بهزیستی روانشناختی معلمان زن رابطه مثبت دارند. بر اساس این تحلیل این نتایج میزان بتای جدول فوق نماینگر این نکته است که تنظیم شناختی هیجان و ذهن آگاهی، قدرت پیشبینی بهزیستی روانشناختی معلمان زن را دارند. همچنین، در بین تنظیم شناختی هیجان نسبت به ذهن آگاهی پیشبینی بیشتری از میزان بهزیستی روانشناختی معلمان دارد.

جدول (۶): ماتریکس همبستگی پیرسون برای ارتباط تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و بهزیستی روانشناختی معلمان

تنظیم شناختی هیجان	ذهن آگاهی	تنظیم شناختی هیجان	بهزیستی روانشناختی
تنظیم شناختی هیجان	۰,۱۱۹	۱	۰,۴۰۶**
ذهن آگاهی	۰,۱۱۳	۰,۱۱۹	۰,۲۸۱**
بهزیستی روانشناختی	۰,۱۱۳	۰,۴۰۶**	۱

(P < / ۰۵ ، n = ۱۸۰)

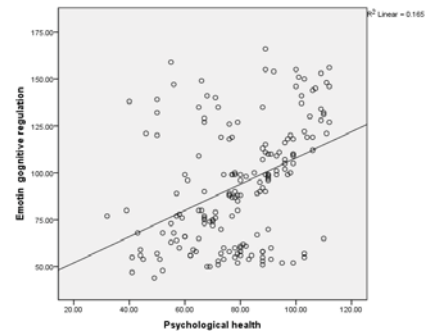
جدول فوق ماتریکس همبستگی پیرسون برای ارتباط تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و بهزیستی روانشناختی معلمان را نشان می‌دهد. با توجه به ارقام مندرج در جدول تعداد آزمودنی‌ها برابر با ۱۸۰ نفر می‌باشد. بین تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روانشناختی و همچنین بین ذهن آگاهی و بهزیستی روانشناختی معلمان ضریب همبستگی مثبت و معنی‌دار بوده (P < / ۰۱) اما بین تنظیم شناختی هیجان و ذهن آگاهی معلمان همبستگی معنی‌دار وجود ندارد (P > / ۰۵).

جدول (۷): نتایج گشتاوری پیرسون برای بررسی ارتباط تنظیم شناختی هیجان با بهزیستی روانشناختی معلمان زن

روان شناختی بهزیستی	تنظیم شناختی هیجان
	تنظیم شناختی هیجان
** ۰/۴۰۶	همبستگی پیرسون
۰/۰۰۰	نقطه تشخیص در دودامنه
۱۸۰	تعداد

(P < / ۰۵)

چنانچه جدول فوق نشان میدهد بین تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روانشناختی معلمان زن همبستگی مثبت و معنی دار وجود دارد (آزمون دودامنه، $P < 0/05$ ، $n = 180$ ، $r = 0/406$). همچنین نمودار پراکندگی (شکل ۴-۸) نشان میدهد که نقاط داده ها به طور مثبت و به خوبی در طول خط رگرسیون به شکل ارتباطی خطی و بدون لایه های خارجی پراکنده شده اند. یعنی با افزایش تنظیم شناختی هیجان در معلمان زن، بهزیستی روانشناختی آنان افزایش میابد و بالعکس.

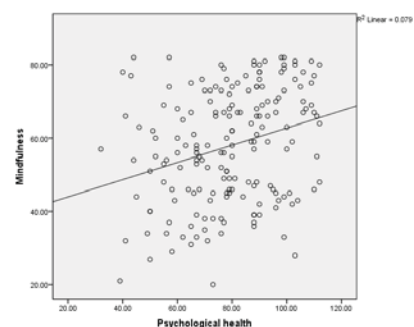


نمودار (۷): خط رگرسیون برای نشان دادن ارتباط تنظیم شناختی هیجان با بهزیستی روانشناختی معلمان
جدول (۸): نتایج گشتاوری پیرسون برای بررسی ارتباط ذهن آگاهی با بهزیستی روانشناختی معلمان زن

بهزیستی روانشناختی	ذهن آگاهی	
	۱	ذهن آگاهی
**۰/۲۸۱		همبستگی پیرسون
۰/۰۰۰		نقطه تشخیص در دودامنه
۱۸۰	۱۸۰	تعداد

($P < 0/05$)

چنانچه جدول فوق نشان می دهد بین ذهن آگاهی و بهزیستی روانشناختی معلمان زن همبستگی مثبت و معنی دار وجود دارد (آزمون دودامنه، $P < 0/05$ ، $n = 180$ ، $r = 0/281$). همچنین نمودار پراکندگی نشان میدهد که نقاط داده ها به طور مثبت و به خوبی در طول خط رگرسیون به شکل ارتباطی خطی و بدون لایه های خارجی پراکنده شده اند. یعنی با افزایش ذهن آگاهی معلمان زن، بهزیستی روانشناختی آنان افزایش میابد و بالعکس.



