



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 منتظری ، 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 الذاکرینی ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی کرج
- مدیر داخلی: سعید ملیحی الذاکرینی ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی کرج
- ویراستاران: شراره ضیغمی محمدی 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 ، انسیتیتو 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 الذاکرینی
- قیمت: ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال

نشانی دفتر نشریه: کرج، بلوار مودن، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، گروه روانشناسی سلامت و بالینی  
 دورنگار: ۰۲۶-۳۴۴۱۸۱۵۶-۰۲۶ تلفن: ۰۲۶-۳۴۱۸۲۵۲۱-۰۲۶ کد پستی: ۳۱۴۹۹۶۸۱۱۱ وب سایت: <https://sanad.iau.ir/journal/jhpsy>  
 پست الکترونیک: [healthpsychology@kiaui.ac.ir](mailto:healthpsychology@kiaui.ac.ir) یا [healthpsychologyJournal@gmail.com](mailto: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:

Ali 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

Arezoo 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](mailto:healthpsychologyjournal@gmail.com) **Tel: +98-**

Interdisciplinary Journal of Health and Psychology  
Vol.12 , No8 , Autumn 2024  
فصلنامه سلامت و روانشناسی ، سال دهم ، شماره ۸ ، پاییز ۱۴۰۳

### 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. مقاله‌های باید با رعایت کامل آئین نگارش و بخصوص رعایت رسم الخط فارسی نوشته شده و از به کار بردن 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 در زیرنویس نگاشته شود. (لازم به ذکر است که مقاله‌های دریافتی در محیط نرم افزار Indesign صفحه آرایی خواهد شد لذا فایل ارسالی بصورت ساده و در محیط نرم افزار WORD تنظیم شود). مقاله‌های قابل پذیرش در فصلنامه سلامت و روانشناسی 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@kiaui.ac.ir](mailto:healthpsychology@kiaui.ac.ir)) ([healthpsychologyjournal@gmail.com](mailto: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 12 در خطوطی که یک فاصله بهم داشته و حدود 2/5 سانتی‌متر حاشیه از هر طرف صفحه تایپ شده باشد (لطفاً از تایپ سه هم چسبیده یا فاصله اندک حروف و کلمات بطور جدی خودداری فرمایید). جداول و نمودارها باید راست چین و با حروف و عدد فارسی و با کیفیت مناسب طراحی و کشیده شوند (جداول چپ چین یا انگلیسی در صفحه آرایی مجله مشکل جدی ایجاد می‌کنند). اشکال باید به صورت JPEG یا GIF با کیفیت بالا بصورت جداگانه ارسال شوند.

#### 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 250 کلمه و بخشهای هدف، روش بررسی، یافته‌ها، نتیجه‌گیری و کلید واژه‌ها که دقیقاً منعکس کننده اهم مطالب مقاله است دارا باشند. کلمات کلیدی 5-3 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 بجامانده 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

- ۶ سبک های مقابله ای ، عزت نفس، خودپنداره و خودکارآمدی در نوجوانان مبتلا به سرطان خون (لوکمی) و هموفیلی  
راحله کرم پور / علیرضا کاکاوند / آیدا انصاری
- ۲۰ پیش بینی آشفتگی هیجانی براساس خودپنداره و شایستگی اجتماعی در دانشجویان  
سعید ملیحی الذاکرینی / علیرضا شکرگزار / سعیده قاضی زاده
- ۲۸ اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بد شکل انگاری بدن و پر خوری عصبی در مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی  
پیام ورعی / نازیلا نجاتی / سیمین جعفری / فردوس کاظمی دلپوند
- ۴۶ اثربخشی طرحواره درمانی بر هوش هیجانی و تاب آوری ورزشکاران حرفه ای (مورد مطالعه ورزشکاران رشته تکواندو شهر اصفهان)  
انیس خوش لهجه صدق / علی رحیمیان
- ۵۵ اثربخشی آموزش نرم افزار شناختی لاگ بر میزان گوش بزنگی و سرعت پردازش دیداری شنیداری کودکان مبتلا به ADHD  
مبینا ابوالقاسمی / علی اکبر صلاحی
- ۶۶ اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی، کمال گرایی و دلزدگی تحصیلی در دانشجویان علوم پزشکی  
انیس خوش لهجه صدق / شیرین طالبیان فر

## گفتار ویژه

## سلامت روان و روانشناسی سلامت

## دکتر علی منتظری

استاد پژوهش

پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

مرکز تحقیقات سنجش سلامت، تهران-ایران

یکی از موضوعاتی که گاه موجب اشتباه و گاه موجب سر در گمی می شود موضوع سلامت روان و روانشناسی سلامت است. سلامت روان یکی از اجزای سلامت است. به عبارت دیگر سلامت روان در کنار سلامت جسمانی و سلامت اجتماعی تشکیل دهنده سلامت افراد تلقی می شود. سازمان سلامت جهان مفهوم آنرا چنین توصیف نموده است: سلامت روان حالتی است که افراد را قادر می سازد تا با استرس های زندگی کنار بیایند، توانایی های خود را درک کنند، خوب یاد بگیرند و خوب کار کنند و به جامعه خود کمک کنند. سلامت روان جزء جدایی ناپذیر از سلامت است که زیربنای توانایی های فردی و جمعی ما برای تصمیم گیری، ایجاد روابط و شکل دادن به جهانی است که در آن زندگی می کنیم. سلامت روان جزء حقوق اساسی انسان است. و برای توسعه فردی، اجتماعی و اجتماعی-اقتصادی بسیار مهم است.

همین منبع اضافه می نماید: سلامت روان شامل اختلالات روانی و ناتوانی های روانی-اجتماعی و همچنین سایر حالات روانی مرتبط با پریشانی قابل توجه، اختلال در عملکرد یا خطر آسیب به خود است. افراد مبتلا به بیماری های روانی بیشتر احتمال دارد سطوح پایین تری از سلامت روان را تجربه کنند، اما همیشه یا لزوماً اینطور نیست.

همانگونه که ملاحظه می شود عملاً سلامت روان بر پنج نکته تاکید دارد: توانایی سازگاری با استرس های زندگی، درک قابلیت ها و توانایی های خویش، توانایی یادگیری، خوب کار کردن، و کمک به جامعه.

در سوی دیگر روانشناسی سلامت علمی است که با استفاده از علم روانشناسی به تمام اجزا سلامت یعنی سلامت جسمانی، سلامت روان و سلامت اجتماعی می پردازد. از این جهت باید توجه کنیم که روانشناسی سلامت محدود به سلامت روان نیست و فراتر از آن با استفاده از علم روانشناسی به تحلیل سلامت جسمانی و سلامت اجتماعی افراد نیز می پردازد. انجمن روانشناسی آمریکا روانشناسی سلامت را اینگونه توصیف می کند: روانشناسی سلامت چگونگی تأثیر عوامل زیستی، اجتماعی و روانی بر سلامت و بیماری را بررسی می کند. روانشناسان سلامت از علم روانشناسی برای ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری و بهبود سیستم های مراقبت بهداشتی استفاده می کنند. در واقع روانشناسی سلامت بررسی می کند که چگونه عوامل زیست شناختی، اجتماعی و روان شناختی بر انتخاب های ما در مورد سلامتی تأثیر می گذارند. بر همین اساس روانشناسی سلامت عملاً از یک الگوی زیستی-روانی-اجتماعی پیروی می کند و چنانچه در منابع گوناگون یادآوری شده است در واقع سلامت و بیماری بایستی در چنین چارچوبی تفسیر و تحلیل شود.

## سبک های مقابله ای ، عزت نفس، خودپنداره و خودکارآمدی در نوجوانان مبتلا به سرطان خون (لوکمی) و هموفیلی

راحله کرم پور

دکتری تخصصی روانشناسی رشد - پزشکی ، انستیتو ویگوتسکی ، مسکو  
مدرس دانشگاه و درمانگر اختلالات رشدی - عصبی کودک و نوجوان

علیرضا کاکاوند

دانشیار روانشناسی دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره) ، قزوین

آیدا انصاری

کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت ، گروه روانشناسی ، دانشگاه آزاد اسلامی ، واحد کرج ، ایران

### Coping styles , self-esteem, self-concept and self-efficacy in adolescents with leukemia and hemophilia

Rahela Karampour

Medical - Developmental Psychologist , Vygotsky Institute of Psychology  
Academic Staff , child and Adolescent Neurodevelopmental Disorders Psychotherapist , Iran

Alireza Kakavand

Associate Professor of psychology , Imam Khomeini International University , Qazvin , Iran

Aida Ansari

Master of personality psychology

#### Abstract

The purpose of this research is to compare coping styles and self-system (self-esteem, self-concept and social self-efficacy) among adolescents with leukemia, hemophilia and healthy. In this research, which was conducted using a causal-comparative method,

The statistical sample includes a total of 110 people from three groups of people, in the age range of 12 to 15 years, including 30 teenagers with leukemia, 40 people with hemophilia, and 40 healthy teenagers who were selected by purposive sampling. Child and Adolescent Coping (CCBQ), Rosenberg's self-esteem, Lipsite's self-concept, and Kenley's adolescent social self-efficacy were used as work tools.

The data was analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA). The results indicated that the three groups of leukemia, hemophilia and healthy are different in terms of coping styles; In this way, the mean of the two leukemia and hemophilia groups in the subscales of deviation from the problem and destructive coping is higher than the healthy group and in a way, these two groups use these coping styles more, and the healthy group also has a higher mean in the sub-scale of coping with the problem in order to improve it than the two sick groups, and as a result, this coping style They use it more. Also, the three groups have a significant difference in the self-esteem variable, and considering the higher average of the healthy group compared to the leukemia and hemophilia group, it can be concluded that the two patient groups have a lower level of self-esteem than the healthy group; In case, there was no significant difference between the three groups in the variable of self-concept. Among the subscales of self-efficacy, three groups have significant differences in the dimensions of social assertiveness and participation in social groups; Considering the higher average of the leukemia group than the hemophilia and healthy groups, it can be concluded that the leukemia group has more social assertiveness than the other two groups.

In terms of participation in social groups, the group with leukemia and hemophilia had a higher average than the healthy group. Also, no significant difference was observed in other dimensions of self-efficacy.

**Keywords:** coping styles, self-esteem, self-concept, social self-efficacy, leukemia, hemophilia

## چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه سبک های مقابله ای و نظام خود (عزت نفس، خودپنداره و خودکارآمدی اجتماعی) در بین نوجوانان مبتلا به سرطان خون، هموفیلی و سالم است. در این پژوهش که به روش علی-مقایسه ای انجام شد، نمونه آماری شامل جمعا ۱۱۰ نفر از سه گروه افراد میباشد که در دامنه سنی ۱۲ تا ۱۵ سال، شامل ۳۰ نفر نوجوانان مبتلا به سرطان خون، ۴۰ نفر هموفیلی و ۴۰ نفر نوجوان سالم که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. پرسشنامه های سبک های مقابله ای کودکان و نوجوانان (CCBQ)، عزت نفس روزنبرگ، خودپنداره لپسیت و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان کنلی به عنوان ابزارهای کار مورد استفاده قرار گرفتند. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاکی از این بود که سه گروه لوسمی، هموفیلی و سالم از لحاظ سبکهای مقابلهای باهم متفاوتند؛ به این صورت که میانگین دو گروه لوسمی و هموفیلی در زیرمقیاسهای انحراف از مشکل و کنار آمدن ویرانگر بیشتر از گروه سالم است و به نوعی این دو گروه، از این سبکهای مقابلهای بیشتر استفاده میکنند و گروه سالم نیز در زیر مقیاس کنار آمدن با مشکل در جهت بهبود آن میانگین بالاتری نسبت به دو گروه بیمار دارند و در نتیجه، از این سبک مقابلهای بیشتر استفاده میکنند. همچنین سه گروه در متغیر عزت نفس تفاوت معنادار دارند و با توجه به میانگین بالاتر گروه سالم نسبت به گروه لوسمی و هموفیلی، میتوان نتیجه گرفت که دو گروه بیمار، سطح عزت نفس پایینتری نسبت به گروه سالم دارند؛ در صورتی که در متغیر خودپنداره سه گروه تفاوت معناداری با هم نداشتند. از بین زیرمقیاسهای خودکارآمدی، سه گروه در ابعاد قاطعیت اجتماعی و شرکت در گروههای اجتماعی با هم تفاوت معنادار دارند؛ با توجه به میانگین بالاتر گروه لوسمی نسبت به گروه هموفیلی و سالم، میتوان نتیجه گرفت که گروه لوسمی قاطعیت اجتماعی بیشتری نسبت به دو گروه دیگر دارند. از نظر شرکت در گروههای اجتماعی نیز، گروه مبتلا به لوسمی و هموفیلی میانگین بالاتری نسبت به گروه سالم داشتند. همچنین در بقیه ابعاد خودکارآمدی، تفاوت معنادار مشاهده نشد.

**واژه های کلیدی:** سبک های مقابله ای، عزت نفس، خودپنداره، خودکارآمدی اجتماعی، سرطان خون، هموفیلی

## مقدمه:

در سالهای اخیر بیماری های مزمن پزشکی بویژه سرطان خون (لوکمی) شیوع فزاینده ای یافته است (جانی هانگ و همکاران ۲۰۲۲). مردم طولانی تر زندگی میکنند و مشکلات پزشکی که در گذشته با خطر مرگ و میر قابل ملاحظه ای همراه بودند هم اکنون به صورت موثرتری کنترل میشوند (وایت ۲۰۰۱ ترجمه مولودی، فتاحی ۱۳۸۹). ترنر<sup>۱</sup> و کلی (۲۰۰۰) معتقدند که پیشرفت های صورت گرفته در روشهای درمان بیماری های مزمن جسمی گاهی اوقات ممکن است به بهای کیفیت زندگی بیماران تمام شود. اسکاندلین<sup>۳</sup> (۲۰۰۰) بر این باور است که بیماری های مزمن، نگاه به زندگی را به عنوان فرایندی منظم و مستمر به چالش میکشند، چالشی که میتواند پیامدهای روانی مهمی به دنبال داشته باشد. واژه مزمن معمولا برای دوره طولانی بیماری و وضعیتی که گاهی غیر قابل علاج است به کار می رود و این طولانی بودن دوران بیماری پیگیری و درمان را برای مبتلایان بسیار مشکل ساخته و عملکرد آنها را تحت تاثیر قرار میدهد (عبدی و همکاران، ۱۳۹۶). افراد مبتلا به بیماری های مزمن گاهی مشکلات روانی متعددی چون اضطراب بالا، خودپنداره منفی و احساس انزوای میان فردی دارند (سندرسن ۲۰۱۳ ترجمه جمهری و همکاران ۱۳۹۲). متغیرهای روانشناختی چون سبک های مقابله ای و ویژگی های روانشناختی همچون عزت نفس، خودپنداره و خودکارآمدی برای شناخت نحوه ی شکل گیری باورهای خاص و یا مواجهه با تجربیات زندگی مهم هستند. شناسایی باورهای ناکارآمد درباره خود یا بیماری بسیار مهم میباشد و باید ساخت واره های شناختی مانند خودکارآمدی (اطمینان به توانایی خویش برای دست یافتن به نتایج مشخص) و عزت نفس (باور خودارزشمندی) و خودپنداره (تصویر از خود) مورد بررسی قرار گیرد (وایت ۲۰۰۱ ترجمه مولودی، فتاحی ۱۳۸۹).

سرطان و هموفیلی دو بیماری مزمن میباشد که به دلیل ماهیت طولانی بودن و محدودیت هایی که برای شخص به دنبال دارد مشکلات روانی متعددی ایجاد میکنند. در پژوهش حاضر سعی شده به بررسی فاکتورهای روانشناختی همچون سبک های مقابله، عزت نفس، خودپنداره و خودکارآمدی اجتماعی در نوجوانان مبتلا به سرطان خون و هموفیلی پرداخته شود و با مقایسه پارامترهای روانشناختی این افراد با نوجوانان سالم جامعه، امید آن می رود در آینده نیازهای روانشناختی این افراد مورد توجه ویژه قرار گیرد.

درمانگران زمانی میتوانند تقاضای گسترش خدمات روانشناختی را مطرح کنند که شواهد تحقیقی گسترده ای در این زمینه وجود داشته باشد. و تنها در این شرایط است که تمام بیماران مبتلا به مشکلات مزمن پزشکی امکان دسترسی به خدمات روانشناختی را پیدا میکنند (وایت ۲۰۰۱ ترجمه مولودی، فتاحی ۱۳۸۹).

ابتلا به بیماری های مزمن از عوامل ایجاد تغییر در سیستم خانواده و سلامت اعضای آن است. ابتلا فرزند خانواده به یک بیماری مزمن و

- ۱ white
- ۲ Turner
- ۳ Scandlyn

درگیر شدن در فرایند درمانی سخت و طولانی آن، در کنار مشکلات جسمی، بیمار و اعضای خانواده وی را در معرض فشار و آسیب های روانی - اجتماعی بالایی قرار میدهد و مستلزم سازگاری آنها در ابعاد مختلف زندگی است (دهقانی آرانی، بشارت، ۱۳۹۱). یکی از این بیماری های مزمن بیماری هموفیلی<sup>۴</sup> است. هموفیلی یک بیماری انعقادی ارثی مرتبط با کروموزوم X با شیوع کلی تقریباً ۱ در ۱۰۰۰۰ نفر میباشد. این بیماری با کمبود فاکتور VIII<sup>VIII</sup> انعقادی به نام هموفیلی کلاسیک یا هموفیلی نوع A و یا کمبود فاکتور IX<sup>IX</sup> انعقادی و به نام هموفیلی B است. میزان یا درصد فاکتور VIII<sup>VIII</sup> در آزمایشگاه قابل اندازه گیری است. و بیماران هموفیلی از نظر شدت کمبود این فاکتور متفاوت هستند. اگر فاکتور VIII<sup>VIII</sup> موجود در فرد نرمال را صد در صد فرض کنیم بیماران هموفیلی معمولاً کمتر از ۳۰ درصد از این فاکتور را دارا هستند. اگر مقدار فاکتور بین ۵ تا ۳۰ درصد باشد بیماری از نوع خفیف می باشد. بیماران متوسط مقدار فاکتوری در حد ۱ تا ۵ درصد دارند. و مقدار فاکتور در خون بیماران شدید زیر ۱ درصد است (جهان مهر، ۱۳۸۱).

بیماری هموفیلی در اثر جهش های نقطه ای بی معنی، حذف های ژنی و معکوس شدن در ژن فاکتور VIII ایجاد میشود. این جهش ها منجر به نقایص کمی و کیفی فاکتور VIII میشود. در جهشهایی که باعث اختلال در عملکرد فاکتور VIII میشوند با وجود سطح نرمال این فاکتور، خونریزی ایجاد میشود (ذاکرو و نیازپور، ۱۳۸۵). کودکان هموفیلی علاوه بر مشکلات جسمانی دچار مشکلات روانشناختی بسیاری میشوند. (کیم و همکاران ۲۰۱۳ و دورتار و همکاران ۱۹۹۶) به نظر میرسد تاکنون مطالعات کمی در زمینه مشکلات روانشناختی بیماران هموفیلی صورت گرفته و بیشتر اقدامات در زمینه خود مراقبتی و تامین فرآورده های خونی می باشد (براون، هامتون، چندلر، ۱۹۹۷).

سرطان<sup>۵</sup> یکی دیگر از بیماری های مزمن میباشد که سلامت جسمانی و روانی کودکان را تهدید می کند. بستری شدن در بیمارستان برای هر فردی خصوصاً کودکان ناراحت کننده است. جدا شدن از والدین، رویارویی با شرایط نا آشنای بیمارستان و اقدامات درمانی ناخوشایند منابع اصلی استرس برای کودکان به شمار می روند (کین، ۲۰۰۲) به نقل از بزومی و نرسی، ۱۳۹۱). کودکان دچار سرطان با مشکلات زیادی مواجه می شوند که از آن بین می توان به کاهش عزت نفس، خود پنداره و افزایش احساسات منفی اشاره کرد. (کندال، ۲۰۰۹) به نقل از بزومی و نرسی، ۱۳۹۱). به علاوه این مشکلات نیز میتوانند به نوبه ی خود مشکلات ابتدایی را تشدید کنند و بر کنش وری و سازش یافتگی کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان تاثیر منفی داشته باشند (لوبلان و ریچی، ۲۰۰۹).

از سوی دیگر، واکنش افراد نسبت به فشار روانی و هیجان های منفی و راهبرد های مقابله ای که برای مواجهه با آنها بر می گزینند نیز ممکن است افراد را مستعد ابتلا به بیماری، از جمله سرطان نماید. (کوپر، آگوجا، و شلدون، ۲۰۰۰) افراد به شیوه های متفاوتی با موقعیت های استرس زا همچون بیماری مقابله میکنند که این شیوه های متفاوت پیامدهای متفاوتی دارند (سندرسن ۲۰۱۳ ترجمه جمهوری و همکاران ۱۳۹۲). از این رو تعیین نوع سبک های مقابله ای افراد مبتلا به بیماری های مزمن از اهمیت ویژه ای برخوردار است و می تواند مشخص کند که فرد چه نوع سازو کاری را برای سازگاری با مشکلات حاصل از بیماری خود به کار می گیرد.

لازاروس و لائونیر<sup>۱۱</sup>، کنار آمدن<sup>۱۲</sup> را شامل کوشش هایی از نوع اقدام عملی و درون روانی برای مهار (یعنی کنترل، تحمل، کاهش یا به حداقل رساندن) مقتضیات درونی و محیطی و تعارض های میان آنها می داند. در وضع مطلوب مردم کوشش خود را به حل مشکلاتی که با آن مواجه هستند معطوف می دارند ولی در کوشش برای مهار (کنترل، تحمل، کاهش یا به حداقل رساندن) تضاد میان مقتضیات موقعیت و توانایی های خود آگاهی می کوشند از اموری که آنها را خطرناک می دانند بگریزند، یا از آنها احتراز کنند. همچنین آنها منفعلانه می کوشند تا موقعیتهایی را که نا معقول یافته اند بپذیرند (دیماثولا، ۱۹۸۷).

از طرفی نظام خود نیز می تواند بر نوع سبک های مقابله ای و نحوه سازگاری هر فرد با بیماری جسمانی اش تاثیرگذار باشد منظور از فرآیند نظام خود، عزت نفس<sup>۱۳</sup>، خود پنداره<sup>۱۴</sup> و خودکارآمدی اجتماعی<sup>۱۵</sup> می باشد. افراد مبتلا به بیماری مزمن اغلب نگرانی هایی درباره

۴	Hemophilia
۵	Bruhn·Hampton·Chandler
۶	Cancer
۷	Keen
۸	Kendall
۹	Leblane·Ritchie
۱۰	Cooper·Agocha·sheldon
۱۱	Lazarus
۱۲	Coping
۱۳	Self steem
۱۴	Self-concept
۱۵	Self-efficacy



تصویر تن دارند. به ویژه اگر بیماری یا درمان آن با تغییرات جسمی چشمگیری در عملکردشان همراه باشد (سندرسن، ۲۰۱۳). این عوامل می‌تواند بر نظام خود این افراد تاثیر گذار باشد. یکی از مولفه های نظام خود عزت نفس است. عزت نفس یعنی نظر شخصی درباره خود، این نظر از طریق ارزشیابی هر شخص از رفتارها، ظاهر، هوش، موفقیت اجتماعی خود و از طریق ارزشیابی دیگران از آنها رشد می‌یابد (گنجی، ۱۳۷۶).

همچنین عزت نفس رابطه بسیار نزدیکی با تصویر ذهنی فرد از خود و همچنین شیوه سازگاری دارد. بدین معنی که تصویر مثبت از جسم خویش سبب ایجاد حس ارزشمندی در فرد می‌گردد و متقابلاً تصویر ذهنی که به هر صورتی دستخوش تغییر شده باشد منجر به تغییراتی در میزان حس ارزشمندی می‌شود (پرایس، ۱۹۹۰). بیماری، درمان‌ها و یا عوارض مربوط به آن منجر به تغییر تصویر ذهنی و عزت نفس می‌شود و این امر در بیماری‌های مزمن به دلیل ماهیت طولانی و غیر قابل پیش بینی بودن آن‌ها بسیار آشکار تر است (اسملتر، ۲۰۰۰). البته یکی از مشکلات روانشناختی مبتلایان به هموفیلی کاهش عزت نفس آنان است (لیمپرگ و همکاران، ۲۰۱۸). سرطان و هموفیلی نیز دو بیماری مزمن هستند که علی‌رغم وجود همه پیشرفت‌ها در زمینه تشخیص و درمان همچنان یاد آورد درد، محدودیت و بد شکلی و مرگ می‌باشد.

افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن گاهی مشکلات روانی متعددی چون اضطراب بالا، خودپنداره منفی و احساس انزوای میان فردی دارند (سندرسن، ۲۰۱۳). خود پنداره، پندار هر شخص از شخصیت خود می‌باشد. اگر تصور از خود مثبت و نسبتاً متعادل باشد شخص دارای سلامت روانی خواهد بود و اگر به عکس پندار شخص منفی و نا متعادل باشد او از لحاظ روانی نا سالم شناخته می‌شود (شاملو، ۱۳۷۸). کارل راجرز خود پنداره را طرز پندار یا تصویر نسبتاً دائمی هر فردی درباره ارزشی که او برای خود قائل می‌شود و رابطه این ارزش با خود واقعی او می‌داند (یزدی به نقل از بهرام بیگ، ۱۳۸۰).

خود کارآمدی اجتماعی یکی دیگر از متغیرهایی است که می‌تواند تحت تاثیر بیماری‌های مزمن قرار گیرد. و عبارتست از باور فرد، در این خصوص که توانایی انجام تکالیف را دارد یا خیر (میلن، شیرن، اوریل، ۲۰۰۰، به نقل از صالحی، ۱۳۹۴). خود کارآمدی با توجه به احساس تفکر و عمل انسان‌ها متفاوت است. خود کارآمدی عموماً در حوزه اختصاصی، در نظر گرفته می‌شود. بدین معنا فرد می‌تواند خود باوری نسبتاً محکمی در حیطه‌ها و دامنه‌های مختلف یا موقعیت‌های عملکردی خاص داشته باشد. (بندورا، ۱۹۹۷ به نقل از صالحی، ۱۳۹۴). چنانچه بیماری‌های مزمن با تغییرات چشمگیری در عملکرد افراد همراه باشد می‌تواند خودکارآمدی آنها را تحت تاثیر قرار دهد.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های تحقیقات علی-مقایسه‌ای و پس‌رویدادی است. جامعه آماری این مطالعه، نوجوانان بیمار ۱۲ تا ۱۶ سال پسر مبتلا به هموفیلی درمانگاه جامع هموفیلی تهران و کرج و نوجوانان بیمار ۱۲ تا ۱۶ سال پسر مبتلا به سرطان خون مراجعه کننده به بیمارستان محک و نوجوانان ۱۲ تا ۱۶ سال پسر سالم می‌باشند.

نمونه این پژوهش در مجموع شامل ۱۱۰ نفر نوجوان مبتلا به سرطان خون، هموفیلی و سالم می‌باشد. تعداد نمونه نوجوانان مبتلا به سرطان خون ۳۰ نفر از مراجعه کنندگان به بیمارستان محک تهران و تعداد نمونه نوجوانان هموفیلی ۴۰ نفر از مراجعه کنندگان به درمانگاه جامع هموفیلی تهران و تعداد نمونه نوجوانان سالم ۴۰ نفر از دانش آموزان مدرسه معلم یک و معلم دو واقع در شهر یار می‌باشند که با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند.

پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از:

۱- پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای CCBQ

۲- پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ

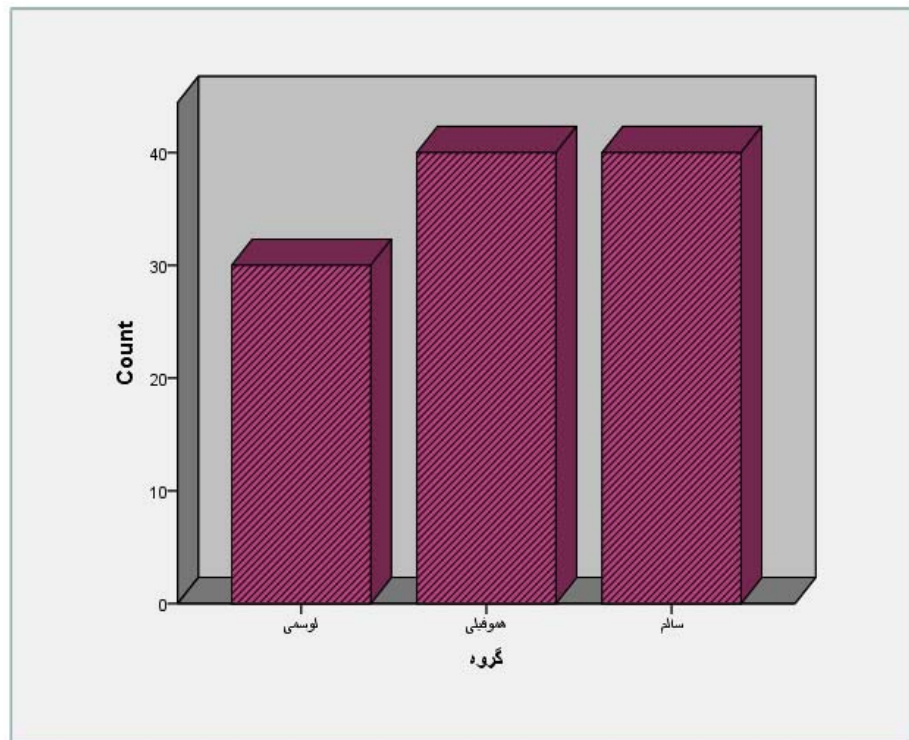
۳- پرسشنامه خودپنداره لیسیت

۴- پرسشنامه خودکارآمدی نوجوانان کنلی

### روش جمع آوری داده‌ها

شیوه‌ی اجرا به این ترتیب بود که پس از کسب رضایت توسط آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌ها در اختیار افراد مبتلا به هموفیلی واقع در درمانگاه جامع هموفیلی شهر تهران و همچنین افراد مبتلا به سرطان واقع در بیمارستان محک تهران و افراد سالم قرار داده شد و همچنین روند تکمیل پرسشنامه به آنها توضیح داده شد و از آزمودنی‌ها درخواست شد تا پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. برای آن دسته از بیماران مبتلا به سرطان خون که به دلیل تحت درمان بودن محدودیت داشتند و نمیتوانستند خود به سوالات پاسخ دهند، سوالات برای آزمودنی خوانده میشد و جوابها توسط پژوهشگر علامت زده میشد.

- ۱۶ Price  
۱۷ Smitzer  
۱۸ Miller·sheeran·Avril



نمودار (۱-۴). افراد شرکت کننده در پژوهش به تفکیک گروه (سالم، لوسمی و هموفیلی)

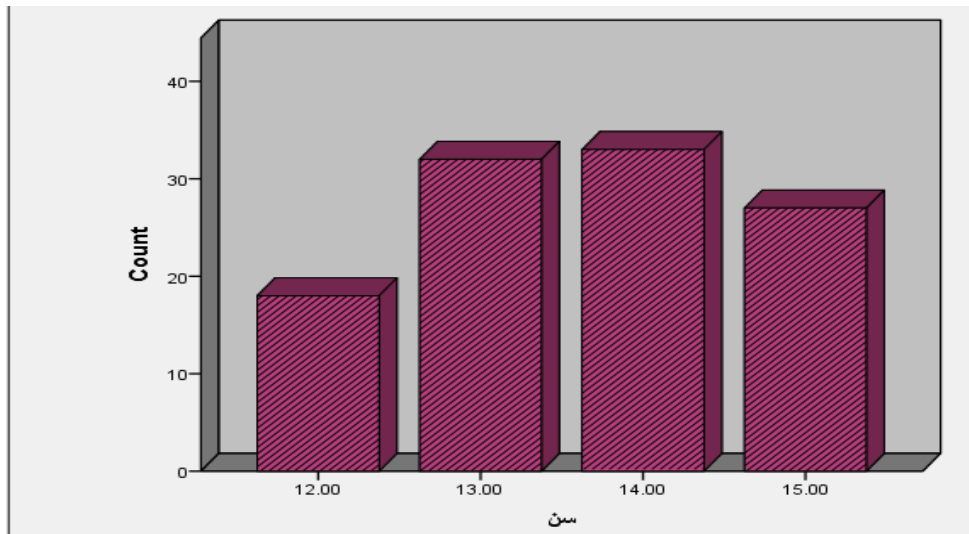
جدول (۱-۴). توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک گروه

شاخص آماری گروه	فراوانی	درصد
لوسمی	۳۰	۲۷/۳
هموفیلی	۴۰	۳۶/۴
سالم	۴۰	۳۶/۴
مجموع کل	۱۱۰	۱۰۰

مطابق با جدول فوق، ۲۷/۳ (۳۰ نفر) از نمونه آماری را نوجوانان مبتلا به لوسمی، ۳۶/۴ (۴۰ نفر) از نمونه آماری را نوجوانان مبتلا به هموفیلی و ۳۶/۴ (۴۰ نفر) از نمونه آماری را نوجوانان سالم به خود اختصاص داده اند.

جدول (۲-۴). توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک سن

شاخص آماری سن	فراوانی	درصد
۱۲	۱۸	۱۶/۴
۱۳	۳۲	۲۹/۱
۱۴	۳۳	۳۰
۱۵	۲۷	۲۴/۵
مجموع کل	۱۱۰	۱۰۰



نمودار (۲-۴). نمودار توصیفی افراد شرکت کننده در پژوهش به تفکیک سن مطابق با جدول (۲-۴) پایه سنی ۱۴ بالاترین میانگین و پایه سنی ۱۲ پایینترین میانگین حجم نمونه را به خود اختصاص داده‌اند.

### تحلیل توصیفی متغیرهای پژوهش

جدول (۶-۴). یافته‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های تحقیق به تفکیک گروه‌ها

شاخص آماری	لوسمی		هموفیلی		سالم	مقیاس
	M	SD	M	SD	SD	
انحراف از مشکل	۸۴/۱۳	۹/۴۷	۸۳/۵۸	۸/۹۸	۶/۴۵	۷۷/۲۵
کنار آمدن با مشکل	۳۰/۶۰	۵/۱۹	۳۱/۴۷	۸/۶۴	۳/۵۷	۳۷/۶۰
کنار آمدن ویرانگر	۳۱/۶۳	۶/۱۳	۳۲/۳۵	۶/۹۹	۴/۶۴	۲۵/۶۵
سبک‌های مقابله ای	۱۴۵/۳۶	۱۹/۳۹	۱۴۶/۸۷	۲۳/۳۶	۱۴/۹۲	۱۳۴/۵۰
عزت نفس	۲۰/۱۰	۴/۶۷	۲۰/۵۵	۴/۹۵	۳/۳۷	۲۳/۷۷
خودپنداره	۸۸/۶۰	۷/۸۱	۸۶/۳۵	۱۱/۷۸	۸/۶۴	۸۹/۷۰
قاطعیت اجتماعی	۲۶/۳۶	۴/۹۹	۲۶/۵۲	۵/۱۵	۵/۶۰	۲۳/۴۵
عملکرد در موقعیت اجتماعی	۲۱/۲۶	۴/۱۱	۲۲/۲۵	۴/۸۷	۶/۱۰	۲۱/۹۵
شرکت در گروه‌های اجتماعی	۲۵/۶۶	۴/۹۳	۲۲/۷۲	۶/۳۴	۵/۵۰	۲۱/۸۲
جنبه‌های دوستی و صمیمیت	۳۱/۲۶	۶/۵۵	۲۸/۴۷	۷/۳۷	۸/۸۲	۲۹/۳۲
کمک کردن و کمک گرفتن	۱۴/۳۶	۳/۷۳	۱۵/۱۰	۳/۲۹	۶/۶۵	۱۵/۳۷
خودکارآمدی	۱۱۸/۹۳	۱۸/۴۲	۱۱۵/۰۷	۲۱/۳۶	۲۴/۲۸	۱۱۱/۹۲

## تحلیل آماری فرضیات تحقیق

ابتدا با استفاده از آزمون آماری کولموگروف اسمیرنوف، نرمال بودن داده ها مورد آزمون قرار گرفت  
جدول (۴-۷). آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه‌ای

شاخص آماری مقیاس	Z	sig
انحراف از مشکل	۰/۷۵	۰/۶۲
کنار آمدن با مشکل	۰/۸۱	۰/۵۱
کنار آمدن ویرانگر	۱/۱۷	۰/۱۲
سبکهای مقابله ای	۰/۷۸	۰/۵۷
عزت نفس	۱/۱۲	۰/۱۶
خودپنداره	۰/۵۹	۰/۹۵
قاطعیات اجتماعی	۰/۹۶	۰/۳۱
عملکرد در موقعیت اجتماعی	۰/۹۰	۰/۳۸
شرکت در گروههای اجتماعی	۰/۸۸	۰/۴۱
جنبه های دوستی و صمیمیت	۰/۸۷	۰/۴۲
کمک کردن و کمک گرفتن	۱/۴۸	۰/۲۵
خودکارآمدی	۰/۹۵	۰/۳۲

همانگونه که در جدول فوق نشان داده شده است، سطح معناداری به دست آمده متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ بوده و در نتیجه داده های تمام متغیرها نرمال است.

جدول (۴-۸). نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض همگنی واریانسهای دو گروه در متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	F	Df1	Df2	P
انحراف از مشکل	۳/۰۳	۲	۱۰۷	۰/۰۶
کنار آمدن با مشکل	۱/۶۱	۲	۱۰۷	۰/۲۰
کنار آمدن ویرانگر	۲/۵۴	۲	۱۰۷	۰/۰۸
سبکهای مقابله ای	۳/۷۳	۲	۱۰۷	۰/۰۷
عزت نفس	۲/۸۱	۲	۱۰۷	۰/۰۶
خودپنداره	۲/۵۸	۲	۱۰۷	۰/۱۰
قاطعیات اجتماعی	۱/۳۲	۲	۱۰۷	۰/۷۲
عملکرد در موقعیت اجتماعی	۱/۴۶	۲	۱۰۷	۰/۲۳
شرکت در گروههای اجتماعی	۱/۹۸	۲	۱۰۷	۰/۱۴
جنبه های دوستی و صمیمیت	۳/۴۲	۲	۱۰۷	۰/۰۹
کمک کردن و کمک گرفتن	۱/۶۰	۲	۱۰۷	۰/۵۴
خودکارآمدی	۱/۵۶	۲	۱۰۷	۰/۲۱

همانگونه که جدول فوق نشان میدهد، آزمون لوین برای هیچکدام از متغیرها معنادار نبوده و بنابراین شرط همگنی واریانسهای بین گروهی رعایت شده است. بنابراین استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری بلا مانع است. جدول (۴-۹). نتایج آزمونهای معناداری مانوا برای اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته

مقدار احتمال	F	مقدار	آزمونها	متغیر
۰/۰۰۱	۵/۲۱۰	۰/۵۱۵	اثر پیلای	گروه
۰/۰۰۱	۵/۲۱۰	۰/۵۴۴	لامبدای ویلکز	
۰/۰۰۱	۵/۲۱۰	۰/۷۳۱	اثر هتلینگ	
۰/۰۰۱	۵/۲۱۰	۰/۵۲۶	بزرگترین ریشه‌روی	
۰/۰۰۱	۵/۲۱۰			

بر اساس جدول فوق، اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنادار است ( $P < 0.001$ ،  $F = 5.210$  و  $\lambda = 0.544$  = لامبدای ویلکز). به عبارت دیگر، بین بیماران لوسمی، هموفیلی و افراد سالم حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه نرمال بودن داده‌های پژوهش و تایید مفروضات پژوهش، جهت پاسخگویی به فرضیات پژوهش از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول (۴-۱۰) نشان داده شده است.