نمودار (۸): خط رگرسیون برای نشان دادن ارتباط ذهن آگاهی با بهزیستی روانشناختی معلمان زن

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین رابطه تنظیم شناختی هیجان و ذهن آگاهی با بهزیستی روانشناختی معلمان آموزش و پرورش انجام شد. در مقایسه‌ی تطبیقی در زمینه‌ی رابطه‌ی تنظیم شناختی هیجان و ذهن آگاهی با بهزیستی روانشناختی معلمان زن، یافته‌های این پژوهش در تحقیقات پژوهشگران و محققان داخلی با بخش‌هایی از یافته‌ها و نتایج پژوهش یاقوتی و عارفی (۱۴۰۱)، شعبانی و خلعتبری (۱۳۹۸)، سلاجقه، امامی پور و نعمت الله زاده ماهانی (۱۳۹۸)، و همچنین با نتایج پژوهشگران خارجی مانند گاتمن و بکتول (۲۰۲۱)، الهای، هال و اروین (۲۰۱۸)، مک کونویل، مک-آلر و هاهنه (۲۰۱۷) همسو بوده و منطبق است. نتایج ناهمسو یافت نشد.

محققین فوق در پژوهش خود اشاره نموده اند که تنظیم شناختی هیجان و ذهن آگاهی با بهزیستی روانشناختی رابطه دارد. براساس نظر شناخت گراها افراد دارای سلامت روان معتقد به یک سیستم اعتقادی و ارزشی هستند و خصوصیات نظام و اعتقاد او نیز منطق با ادراک او از واقعیات است طرز تفکر چنین فردی فاقد خصوصیات تعمیم پذیری، مبالغه کردن، فیلتر ذهنی و ... است. فرد دارای سلامت روانشناختی به جنبه‌های مثبت خود به اندازه کافی و به صورت واقع بینانه توجه مینماید. چنین فردی در حیطه طبیعی خودش گام بر میدارد و نهایتاً صادقانه مسئولیت رفتار و تفکرش را میپذیرد (اوی، ۱۹۹۳؛ به نقل از حمیدی سپهر، ۱۴۰۱). طبق نظر ایس (۱۹۹۷) در پیدایش بیماری عاطفی یا سلامت روانشناختی هر سه عامل فیزیولوژیکی، جسمانی و روانشناختی نقش دارند. او معتقد است که افکار منطقی و عقلی به عواقب و پیامدهای منطقی منتهی میشود و در نتیجه به سلامت روانی فرد ختم میشود (عباسی پهلوان، ۱۳۹۶). از طرفی می‌توان تنظیم شناختی هیجان را مترادف با سازگاری شناختی^{۱۳۷} دانست. افراد به هنگام تجربه رخدادهای تهدید کننده یا تنش‌زای زندگی، قبل از انجام هر کاری، به لحاظ شناختی از راهبردهایی برای تنظیم هیجان‌ات خود استفاده می‌کنند (گارفنسکی، کرایچ، اسپین هاون^{۱۳۸}، ۲۰۰۱؛ به نقل از کربلایی، یزدانبخش و کریمی، ۱۴۰۰). این راهبردهای مهم و برجسته شامل پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مثبت، به منظری دیگر نگاه کردن، خود را مقصر دانستن، نشخوار فکری، فاجعه‌آمیز کردن و دیگران را مقصر دانستن می‌باشند (مشقتی کندری، ۱۳۹۹). همچنین ذهن آگاهی شیوه‌ای است برای پرداختن توجه کامل به تجربیات زمان حال به شکل لحظه‌به‌لحظه که با دعوت به لحظه‌ی کنونی، حضوری بیشتر و قضاوتی کمتر، در افراد ایجاد می‌کند (کریستلر و حالت^{۱۳۹}، ۱۹۹۹؛ به نقل از گنابادی و رضوی، ۱۴۰۰). ذهن آگاهی به ما یاری می‌دهد تا این نکته را درک کنیم که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهد، اما آن‌ها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را

می‌دهد تا به‌جای آنکه به رویدادها به‌طور غیرارادی و بی‌تأمل پاسخ دهد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد (امانوئل^{۱۴۰} و همکاران، ۲۰۱۰؛ به نقل از هرن و کروس، ۲۰۲۰). بنابراین، پیشبینی بهزیستی روانشناختی براساس تنظیم شناختی هیجان و ذهن آگاهی دور از انتظار نیست و عقلانی به نظر میرسد.