جدول (۴-۱۰). نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری روی میانگین سبکهای مقابله‌ای و نظام خود در افراد مبتلا به لوسمی، هموفیلی و سالم

متغیر	SS	Df	MS	F	P
انحراف از مشکل	۶۱۱/۸۴۵	۲	۳۰۶/۴۲۸	۵/۴۱۲	۰/۰۰۷
کنار آمدن با مشکل	۲۵۴/۶۷۲	۲	۱۲۷/۴۷۲	۶/۱۴۵	۰/۰۰۳
کنار آمدن ویرانگر	۴۳۲/۰۰۶	۲	۲۱۶/۰۰۳	۶/۳۸۳	۰/۰۰۲
سبکهای مقابله‌ای	۳۲۴۱/۴۵۷	۲	۱۶۲۴/۱۴۳	۷/۸۹۶	۰/۰۰۱
عزت نفس	۳۰۰/۸۲۵	۲	۱۵۰/۴۱۲	۷/۹۲۲	۰/۰۰۱
خودپنداره	۲۳۱/۶۶۴	۲	۱۱۵/۸۳۲	۱/۲۲۷	۰/۲۹۷
قاطعیت اجتماعی	۲۳۰/۶۱۳	۲	۱۱۵/۳۰۶	۴/۱۲۸	۰/۰۱۹
عملکرد در موقعیت اجتماعی	۱۶/۹۵۲	۲	۸/۴۷۶	۰/۳۱۶	۰/۷۳۰
شرکت در گروههای اجتماعی	۲۶۷/۱۸۳	۲	۱۳۳/۵۹۲	۴/۱۳۳	۰/۰۱۹
جنبه‌های دوستی و صمیمیت	۱۳۶/۶۵۶	۲	۶۸/۳۲۸	۱/۱۴۲	۰/۳۲۳
کمک کردن و کمک گرفتن	۱۸/۰۵۸	۲	۹/۰۲۹	۰/۳۷۸	۰/۶۸۶
خودکارآمدی	۸۴۲/۵۴۷	۲	۴۲۱/۲۷۳	۰/۸۹۰	۰/۴۱۴

#### خلاصه یافته‌ها:

#### فرضیه اول پژوهش

بین افراد مبتلا به لوسمی، هموفیلی و افراد سالم از نظر سبکهای مقابله‌ای تفاوت وجود دارد. جهت پاسخگویی به این فرضیه از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد و نتایج این آزمون نشان داد که سه گروه لوسمی،

هموفیلی و سالم از لحاظ سبکهای مقابلهای باهم متفاوتند؛ به این صورت که میانگین دو گروه لوسمی و هموفیلی در زیرمقیاسهای انحراف از مشکل و کنار آمدن ویرانگر با سطح معناداری (۰/۰۰۷ و ۰/۰۰۲) بیشتر از گروه سالم است و به نوعی این دو گروه، از این سبکهای مقابلهای بیشتر استفاده میکنند و گروه سالم نیز در زیر مقیاس کنار آمدن با مشکل در جهت بهبود آن با سطح معناداری (۰/۰۰۳)، میانگین بالاتری نسبت به دو گروه بیمار دارند و در نتیجه، از این سبک مقابلهای بیشتر استفاده میکنند. این یافتهها حاکی از این است که سبکهای مقابلهای افراد با توجه به بیماری جسمانی و سلامت جسمانی متفاوت بوده و در صورت ابتلای افراد به بیماری، سبکهای مقابلهای آنها نیز تغییر میکنند.

### فرضیه دوم پژوهش

بین افراد مبتلا به لوسمی، هموفیلی و افراد سالم از نظر نظام خود تفاوت وجود دارد. جهت پاسخگویی به این فرضیه از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد و نتایج این آزمون نشان داد که سه گروه در متغیر عزت نفس تفاوت معنادار دارند و با توجه به میانگین بالاتر گروه سالم (P=۰/۰۰۱) نسبت به گروه لوسمی و هموفیلی، میتوان نتیجه گرفت که دو گروه بیمار، سطح عزت نفس پایینتری نسبت به گروه سالم دارند؛ در صورتی که در متغیر خودپنداره سه گروه تفاوت معناداری با هم نداشتند (P=۰/۲۹۷). از بین زیرمقیاسهای خودکارآمدی، سه گروه در ابعاد قاطعیت اجتماعی و شرکت در گروههای اجتماعی با هم تفاوت معنادار دارند؛ با توجه به میانگین بالاتر گروه لوسمی نسبت به گروه هموفیلی و سالم، میتوان نتیجه گرفت که گروه لوسمی قاطعیت اجتماعی بیشتری نسبت به دو گروه دیگر دارند (۰/۰۱۹). از نظر شرکت در گروههای اجتماعی نیز، گروه مبتلا به لوسمی و هموفیلی میانگین بالاتری نسبت به گروه سالم داشتند (۰/۰۱۹). همچنین در بقیه ابعاد خودکارآمدی، تفاوت معنادار مشاهده نشد.

### بحث و نتیجه گیری

#### خلاصه پژوهش

همانطور که در فصل دوم به آن اشاره شد لازاروس<sup>۱۹</sup> و فولکمن<sup>۲۰</sup> (۱۹۸۵) مقابله را چنین تعریف کرده‌اند: تلاش‌های رفتاری و شناختی که به طور مداوم در حال تغییرند تا از عهده خواسته‌های خاص بیرونی یا درونی شخص که ورای منابع و توان وی ارزیابی می‌شوند بر آیند (سهرابی، محمدی، و ارفعی، ۱۳۹۰). یکی از مواردی که در تعیین سلامت یا بیماری انسان، مهم‌ترین نقش و جایگاه را دارد، استرس است که با زندگی بشر امروز عجین شده است. اما آنچه در این بین می‌تواند مایه خوش بینی و امیدواری باشد، «شیوه‌های مقابله با استرس» است که به عنوان متغیری میانجی می‌تواند پیامدهای استرس را تحت تأثیر قرار دهد (وکیلی و همکاران، ۱۳۹۰). افراد به شیوه‌های متفاوتی با موقعیت‌های استرس‌زا همچون بیماری مقابله میکنند که این شیوه‌های متفاوت پیامدهای متفاوتی دارند (سندرسن ۲۰۱۳ ترجمه جمهری و همکاران ۱۳۹۲). از این رو تعیین نوع سبک‌های مقابله‌ای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و می‌تواند مشخص کند که فرد چه نوع ساز و کاری را برای سازگاری با مشکلات حاصل از بیماری خود به کار می‌گیرد.

در پژوهش حاضر برای تعیین سبک‌های مقابله‌ای کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان خون، هموفیلی و سالم از پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای CCBQ استفاده شده است. این ابزار از ۳ خرده‌مقیاس انحراف از مشکل، کنار آمدن با مشکل در جهت بهبودی آن و کنار آمدن ویرانگر تشکیل شده است. عامل اول: انحراف از مشکل به سمتی دیگر، شامل عباراتی است که مهارتها و حمایت خانواده، تفکر مثبت، روحانی و حواس پرتی است. عامل دوم: کنار آمدن با مشکل در جهت بهبود آن، شامل مکانیسم‌هایی است که برای بهبود مشکل یا از طریق تمرکز بر آن وسیعی در یافتن راه حل مشکل و یا کوشش برای نشان دادن هیجانات فرد نسبت به آن مشکل کوشش می‌کند. عامل سوم: کنار آمدن ویرانگر، بیشتر پاسخ‌های کنار آمدن ناسازگار را ارزیابی می‌کنند. این عامل شامل کنار آمدن خود تخریبی (مانند مشکل را از خود دور می‌کنم) و کنار آمدن ویرانگر فیزیکی (مانند آسیب رساندن به وسایل) است. این مقیاس از ۵۷ گویه تشکیل شده است و با استفاده از طیف لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (از هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۴). برای پاسخ هرگز، عدد ۱، برای پاسخ برخی مواقع، عدد ۲، برای پاسخ بیشتر مواقع عدد ۳ و برای پاسخ تقریباً همیشه عدد ۴ در نظر گرفته شده است.

داشتن عزت نفس سالم یک نیاز اساسی انسان است. تقویت عزت نفس در زندگی، سرمایه‌گذاری بزرگی محسوب می‌شود؛ زیرا عزت نفس ضعیف، موجب می‌شود که انسان خود واقعی‌اش را با شرمندگی پنهان کند، عزت نفس میزان ارزشی است که فرد برای خود قایل می‌شود. و میزان احترامی است که به شخصیت خود می‌گذارد (هدایتی، السادات فاتحی زاده، و آکوچکیان، ۱۳۸۷). بیماری، درمان‌ها و یا عوارض مربوط به آن منجر به تغییر تصویر ذهنی و عزت نفس می‌شود (علی اقلو و همکاران ۲۰۱۳؛ توماس و همکاران ۲۰۰۱) و این امر در بیماری‌های مزمن به دلیل ماهیت طولانی و غیر قابل پیش بینی بودن آن‌ها بسیار آشکار تر است (اسملترز<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۰).

- ۱۹ .Lazarus  
۲۰ .Folkman  
۲۱ smitzer

در این پژوهش برای سنجش میزان عزت نفس افراد از مقیاس عزت نفس روزنبرگ استفاده شده است. مقیاس عزت نفس روزنبرگ (۱۹۶۵) شامل ۱۰ ماده خود گزارشی است که احساس های کلی ارزش یا پذیرش خود را بیان می کند. این مقیاس یکی از رایج ترین ابزار های اندازه گیری عزت نفس می باشد و یک ابزار ساده و کوتاه و واجد قابلیت اعتماد (همسانی درونی و بازآزمایی) و اعتبار (همگرا و واگرا) مناسب است و برای هر گروه سنی با میزان تحصیلات در سطح پنجم ابتدایی قابل اجرا می باشد و برای اندازه گیری در یک عزت نفس کلی به عنوان ارزیابی کلی شخص از ارزشمندی او به عنوان یک انسان ست. (روزنبرگ ۱۹۷۹ به نقل از پارگامنت و همکاران ۲۰۰۴).

این مقیاس شامل ۱۰ ماده خود ارزش است. هر گزاره این مقیاس شامل یک مقیاس چهار گزینه ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است. که دامنه آن از ۳ تا ۳۰ مرتب شده است. به علاوه حداقل و حداکثر نمره آن ۱۰ و ۳۰ است که نمره های بالاتر بیانگر میزان بالای عزت نفس میباشد.

به عقیده ویلام جیمز خودپنداره به معنای باور کلی ما نسبت به خودمان است. از سوی دیگر می توان عزت نفس را ارزش گذاری درباره خودپنداره دانست (خاطری، ۱۳۸۴). هارتر (۱۹۹۹) نیز بین عزت نفس و خودپنداره تفاوت قائل است. از نظر او اگرچه دو اصطلاح عزت نفس و خودپنداره غالباً قابلیت بکارگیری به جای یکدیگر را دارند، تفاوتی را هم نشان می دهند، اما در ساختار به یکدیگر مربوط هستند. خودپنداره بیشتر ادراکات فرد از توانایی ها و شایستگی ها در قلمروهای تحصیلی و غیر تحصیلی، (اجتماعی، رفتار و فردی) برمی گردد و به وسیله نمایی از خود ادراکی ها در زمینه های مختلف به بهترین نحو نشان داده می شوند.

در پژوهش حاضر جهت سنجش خودپنداره افراد از مقیاس خودپنداره لپسیت استفاده شده است. این مقیاس توسط لوپس پی. لپسیت (۱۹۵۸) ساخته شده است که از ۲۲ گویه تشکیل شده است که به منظور سنجش خودپنداره کودکان بکار می رود. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۵ نقطه ای می باشد که برای گزینه های «هرگز»، «به ندرت»، «بعضی اوقات»، «بیشتر اوقات» و «همیشه» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می شود. گویه های شماره ۱۰، ۱۷ و ۲۰ بصورت معکوس نمره گذاری می شوند. نتایج به شکل زیر تفسیر میشود:

الف. چنانچه نمره محاسبه شده بین ۲۲ تا ۴۴ باشد، نشانه این است که خودپنداره در فرد در حد پایین می باشد.

ب. چنانچه نمره محاسبه شده بین ۴۴ تا ۷۰ باشد، نشانه این است که خودپنداره در فرد متوسط می باشد.

ج. چنانچه نمره محاسبه شده ۷۰ به بالا باشد، نشانه این است که خودپنداره در فرد بالا می باشد. نمره بالاتر در مقیاس SC نشان دهنده خودپنداره بهتر است که این به معنی خودانکاری کمتر می باشد.

در نظریه بندورا منظور از خودکارآمدی، احساس های شایستگی، کفایت و قابلیت شخص در کنار آمدن با زندگی است. همچنین بندورا خودکارآمدی را بر میزان ادراک ما از درجه کنترلی که بر زندگیمان داریم، تعریف میکند (شیربگی، عزیزی، امجدزبردست و نصرتی سرایدشتی، ۱۳۹۱). بندورا (۲۰۰۱) همچنین خودکارآمدی را به عنوان ایمان به توانایی های یک فرد برای سازماندهی کردن و عملی کردن مسیرهای عملی مورد نیاز در مدیریت شرایط آینده، و اینکه مردم چگونه فکر می کنند، احساس می کنند و خودشان را برمی انگیزانند و عمل می کنند، تعریف کرده است (نقل از سلیمانی و هویدا، ۱۳۹۲). به نظر بندورا (۱۹۹۷) سطح انگیزش، شرایط عاطفی و عملکردهای اشخاص براساس آنچه که آنان باور دارند، شکل می گیرد تا براساس آنچه واقعا درست است. سازه خودکارآمدی بر باورهای افراد در مورد قابلیت های خودشان برای اعمال کنترل به سطح عملکردشان و به رویدادهایی که زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می دهد، مربوط است (رضایی، رحیمی، واعظفر، و دلاور، ۱۳۹۳).

در این پژوهش به منظور تعیین خودکارآمدی افراد از مقیاس خودکارآمدی نوجوانان کنلی استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۲۵ عبارت است که زیر مقیاس هایی همچون قاطعیت اجتماعی، عملکرد در موقعیت های اجتماعی، شرکت در گروه های اجتماعی، جنبه های دوستی و صمیمیت و کمک کردن یا کمک گرفتن را می سنجد. شیوه نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف ۷ درجه ای لیکرت ارائه شده است به این ترتیب که برای گزینه غیرممکن امتیاز ۱، بسیار سخت امتیاز ۲، سخت امتیاز ۳، کمی سخت امتیاز ۴، ساده امتیاز ۵، بسیار ساده امتیاز ۶ و بیش از حد ساده امتیاز ۷ در نظر گرفته میشود. سپس نمره های به دست آمده جمع میشوند و حد پایین نمرات ۲۵، حد متوسط ۱۰۰، و حد بالا ۱۷۵ میباشد.

تیین فرضیه ها

با توجه به نتایج به دست آمده در این پژوهش و مقایسه آن با پژوهش های انجام شده فرضیه های پژوهش مورد بررسی قرار میگیرند. فرضیه اول پژوهش

بین افراد مبتلا به لوسمی، هموفیلی و افراد سالم از نظر سبکهای مقابلهای تفاوت وجود دارد.

جهت پاسخگویی به این فرضیه از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد و نتایج این آزمون نشان داد که سه گروه لوسمی، هموفیلی و سالم از لحاظ سبکهای مقابلهای باهم متفاوتند؛ بنابراین فرض فوق تایید میگردد. به این صورت که میانگین دو گروه لوسمی و هموفیلی در زیرمقیاسهای انحراف از مشکل و کنار آمدن ویرانگر با سطح معناداری (۰/۰۰۷ و ۰/۰۰۲) بیشتر از گروه سالم است و به

نوعی این دو گروه، از این سبکهای مقابلهای بیشتر استفاده میکنند و گروه سالم نیز در زیر مقیاس کنارآمدن با مشکل در جهت بهبود آن با سطح معناداری (۰/۰۰۳)، میانگین بالاتری نسبت به دو گروه بیمار دارند و در نتیجه، از این سبک مقابلهای بیشتر استفاده میکنند. این یافتهها حاکی از این است که سبکهای مقابلهای افراد با توجه به بیماری جسمانی و سلامت جسمانی متفاوت بوده و در صورت ابتلای افراد به بیماری، سبکهای مقابلهای آنها نیز تغییر میکنند.

فرضیه دوم پژوهش:

بین افراد مبتلا به لوسمی، هموفیلی و افراد سالم از نظر نظام خود تفاوت وجود دارد. منظور از اینجا عزت نفس، خودپنداره و خودکارآمدی اجتماعی می باشد.

جهت پاسخگویی به این فرض نیز از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد و نتایج این آزمون نشان داد که سه گروه در متغیر عزت نفس تفاوت معنادار دارند و با توجه به میانگین بالاتر گروه سالم ( $P=0.01$ ) نسبت به گروه لوسمی و هموفیلی، میتوان نتیجه گرفت که دو گروه بیمار، سطح عزت نفس پایینتری نسبت به گروه سالم دارند؛ در صورتی که در متغیر خودپنداره سه گروه تفاوت معناداری با هم نداشتند ( $P=0.297$ ). از بین زیرمقیاسهای خودکارآمدی، سه گروه در ابعاد قاطعیت اجتماعی و شرکت در گروههای اجتماعی با هم تفاوت معنادار دارند؛ با توجه به میانگین بالاتر گروه لوسمی نسبت به گروه هموفیلی و سالم، میتوان نتیجه گرفت که گروه لوسمی قاطعیت اجتماعی بیشتری نسبت به دو گروه دیگر دارند (۰/۰۱۹). از نظر شرکت در گروههای اجتماعی نیز، گروه مبتلا به لوسمی و هموفیلی میانگین بالاتری نسبت به گروه سالم داشتند (۰/۰۱۹). همچنین در بقیه ابعاد خودکارآمدی، تفاوت معنادار مشاهده نشد.

بر اساس یافته های حاصل از این پژوهش و با توجه به جدول ۶-۴ میانگین دو گروه افراد بیمار مبتلا به هموفیلی و سرطان خون در متغیر سبک های مقابله ای با افراد سالم تفاوت داشتند. در این متغیر میانگین زیر مقیاس های انحراف از مشکل و کنار آمدن ویرانگر در دو گروه بیمار بیشتر از افراد سالم میباشد و میانگین زیر مقیاس کنار آمدن با مشکل در جهت بهبود آن در افراد سالم بیشتر از گروه بیمار میباشد و این بیانگر این است که افراد بیمار بیشتر از سبک های مقابله ای هیجان مدار ( انحراف از مشکل و کنار آمدن ویرانگر) در مقایسه با افراد سالم استفاده میکنند. نتایج حاصل از این پژوهش با پژوهش های، ماهان و همکاران (۱۳۹۶)، کامپاس و همکاران (۲۰۱۴)، حمزه و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی دارد.

در متغیر عزت نفس، با توجه به جدول ۶-۴ میانگین نمرات دو گروه بیماران مبتلا به سرطان خون و هموفیلی کمتر از گروه سالم میباشد بنابراین این فرض نیز تایید میگردد که بین عزت نفس افراد مبتلا به سرطان خون و هموفیلی و سالم تفاوت وجود دارد و این بیانگر این موضوع است که افراد بیمار در مقایسه با افراد سالم از عزت نفس پایین تری برخوردار میباشند. یافته های این پژوهش با یافته های پژوهش کیانی و همتی (۲۰۱۶) و پژوهش کلنیکال و همکارانش همخوان است.