در تبیین و تفسیر نتایج فرضیه‌ی اصلی پژوهش پیرامون رابطه‌ی تنظیم شناختی هیجان و ذهن آگاهی با بهزیستی روانشناختی معلمان میتوان اذعان نمود که عوامل متعدد بسیاری وجود دارند که میتوانند بر بهزیستی روانشناختی معلمان زن تأثیر بگذارند. از بین این عوامل تأثیرگذار میتوان به تنظیم شناختی هیجان و ذهن آگاهی اشاره کرد. به نظر میرسد با توجه به این که تنظیم شناختی هیجان از مؤلفه‌های پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و ارزیابی مثبت تشکیل میشود، هریک از این مؤلفه‌ها میتوانند به افزایش بهزیستی روانشناختی کمک کنند. برای مثال، پذیرش باعث افزایش انعطاف پذیری روانشناختی در فرد میشود و تمرکز مجدد مثبت به معنای داشتن تفکرات خوش‌آیند، شاد و مثبت به جای فکر کردن در مورد رویدادهای استرس‌زا و تهدید کننده است. به‌عنوان مثال، فرد در عوض فکر کردن به آن اتفاق ناگوار، به چیزهایی بهتر از آنچه که تجربه کرده است، فکر کند و از این طریق تلاش دارد تا بتواند تنش آن تجربه ناگوار را به نحو مؤثرتری کنترل و هدایت نماید. در تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی فرد به این مسئله فکر می‌کند که چگونه می‌تواند با شرایط پیش‌آمده به بهترین نحو کنار بیاید و شرایط را به نحو مثبت و بهینه‌ای تغییر دهد. در ارزیابی مثبت فرد به این فکر می‌کند که از شرایط پیش‌آمده می‌تواند ابعاد مثبتی را نیز در بر داشته باشد و به این ابعاد مثبت می‌تواند به عنوان عواملی جهت رشد شخصی نگاه کرد (سلاجقه و همکاران، ۱۳۹۸). همچنین ذهن آگاهی، هشیاری غیرقضاوتی و غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه‌ای است که در یک لحظه خاص در محدوده‌ی توجه یک فرد قرار دارد؛ علاوه بر آن، این مفهوم اعتراف به تجربه یاد شده و پذیرش آن را شامل می‌شود. پژوهش‌های علمی متعدد نشان داده است که علت بسیاری از مشکلات روانی افراد، عدم حضور آن‌ها در همین‌جا و همین لحظه‌به‌لحظه زندگی‌شان است، درحالی‌که افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه‌ی گسترده‌ای از تفکرات، هیجان‌ات و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (رحیمی، حاجلو و بشرپور، ۱۳۹۸). حضور ذهن با مؤلفه‌هایی نظیر پذیرش (واقعیت)، حضور (در زمان حال)، اجتناب (از نشخوار فکری) شامل اهدافی همچون ارتقای بهزیستی و آگاهی از خود و محیط همراه با تعدیل ذهن است (فیشر و ولز، ۲۰۰۹؛ ترجمهی عابدی و احمدخانی، ۱۴۰۱).

از طرفی موضوع بهزیستی روانشناختی معلمان از نظر روانشناسان و صاحب‌نظران تعلیم و تربیت دارای اهمیت قابل توجهی است و

روانشناختی معلمان، یافته‌های این پژوهش در تحقیقات پژوهش-گران و محققان داخلی با بخش‌هایی از یافته‌ها و نتایج پژوهش محقق، داستانی و صالحی (۱۴۰۱)، گنابادی و رضوی (۱۴۰۰)، رحیمی، حاجلو و بشرپور (۱۳۹۸)، و همچنین با نتایج پژوهش-گران خارجی مانند گاتمن و بکتول (۲۰۲۱)، والش، ساب و فارب (۲۰۱۹)، مک کونویل، مک آلر و هاهنه (۲۰۱۷)، هارینگتون، لوفردو و پرز (۲۰۱۴) همسو بوده و منطبق است. نتایج ناهمسو یافت نشد.

در تبیین و تفسیر نتایج فرضیه‌ی فرعی دوم پژوهش پیرامون ارتباط بین ذهن آگاهی با بهزیستی روانشناختی معلمان زن به نظر می‌رسد ذهن آگاهی با توجه به این که به‌عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد تعریف شده است و این توجه، توجهی هدفمند، به همراه پذیرش بدون داوری در مورد تجربه‌های در حال وقوع در لحظه کنونی است (والش و همکاران، ۲۰۱۹)، به معلمان یاری می‌دهد تا این نکته را درک کنند که هیجانهای منفی ممکن است رخ دهد، اما آن‌ها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به آنان این امکان را می‌دهد تا به‌جای آنکه به رویدادها به‌طور غیرارادی و بی‌تأمل پاسخ دهند، با تفکر و تأمل پاسخ دهند. توانایی معلمان برای حضور در لحظه‌ی اکنون باعث می‌شود فاصله‌ی بین آنان و واقعیت کمتر شود و امکان درک صحیح موقعیت و ارائه‌ی پاسخ‌های معقول و هشیارانه فراهم شود. درواقع ذهن آگاهی می‌تواند به معلمان کمک کند تا به جای درگیر شدن با افکار و هیجانهای منفی خود فقط آنها را بپذیرند و مشاهده کنند و این امر ناراحتی روانشناختی معلمان را کاهش و بهزیستی روانشناختی آنان را افزایش می‌دهد. ویلامز و پنمن (۲۰۱۲) معتقدند که ذهن آگاهی همچون میکروسکپی عمل می‌کند که عمیق‌ترین الگوهای ذهن را نشان می‌دهد؛ وقتی ذهن در عمل مشاهده می‌شود، فرد متوجه می‌شود که افکار خودبه‌خود ناپدید می‌شوند؛ به‌عبارت‌دیگر عمل ساده مشاهده افکار با نگرداشتن آن‌ها در فضایی بزرگ‌تر فکرها را تسکین می‌دهد و پراکنده می‌کند. ذهن پر جوش و خروش آرام می‌شود نه به این خاطر که فکرها آرام شده‌اند بلکه به این خاطر که به آن‌ها اجازه داده شده، حداقل برای یک لحظه، همان‌طور که هستند، باشند. بنابراین وجود رابطه بین ذهن آگاهی و بهزیستی روانشناختی معلمان دور از انتظار نبوده و منطقی به نظر می‌رسد.

این مطالعه نیز با محدودیت‌هایی روبرو بوده است:

عوامل تهدیدکننده‌ی روایی درونی و بیرونی پژوهش.

عدم همکاری برخی از افراد گروه نمونه‌ی پژوهش به دلیل عدم اطمینان به امر پژوهش که منجر به محدودیت در امر پژوهش توسط پژوهشگر گردید. به دلیل این که برخی از افراد گروه نمونه‌ی پژوهش ترس از افشای اطلاعات شخصی را احساس می‌کردند. با توجه به اینکه این مطالعه در ناحیه ۴ کرج انجام شده امکان تعمیم

افزایش بهزیستی روانشناختی معلمان با توجه به تأثیر آن بر بهداشت روانی دانش آموزان و در نهایت کاهش افت تحصیلی و سایر پیامدهای ناگوار ناشی از آن امری مهم است. بنابراین، شناسایی عوامل مؤثر و مرتبط با بهزیستی روانشناختی معلمان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد و تنظیم شناختی هیجان و ذهن آگاهی را می‌توان به عنوان یکی از عوامل اساسی و مهم در افزایش بهزیستی روانشناختی معلمان در نظر گرفت.

نتایج حاکی از آن است که بین تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روانشناختی معلمان زن رابطه وجود دارد. یعنی با افزایش تنظیم شناختی هیجان در معلمان زن، بهزیستی روانشناختی آنان افزایش می‌یابد و بالعکس.

در مقایسه‌ی تطبیقی در زمینه‌ی رابطه‌ی تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روانشناختی معلمان، یافته‌های این پژوهش در تحقیقات پژوهشگران و محققان داخلی با بخشهایی از یافته‌ها و نتایج پژوهش کربلایی، یزدانبخش و کریمی (۱۴۰۰)، و همچنین با نتایج پژوهشگران خارجی مانند الهای، هال و اروین (۲۰۱۸)، همسو بوده و منطبق است. نتایج ناهمسو یافت نشد.

در تبیین و تفسیر نتایج فرضیه‌ی فرعی اول پژوهش پیرامون ارتباط تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روانشناختی می‌توان ادعان نمود که از بین عوامل متعدد مؤثر بر بهزیستی روانشناختی معلمان زن می‌توان به تنظیم شناختی هیجان آنان اشاره کرد. راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و نحوه‌ی برخورد افراد با رویدادها و مسایل زندگی و از جمله مسائل شغلی می‌تواند از نحوهای که افراد هیجان‌ات خود را تنظیم و کنترل مینمایند تأثیر پذیرد، به عبارت دیگر افراد با استراتژی‌های مثبت تنظیم شناختی هیجان می‌توانند به گونه‌های سازگار یافته به مسایل و رخدادهای زندگی خود پاسخ دهند (کربلایی، یزدانبخش و کریمی، ۱۴۰۰). به نظر می‌رسد با توجه به این که معلمان زن در حیطه‌ی شغلی خود و در تعامل با دانش آموزان و به ویژه با توجه به مسائل اجتماعی کنونی با چالش‌های زیادی مواجه‌اند و هیجان‌ات منفی نظیر ترس، خشم، احساس ناامنی و از این قبیل ممکن است باعث برخی مشکلات روانشناختی در آنان شود، راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان به آنان کمک می‌کند در مواجهه با چالش‌های شغلی و اجتماعی بتوانند هیجانهای منفی خود را به خوبی مدیریت کنند و سازگاری و انعطاف روان-شناختی آنان افزایش یابد. بنابراین همبستگی بین تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روانشناختی معلمان زن منطقی به نظر می‌رسد و دور از انتظار نیست.