در متغیر خودپنداره گرچه با توجه به جدول ۶-۴ میانگین دو گروه افراد بیمار کمتر از افراد سالم شده اما این تفاوت در سطح معناداری نبوده و میتوان گفت بین سه گروه تفاوت معناداری به لحاظ خودپنداره وجود ندارد. در متغیر خودکارآمدی اجتماعی با توجه به جدول ۶-۴ تفاوت دو گروه بیمار با گروه سالم به لحاظ خودکارآمدی اجتماعی فقط در ابعاد قاطعیت اجتماعی و شرکت در گروه های اجتماعی میباشد و میانگین نمرات افراد بیمار به ویژه لوسمی ها در ابعاد قاطعیت اجتماعی و شرکت در گروه های اجتماعی، بیشتر از گروه سالم میباشد و این بیانگر این موضوع است که خودکارآمدی افراد بیمار در ابعاد قاطعیت اجتماعی و شرکت در گروه های اجتماعی بیشتر از افراد سالم است ولی در سایر ابعاد مثل عملکرد در موقعیت اجتماعی، جنبه های دوستی و صمیمیت و کمک کردن و کمک گرفتن تفاوت معناداری بین سه گروه مشاهده نشده است. این یافته ها با پژوهش رابرت نول و همکاران تقریباً همخوان میباشد. زیرا در پژوهش رابرت نول و همکاران، سال (۱۹۹۸) که با عنوان کارکردهای اجتماعی، احساسی و رفتاری در کودکان مبتلا به سرطان انجام شد نتایج حاکی از این بود که کودکان مبتلا به سرطان تحت درمان که سنشان بین ۸ تا ۱۵ سال بوده است در مقایسه با سایر همکلاسی های خود که در بازه سنی یکسانی قرار داشته اند از دیدگاه معلمان، نسبت به همتایان غیر مبتلا، اجتماعی ترند. از دیدگاه معلمان و هم کلاسی ها پرخاشگری کمتری دارند. از دیدگاه همکلاسی ها مقبولیت اجتماعی بیشتری دارند. میزان افسردگی، اضطراب، تنهایی و اعتماد به نفس در کودکان مبتلا به سرطان تفاوت قابل توجهی را با سایر کودکان نشان نداده است جز اینکه کودکان مبتلا به سرطان میزان رضایت کمتری از شرایط فیزیکی و مهارت ورزشی خود نشان داده اند. همچنین تفاوت قابل توجهی از دیدگاه والدین این کودکان در رابطه پارامترهای مورد بررسی وجود نداشته است. نمرات مربوط به تمام فاکتورهای استاندارد در بازه نرمال بوده اند برای هر دو دسته از کودکان. نهایتاً این نتیجه گیری حاصل شد که کودکان مبتلا به سرطان که تحت شیمی درمانی هستند، به لحاظ سلامت احساسی در سطحی یکسان با سایر کودکان غیر مبتلا به سرطان می باشند و به لحاظ کارکردهای اجتماعی وضعیت مناسبتری دارند.

در تبیین این یافته ها اینگونه استنباط میشود که متغیر سبک های مقابله ای کنار آمدن ویرانگر و انحراف از مشکل با عزت نفس پایین ارتباط دارند. مولیس و چاپمن (۲۰۰۰) در پژوهش خود گزارش کرده اند که نوجوانان با عزت نفس پایین متکی هستند به استراتژیهای مقابله ای بر پایه هیجان در حالیکه نوجوانان با عزت نفس بالا به روش های مقابله ای که مستقیماً سراغ حل مسئله میرود متکی هستند. از طرفی (کندل ۲۰۰۹) در یافته هایش به این نکته اشاره کرده که افراد بیمار با مشکلات زیادی مواجه میشوند که از آن بین میتوان به



کاهش عزت نفس و افزایش احساسات منفی اشاره کرد. به علاوه این مشکلات نیز میتواند به نوبه خود مشکلات ابتدایی را تشدید کند و بر کنش وری و سازش یافتگی افراد بیمار تاثیر منفی داشته باشند (لوبلان و ریچی ۲۰۰۹). این نتایج میتواند نشان دهنده اهمیت ویژگی ارزشمند دانستن خود (عزت نفس) و همچنین نوع سبک های مقابله ای در میان نوجوانانی باشد که بیماری مزمن دارند و باید در زندگی آینده خود با شرایط استرس زای متعددی مواجه شوند.

از طرفی یافته های پژوهش حاضر نشان داد که خودکارآمدی اجتماعی افراد مبتلا به لوسمی و هموفیلی در ابعاد عملکرد در موقعیت های اجتماعی، جنبه های دوستی و صمیمیت و کمک کردن یا کمک گرفتن تفاوت معناداری با افراد سالم نداشتند و حتی در ابعاد شرکت در گروه های اجتماعی و قاطعیت اجتماعی افراد بیمار نمرات بالاتری نشان دادند نسبت به افراد سالم. در تبیین این یافته ها میتوان چنین ادعان نمود که احتمالاً متغیرهای مداخله گر دیگری همچون وجود حمایت های اجتماعی بالا از افراد بیمار و یا پیش آگهی خوب نسبت به بیماری که در پژوهش حاضر کنترل نشدند میتواند در خودکارآمدی این افراد تاثیرات مثبتی داشته باشد. آنچنان که پژوهش حسین زاده و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد حمایت اجتماعی با سه متغیر خودکارآمدی، حرمت خود، و رضایت از زندگی رابطه مثبت و معنادار دارد و در واقع ضرورت حمایت اجتماعی در تقویت خودکارآمدی، حرمت خود و رضایت از زندگی در نوجوانان را مورد تایید قرار داد. و یا پژوهش رسولی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که افرادی که پیش آگهی بهتری از بیماری خود داشتند خودکارآمدی بالاتری گزارش کرده بودند.

از طرفی به عقیده پژوهشگر از یافته های پژوهش حاضر چنین به نظر میرسد که سبک های مقابله ای انحراف از مشکل به سمتی دیگر، که در گروه بیمار بیشتر مشاهده شده و شامل دریافت حمایت های اجتماعی، عادت ها، تفکر مثبت و مسائل روحانی میباشد میتواند با بالا بودن میانگین گروه افراد بیمار در بعد شرکت در گروه های اجتماعی که یکی از ابعاد مقیاس خودکارآمدی اجتماعی این پژوهش است رابطه داشته باشد. به این معنی که استفاده از سبک مقابله ای انحراف از مشکل میتواند در گروه بیماران، بر بالا بودن خودکارآمدی آنان در بعد شرکت در گروه های اجتماعی به جهت جلب حمایت اجتماعی تاثیر گذار باشد. البته با توجه به محدودیت پژوهش های داخلی و خارجی در زمینه تفاوت های بین بیماران سرطان خون و هموفیلی و افراد سالم، و همچنین حجم نمونه کم در این پژوهش و عدم کنترل متغیرهای مداخله گری همچون وجود حمایت اجتماعی و یا پیش آگهی مثبت نسبت به بیماری، این یافته ها نیاز به مطالعات و پژوهش ها و بررسی های بیشتری دارند و هیچ گونه رابطه علت و معلولی را به اثبات نمیرسانند.

## فهرست منابع و مآخذ

### منابع فارسی:

- اسملترز، س بیر. (۲۰۰۰). درسنامه پرستاری برونر و سودارث. (ترجمه محمد امینی، ژاله علیها؛ علمی، ۱۳۸۲) صدبقره. تهران: نشر سالمی.
- بزمی، نعیمه؛ نرسی، مهرنوش. (۱۳۹۱). اثر تکنیک های بازی درمانی در کاهش اضطراب و افزایش احساسات مثبت و سطح سازگاری عمومی در کودکان ۹-۱۲ ساله مبتلا به سرطان خون. مطالعات روانشناختی، دوره ۸، شماره ۴: ۱۰۷-۱۳۰.
- بیگ زاده، مجید. (۱۳۹۴). هموفیلی به زبان ساده (موسسه ملی قلب و خون آمریکا). ماهنامه ندای محیا، سال هشتم، شماره ۶۳: ۳۳-۳۷.
- بهرام بیگ، سعید. (۱۳۸۰). رابطه منبع کنترل، عزت نفس و خودپنداره در بین دانش آموزان پسر سال سوم دبیرستانهای تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی، دانشگاه آزاد کرج.
- حسین زاده، ع. عزیزی، م. توکلی، ح. (۱۳۹۳). حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی در نوجوانان: نقش واسطه ای خودکارآمدی و حمایت خود. روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی. سال یازدهم، شماره ۴۱.
- خاطری، مونا. (۱۳۸۴). تأثیر واقعیت درمانی با تمرکز بر نظریه انتخاب بر عزت نفس و خودپنداره دانش آموزان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- دهقانی آرنی، فاطمه؛ بشارت، محمد علی. (۱۳۹۱). اثر بخشی یک مدل مداخله مبتنی بر دل بستگی مادر-کودک بر شاخص های سلامت مادران کودکان مبتلا به بیماری های مزمن. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت، سال سوم، شماره ۴: ۳۹-۵۳.
- دیماثولای، ام. رایین. (۱۹۸۷). روانشناسی سلامت. (ترجمه مهدی موسوی اصل، محمد رضا سالاری فر، مسعود آذربایجانی، اکبر عباسی، ۱۳۹۰). تهران: انتشارات سمت.
- دهقانی، ا. و کج باف، م. ب. (۱۳۹۲). رابطه سخت رویی با سبک های مقابله با استرس در دانشجویان. دانش و تندرستی، ۲۷(۸)، ۱۱۲-۱۱۸.
- ذاکر، فرهاد؛ نیازپور، مجید. (۱۳۸۵). اصول انعقاد و بیماریها. تهران: انتشارات کمال دانش.
- رسولی آرالوی بزرگ، منصوره. (۱۳۹۳). مقایسه سیستم خود (عزت نفس، خودپنداره و خودکارآمدی) در بین جانبازان و افراد عادی شهر البرز. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی، دانشگاه آزاد کرج.
- رضایی، ع. م. رحیمی، م. و واعظ فر، س. س. و دلاور، ع. (۱۳۹۳). بررسی ساختار عاملی مقیاس خودکارآمدی مادران. فرهنگی تربیتی

- زنان و خانواده، ۲۸(۹)، ۸۵-۱۰۶.
- سندرسن، کاترین. (۲۰۱۳). روانشناسی سلامت. (ترجمه فرهاد جمهری، فرحناز مسچی، شیدا سوداگر، فردین مرادی منش، محمد بیاضی، افسانه صبحی، اسماعیل خیرجو، فرهاد هژیر، علی اکبر، صمدی، ۱۳۹۲). کرج: انتشارات سرافراز.
- سهرابی، ر.، محمدی، ا.، و ارفعی، ا. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سبک های مقابله ای نوجوانان دختر. زن و مطالعات خانواده، ۱۳(۴)، ۴۵-۶۰.
- شاملو، سعید. (۱۳۷۸). بهداشت روانی. تهران: انتشارات رشد.
- صالحی، سید معصومه. (۱۳۹۴). رابطه سبک های شناختی و خودکارآمدی با پیشرفت تحصیلی دانش آموزان در مدارس هوشمند. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی، دانشگاه آزاد کرج.
- عبدی، الهام. آخوندی، نیلا. اعراب شیبانی، خدیجه. (۱۳۹۶). روانشناسی بیماری های مزمن. تهران: انتشارات روانسنجی.
- گنجی، حمزه. (۱۳۹۲). ارزشیابی شخصیت. تهران: ساوالان.
- ماهان، ج.، سگال، م.، و گیتی قریشی، ا.ا. (۱۳۹۶). مقایسه ی استرس و سبک های مقابله ای در بیماران مبتلا به سرطان و افراد سالم. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۴۵(۱۲)، ۷۷-۸۶.
- وایت، کریگ ا. (۲۰۰۱). درمان شناختی-رفتاری برای بیماری های مزمن پزشکی. (ترجمه رضا مولوی و کتابیون فتاحی، ۱۳۸۹). تهران: انتشارات ارجمند.
- وبر، کریستین. (بی تا). عزت نفس. ترجمه گلیه گل بهروزان، (۱۳۸۷). ناشر: پیدایش
- وکیلی، پ.، خاکپور، ر.، و اعلائی، ز. (۱۳۹۰). نقش تفاوت های جنسیتی در سبک های مقابله با استرس و سلامت روانی. تحقیقات مدیریت آموزشی، ۱۰(۳)، ۹۳-۱۰۸.
- هدایتی، پ.ا.، فاتحی زاده، م.ا.، و آکوچکیان، ا. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر آموزش اسلام محور به والدین بر عزت نفس نوجوانان. مطالعات اسلام و روان شناسی، ۲(۱)، ۱۱۹-۱۴۰.

## References:

- Alioglu B, Bagrul D, Sayin U, Dallar Y. (2013) , Assessment of self-esteem levels of Turkish patients with severe haemophilia A: Ankara Hospital experience. *Haemophilia*. Jan;19(1):e53-4. doi: 10.1111/hae.12010. Epub 2012 Oct 1. PMID: 23020158.
- Brannon. L. & Feist. J. (1997). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*. Mexico. City Brooks / Cole.
- Bruhn, G ; Hampton, J; and chandler, B. *cilincial marginality and psychological adjustment in hemophilia*, *journal of psychosomatic*, (1971). vol,15:207-213.
- Compas. B. E. , Desjardins. L. , Vannatta. K. , Young-Saleme. T. , Rodriguez. E. M. , Dunn. M. , Drotar D, Agle DP, Eckl CL, Thompson PA. Impact of the repressive personality style on the measurement of psychological distress in children and adolescents with chronic illness: an example from hemophilia. *J Pediatr Psychol*. 1996 Apr;21(2):283-93. doi: 10.1093/jpepsy/21.2.283. PMID: 8920158.
- Cooper Smith. S. A (1967). *The antecedent of self-esteem*. Freedman and company sanfrancisco.
- Hamzeh S, Beyrami M, Hashemi N, T. (2011). Comparison of personality trait, negative experienced emotions and coping styles between healthy women and those suffering from cancer. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci*; 19(5): 627-36.
- Gerhardt. C. A. (2014). Children and Adolescents Coping With Cancer: Self- and Parent Reports of Coping and Anxiety/Depression. *Health Psychology : Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 33(8), 853-861. <http://doi.org/10.1037/hea0000083>
- Hemati, Zeinab; Kiani, Davood. The Comparison Of Self-Esteem And Related Factors In Itp Patients And Healthy Individuals. *Basic & Clinical Cancer Research*, [S.L.], V. 8, N. 1&2, P. 28-35, Aug. 2016. Issn 2228-5466. Available At: <http://Bccr.Tums.Ac.Ir/Index.Php/Bccrj/Article/View/178>
- Junjie Huang , Sze Chai Chan , Chun Ho Ngai , Veeleah Lok , Lin Zhang , Don Eliseo Lucero-Priso III , Wanghong Xu , Zhi-Jie Zheng , Edmar Elcarte , Mellissa Withers , Martin C S Wong , NCD Global Health Research Group Association of Pacific Rim Universities (APRU) , (2022) , Disease Burden, Risk Factors,

- and Trends of Leukaemia: A Global Analysis , *Front Oncol* 22;12:904292. doi: [10.3389/fonc.2022.904292](https://doi.org/10.3389/fonc.2022.904292)
- Kim SY, Kim SW, Kim JM, Shin IS, Baek HJ, Lee HS, Hwang TJ, Yoon JS. Impact of personality and depression on quality of life in patients with severe haemophilia in Korea. *Haemophilia*. 2013 Sep;19(5):e270-5. doi: 10.1111/hae.12221. Epub 2013 Jun 28. PMID: 23809853.
- Limberg PF, Haverman L, Maurice-Stam H, Coppens M, Valk C, Kruip MJHA, Eikenboom J, Peters M, Grootenhuis MA. Health-related quality of life, developmental milestones, and self-esteem in young adults with bleeding disorders. *Qual Life Res*. 2018 Jan;27(1):159-171. doi: 10.1007/s11136-017-1696-0. Epub 2017 Sep 12. PMID: 28900823; PMCID: PMC5770500.
- Lazarus R. S. Folkman S (1984). *Stress, Appraisal, and Coping strategies*. New York: Springer Pub. Co. c1984.
- Lazarus RS & Folkman S. (1985) coping and adaptation centry (ED). *The handbook of behavioral medicine*, New York. Guilford press: 262-325.
- Leblane ,M.,& Ritchie , M.(2009). A Mehtaanalysis of play therapy. *counseling psychology Quarterly* , 15(3).159-160
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., & Hahan, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 9 (6), 713-730.
- Price,R.A.model for body image care.*journal of advanced nursing*.(1990). 15:585-593.
- Rethink, A. (2004). Spirituality and Mental Illness. *Psychological Bulletin*, 122, 5-37. <http://www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/making>.
- Scandlyn,j.(2000).when AIDS became a chronic disease.*western journal of medicine*,172,130-133.
- Thomas D, Gaslin TC. "Camping up" self-esteem in children with hemophilia. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2001 Oct-Dec;24(4):253-63. doi: 10.1080/014608601753260344 .PMID: 11769210.
- Turner,j,&Kelly,B.(2000).Emotional dimensions of chronic disease.*western journal of Medicine*,172,124-128.

## پیش‌بینی آشفتگی هیجانی براساس خودپنداره و شایستگی اجتماعی در دانشجویان

سعید ملیحی‌الذاکرینی

استادیار ، گروه روانشناسی بالینی و سلامت ، دانشگاه آزاد اسلامی ، واحد کرج ، کرج ، ایران

علیرضا شکرگزار

استادیار ، گروه روانشناسی بالینی و سلامت ، دانشگاه آزاد اسلامی ، واحد کرج ، کرج ، ایران

سعیده قاضی زاده

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

### Prediction of Emotional Disturbance based on Self-concept and Social Competence in Students

**Saied Malihi Al-Zackerini**

Assistant Prifessor , Department of Clinical and Health Psychology , Islamic Azad University , Karaj Branch , Karaj , Iran

**Alireza Shokrgozar**

Assistant Prifessor , Department of Clinical and Health Psychology , Islamic Azad University , Karaj Branch , Karaj , Iran

**Saeideh Ghazizadeh**

Master of Cliniciel psychology , Department of Clinical and Health Psychology , Islamic Azad University , Karaj Branch , Karaj , Iran

#### Abstract

The aim of the present study was to predict emotional distress based on self-concept and social competence in students. From a methodological perspective, the research is applied in nature and descriptive-correlational in terms of its research method. The statistical population included all female students of Islamic Azad University, Karaj Branch, in the fields of Management and Accounting, at associate, bachelor's, and postgraduate levels in the academic year 1403 (2024-2025). From this population, a sample of 200 students was selected using a cluster sampling method. To measure the variables under study, the Emotional Distress Questionnaire by Simons and Gaher, the Beck Self-Concept Inventory, and the Social Competence Questionnaire by Felner and colleagues were used. The findings of the study indicated that the emotional distress coefficient based on self-concept was significant at the alpha level of 0.05, with a positive correlation between emotional distress and self-concept. Additionally, all calculated correlation coefficients between emotional distress and social competence were significant at the alpha level of 0.05, with a negative correlation between them. The results suggest that negative self-concept significantly predicts higher emotional distress, while positive self-concept predicts lower emotional distress. Therefore, the first hypothesis of the research is confirmed. It is also concluded that social competence predicts emotional distress, thereby confirming the second hypothesis.

**Keywords:** *Emotional Distress, Self-Concept, Social Competence*

## چکیده

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی آشفته‌گی هیجانی بر اساس خودپنداره و شایستگی اجتماعی در دانشجویان بود. روش تحقیق از منظر هدف، کاربردی و از منظر شیوه پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در مقطع کاردانی، کارشناسی و تحصیلات تکمیلی رشته تحصیلی مدیریت و حسابداری در سال تحصیلی ۱۴۰۳ بود که از این جامعه آماری نمونه‌ای به حجم ۲۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. برای سنجش متغیرهای مورد مطالعه از پرسشنامه‌های آشفته‌گی هیجانی سیمونز و گاهر، خودپنداره بک و شایستگی اجتماعی فلنر و همکاران استفاده شد. یافته‌های حاصل از پژوهش حاکی از آن است که ضریب آشفته‌گی هیجانی بر اساس خودپنداره محاسبه شده بین آشفته‌گی هیجانی بر اساس خودپنداره در سطح آلفای ۰/۵۰ معنی‌دار می‌باشند و همبستگی بین آن‌ها مثبت است. و همچنین تمامی ضرایب همبستگی محاسبه شده بین آشفته‌گی هیجانی براساس شایستگی اجتماعی در سطح آلفای ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشند؛ و همبستگی بین آنها منفی است. نتایج نشان می‌دهد که به شکل مثبت و معنی‌داری خودپنداره منفی، آشفته‌گی بالا و خودپنداره مثبت آشفته‌گی پایین را پیش‌بینی می‌کند. بنابراین فرضیه اول پژوهش تایید می‌شود. همچنین نتیجه گرفته می‌شود که شایستگی اجتماعی، آشفته‌گی هیجانی را پیش‌بینی می‌کند. بنابراین فرضیه دوم پژوهش تایید می‌شود.

**کلید واژه:** آشفته‌گی هیجانی، خودپنداره، شایستگی اجتماعی

## مقدمه

آشفته‌گی هیجانی به‌عنوان یکی از چالش‌های مهم روانشناختی در جامعه‌ی دانشجویی مطرح است که می‌تواند جنبه‌های مختلف زندگی فرد، از جمله عملکرد تحصیلی، روابط اجتماعی و سلامت روانی را تحت تأثیر قرار دهد (هوانگ و همکاران، ۲۰۱۵). آشفته‌گی هیجانی، وضعیتی همراه با احساسات منفی شدید و ناپایداری عاطفی است که معمولاً ناشی از ناتوانی در تنظیم هیجانات است و در بسیاری موارد به مشکلات روانی مانند اضطراب و افسردگی منجر می‌شود (تاشورن و همکاران، ۲۰۲۲). افراد با تحمل پایین در برابر آشفته‌گی هیجانی اغلب دچار احساسات شرم و اضطراب شده و قادر به مدیریت هیجانات خود نیستند. آن‌ها همچنین در مقابله با شرایط تنش‌زا با مشکلات بسیاری روبه‌رو می‌شوند، که این موضوع اهمیت بررسی عوامل تأثیرگذار بر آشفته‌گی هیجانی را نشان می‌دهد (لازاروس، ۱۹۹۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که عوامل متعددی می‌توانند در افزایش یا کاهش آشفته‌گی هیجانی نقش داشته باشند (انزلیکت و همکاران، ۲۰۱۵). به عنوان نمونه بر کینگ و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود که با عنوان تنظیم هیجان، افسردگی را به مدت پنج سال در زنان پیش‌بینی می‌کنند. همچنین بادان فیروز و همکاران (۲۰۱۷) به بررسی رابطه تنظیم شناختی هیجان با نشانگان افسردگی و اضطراب در دانشجویان با نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی پرداختند. نتایج نشان دادند که تنظیم شناختی هیجانی در دانشجویان دانشگاه با افسردگی و اضطراب رابطه دارد.

خودپنداره یکی از این عوامل است که بر رفتارها و واکنش‌های فرد تأثیر بسزایی دارد. خودپنداره به تصویر ذهنی فرد از خود اشاره دارد و شامل باورها، نگرش‌ها و ارزیابی‌هایی است که فرد نسبت به ویژگی‌های خود دارد (غلامی، ۱۳۸۴). خودپنداره مثبت می‌تواند به‌عنوان یک عامل محافظ در برابر آشفته‌گی هیجانی عمل کرده و فرد را در برابر تجربیات ناخوشایند هیجانی مقاوم‌تر سازد، در حالی که خودپنداره منفی فرد را به سمت نگرش‌ها و افکار منفی سوق می‌دهد و وی را در مواجهه با شرایط سخت آسیب‌پذیرتر می‌سازد. در سال‌های اخیر، ویژگی‌های روانشناختی مربوط به خودپنداره توجه دانشگاهی را به خود جلب کرده است. خودپنداره نقش مهمی در سازگاری روانی دارد. وضوح بالاتر خودپنداره با پیامدهای مثبت مختلف، مانند سطوح پایین تر اضطراب و افسردگی مرتبط بود (وانگ و همکاران، ۲۰۱۹؛ باتزر و کوپیر، ۲۰۰۶).

از سوی دیگر، شایستگی اجتماعی که شامل توانایی‌هایی همچون برقراری و حفظ روابط اجتماعی، همدلی، مدیریت تعارضات و ارتباط مؤثر است، به‌عنوان عاملی مهم در بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی فرد شناخته شده است. این توانایی‌ها به فرد کمک می‌کنند تا بتواند روابط مؤثری با دیگران برقرار کرده و در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا به شیوه‌ای سازگارانه عمل کند (منتز و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افرادی با شایستگی اجتماعی بالا معمولاً در تنظیم و مدیریت هیجانات خود موفق‌ترند و به همین دلیل کمتر دچار احساسات منفی و آشفته‌گی هیجانی می‌شوند (همایی و همکاران، ۱۴۰۱).

مطالعات پیشین، به‌ویژه در خارج از کشور، رابطه‌ی بین خودپنداره، شایستگی اجتماعی و آشفته‌گی هیجانی را تأیید کرده‌اند و نشان داده‌اند که تقویت این عوامل می‌تواند در کاهش سطح آشفته‌گی هیجانی و بهبود سلامت روانی در محیط‌های آموزشی مؤثر باشد. جانسون و گرین (۲۰۲۳) نتیجه گرفتند که خودپنداره مثبت به طور معناداری با تاب‌آوری عاطفی بالاتر مرتبط است و همینطور؛ خودپنداره مثبت و عملکرد اجتماعی خوب به طور متقابل بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند و هر دو به طور مشترک بر تاب‌آوری عاطفی تأثیر می‌گذارند. میلر و لالین (۲۰۲۲) در پژوهش دیگری نشان دادند که خودپنداره و شایستگی اجتماعی به طور متقابل بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. خودپنداره مثبت می‌تواند شایستگی اجتماعی را تقویت کند و شایستگی اجتماعی بالا نیز به بهبود خودپنداره کمک می‌کند. یوجان و همکاران

(۲۰۲۲) نیز یافتند که خودپنداره با افسردگی رابطه معنی دار و منفی دارد، علاوه بر این، توانایی تنظیم هیجان تأثیر مستقیم خودپنداره بر افسردگی را تعدیل می‌کند. کیم و لی (۲۰۲۱) در پژوهش دیگری به بررسی تأثیر خودپنداره و مهارت‌های اجتماعی بر اختلالات عاطفی در دانشجویان پرداخته و نتایج تحقیق این بود که خودپنداره بالا به طور معناداری با کاهش اختلالات عاطفی مرتبط است. در پژوهش اسمیت و تامپسون (۲۰۲۰) نیز نتایج تحقیق به این صورت بود که خودپنداره و شایستگی اجتماعی هر دو به طور معناداری قادر به پیش‌بینی اختلالات عاطفی در دانشجویان هستند. خودپنداره مثبت و شایستگی اجتماعی بالا به کاهش احتمال اختلالات عاطفی کمک می‌کند. در ایران نیز، پژوهش‌هایی به بررسی این موضوع پرداخته‌اند؛ اما هنوز نقش خودپنداره و شایستگی اجتماعی در کاهش آشفتگی هیجانی در دانشجویان به طور جامع و دقیق مورد مطالعه قرار نگرفته است. فلاحت و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش خودنظم دهی هیجانی با بهره‌گیری از فونونی مانند مهارت‌های کنترل خشم، آموزش آگاهی هیجانی، افزایش احساسات مثبت و بازشناسی هیجان‌ها می‌تواند روشی کارآمد برای بهبود شایستگی اجتماعی و ابرازگری هیجانی باشد. اقدسی و همکاران (۱۳۹۹) نیز نتیجه گرفتند که بین اثربخشی تنظیم هیجان با آموزش مهارت‌های ارتباطی بین فردی بر میزان شایستگی روانی-اجتماعی و زیر مؤلفه‌های آن (خودآگاهی، آگاهی اجتماعی، مدیریت خود، تصمیم‌گیری مسئولانه، مهارت‌های ارتباطی) دانشجویان تفاوت وجود دارد. محبوبی (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان داد که آموزش شناختی توانسته است بعنوان مداخله‌ای موثر موجب کاهش نمره کلی آشفتگی روان‌شناختی و هر سه مؤلفه آن (افسردگی، استرس و اضطراب) در دانشجویان گروه آزمایش گردد. بر اساس نتایج حاصل از پژوهش احمدپور ترکی و همکاران (۱۳۹۷)، آموزش شایستگی اجتماعی هیجانی با افزایش توانایی افراد درباره شناسایی، بیان و تنظیم هیجان، باعث کاهش رفتارهای پرخطر و افزایش حل مسئله شده است. عظیمی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش دیگری نشان دادند که درمان فراتشخصی مبتنی بر تنظیم هیجانی بر سازگاری‌های فردی و اجتماعی اثربخش بوده است. و همچنین؛ نجفی و همکاران (۱۳۹۲) بین افزایش میزان استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان با ضعیف بودن خودپنداره آنها، ارتباط معنی داری یافتند. نتایج این مطالعه می‌تواند به شناسایی راهکارهای مؤثری برای تقویت خودپنداره و شایستگی اجتماعی و به تبع آن کاهش آشفتگی هیجانی در دانشجویان کمک کند. این یافته‌ها همچنین می‌توانند به عنوان منبعی برای مشاوران و روان‌شناسان آموزشی مورد استفاده قرار گرفته و بستر مناسبی برای طراحی برنامه‌های پیشگیرانه و مداخله‌ای در جهت ارتقاء سلامت روانی دانشجویان فراهم آورند. لذا پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی آشفتگی هیجانی براساس خودپنداره و شایستگی اجتماعی در دانشجویان به دنبال پاسخ به این سوال است که چگونه این دو متغیر می‌توانند میزان آشفتگی هیجانی را میان دانشجویان تحت تاثیر قرار دهند و آیا آشفتگی هیجانی براساس خودپنداره و شایستگی اجتماعی در دانشجویان پیش‌بینی خواهد شد؟

### روش تحقیق

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر مقطع کاردانی، کارشناسی و تحصیلات تکمیلی رشته‌های مدیریت و حسابداری دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در سال تحصیلی ۱۴۰۳ بوده است. برای تعیین حجم نمونه، از فرمول پیشنهادی تاباچنیک و فیدل (۲۰۰۷) استفاده شده و بر این اساس، حجم نمونه‌ای معادل ۲۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین دانشجویان دختر این دانشگاه انتخاب شد. معیارهای ورود و خروج پژوهش عبارتند از: دانشجویان دختر با بازه سنی ۲۰ تا ۳۵ سال و رشته‌های تحصیلی مدیریت و حسابداری که در یکی از مقاطع کاردانی، کارشناسی یا تحصیلات تکمیلی مشغول به تحصیل بودند، واجد شرایط ورود به پژوهش محسوب شدند. از سوی دیگر، دانشجویانی که به صورت خوداظهاری دارای بیماری‌های روانی یا مصرف‌کننده داروهای اعصاب و روان بودند، از پژوهش خارج شدند.

برای گردآوری اطلاعات، از سه پرسشنامه استاندارد استفاده شد:

۱. پرسشنامه آشفتگی هیجانی (مونزیس و گاهر، ۲۰۰۵)
- ۱- مقیاس تحمل پریشانی، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده‌مقیاس به شرح ذیل است.
  - ۱- تحمل (تحمل پریشانی هیجانی): با سوالات ۱-۳ و ۵ اندازه‌گیری می‌شود.
  - ۲- جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی): با سوالات ۲-۴ و ۱۵ اندازه‌گیری می‌شود.
  - ۳- ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی): با سوالات ۶-۷-۹-۱۰-۱۱ و ۱۲ اندازه‌گیری می‌شود.
  - ۴- تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی): با سوالات ۸-۱۳ و ۱۴ اندازه‌گیری می‌شود.
- ۵- عبارات این پرسشنامه، بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای (۱- کاملاً موافق ۲- اندکی موافق ۳- نه موافق و نه مخالف ۴- اندکی مخالف ۵- کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شوند و هر یک از این گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ امتیاز دارند. عبارت ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشان‌گر تحمل پریشانی بالاست. برای بدست آوردن تحمل پریشانی کلی نمره تمام سوالات با هم جمع می‌شود و برای بدست آوردن نمره هر یک از ابعاد، نمره سوال‌های هر بعد مطابق آن چه که در بالا ذکر شد با هم جمع می‌شوند.

سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ را گزارش کرده‌اند، آن‌ها همچنین گزارش کرده‌اند که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. علوی (۱۳۸۸) در پایان نامه‌اش از این ابزار بهره گرفته است وی آن را بر روی ۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد) اجرا کرده است و گزارش کرده است که کل مقیاس دارای پایایی همسانی درونی بالا ( $\alpha = 0.71$ ) و خرده مقیاس‌ها دارای پایایی متوسطی (برای تحمل ۰/۵۴، جذب ۰/۴۲، ارزیابی ۰/۵۶ تنظیم ۰/۵۸) هستند (علوی، ۱۳۸۸).

### ۲. پرسشنامه خودپنداره (بک، ۱۹۹۰)

این مقیاس را نخستین بار بک (۱۹۹۰) به منظور بررسی خودپنداره افراد مطرح کرد و مجدداً بک و ستیر، اپستین و برون (۱۹۹۰) آن را ارزیابی کردند. این مقیاس شامل ۲۵ گویه و وسیله‌ای برای ارزیابی نگرش‌های منفی شخص از خودش است که در نظریه شناختی بک شناخت منفی سه‌گانه (نظر منفی نسبت به خود، محیط و دنیا) را تشکیل می‌دهد. آزمودنی در موارد متعدد با توجه به استنباطی که از خود دارد، خود را با دیگران مقایسه و یکی از پنج عبارتی را انتخاب می‌کند که ویژگی او را بهتر نشان می‌دهد. آزمون به گونه‌ای طراحی شده است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی خودپنداره‌ی مثبت است. بک و همکاران (۱۹۹۰) بدست آوردند که شاخص همسانی درونی رضایت‌بخشی است. ضریب پایایی مقیاس از طریق آزمایش مجدد با فاصله‌ی زمانی یک هفته ۰/۸۸ و با فاصله‌ی زمانی سه ماه ۰/۶۵ بود. این مقیاس را در ایران نبوی (۱۳۷۳)، به نقل از رضاپور میرصالح، ریحانی کیوی، خباز و ابوترابی کاشانی، (۱۳۸۹). از نظر اعتبار و روایی به سنجش گذاشت و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۵ بدست آمد. روایی سازی آن نیز با انجام آزمون بین افراد عادی و افسرده و مقایسه‌ی نمرات آن‌ها تجزیه و تحلیل شد که در هر مورد تفاوت معناداری بود (نبوی، ۱۳۷۳؛ به نقل از رضاپور میرصالح، ریحانی کیوی، خباز و ابوترابی کاشانی، ۱۳۸۹).

### ۳. پرسشنامه شایستگی اجتماعی (فلنر و همکاران، ۱۹۹۰)

این پرسشنامه را (فلنر، لیا و فیلیس، ۱۹۹۰) تدوین کردند که مشتمل بر ۴۷ ماده است و به صورت مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای (از کاملاً موافقم: نمره ۷ تا کاملاً مخالفم: نمره ۱) تنظیم شده است. همچنین ابعاد توانایی‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، کفایت هیجانی، آمایه‌های انگیزشی و انتظار را می‌سنجد. در این پرسشنامه ۳۴ سؤال به مهارت‌های رفتاری اختصاص دارد؛ در حالی که ۳ سؤال مهارت‌های شناختی، ۳ سؤال کفایت هیجانی و ۷ سؤال آمایه‌های انگیزشی و انتظارات را می‌سنجد. همچنین سؤالات ۲۶، ۲۵، ۲۱، ۱۶، ۱۵، ۱۲، ۱۱، ۹، ۸، ۶، ۳، ۴، ۴۳، ۳۸، ۳۷، ۳۶، ۳۲، ۲۸ و ۴ معکوس نمره گذاری می‌شوند. بدین صورت که نمره ۱ به کاملاً موافقم و نمره ۷ به کاملاً مخالفم تعلق می‌گیرد. همچنین دامنه‌ی نمرات این پرسشنامه ۴۷-۳۲۹ است. حصول نمرات بالاتر، شایستگی اجتماعی بیشتر را نشان می‌دهد.

فلنر و همکاران روایی‌سازی پرسشنامه را بررسی کردند و آن را مطلوب ۰/۸۹ دانستند. همچنین این پژوهشگران میزان پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش کردند. هنجاریابی این پرسشنامه را در ایران پرن‌دین (۱۳۸۵) انجام داده است. پس از تحلیل عاملی نیز چهار عامل به منزله عوامل نهایی پرسشنامه تأیید شدند. پرن‌دین برای برآورد ضریب پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده کرد که ضریب به دست آمده نشان می‌دهد پرسشنامه شایستگی اجتماعی ضریب همسانی درونی قابل قبول و مطلوبی دارد (آلفا=۰/۸۸) همچنین در فاصله‌ی زمانی چهار هفته، ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۸۹ بدست آمد. از سوی دیگر با استفاده از تحلیل عاملی، روایی‌سازی پرسشنامه ۰/۸۳ بود که حاکی از روایی بیرونی بالای آزمون است. در مطالعه ابوالقاسمی، رضایی جمالویی، نریمانی و زاهدبابلان (۱۳۹۰) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ گزارش شده است. در مطالعه عیسیزادگان، سلیمانی، خسرویان و شیخی (۱۳۹۵) نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۳ محاسبه شده است.

داده‌های پژوهش با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی و نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و برای ارزیابی همبستگی بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. همچنین، تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام برای پیش‌بینی متغیر ملاک بر اساس متغیرهای پیش‌بین به کار گرفته شد.

کد اخلاق: IR.IAU.K.REC.1403.118

### یافته‌ها

#### یافته‌های توصیفی

نتایج حاصل از میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است. بر اساس اطلاعات بدست آمده میانگین نمرات خودپنداره برابر با ۱۲/۲۹، شایستگی اجتماعی برابر با ۱۱۹/۴۳ و آشتی‌نگی هیجانی برابر با ۴۲/۱۰ است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای اصلی پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
خودپنداره	۱۲/۲۹	۷/۹۰۲۲
شایستگی اجتماعی	۱۱۹/۴۳	۳۹/۰۳۵
آشفتگی هیجانی	۴۲/۱۰	۱۰/۱۷۲

## یافته‌های استنباطی

## بررسی مفروضات آماری

در جدول ۲ آزمون کلموگروف-اسمیرنوف تک نمونه ای را نشان می‌دهد. همانگونه که مشاهده میشود توزیع نمرات متغیرهای پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان طبیعی است. از آنجایی که سطوح معناداری آماره‌های نرمال بودن بزرگتر از ۰/۰۵ هستند، لذا توزیع نمرات دارای توزیع نرمال است، بر این اساس میتوان از آزمونهای پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره استفاده نمود و نتایج آن قابل اطمینان است.

جدول ۲. نتیجه آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	F آماره	سطح معنی داری
خودپنداره	۰/۶۸	۰/۰۱
شایستگی اجتماعی	۰/۵۲۹	۰/۲۱
آشفتگی هیجانی	۰/۱۵۲	۰/۰۷

طبق جدول ۳ اگر مقدار آماره‌ی دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشته باشد، می‌توان استقلال خطاها را پذیرفت و تحلیل ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره را دنبال کرد. از آنجایی که آماره‌های دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ 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. نتایج آزمون دوربین-واتسون برای بررسی استقلال خطاها

مدل‌های پژوهش	دوربین-واتسون
آشفتگی هیجانی و خودپنداره	۱/۳۶۹
آشفتگی هیجانی و شایستگی اجتماعی	۲/۲۵۳

جدول ۴ آماره تحمل و تورم واریانس

به منظور بررسی عدم هم خطی چندگانه محاسبه شده است. مقادیر تولرانس (آماره تحمل) در ستون مربوط در جدول پایین نشان می‌دهد هیچ یک از ضریب تحمل‌ها نزدیک به صفر نیستند و در نتیجه مشکلی در تحلیل رگرسیون ایجاد نمی‌گردد. 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 پیش‌بین مشاهده نشد، می‌توان از آزمون‌های پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده نمود و نتایج آن قابل اطمینان است.



جدول ۴. آماره تحمل و تورم واریانس برای بررسی عدم هم‌خطی چندگانه

متغیر	آماره تحمل	تورم واریانس
آشفته‌گی هیجانی	۰/۷۱۳	۱/۱۷۲
خودپنداره	۰/۶۶۷	۱/۰۰۳
شایستگی اجتماعی	۰/۹۲۱	۲/۲۵۶

### تحلیل آماری فرضیات پژوهش

در جدول ۵ نتایج همبستگی آشفته‌گی هیجانی بر اساس خودپنداره نشان داده شده است. ضریب آشفته‌گی هیجانی بر اساس خودپنداره محاسبه شده بین آشفته‌گی هیجانی بر اساس خودپنداره در سطح آلفای ۰/۰۵ معنی دار می‌باشند. همبستگی بین آن‌ها مثبت است.