و نتایج حاکی از آن است که بین ذهن آگاهی و بهزیستی روان-شناختی معلمان زن همبستگی وجود دارد. یعنی با افزایش ذهن آگاهی معلمان زن، بهزیستی روانشناختی آنان افزایش می‌یابد و بالعکس.

در مقایسه‌ی تطبیقی در زمینه‌ی رابطه‌ی ذهن آگاهی و بهزیستی

نتایج به سایر نواحی و شهرها را با محدودیت همراه می‌سازد. با توجه به اینکه این مطالعه بر روی معلمان انجام شده است امکان تعمیم نتایج به سایر مشاغل جامعه را با مشکل مواجه می‌کند. با توجه به محدودیت‌ها و یافته‌های ذکر شده پیشنهادات زیر ارائه می‌شود:

- به بررسی طولی رابطه‌ی تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و بهزیستی روانشناختی در معلمان زن نیز پردازند.
- برای سنجش تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و بهزیستی روانشناختی در صورت امکان از ابزار متفاوت استفاده نموده و نتایج حاصله را با یافته‌های این تحقیق مقایسه نمایند.
- به بررسی عوامل دیگر مرتبط با بهزیستی روانشناختی معلمان زن نیز پردازند.
- پیشنهاد میشود روانشناسان و مشاوران آموزش و پرورش در ارائه‌ی برنامه‌های ارتقاء بهزیستی روانشناختی معلمان، افزایش تنظیم شناختی هیجان و ذهن آگاهی را به‌عنوان یکی از عوامل مهم مد نظر قرار دهند. همچنین مسئولان آموزش ضمن خدمت در دوره‌های آموزش معلمان، برنامه‌ی آموزشی تنظیم شناختی هیجان و ذهن آگاهی را در محتوای آموزشی ضمن خدمت بگنجانند.

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی می‌باشد. بدین وسیله از تمامی افرادی که با همکاری خود، ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاریم.

منابع
 اخباراتی، فرزانه و بشردوست، سیمین. (۱۳۹۵). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس عملکرد خانواده و نیازهای بنیادی روان‌شناختی دانش‌آموزان. مجله‌ی اصول بهداشت روانی، ۱۸(۱): ۳۷۹-۳۷۴.
 تبریزی، نرگس و وحیدی، زهره. (۱۳۹۴). مقایسه‌ی تنظیم هیجان، ذهن آگاهی و بهزیستی روانشناختی در مادران دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. فصلنامه‌ی ناتوانیهای یادگیری، ۴(۴): ۳۵-۲۱.
 حمیدی سپهر، سمیه. (۱۴۰۱). رابطه‌ی نیازهای اساسی و مهارت‌های ارتباطی مادران با بهزیستی روانشناختی فرزندان. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، دانشکده‌ی روانشناسی و علوم تربیتی، رشته‌ی روانشناسی تربیتی.
 دهستانی، مهدی. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دختر. فصلنامه‌ی اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۱۰(۳۷): ۴۷-۵۶.
 رحیمی، سعید؛ حاجلو، نادر و بشرپور، سجاد. (۱۳۹۸). مدل پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی دانشجویان بر اساس ویژگیهای شخصیتی با میانجیگری ذهن آگاهی. نشریه‌ی علوم پزشکی رازی (مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی ایران)، ۲۶(۳): ۷۸-۶۷.
 سلاجقه، سوزان؛ امامی پور، سوزان و نعمت‌الله زاده ماهانی، کاظم. (۱۳۹۸). الگوی ساختاری روابط بین ذهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی بر اساس نقش میانجیگر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در زنان دچار سرطان سینه. فصلنامه‌ی روانشناسی کاربردی، ۱۳(۱): ۹۸-۷۷.
 شاهرخی، فرزانه. (۱۳۹۵). مقایسه اضطراب اجتماعی، شادکامی و ذهن آگاهی در بین تمرین‌کنندگان یوگا و افراد عادی. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرکز بین‌المللی کیش، رشته‌ی روانشناسی عمومی.
 شعبانی، مهیند و خلعتبری، جواد. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواریهای تنظیم هیجان و بهزیستی روانشناختی در سندرم پیش از قاعدگی. نشریه‌ی سلامت روان، ۱۸(۱): ۵۲-۳۴.
 شیرازی تهرانی، علیرضا و غلامرضایی، سیمین. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت عمومی مادران کودکان کم توان ذهنی. مجله‌ی تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۵(۹): ۱۶-۵.
 عباسی پهلوان، ارشد، دانشگاه آزاد واحد الکترونیکی، دانشکده‌ی روانشناسی و علوم تربیتی، رشته‌ی روانشناسی عمومی.
 فیشر، پتر و ولز، آدریان. (۲۰۰۹). درمان فراشناختی (ویژگیهای منحصر به فرد). ترجمه‌ی عابدی، قدرت و احمدخانی، فاطمه (۱۴۰۱)، کرج: انتشارات شفقت. کربلایی، محبوبه؛ یزدانبخش، کامران و کریمی، پروانه. (۱۴۰۰). پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی براساس تنظیم هیجان، انعطاف‌پذیری شناختی و ذهن آگاهی در مبتلایان به سرطان. مجله‌ی روانشناسی سلامت، ۱۰(۱): ۱۶۰-۱۴۱.
 گلاسر، ویلیام. (۱۹۹۸). نظریه انتخاب (روانشناسی نوین آزادی شخصی). ترجمه‌ی مهرداد فیروزبخت (۱۳۹۹)، تهران: انتشارات آگاه.
 گنابادی، فهیمه و رضوی، مجید رضا. (۱۴۰۰). مقایسه‌ی اثر آموزش مجازی شایستگی هیجانی و فنون ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی معلمان با نقش تعدیلی اشتیاق شغلی: یک مطالعه تطبیقی در سازمانهای آموزشی. فصلنامه‌ی اندیشه‌های نوین تربیتی، ۱۷(۴): ۸۲-۶۵.
 محقق، نعیمه؛ داستانی، محبوبه و صالحی، مبین. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی و تنظیم شناختی هیجان افراد دارای افسردگی. مجله‌ی روانشناسی و علوم تربیتی در هزاره سوم، ۱۸(۱): ۴۴-۳۰.
 محمدی، جواد؛ میردریگوند، فضلالله و عزیززی، امیر. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۵(۱۳۰): ۵۲-۶۱.
 مشفتی کندری، فاطمه. (۱۳۹۹). رابطه تنظیم شناختی هیجان و کم‌کطلبی تحصیلی با سازگاری تحصیلی در بین دانشجویان. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، دانشکده‌ی روانشناسی و علوم تربیتی، رشته‌ی روانشناسی تربیتی.
 مظلومیان، سعید و داستانیزاده، کیانوش. (۱۳۹۹). تأثیر نیازهای اساسی روانشناختی و مهارت‌های خودکنترلی بر بهزیستی ذهنی دانش‌آموزان نوجوان. هفتمین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم تربیتی، روانشناسی و مشاوره ایران، <https://civilica.com/doc/1140453>
 مهرابیزاده هنرمند، مهناز؛ کریمزاد، فرزاد و خواجهالدین، نیلوفر. (۱۳۹۳). تأثیر درمان مبتنی بر مدل فرانظری بر خودکارآمدی پرهیز از مواد و چگونگی به‌کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان معنادین. مجله‌ی مطالعات علوم پزشکی، دوره‌ی بیست و پنجم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۳، صص ۴۲-۳۲.
 یاقوتی، اسماء و عارفی، مختار. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر پردازش شناختی، تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی معلمان. مجله‌ی پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۱(۵۵): ۴۱-۲۹.