جدول ۵. ماتریس ضرایب همبستگی بین آشفته‌گی هیجانی بر اساس خودپنداره

متغیر	۱	۲
۱- آشفته‌گی هیجانی	۱	
۲- خودپنداره	۰/۷۶۳**	۱

جدول ۶ نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی، آورده شده است. مقدار ضریب رگرسیونی استاندارد شده (Beta) برای مقیاس خودپنداره ۰/۷۶۳ می‌باشد. با توجه به مقدار آماره T بدست آمده که در سطح آلفای ۰/۰۵ معنی دار است، نتیجه گرفته می‌شود که، به شکل مثبت و معنی داری خودپنداره منفی، آشفته‌گی بالا و خودپنداره مثبت آشفته‌گی پایین را پیش‌بینی می‌کند. بنابراین فرضیه اول پژوهش تایید می‌شود.

جدول ۶. نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون

متغیر	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده	T	سطح معنی داری
	B	خطای استاندارد			
ثابت	۳۰/۰۱۴	۱/۰۷۳	۲۷/۹۶۷	۰/۰۰۰	
خودپنداره	۰/۹۸۳	۰/۰۷۳	۰/۷۶۳	۱۳/۳۷۰	۰/۰۰۰

در جدول ۷ نتایج همبستگی بین آشفته‌گی هیجانی و شایستگی اجتماعی نشان داده شده است. تمامی ضرایب همبستگی محاسبه شده بین آشفته‌گی هیجانی بر اساس شایستگی اجتماعی در سطح آلفای ۰/۰۵ معنی دار می‌باشند؛ و همبستگی بین آنها منفی است. در این صورت هر چه نمره شایستگی اجتماعی فرد بالاتر باشد، آشفته‌گی هیجانی کمتر است.

جدول ۷. ماتریس ضرایب همبستگی بین آشفته‌گی هیجانی بر اساس شایستگی اجتماعی

متغیر	۱	۲
۱- آشفته‌گی هیجانی	۱	
۲- شایستگی اجتماعی	-۰/۸۹۹**	۱

جدول ۸ نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی آشفته‌گی هیجانی بر اساس شایستگی اجتماعی نشان داده شده است. مقدار ضریب رگرسیونی استاندارد شده (Beta) برای مقیاس شایستگی اجتماعی برابر ۰/۸۹۹- می‌باشد. با توجه به مقدار آماره T بدست آمده که در

سطح آلفای ۰/۰۵ معنی دار است، نتیجه گرفته می‌شود که شایستگی اجتماعی، آشفته‌گی هیجانی را پیش‌بینی می‌کند. بنابراین فرضیه دوم پژوهش تایید می‌شود.

جدول ۸. نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون

متغیر	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده Beta	T	سطح معنی داری
	B	خطای استاندارد			
ثابت	۱۴/۱۱۳	۱/۲۶۵		۱۱/۱۵۳	۰/۰۰۰
شایستگی اجتماعی	۰/۲۳۴	۰/۰۱۰	-۰/۸۹۹	-۲۳/۲۵۹	۰/۰۰۰

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که خودپنداره و شایستگی اجتماعی نقش مهمی در کاهش آشفته‌گی هیجانی دانشجویان دارند. نتایج نشان داد که دانشجویانی که خودپنداره مثبت‌تری دارند، معمولاً کمتر دچار آشفته‌گی هیجانی می‌شوند و در مواجهه با شرایط استرس‌زا، بهتر قادر به کنترل و مدیریت هیجانات خود هستند. این امر می‌تواند ناشی از تأثیر خودپنداره بر روی دیدگاه‌ها و ادراکات فرد از خود باشد؛ به این معنی که هر چقدر افراد تصویری مثبت‌تر و شفاف‌تر از خود داشته باشند، در تنظیم هیجانات خود موفق‌تر عمل می‌کنند و در نتیجه کمتر دچار اضطراب و استرس می‌شوند.

همچنین، شایستگی اجتماعی به‌عنوان یکی از متغیرهای مهم و تأثیرگذار در کاهش آشفته‌گی هیجانی شناخته شده است. افرادی که مهارت‌های اجتماعی بالاتری دارند، بهتر می‌توانند روابط مؤثر با دیگران برقرار کرده و در مواجهه با تنش‌های اجتماعی با ثبات بیشتری رفتار کنند. این شایستگی اجتماعی به دانشجویان کمک می‌کند تا از حمایت‌های اجتماعی مؤثرتری برخوردار شوند، که این امر خود به کاهش سطح آشفته‌گی هیجانی آنان منجر می‌شود.

این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین؛ از جمله نتایج فلاح و همکاران (۱۴۰۱)، همایی و همکاران (۱۴۰۱)، اقدسی و همکاران (۱۳۹۹)، محبوبی (۱۳۹۸)، احمدپور ترکی و همکاران (۱۳۹۷)، عظیمی و همکاران (۱۳۹۶)، نجفی و همکاران (۱۳۹۲)، جانسون و گرین (۲۰۲۳)، میلر و لالین (۲۰۲۲)، یوجان و همکاران (۲۰۲۲)، کیم و لی (۲۰۲۱)، اسمیت و تامپسون (۲۰۲۰) همخوانی دارد و نقش خودپنداره و شایستگی اجتماعی را در بهبود سلامت روانی و کاهش آشفته‌گی هیجانی تأیید می‌کند. پژوهش‌های مشابه، چه در داخل کشور و چه در سایر کشورها، نیز به این نتیجه رسیده‌اند که تقویت این دو عامل می‌تواند به‌طور مؤثری در کاهش سطح مشکلات هیجانی، اضطراب و افسردگی افراد مؤثر باشد.

در نهایت، یافته‌های این پژوهش تأکید می‌کنند که خودپنداره مثبت و شایستگی اجتماعی از عوامل مهم در ارتقاء کیفیت زندگی دانشجویان و کاهش مشکلات هیجانی آنان هستند. از این‌رو، تقویت این دو عامل از طریق برگزاری کارگاه‌ها و برنامه‌های آموزشی می‌تواند به‌عنوان یک راهکار مؤثر برای کاهش آشفته‌گی هیجانی و افزایش سلامت روانی دانشجویان مورد توجه قرار گیرد.

این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی و مکانی با نمونه‌ای کوچک و محدود به دانشجویان یک دانشگاه خاص انجام شده است که تعمیم نتایج به جمعیت‌های دیگر را محدود می‌سازد. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های خودگزارشی جمع‌آوری شده‌اند که احتمال سوگیری پاسخ‌دهندگان و عدم دقت کامل در گزارش‌دهی را افزایش می‌دهد. یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش متغیرهای مورد بررسی همچون شایستگی اجتماعی و آشفته‌گی هیجانی تحت تأثیر فرهنگ و ساختارهای اجتماعی قرار دارند که ممکن است یافته‌ها را در سایر جوامع و فرهنگ‌ها کمتر تعمیم‌پذیر کند.

در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود حجم نمونه افزایش یابد و نمونه‌ها از دانشگاه‌ها و رشته‌های مختلف انتخاب شوند تا نتایج قابل تعمیم‌پذیری بیشتری داشته باشد. بهره‌گیری از مصاحبه و مشاهده در کنار پرسشنامه می‌تواند به افزایش دقت داده‌ها و کاهش سوگیری کمک کند. در نهایت، تقویت خودپنداره و شایستگی اجتماعی از طریق کارگاه‌های آموزشی می‌تواند به کاهش آشفته‌گی هیجانی و ارتقاء سلامت روانی دانشجویان منجر شود.

## منابع

- احمدپور ترکی، زهرا؛ حکیم جوادی، منصور؛ سلطانی شال، رضا. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش شایستگی هیجانی- اجتماعی بر پرخاشگری، حل مسئله، و خوش‌بینی دانش‌آموزان با پایگاه اجتماعی اقتصادی پایین. فصلنامه سلامت روان کودک، ۲ (۵)، ۱۰۷-۱۱۸.
- رضاپور میر صالح، یاسر؛ ریحانی، شهناز؛ خباز، محمود؛ ابوترابی کاشانی، پریرسا. (۱۳۸۹). مقایسه رابطه بین مولفه‌های ابرازگری هیجانی و خودپنداره در دانشجویان دختر و پسر. روان‌شناسی کاربردی، ۴ (۱۳ (پیاپی ۱۳))، ۴۰-۵۱.
- عظیمی، عاطفه؛ امیدی، عبدالله؛ شفیع، الهام؛ و نادمی، آرش. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجانی بر ابعاد تنظیم هیجانی و سازگاری فردی و اجتماعی در دانشجویان دختر. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک (ره آورد دانش)، ۲۰ (۱۰ (۱۲۷))، ۶۲-۷۳. شهید چمران اهواز.
- غلامی، یوسف. (۱۳۸۴). بررسی مقایسه‌ای انگیزه پیشرفت و خودپنداره دانش‌آموزان پایه هشتم کشورهای مختلف با پیشرفت تحصیلی علوم آنان. مطالعه بین‌المللی ریاضیات و علوم، سومی.
- فلاح، عنایت‌الله؛ امینی، ناصر؛ آزادی، شهدخت. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش خودنظم‌دهی هیجانی بر شایستگی اجتماعی و ابرازگری هیجانی دانش‌آموزان پسر با نشانه‌های قلدری. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۳ (۳)، ۲۴۳-۲۶۰.
- محبوبی، طاهر. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش شناختی ارتقاء امید بر آشفته‌گی روان‌شناختی دانشجویان دانشگاه پیام نور. شناخت اجتماعی، ۱۸ (۱۵)، ۵۱-۶۴.
- همایی، فاطمه؛ خالقی پور، شهناز؛ خوش اخلاق، حسن. (۱۴۰۱). اثربخشی فنون سایکودراما بر ابرازگری هیجانی و شایستگی اجتماعی در نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی. فصلنامه علمی-پژوهشی سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت، ۶ (۳)، ۲۱۶۶-۲۳۲۲.

## References

- Badan Firoz A, Makvand Hosseini S, Mohammadifar MA (2017). The relationship of emotion regulation with depression and anxiety symptoms of university students: The mediating Role of Mindfulness. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*; 4(2): 24-38.
- Berking M, Wirtz CM, Svaidi J, Hofmann SG. (2014). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behaviour Res Ther*; 57: 13-20.
- Butzer, B., and Kuiper, N. A. (2006). Relationships between the frequency of social comparisons and self-concept clarity, intolerance of uncertainty, anxiety, and depression. *Personal. Individ. Differ*. 41, 167-176.
- Hwang S, White SF, Nolan ZT, Williams WC, Sinclair S, Blair RJ. Executive attention control and emotional responding in attentiondeficit/hyperactivity disorder—A functional MRI study. *NeuroImage Clin*. 2015; 9: 545-54.
- Inzlicht M, Bartholow BD, Hirsh JB. Emotional foundations of cognitive control. *Trends Cogn Sci*. 2015; 19(3): 126-132.
- Johnson, K., & Green, R. (2023). The role of self-concept and social functioning in emotional resilience among college students. *College Student Journal*, 57(1), 92-104.
- Kim, H., & Lee, S. (2021). The impact of self-esteem and social skills on emotional disturbance in college students. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(3), 633-646.
- Lazarus, R. (1991). Cognition and motivation in emotion. *Am Psychol* 1991; 46:352-67.
- Mantz LS, Bear GG, Yang C, Harris A. the Delaware social-emotional competency scale (DSECS-S): evidence of validity and Reliability. *Child Indicators Research*. 2018 ; 11(1): 137-157.
- Miller, J. B., & Loughlin, S. (2022). Self-concept, social competence, and emotional well-being among university students: Exploring interrelationships and predictors. *Journal of College Student Development*, 63(2), 146-160 .
- Simons, J. S., Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. *Motiv Emot*.
- Smith, A., & Thompson, R. (2020). Social competence and self-concept as predictors of emotional disturbances in higher education students. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 28(4), 215-229.
- Taşören, A. B. and Burhan, S. (2022). The Role of Emotional Distress in the Relationship between COVID-19 Burnout and Academic Burnout in University Students. *Journal of Society Research*, 19(46), 340-353.
- Wong, A. E., Dirghangi, S. R., and Hart, S. R. (2019). Self-concept clarity mediates the effects of adverse childhood experiences on adult suicide behavior, depression, loneliness, perceived stress, and life distress. *Self Identity* 18, 247-266.

## اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر بد شکل انگاری بدن و پر خوری عصبی در مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی

پیام ورعی

دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی بالینی دانشگاه تبریز

نازیلا نجاتی (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

سیمین جعفری

دکترای روانشناسی، مرکز پژوهشی علوم روانشناختی فارابی مازندران

فردوس کاظمی دلیوند

دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی دانشگاه آزاد واحد رشت

### The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Body Dysmorphic Disorder and Bulimia Nervosa in Patients Visiting Health Centers

Payam Varacee

PhD Candidate in Clinical Psychology, University of Tabriz

Nazila Nejati (Corresponding Author)

Master of General Psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch

Simin Jafari

PhD in Psychology, Farabi Psychological Research Center, Mazandaran

Ferdous Kazemi Delivand

PhD student in General Psychology at Islamic Azad University, Rasht branch

#### Abstract:

Body Dysmorphic Disorder (BDD) and Bulimia Nervosa are relatively common psychological disorders characterized by severe negative psychosocial outcomes. One of the key approaches that addresses both the psychological and physical factors of these disorders is Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), which has become one of the most widely used psychotherapies in this field. Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of CBT in treating BDD and Bulimia Nervosa. The research method was a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group. The statistical population included all men and women aged 18 to 45 years diagnosed with BDD and Bulimia Nervosa who visited specialized health centers in Tehran in 2024. From the target population, 60 individuals (both male and female) diagnosed with BDD and Bulimia Nervosa were selected through convenience sampling and randomly assigned to two groups: an experimental group (30 individuals) and a control group (30 individuals). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (1997) was used to assess BDD, and the Gormally et al. Binge Eating Scale (1982) was used to evaluate Bulimia Nervosa. The experimental group received 10 individual CBT sessions, each lasting 45 minutes, over a period of two and a half months, following the protocol by Billing and colleagues. At the end of the intervention, both groups were re-evaluated. Data were analyzed using univariate and multivariate covariance analyses. The findings of this study indicated that CBT had a significant effect on reducing both BDD and Bulimia Nervosa symptoms ( $p < 0.05$ ). Based on these results, CBT can be considered one of the most effective interventions for correcting distorted and negative beliefs in individuals with these disorders.

**Keywords:** Cognitive-Behavioral Therapy, Body Dysmorphic Disorder, Bulimia Nervosa

**چکیده:**

اختلال بد شکل انگاری و پر خوری عصبی از اختلال های روان شناختی نسبتا شایع هستند که با پیامدهای روانی اجتماعی منفی شدید مشخص می شوند، یکی از رویکردهای مهمی که بر عوامل روانشناختی و فیزیکی این اختلالات تمرکز دارد، درمان شناختی رفتاری است که تبدیل به یکی از رایج ترین روان درمانی ها در این زمینه شده است. فلذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش درمان شناختی رفتاری بر بد شکل انگاری بدن و پر خوری عصبی انجام شد. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی افراد (زن و مرد) ۱۸ تا ۴۵ ساله مبتلا به اختلال بد شکل انگاری بدن و پر خوری عصبی مراجعه کننده به مراکز تخصصی بهداشتی درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. از بین جامعه هدف ۶۰ نفر (زن و مرد) مبتلا به اختلال بد شکل انگاری و پر خوری عصبی با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و گروه کنترل (۳۰ نفر) به صورت تصادفی گمارش شدند. از مقیاس استاندارد سواس فکری عملی ییل براون ۱۹۹۷ برای ارزیابی اختلال بد شکل انگاری بدن و از مقیاس شدت پر خوری عصبی گورمالی و همکاران (۱۹۸۲) برای ارزیابی اختلال پر خوری عصبی استفاده شد. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه ای در طول دو ماه و نیم روش مداخله ای درمان شناختی رفتاری بایلینگ و همکاران را به صورت انفرادی دریافت کردند. در پایان مجددا هر دو گروه مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغییری و چند متغییری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته های این پژوهش نشان داد که آموزش درمان شناختی رفتاری بر بد شکل انگاری بدن و پر خوری عصبی، تاثیر معناداری دارد ( $p < 0.05$ ). با توجه به نتایج بدست آمده می توان از درمان شناختی رفتاری بعنوان موثر ترین درمان برای اصلاح باورهای تحریف شده و منفی در این افراد به عنوان یک روش مداخله ای موثر سود جست.

**واژگان کلیدی:** درمان شناختی رفتاری، بد شکل انگاری بدن، پر خوری عصبی.

**مقدمه:**

توجه به ظاهر یکی از ویژگی های عادی انسان به شمار می رود، اما گاهی اوقات توجه بیش از حد به ظاهر، باعث بروز مشکلات زیاد ورنج برای انسان می شود (صالح میرحسینی، رفیعی پور و علوی، ۱۳۹۹)، از سوی دیگر زیبایی دوستی و زیبایی طلبی از مسائل مورد توجه افراد محسوب می گردد که غالبا ناشی از تغییرات فرهنگی، ارزشی و تبلیغات رسانه ها و فضای مجازی است. توجه به ظاهر و متناسب بودن در هر دوره ای از رشد وجود دارد، گاهی این توجه به صورت افراطی و حساسیت شدید ظهور می یابد که طبیعی نبوده و تبدیل به اختلال بد شکلی<sup>۲۲</sup> بدن یا بد شکل انگاری بدن می گردد (جاسمی زرگانی و جوهری فرد، ۱۳۹۸). اختلال بد شکل انگاری بدن (BDD) یک اختلال روانی است (راتیو، آندرن، گام پرت<sup>۲۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). که با مشغولیت بیش از حد به یک نقص یا نقائص درک شده در ظاهر فیزیکی مشخص می شود (برنشتاین، اسکوتاک، فنگک<sup>۲۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۳) و باعث ناراحتی یا اختلال ورنج در افراد می گردد. این وضعیت اغلب مزمن بوده و با اختلال عملکردی قابل توجه و افزایش نرخ ابتلا به بیماری های روانپزشکی همراه است و عوارض آن از جمله افسردگی، اختلالات مصرف مواد و خودکشی است (گرینبرگ، یاکوبسون، هوپنر<sup>۲۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۲) و با رفتارهای تکراری وقت گیر (مانند واریسی آینه/ استار)، اجتناب، پریشانی و اختلال قابل توجه در افراد مشخص می شود (انجمن روانپزشکی آمریکایی، ۲۰۱۳). که یا قابل مشاهده نیست یا برای دیگران ناچیز به نظر می رسد. با این حال BDD یک اختلال شدید و شایع و یک بیماری روانپزشکی با سطوح بالای اختلال عملکردی و میزان بالای خودکشی است (بولمان، گلسمر، مویز و همکاران<sup>۲۶</sup>، ۲۰۱۰). شیوع این اختلال تقریبا ۲ درصد در نمونه های جامعه از نوجوانان و بزرگسالان است (اناندر، یوانوو، ماتیک کلس<sup>۲۷</sup>، ۲۰۱۸) که معمولا در سنین پایین ظاهر می شود، با میانگین سنی شروع حدود ۱۲ تا ۱۶ سال گزارش شده است (بجورنسون، دیدی، گرانت<sup>۲۸</sup>، و همکاران، ۲۰۲۲) و اغلب در افراد جوان، BDD با چندین رفتار پرخطر از جمله افزایش خطر افکار خودکشی و اقدام به خودکشی، رفتارهای آسیب رساندن به خود، تمایل به عمل های زیبایی غیر مفید، رفتارهای جنسی پرخطر و ترک تحصیل مرتبط است (کربس، ترنر، هیمن<sup>۲۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۲).