- Balkis, M., & Duru, E. (2016). Procrastination, self-regulation failure, academic life satisfaction, and affective well-being: underregulation or misregulation form. *European Journal of Psychology of Education*, 31(3), 439-459.
- Brockman, R., Ciarrochi, J., Parker, P., & Kashdan, T. (2017). Emotion regulation strategies in daily life: mindfulness, cognitive reappraisal and emotion suppression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(2), 91-113.
- Elhai, J.D., Hall, B.J., & Erwin, M.C. (2018). Emotion regulation's relationships with depression, anxiety and stress due to imagined smartphone and social media loss. *Psychiatry Res*;1)261):28-34 .
- Emanuel, A. S. Updegraff, J. A. Kalmbach, A. D. & Ciesla, J. A. (2010). The role of mindfulness facets in affective forecasting. *Personality and Individual Differences*, 49.815-818.
- Göttsmann, A., & Bechtoldt, M. N. (2021). Coping with COVID-19 – Longitudinal analysis of coping strategies and the role of trait mindfulness in mental well-being. *Personality and Individual Differences*, 175(1), 33-42.
- Harrington, R., Loffredo, D. A., & Perz, C. A. (2014). Dispositional mindfulness as a positive predictor of psychological well-being and the role of the private self-consciousness insight factor. *Personality and Individual Differences*, 71(1), 15-18.
- Hayes, S., Strosahl, K. D., Wilson, K. (2012). *Acceptance and commitment therapy: second addition. The process and practice of Mindful change*, The Guilford press.
- Hearn, J.H., & Cross, A. (2020). Mindfulness for pain, depression, anxiety, and quality of life in people with spinal cord injury: a systematic review. *BMC Neurol*; 20(1):32. doi: 10.1186/ s12883-020-1619-5.
- Lincoln, T. M., Schulze, L., & Renneberg, B. (2022). The role of emotion regulation in the characterization, development and treatment of psychopathology. *Nature Reviews Psychology*, 1(5), 272-286.
- Mackay, M. (2008). *Hand book of research method in abnormal and clinical psychology*. New York: Guilford Press.
- McCarney R.W. Schulz J. & Grey A.R. (2012). Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14(3): 279-299.
- McConville, J., McAleer, R., & Hahne, A. (2017). Mindfulness Training for Health Profession Students—The Effect of Mindfulness Training on Psychological Well-Being, Learning and Clinical Performance of Health Professional Students: A Systematic Review of Randomized and Non-randomized Controlled Trials. *EXPLORE*, 13(1), 25-45.
- Morelli, M., Cattelino, E., Baiocco, R., Trumello, C., Babore, A., Candelori, C., & Chirumbolo, A. (2020). Parents and children during the COVID-19 lockdown: The influence of parenting distress and parenting self-efficacy on children's emotional well-being. *Frontiers in Psychology*, 11(1): 1-10.
- Novak, M.A., & Suomi, S.J. (2017). Psychological well-being. *The International Encyclopedia of Primatology*; Available from: <https://doi.org/10.1002/9781119179313.wbprim0143>
- Sanderse", W.A. Lam, D. H. (2010). "Ruminative and mindful self- focused processing modes and their impact on problem solving in dysphoric individuals". *Behavior Research and Therapy*, 48(1): 747-753.
- Walsh, K.M., Saab, B.J., & Farb, N.A. (2019). Effects of a mindfulness meditation app on subjective well-being: active randomized controlled trial and experience sampling study. *JMIR Ment Health*; 6(1):e10844. doi: 10.2196/10844.
- Williams, M. & Penman, D. (2012). *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. Piatkus. co. uk.
- Woong Kang, Y. & Jong Lee, S. (2019). The Relationship Between the Types of Needs Satisfaction and Subjective Well-Being. *Perspectives on Community Well-Being*, 1(1): 135-154.

Endnotes:

- 1 Depressive disorder
- 2 Wegner
- 3 Otte
- 4 Suicidal thoughts
- 5 Koo & Kim
- 6 World Health Organization
- 7 Arditì-Arbel
- 8 Franklin
- 9 Lövestad
- 10 Basha
- 11 Zhang
- 12 Emotional self-regulation
- 13 Sloan
- 14 Bond
- 15 Herwig et al
- 16 Joormann and Stanton
- 17 Morrish
- 18 Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
- 19 Chew
- 20 Bai
- 21 Ducasse
- 22 Luoma & Villatte
- 23 Ducasse
- 24 Davies
- 25 Spidel
- 26 Ruiz
- 27 Grothe
- 28 Kapci
- 29 Dabson, Mohammadkhani
- 30 Zhang & Brown
- 31 Anisi
- 32 Hayes
- 33 Hulbert Williams Storey, & Wilson,
- 34 El-Sayed
- 35 Baumeister
- 36 Davies
- 37 Obesity
- 38 Horwich, Fonarow, Clark
- 39 World Health Organization
- 40 Shapira & Sharon
- 41 Kolb & Zhang
- 42 De Fronzo, Ferrannini, Groop, Henry, Herman, Holst, Hu, Kahn, Raz, Shulman GI, et al
- 43 Kovesdy, Furth & Zoccali
- 44 King, March, Anandacoomarasamy
- 45 Stone, McPherson, Gail Darlington
- 46 Amianto, Siccardi, Abbate-Daga, Marech, Barosio & Fassino
- 47 Levitan & Davis
- 48 Macht & Simons
- 49 Emotion regulation
- 50 Gross
- 51 Yang et al.,
- 52 Garnefski, & Kraaij
- 53 Incompatible strategies

110	Gomez-Oliviera	54	Rumination
111	Thumati, Kerstein, Yiannios & Radke	55	Blame yourself
112	Difficulties in emotion regulation scale (DERS)	56	Blame others
113	Gratz & Roemer	57	Disastrous perception
114	Zeifman, Antony & Kuo	58	Adaptive strategies
115	Tolerance	59	Positive refocusing
116	Variance inflation factor	60	Positive reassessment
117	Durbin-Watson	61	Acceptance
118	Coccaro	62	Refocus on planning
119	Palomo-Osuna	63	Development of perspective
120	Beam	64	Garnefski & Kraaij
121	Turin & Radobuljac	65	Differentiation
122	Sun	66	Cabrera-Sanchez, & Friedlander
123	Ajele	67	Mindfulness
124	Psychological well-being	68	Segal et al.,
125	Balkis & Duru	69	Deah & Wayne
126	cognitive emotion regulation	70	Nezlek, Holas, Rusanowska & Krejtz
127	Elhai, JD., Hall, BJ., & Erwin, MC	71	Ruffault et al.,
128	Aldo-Nolen-Hoxiauwizer	72	Köse & Tayfur
129	Garnefski, N. Kraaij, V	73	Sarto et al.,
130	Mindfulness	74	Hanson et al.,
131	Kieviet-Stijnen, A., Visser, A., Garssen, B.	75	violence
132	Götman, A., & Bechtoldt, M. N.	76	Williams et al
133	Brockman, R., Ciarrochi, J., Parker, P., & Kashdan, T.	77	family violence
134	McConville, J., McAleer, R., & Hahne, A.	78	Ali, Mogren & Krantz
135	Brown, K., & Ryan, R.	79	Hyland
136	Ryff	80	Tinglof & Hoberg
137	Cognitive adjustment	81	McCarthy
138	Granefski, Kraaij, Spinhoven	82	Anderson
139	Kristeller, J. L. & Hallett, C. B.	83	psychological distress
140	Emanuel, A. S.	84	Choi
141	Methamphetamine (meth)	85	Gyasi
142	Canton	86	feeling lonely
143	psychosis	87	Horowitz & French
144	Depression	88	Saklofske, Yackulic & Kelly
145	McKetin	89	Zhang, Zou, Wang & Finy
146	Shoptaw & Reback	90	Qualter
147	Craving beliefs	91	Schema therapy
148	Delonca	92	Khasho van Alpeno
149	Relapse	93	Digik
150	Turkcapar, Kose, Ince & Myrick	94	world health organization
151	Martínez-González, Lopez, Lozano-Rojas & Verdejo-Garcia	95	DeClercq & Sweeney
152	Drummond	96	Heumann, Röhsch & Hämel
153	Rogers, Zvolensky, Ditre, Buckner & Asmundson	97	diabete
154	Moeller & Stoops	98	Klein, Gastaldelli & Yki-Järvinen
155	Psychological distress	99	Fawzy, Rivera Caravaca & Underhill
156	Anxiety	100	depression
157	Stress	101	Kaur, Scholl & Owens-Gary
158	Witkiewitz	102	He, Wang & Li
159	Childs & de Wit	103	Erhardt, Murray-Krezan & Regino
160	Sinha	104	Belmon & Auxillia
161	Beck, Wright, Newman & Liese	105	Kane
162	Bujarski, Gatchalian, Taha & Ray	106	emotion regulation
		107	Tabachnick, Fidell & Ullman
		108	Beck depression inventory-II (BDI-II)
		109	Beck, Steer & Brown

163	Gossop, Stewart & Browne
164	Ahn, Lee & Choi
165	mediation analyses
166	Kuckertz & Amir
167	Hopkins
168	Erci
169	Self-efficacy
170	Filiz & Polat
171	Tiffany
172	Bandura
173.	González-Saiz, Lozano-Rojas, Bilbao & Cobo
174	Kadden, Litt, Kabela-Cormier & Petry
175	Witkiewitz, Bowen, Douglas, & Hsu
176	Abstinence
177	Reduced craving
178	Bakioğlu
179	Mey
180	Belliván
181	Gábor and Jekielek
182	Lenz
183	Kadden & Litt
184	Moeller & Stoops
185	Gwaltney
186.	Schumacher, Coffey, Stasiewicz, Greenwald & Schumacher
187	Lawrence, Mcfield, Byrne, Tarver & Stewart
188	Sizemore
189	Fitness indicators
190	Craving beliefs questionnaire (CBQ)
191	Beck, Wright & Newman
192	Depression anxiety stress scale (DASS)
193	Lovibond & Lovibond
194	General Self-Efficacy Scale (GSES)
195	Sherer
196	Variance inflation factor (VIF)