- ۲۲ Body dysmorphic disorder  
 ۲۳ Rautio, Andrén, Gumpert  
 ۲۴ Bernstein, Szkutak, Fang  
 ۲۵ Greenberg, Jacobson, Hoepfner  
 ۲۶ Buhlmann, Glaesmer, Mewes  
 ۲۷ Enander, Ivanov, Mataix-Cols  
 ۲۸ Bjornsson, Didie, Grant  
 ۲۹ Krebs, Turner, Heyman

،راتیو گامپرت، جسی<sup>۳۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۲).

BDD یک اختلال پیچیده است که مانند سایر اختلالات روانپزشکی از تأثیر متقابل پیچیده عوامل محیطی، استعداد های ژنتیکی و اختلالات عصبی زیستی ناشی می شود. سیستم های عصبی زیستی BDD شامل سیستم های پردازش بصری دقیق، کنترل شناختی و پردازش احساسات است (گریس، لابوشاگن، کاپلان، و راسل<sup>۳۱</sup>، ۲۰۱۷). به طور خاص، حدس زده می شود که شبکه مغز مختل شده است به طوری که پردازش جزئیات بیش از حد فعال در اوایل جریان پردازش بصری رخ می دهد. این مشغله های افراد معمولاً روی صورت، پوست، مو یا بینی متمرکز هستند. با این حال، نگرانی ممکن است برای هر جنبه ای از بدن گزارش شود و اغلب جنبه های متعددی از تصویر بدن را در بر می گیرد، اغلب نمایه علائم BDD شامل: افکار تکراری، احساسات و رفتارهای اجباری در پاسخ به نگرانی های ظاهری است (گریس و همکاران<sup>۳۲</sup>، ۲۰۱۷). که این علائم و ماهیت تشریفاتی بیماری منجر به طبقه بندی BDD به عنوان یک اختلال وسواس اجباری و مرتبط (OCRD)، در کنار اختلال وسواس فکری اجباری (OCD) شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). کیفیت زندگی در گروه های BDD با توجه به پریشانی قابل توجه، ناتوانی، جراحی زیبایی شدید، افکار خودکشی و میزان بالای اقدام به خودکشی به طور قابل توجهی ضعیف است (فیلیس، کولز، و منارد<sup>۳۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). به رغم شایع بودن دوره های افسردگی، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در این افراد، ولی خطر خودکشی واقعی، مشخص نیست (اشنایدر، ترنر، استروچ و هادسون<sup>۳۴</sup>، ۲۰۱۹). اگر چه سن شروع اختلال در دوران نوجوانی است، ولی معمولاً بیماران ۱۰ تا ۱۵ سال بعد از سن نوجوانی تشخیص داده می شوند (صالح میر حسینی و همکاران، ۱۳۹۹). شیوع این اختلال در سنین جوانی و در دهه های دوم و سوم زندگی نیز شایع است. به دلیل ماهیت بسیار حساس و شخصی علائم این بیماری، BDD اغلب به عنوان یک اختلال دیگر تشخیص داده نمی شود و اگر به اشتباه تشخیص داده شود منجر به مراقبت و درمان روانپزشکی ناکارآمد می گردد (فیلیس، ۲۰۰۵). در باره عوامل زیر بنایی این اختلال می توان گفت که اختلال بد شکل انگاری بدن در کنار اختلال اضطراب فراگیر دو اختلالی هستند که دارای زیربنای هیجانی می باشند (ماکواج، متین، واتسون<sup>۳۵</sup> و همکاران ۲۰۱۶) به نظر می رسد افراد مبتلا به بد شکل انگاری بدن همانند افراد دارای اضطراب فراگیر به صورت انتخابی به بخشی از نشانه های محیط، که حاوی محتوای منفی است، توجه می کنند (فیلیس، ۲۰۰۹). طبق الگوی شناختی رفتاری، پردازش اطلاعات و توجه به محرک های هیجانی به شکل سوگیرانه منجر به تثبیت باورهای تحریف شده و منفی در فرد می شود و هسته اولیه اختلال بد شکل انگاری را ایجاد می کند و در استمرار آن نیز نقش دارد (زرگر و همکاران، ۱۳۹۰). نکته حائز اهمیت این است که افراد مبتلا به بد شکل انگاری بدن از موقعیت های مرتبط با نقص ظاهری خود پرهیز می نمایند (بیاضی و همکاران، ۱۳۹۲). در این اختلال شخص از نظر رضایت از خود و تصویر بدن، تفاوت های کمی و کیفی با دیگران دارد. از دیدگاه آسیب شناختی، این اختلال خصوصیات مشابه با اختلال وسواسی اجباری و هراس اجتماعی و از طرفی با این اختلال ها، هم ابتدایی دارد؛ بنابراین تعجبی نخواهد داشت که بدانیم مدل شناختی اختلال بد شکل انگاری بدن با مدل های شناختی اختلال های مذکور، شباهت و همپوشانی دارد (ارجی، ۱۳۹۶). از طرفی آناتومی و پردازش بینایی در مناطق گیجگاهی و پیش پیشانی جانبی سمت چپ مغز این افراد نیز در پردازش بینایی از چهره و بیش فعالی آمیگدال ممکن است در اختلال بد شکل انگاری بدن درگیر و نقش داشته باشند (فوسنر، مدی، همباخر<sup>۳۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۰)، همچنین ممکن است مدار های مخطط پیشانی مغز درگیر باشد. علاوه بر این هسته های دمی که در عمق هسته های مغزی قرار دارند و مسئول تنظیم حرکات تعمدی، عادات، یادگیری شناخت (تفکر) است با رفتارهای تکراری مانند تشریفات رفتاری در این گروه از بیماران ارتباط داشته باشد (فیلیس، ۲۰۰۹). برخی بیان نموده اند که علاوه بر این افرادی که در کودکی تحقیر شده و از بدن خود ناراضی هستند، آنها در سال های اولیه زندگی بیشتر سوء استفاده فیزیکی و جنسی شده اند تا هیجانی (بوهمان، مارکز و ویلهلم<sup>۳۷</sup>، ۲۰۱۲). برخی از پژوهشگران صفات شخصیتی و نظریه تفاوت خود، ارزش ها و صفات شخصیتی خاص، به ویژه کمال گرایی و حساسیت به زیبایی در افراد را با اختلال بد شکل انگاری بدن همراه می دانند. این افراد باورهای تحریف شده ای نسبت به زیبایی و جذابیت دارند و خودشان را کمتر از دیگران جذاب می بینند. بین خود ایده آل و خود واقعی آنها تفاوت زیادی وجود دارد و منجر به ناراضی می شود. نظریه تفاوت خود توضیح می دهد آنها به خاطر این که خود ایده آل را به دست آورند در جستجو تغییر و پنهان نمودن ظاهر خودشان هستند (شیر، کولی،

- ۳۰ Rautio, Gumpert, Jassi  
 ۳۱ Grace, Labuschagne, Kaplan & Rossell  
 ۳۲ Grace, Labuschagne, Kaplan & Rossell  
 ۳۳ Phillips, Coles, Menard  
 ۳۴ Schneider, Turner, Storch & Hudson  
 ۳۵ Makovac, Meeten, Watson  
 ۳۶ Feusner, Moody, Hembacher  
 ۳۷ Buhlmann, Marques, Wilhelm

د زوآن و همکاران<sup>۳۸</sup>، ۲۰۱۳). یکی از عواملی که با اختلال بد شکل انگاری بدن ارتباط دارد پر خوری عصبی می باشد. در طول دهه ۱۹۷۰، با افزایش تعداد افراد متقاضی درمان با پر خوری عصبی (BN)<sup>۳۹</sup> این اختلال در ویرایش سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSMIII) در سال ۱۹۸۰ به عنوان بولیمیا و در (DSMIIIR) در سال ۱۹۸۷ به عنوان پر خوری عصبی معرفی شد (آگراس و بوون<sup>۴۰</sup>، ۲۰۲۱). در چهارمین مجموعه راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان پزشکی آمریکا<sup>۴۱</sup> (۱۹۹۴) نیز بی اشتیابی روانی و پر خوری عصبی به عنوان عمده ترین اختلال های خوردن شناخته شده اند. (هیلبرت، پتروف و هیر پرتز<sup>۴۲</sup>، ۲۰۱۹). پر خوری عصبی یک بیماری روانشناختی است که با تأکید بیش از حد بر شکل بدن و دوره های مکرر پر خوری<sup>۴۳</sup> و به دنبال آن رفتارهای جبرانی نامناسب مشخص می شود (کاستیلو و ویزلبرگ<sup>۴۴</sup>، ۲۰۱۷). اختلال پر خوری عصبی (BN) با ۳ عنصر اصلی تشخیصی مشخص می شود: اپیزودهای پر خوری عینی (خوردن مقدار زیادی غذا در یک دوره ۲ ساعته، تلاش برای جبران این پر خوری (از طریق استفاده از پاکسازی، ورزش، روزه گرفتن یا مصرف کم انسولین در حضور دیابت نوع I)، ارزیابی بیش از حد اهمیت وزن و/یا شکل. از نظر تشخیصی، دفعات مورد نیاز اپیزودهای پر خوری و رفتارهای جبرانی یک بار در هفته برای مدت زمان ثابت ۳ ماه اتفاق می افتد (وید<sup>۴۵</sup>، ۲۰۱۹) که شامل مقادیر زیاد تغذیه به همراه احساس عدم کنترل آن است (ابوالقاسمی و جعفری، ۱۳۹۱). میزان شیوع پر خوری عصبی مطابق با تخمین کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویرایش چهارم)، در مطالعات مختلف متفاوت است و از ۰/۱،۵ تا ۰/۴،۶ متغیر است. مطابق با برآورد DSM۵۱ اختلال BN در طول عمر، با معیارهای آرام تر، بین ۰/۴ و ۰/۶،۷ است (وید، ۲۰۱۹). به طور کلی شیوع مادام العمر ۰/۵ و ۰/۹ درصدی برای مبتلایان به بزرگسالان و نوجوانان، در میان جمعیت ایالات متحده آمریکا تخمین زده شده است (نولن هوکسما<sup>۴۶</sup>، ۲۰۱۳). همچنین میانگین شیوع پر خوری عصبی ۱ درصد برای زنان و ۰/۱ درصد برای مردان در غرب اروپا و آمریکا گزارش شده است (گیسون، ورکمن و مهلر<sup>۴۷</sup>، ۲۰۱۹). این بیماری اغلب با بی اشتیابی عصبی (AN) همراه است که با کاهش وزن یا عدم افزایش وزن مناسب در کودکان در حال رشد و مشکلات در حفظ وزن مناسب برای سن و قد مشخص می شود (وید، ۲۰۱۹). بی اشتیابی عصبی (AN) و پر خوری عصبی (BN) اختلالات روان پزشکی رایجی هستند که در شرایط اضطرابی به راحتی می توان آنها را فراموش کرد. مهم است که علائم و نشانه های این بیماری ها را بشناسیم زیرا آنها بالاترین مرگ و میر مرتبط را در بین هر تشخیص روان پزشکی دارند (دایان و گورگاس<sup>۴۸</sup>، ۲۰۲۳). همچنین خصیصه های مشابه در تظاهر نشانه های اختلال بد شکل انگاری بدن و پر خوری عصبی وجود دارد که با تحریف تصویر بدنی مشخص می شوند (فیلوپو، کاستل و راسل<sup>۴۹</sup>، ۲۰۱۹). بسیاری از زنان و دختران در مورد تصویر بدن خود مشکلاتی دارند. از خصوصیات افراد دارای پر خوری عصبی ناتوانی در گرفتن رژیم، عدم بازداری و تصویر بدنی منفی است. اختلال در درک اندازه بدن و وزن، افکار وسواسی درباره غذا، ورزش و تصویر بدنی تحریف شده از علائمی هستند که افراد دارای این اختلال از آن رنج می برند (مجبوبی و همکاران، ۱۳۹۸). طبق نظریه رفتاری شناختی، افراد مبتلا به اختلال پر خوری عصبی، ارزش شخصی خود را تقریباً منحصر از نظر وزن و شکل قضاوت می کنند. این ارزش گذاری بیش از حد شکل و وزن، آسیب شناسی اصلی پر خوری عصبی نامیده شده است. علائم پر خوری عصبی، از جمله مهار رژیم غذایی، ورزش بیش از حد و رفتارهای پاکسازی است که به طور مستقیم از آسیب شناسی روانی اصلی ناشی می شود، به این معنی که آنها به عنوان تلاش های رفتاری برای کنترل وزن و شکل در نظر گرفته می شوند. به طور خاص، این افراد چندین قانون سختگیرانه در مورد اینکه چه چیزی، چه زمانی و چه مقدار مجاز به خوردن غذا هستند (به عنوان مثال، محدود کردن رژیم غذایی) ایجاد می کنند و سعی می کنند آنها را رعایت کنند (لیناردون<sup>۵۰</sup>، ۲۰۱۸) و هنگامی که این قوانین غذایی به طور اجتناب ناپذیری شکسته می شود، این به عنوان شواهد ناشی از دست

۳۸	Schieber, Kolei, de Zwaan
۳۹	Bulimia nervosa
۴۰	Agras & Bohon
۴۱	DSM-IV
۴۲	Hilbert, Petroff & Herpertz
۴۳	Binge
۴۴	Castillo & Weiselberg
۴۵	Wade
۴۶	Nolen-Hoeksema
۴۷	Gibson, Workman & Mehler
۴۸	Diane & Gorgas
۴۹	Phillipou, Castle & Rossell
۵۰	Linardon

دادن کنترل تفسیر می گردد، که منجر به کنار آمدن موقت تلاش برای کنترل غذا خوردن می شود. این تئوری همچنین تأیید می کند که دوره های پر خوری به احتمال زیاد هنگام تجربه یک تغییر حاد و یا منفور در احساسات رخ می دهد (آتوود و فریدمن<sup>۵۱</sup>، ۲۰۲۰). از عوارض پر خوری چاقی است (طوافی و همکاران، ۱۳۹۸). اما پژوهشگران دریافته اند در جامعه غربی لاغری ارزشمند و چاقی بدنام است، از این رو آنها پیامهای منفی درباره اضافه وزن داشتن را پیام هایی نامنعطف معرفی کرده اند که افراد این گونه پیام ها را درونی می کنند. این افراد پیوسته به طریقه خاصی به تصورات قالبی پاسخ میدهند. این گونه بدنامی و مورد تبعیض قرار گرفتن فرد دارای اضافه وزن، می تواند تاثیر منفی بر تصویر بدن و سلامت جسمانی و روانی وی نیز بگذارد (موسوی و همکاران، ۱۳۹۵). چرا که بر طبق نظریه مقایسه اجتماعی فستینگر (۱۹۵۴) افراد تمایل ذاتی برای ارزیابی خودشان دارند و استانداردهایی برای خود در نظر گرفته و خود را با دیگران مقایسه می کنند (براون<sup>۵۲</sup>، ۲۰۱۱). از آنجا که اغلب این اختلالات با اختلال های عاطفی همراه، مانند اضطراب (بیش از ۵۰٪) و اختلالات خلقی (بیش از ۴۰٪) همراه است که افسردگی شایع ترین است (وانگ، تنگ، وانگ و همکاران<sup>۵۳</sup>، ۲۰۲۳)، همراهی سایر اختلالات با بیماری های بد شکل انگاری بدن و پر خوری عصبی موجب می شود که بررسی و تحقیق در مورد درمان این اختلال ها، دارای اهمیت خاص باشد، اهمیت پیامدهای پزشکی بالقوه و بروز بالای بیماری های همراه اختلالات روان پزشکی، اهمیت تشخیص زودهنگام و رویکردهای مداخله مؤثر را برجسته می کند (وانگ و همکاران، ۲۰۲۳).

با توجه به اینکه افکار معیوب نقش بنیادی در شکل گیری و پایداری این اختلالات دارند و درمان شناختی رفتاری نیز بر شناسایی، ارزیابی و اصلاح افکار ناکارآمد و نادرست استوار است (فنگ و همکاران<sup>۵۴</sup>، ۲۰۲۰)، از موثرترین درمان ها است که خود شامل دو بخش است: هدف اول کمک به بیماران برای کنترل مصرف محدود غذا و دوم دامنه وسیع تری برای کمک به بیماران دارد تا نگرش های غیرعادی خود را در مورد غذا، شکل و وزن اصلاح کنند و مهارت های حل مسئله خود را افزایش دهند تا از آن طریق بهبود، حفظ شود (فریبرن<sup>۵۵</sup>، ۱۹۸۱). از آنجا که اختلال بد شکل انگاری بدن (BDD) یک وضعیت روان پزشکی شایع و مخرب است که معمولاً در نوجوانی ظاهر می شود و با رفتارهای پرخطر نیز همراه است، این اختلال را می توان به طور موثر با درمان شناختی رفتاری (CBT) درمان کرد (راتیو و همکاران، ۲۰۲۳). به نظر می رسد درمان شناختی رفتاری بیشتر بر روی اصلاح افکار نادرست متمرکز است. با توجه به اینکه افراد مبتلا به اختلال بد شکل انگاری بدن نمی توانند افکار خود آیند خود را کنترل کنند، درمان شناختی رفتاری که بر روی افکار و باورها تمرکز می کند، می تواند به مبتلایان در کنترل افکار خود آیند کمک نماید. تصویر بدنی از یک ساختار چند بعدی شامل ابعاد شناختی، عاطفی و رفتاری تشکیل شده است. یکی از ابعاد که درمان شناختی رفتاری بر آن متمرکز است بعد رفتاری اختلال بد شکلی انگاری بدن است. جنبه رفتاری درمان، به رفتارهای مشکل ساز نظیر وارسی آینه و انزوای اجتماعی می پردازد و هدف از آن متوقف کردن این رفتارها و جایگزین نمودن رفتارهای سالم با آنهاست (صالح میرحسینی و همکاران، ۱۳۹۹). بنا بر این می توان گفت که درمان شناختی رفتاری (CBT) خط اول درمان برای نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به BDD است (هریسون، دلا کروز، اناندر و همکاران<sup>۵۶</sup>، ۲۰۱۶، نایس<sup>۵۷</sup>، ۲۰۱۷)، اگرچه شواهدی که از اثربخشی آن در جوانان حمایت می کند هنوز در حال توسعه است (گرینبرگ، موتھی و ویلهلم<sup>۵۸</sup>، ۲۰۱۶؛ راتیو و همکاران، ۲۰۲۲). مطابق با برخی پژوهش ها درمان شناختی رفتاری (CBT) و مهارکننده های بازجذب سروتونین (SRIs) بهترین درمان برای BDD هستند. رویکردهای درمانی مطالعه شده و خط اول برای درمان BDD و کارآزمایی های تصادفی سازی و کنترل شده نشان داده اند که CBT برای BDD به میزان قابل توجهی همراه با بهبود علائم که در ارزیابی های بعدی حفظ می شود (معمولاً ۲۶ ماه پس از درمان انجام می شود) همراه است (گرینبرگ و همکاران<sup>۵۹</sup>، ۲۰۲۲). نظیر سودمند بودن درمان بر علائم BDD، بیش مرتب با BDD و علائم افسردگی (هریسون و همکاران، ۲۰۱۶)، ویلهلم، فلیس و استکتی<sup>۶۰</sup> (۲۰۱۳)، میزان پاسخ و بهبودی قوی تر درمان شناختی رفتاری را از کارآزمایی هایی دیگر (درمان های دیگر) نشان دادند (وینگاردن، هوپنر، استو آراسون<sup>۶۱</sup>

- ۵۱ Atwood & Friedman
- ۵۲ Brown
- ۵۳ Wang, Tang, Wang
- ۵۴ Fang, steketee, Keshaviah
- ۵۵ Fairburn
- ۵۶ Harrison, de la Cruz, Enander
- ۵۷ NICE
- ۵۸ Greenberg, Mothi & Wilhelm
- ۵۹ Jacobson, Hoepner
- ۶۰ Wilhelm, Phillips & Steketee
- ۶۱ Weingarden, Hoepner, Snoarrason



و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند درمان شناختی رفتاری مطالعه شده‌ترین و تجربی‌ترین مداخله روانی اجتماعی برای BDD است. CBT برای BDD شامل آموزش روانی در مورد BDD، بازسازی شناختی افکار مرتبط با ظاهر ناسازگار و مواجهه و واکنش و پیشگیری از تشریفات برای موقعیت‌های ترسناک و اجتناب شده است. سایر تکنیک‌های درمانی توصیه شده شامل: ذهن آگاهی، بازآموزی ادراکی و مصاحبه انگیزشی است (برنشتاین و همکاران، ۲۰۲۳). درمان شناختی رفتاری به عنوان روشی در کاهش مشکلات هیجانی و چالشی به ویژه در اختلالات بدشکل انگاری بدن و پرخوری عصبی مورد تأیید است و یافته‌های پژوهش‌های گوناگون مؤید این موضوع هستند، در این راستا فیلیس، گرینبرگ، هوپنر و همکاران<sup>۶۲</sup> (۲۰۲۱) پژوهشی با عنوان پیش بینی کننده‌ها و تعدیل کنندگان تغییر علائم در طی درمان شناختی رفتاری یا روان درمانی حمایتی برای اختلال بدشکلی بدن، انجام دادند. شرکت کنندگان (N = ۱۲۰) مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به مدت ۲۴ هفته درمان شناختی رفتاری یا حمایتی هفتگی توسط درمانگر را دریافت کردند. با استفاده از ادبیات موجود، شدت اختلال بدشکلی بدن، بینش/هذیان‌گویی و شدت افسردگی، به عنوان پیش‌بینی کننده‌ها و تعدیل کننده‌ها بررسی شدند. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر بهبود علائم اختلال بدشکل انگاری تأثیر مثبتی داشته است. بر اساس نتایج همچنین وجود اختلال شخصیت و سواسیاجاری بر پیشرفت درمان تأثیرگذار بوده است. به نظر می‌رسد که مراحل اولیه درمان در راستای دستیابی و تداوم مسیر درمان در بسیاری از آنها حیاتی است. علاوه بر این بیماران مبتلا به BDD ویژگی‌های بالینی خاصی را نشان می‌دهند که نیاز به تنظیم درمان با اختلال BDD دارند، مانند بینش ضعیف یا عدم آگاهی مرتبط با BDD (فیلیس و همکاران، ۲۰۱۲)، ناهنجاری‌های پردازش بینایی (فئوسنر، و همکاران، ۲۰۱۰؛ گریس و همکاران، ۲۰۱۷)، علائم افسردگی قابل توجه (گانستاد و فیلیس، ۲۰۰۳) و تمایل به درمان زیبایی (فیلیس و همکاران، ۲۰۰۱). بر این اساس، پروتکل CBT برای بسیاری از ویژگی‌های بالینی در بیماران دارای این اختلالات با توصیه‌های حداکثر ۲۲ جلسه در ۲۴ هفته و شامل مداخلات تشخیصی، مانند بازآموزی توجه/آینه و مداخلات اختیاری برای بیماران افسرده شدیدتر یا کسانی که در حال برنامه‌ریزی درمان زیبایی برای نگرانی‌های مربوط به BDD هستند، مفید است (ویلهم و همکاران، ۲۰۱۳).

اگرچه درمان رفتاری شناختی (CBT) خط اول درمان روانی اجتماعی برای اختلال رایج (BDD) است اما هنوز اختلال بدشکلی بدن (BDD) یک بیماری شدید و درمان نشده است. نحوه عملکرد مداخله به اندازه کافی درک نشده است (برنشتاین، فیلیس، گرینبرگ و همکاران<sup>۶۳</sup>، ۲۰۲۳). به نظر می‌رسد تلاش‌های فزاینده CBT برای جداسازی و بازسازی افکار غیرمفید و مقاومت در برابر رفتارهای تشریفاتی BDD است، تأثیرات شناختی در ابتدا و تأثیرات رفتاری در مرحله دوم ظاهر می‌شوند، به موازات بازسازی شناختی در جلسات قبلی بر مواجهه و پیشگیری از رفتارهای تشریفاتی در جلسات بعدی و تأکید می‌شود (برنشتاین، فیلیس، گرینبرگ و همکاران<sup>۶۴</sup>، ۲۰۲۳). از طرفی رویکردهای شناختی رفتاری برای درک و درمان اختلالات خوردن (EDs) نیز برای اولین بار در اوایل دهه هشتاد ایجاد شد (فیربرن<sup>۶۵</sup>، ۱۹۸۱؛ فیربرن؛ کوپر<sup>۶۶</sup> و کوپر، ۱۹۸۶). از آن زمان، تئوری و درمان برای تمرکز بر مکانیسم‌های پیشنهادی برای آسیب‌شناسی روانی اختلال خوردن در طیف کاملی از ED تکامل یافته است (کوپر و فیربرن، ۲۰۱۱). CBT اکنون توسط اکثر دستورالعمل‌های ملی مبتنی بر شواهد (هیلبرت و همکاران، ۲۰۱۹) به عنوان اولین خط درمان برای پرخوری عصبی (BN) و اختلال پرخوری (BED) نیز توصیه می‌شود بنابراین این با دستورالعمل بهداشت جهانی از درمان‌های رایج در اختلالات خوردن، درمان شناختی رفتاری (CBTED) است که به طور گسترده به عنوان درمان انتخابی برای پرخوری عصبی (BN) و اختلال پرخوری (BED) شناخته شده است (نایس، ۲۰۱۷)..

یافته‌های تحقیقات قویاً نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری برای اختلالات خوردن (CBTED) نسبت به سایر درمان‌ها برای پرخوری عصبی (BN) و برای اختلال پرخوری (BED) مؤثرتر می‌باشد (آگراس و بوهون<sup>۶۸</sup>، ۲۰۲۱). لیناردون و همکاران (۲۰۱۷) در یک متاآنالیز در مورد درمان‌های BN (پرخوری عصبی) و BED (اختلال پرخوری) مشخص کردند که درمان (CBTED) مؤثرتر از لیست‌های انتظار درمان به طور معمول و سایر روان‌درمانی برای پرهیز/پرخوری/پاکسازی، و علائم شناختی بود. اولین بار

- ۶۲ Phillips, Greenberg, , Hoepfner  
 ۶۳ Bernstein, Phillips, Greenberg  
 ۶۴ Bernstein, Phillips, Greenberg  
 ۶۵ Eating disorders  
 ۶۶ Fairburn  
 ۶۷ Cooper  
 ۶۸ Agras & Bohon

فریرن (۱۹۸۱) استفاده از CBTEd را با یک مطالعه سرپایی بر روی ۱۱ بیمار مبتلا به BN شرح داد که غالباً چارچوب نظری آن مبتنی بر مشاهدات بالینی و روش‌های درمانی مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی بنا شده است. مانند شرطی سازی کلاسیک و عامل برای مشکلات بالینی (آگراس و بوهون، ۲۰۲۱). رفتار درمانی به اصطلاح موج اول درمان است که در دهه ۱۹۵۰ توسعه یافت (بلک ویل و هایدنریش<sup>۶۹</sup>، ۲۰۲۱)، فریرن (۱۹۸۱) مبنای درمان شناختی/رفتاری را بر اساس عزت نفس پایین و/یا عاطفه منفی مداوم استوار می‌داند که فرض می‌شود، منجر به افزایش نارضایتی از وزن و شکل بدن گردیده و سبب محدودیت مصرف غذا، از دست دادن کنترل رفتارهای غذایی و پر خوری با یا بدون رفتارهای جبرانی مانند استفراغ خودساخته، ورزش بیش از حد و استفاده از ملین‌ها و دیورتیک‌ها می‌شود (آگراس و بوهون، ۲۰۲۱). از آنجا که درمان شناختی رفتاری برای اصلاح رفتارهای اجتنابی و ایمنی جویانه باورهای نادرست و یا حذف آنها اثر گذار است، در نتیجه مدیریت استرس را برای کاهش اختلالات مرتبط با استرس و افزایش سلامت روان تسهیل می‌کند (ناکائو، شیرو توسکی و ساگایا<sup>۷۰</sup>، ۲۰۲۱). چرا که CBT نوعی روان درمانی است که به افراد کمک می‌کند تا الگوهای فکری مخرب یا مزاحم را که تأثیر منفی بر رفتار و احساسات آنها دارد، شناسایی و تغییر دهند (هافمن، آسانی، ونک و همکاران<sup>۷۱</sup>، ۲۰۱۲) از آنجا که در شرایط استرس زا، برخی از افراد تمایل دارند که احساس بدبینی کنند و قادر به حل مشکلات نیستند. CBT تفکر متعادل تری را برای بهبود توانایی مقابله با استرس ترویج می‌کند (ناکائو و همکاران، ۲۰۲۱).

در مطالعه ای ناکائو و همکاران (۲۰۲۱) اثربخشی CBT را در شرایط استرس‌زا در میان جمعیت‌های بالینی و عمومی با یک مطالعه مروری ارزیابی کردند و پیشرفت‌های اخیر در تکنیک‌های مرتبط با CBT را شناسایی نمودند که اثر گذاری این درمان را نشان دادند. نتایج چندین کارآزمایی تصادفی سازی و کنترل شده نیز نشان داد که CBT برای انواع مشکلات روانی از جمله پر خوری عصبی و مشکلات رفتاری مانند: اضافه وزن موثر است. بررسی مرور سیستماتیک در رابطه با اثرات درمان شناختی رفتاری (CBT) بر اختلالات خوردن (EDs) با تمرکز بر مقایسه این درمان با سایر مداخلات فعال، مطابق با دستورالعمل‌های فعلی (هیلبرت و همکاران، ۲۰۱۷) با مطالعه کایدسوچا، کوپر و فورد هام<sup>۷۲</sup> (۲۰۲۳) انجام شد که تأیید کرد که CBT برای افرادی که علائم پر خوری و/یا پاکسازی دارند (معمولاً کسانی که BN، BED، EDNOS/OSFED دارند) مزایایی ایجاد می‌کند. به طور خاص، مشخص شد که CBT در ایجاد نتایج خوب برای این گروه‌ها هم در مورد رفتار ED و هم در آسیب‌شناسی روانی و تا حدی کم‌تر نیز در پرهیز/بهبودی، زمانی که به صورت فردی به صورت چهره به چهره ارائه شود، مؤثرتر است. آنها در مورد درمان شناختی رفتاری برای اختلالات خوردن، نشان می‌دهند که CBT با شدت بالا، اثرات کوتاه مدت بهتری نسبت به ترکیبی از شرایط (سایر کنترل‌های فعال، نظیر مداخلات درمانی) به ویژه در معیارهای خاص ED برای BN، BED، و نمونه‌های فرا تشخیصی ایجاد می‌کند. شواهد کمی در حمایت از CBT گروهی یا CBT با شدت کم در مقابل سایر مداخلات فعال درمانی وجود دارد (کایدسوچا و همکاران، ۲۰۲۳).

از جمله پژوهش‌های داخلی در این زمینه می‌توان به این موارد اشاره کرد. صالح میرحسینی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که طبق مبانی نظری و پژوهشی، درمان شناختی رفتاری بر بهبود اختلال بدشکلی بدن کارآمد است. محبوبی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش شناختی رفتاری بر عادات غذایی و بدشکلی بدن تأثیر معناداری داشت. طوافی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان دادند که روش تنظیم هیجانی و درمان شناختی رفتاری بر وسوسه خوردن موثرند. یوکویاما، نوزاکی، نیشهارا (۲۰۲۲) در پژوهشی نشان دادند که CBT سبب بهبود BN و BED میشود. آتوود و فریدمن<sup>۷۳</sup> (۲۰۲۰) در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی رفتاری تقویت شده به عنوان یک درمان موثر و کارآمد برای بزرگسالان و نوجوانان با طیف وسیعی از تشخیص‌های اختلال خوردن پشتیبانی می‌کند. ایزلی و ویتوسک<sup>۷۴</sup> (۲۰۲۰) در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم اختلالات خوردن در نمونه مورد بررسی مفید واقع شده است. گرینبرگ، فلیپس، استکتی و همکاران<sup>۷۵</sup> (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که حتی بیماران با اختلال بدشکلی شدیدتر و علائم افسردگی می‌توانند از درمان شناختی رفتاری بهره مند شوند. بنابراین با توجه به پیشینه پژوهشی، در نظر گرفتن عواملی نظیر کیفیت پایین زندگی در افراد مبتلا، همبودی با اختلال افسردگی اساسی، اختلالات مصرف مواد، اختلال وسواس و اختلال اضطراب اجتماعی، افزایش افکار خودکشی، اختلال عملکرد، تحمیل هزینه‌های زیاد برای افراد و جامعه، بروز مشکلات جدی سلامتی همچون فشار خون بالا، دیابت، بالا رفتن کلسترول و به دنبال آن مشکلات قلبی عروقی و چاقی و سرطان

- ۶۹ Blackwell & Heidenreich  
 ۷۰ Nakao, Shirotuki & Sugaya  
 ۷۱ Hofmann, Asnaani, Vonk  
 ۷۲ Kaidesoja, Cooper & Fordham  
 ۷۳ Atwood & Friedman  
 ۷۴ Essayli & Vitousek  
 ۷۵ Greenberg, Phillips, Steketee

های خاص خصوصاً روده بزرگ، پستان، پروستات و رحم و اشکال خاصی از آرتروز و مرگ پیش از موقع لازم است و با توجه به شیوع فراوان و خطرات ذکر شده، درمان آن باید مورد توجه متخصصین قرار بگیرد (طوافی و همکاران، ۱۳۹۸). با توجه به محدود بودن تحقیقات مداخله ای برای این جمعیت، هنوز مشخص نیست که آیا اهداف علائم منحصر به فرد برای BDD می تواند به سرعت تغییر کند یا خیر. اگر پاسخ زود هنگام و اولیه یک پیش بینی قوی در BDD نباشد، پزشکان و بیماران ممکن است بدون دستاوردهای اولیه بزرگ احساس دلسردی کنند و یا ممکن است درمان های بالقوه موثر را زودتر از موعد پایان دهند (گرینگر و همکاران، ۲۰۲۲). بدون شک تاثیر گذاری این درمان بر اختلالات بد شکل انگاری و پر خوری عصبی نتایج کاربردی را برای این افراد بدنبال خواهد داشت که در توانبخشی این جمعیت آماری مورد استفاده واقع خواهد شد. لذا هدف این پژوهش که تعیین اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر بد شکل انگاری بدن و پر خوری عصبی است با فرضیه های زیر قابل تدوین است:

آموزش درمان شناختی رفتاری بر علائم بد شکل انگاری بدن، موثر است.

آموزش درمان شناختی رفتاری بر علائم پر خوری عصبی موثر است.

### روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون پس آزمون بود. در این پژوهش متغیر شناختی رفتاری بعنوان متغیر مستقل و بد شکل انگاری بدن و پر خوری عصبی بعنوان متغیر های وابسته در نظر گرفته شد. جامعه آماری این پژوهش تمامی بیماران دارای این اختلالات (زن و مرد) ۱۸ تا ۴۰ ساله مراجعه کننده به مراکز تخصصی بهداشتی منطقه ۱ تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. از بین جامعه آماری ۶۰ نفر که واجد ملاک های ورود به پژوهش بودند، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با همگن سازی و تصادفی سازی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک های ورود به این پژوهش عبارت اند از: رضایت آگاهانه، داشتن حداقل سواد سیکل و نداشتن سوء مصرف مواد یا وابستگی به مواد طی سه ماه گذشته، نداشتن روان درمانگری هم زمان، نداشتن دارو درمانی برای اختلالات روانی در فاصله سه ماه تا درمان و در حین درمان، انجام ندادن جراحی زیبایی در دوره درمان، گرفتن نمره لازم در آزمون های پر خوری عصبی و بد شکل انگاری بدن بود. ملاک های خروج شامل عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه و جلسات آموزش و غیبت بیش از دو جلسه بودند. جلسات آموزشی برای گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای، بر اساس پکیج گروه درمانگری شناختی رفتاری (بایلینگ، مک کب و انتونی، ۲۰۰۶) هر هفته یک جلسه اجرا شد و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. بعد از آخرین جلسه هر دو گروه، گروه آزمایش و گروه کنترل (مجدداً توسط پرسشنامه به عنوان پس آزمون، مورد ارزیابی قرار گرفتند). برای جمع آوری اطلاعات از ابزار زیر استفاده شد.

۱) مقیاس اصلاح شده سواس فکری عملی ییل - براون<sup>۶۶</sup>: مقیاس اصلاح شده سواس فکری عملی ییل براون، برای اختلال بد شکلی بدن توسط فیلیس، هولاندر، راسموسن، ارنولدز، دیکاریا، گودمن، (۱۹۹۷) طراحی شد. این مقیاس یک ابزار خود سنجی ۱۲ گویه ای است که شدت علائم اختلال بد شکلی بدن را مورد سنجش قرار می دهد که دارای یک ساختار مرتبه ای دو عاملی و دو سؤال اضافی است. این عوامل عبارت اند از: ۱) سواس فکری؛ ۲) سواس عملی؛ و دو سؤال اضافی در مورد بینش و اجتناب. گویههای ۱ تا ۵ سواس فکری و ۵ تا ۱۰ سواس عملی و سؤال ۱۱ اجتناب و سؤال ۱۲ بینش را می سنجند. نمره کل بالای ۲۰ نشان دهنده تشخیص اختلال بد شکلی بدن است. فیلیس (۲۰۰۵) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸ را گزارش کرده است که نشان دهنده هماهنگی درونی بالا این مقیاس است. مقیاس سواس فکری عملی ییل براون برای اختلال بد شکلی بدن با نمرات سنجش عملکرد کلی در چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری اختلال های روانی، همبستگی مثبت (  $r=0/51$  ) و در مقایسه با فرم درجه بندی شده کوتاه روان پزشکی (  $r=0/19$  ) از درستی آزمایشی تشخیصی مناسبی برخوردار بود. به علاوه این ابزار می تواند بهبودی نشانگان بعد از درمان را نیز ارزیابی کند (فیلیس، ۲۰۰۵). ربیعی، خرم دل، کلاتری و مولوی (۱۳۸۸) دامنه ضریب آلفا را از ۰/۷۸ برای «عامل نیروی مهار کردن فکر» تا ۰/۹۳ برای «عامل رفتارها و افکار وسواسی»، گزارش کردند. همچنین این پژوهشگران ضریب همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه پادوا و مقیاس رضایت بدنی به ترتیب ۰/۳۳ و ۰/۵۸ به دست آوردند. در تحلیل عاملی دو عامل «نیروی مهار کردن فکر» و «افکار و رفتارهای وسواسی» در مجموع ۰/۶۶ از واریانس پرسشنامه را تبیین نمودند.

۲) مقیاس شدت پر خوری<sup>۶۷</sup>: این مقیاس توسط گورمالی، بلک، داستون و رادین<sup>۶۸</sup> (۱۹۸۲) برای سنجش شدت پر خوری طراحی شده است. این مقیاس شامل ۱۴ آیتم ۴ گزینه ای و ۲ آیتم ۳ گزینه ای بوده که دامنه ی نمره دهی آن از کاملاً موافقم (۴) تا کاملاً مخالفم (۰) طراحی شده است. که کسب نمره ی ۱۶ نشان دهنده ی وجود اختلال پر خوری و نمرات بالاتر از آن شدت بیشتر این اختلال را نشان می دهد. آلفای کرونباخ این مقیاس قبل از درمان ۰/۹۴. و بعد از درمان ۰/۹۲ محاسبه شده است. فرم ایرانی این مقیاس توسط موتابی و همکاران

- ۶۶ Ale – Brown Obsessive Compulsive Scale  
 ۶۷ Bing eating scale-BES  
 ۶۸ Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D

(۲۰۰۹) بر روی ۶۰ آزمودنی اجرا شد که حساسیت آن ۸۵ درصد و اعتبار آزمون باز آزمون ۰/۷۲ محاسبه شد.

### شیوه اجرای پژوهش:

برنامه مداخله ای پروتکل درمان شناختی رفتاری که شامل دستورالعمل درمان شناختی رفتاری، راهنمایی کلی با هدف کسب اطلاعات افراد برای شروع انجام پروتکل، نحوه استفاده از راهکارها و نحوه مشارکت است که در اولین جلسه برای گروه آزمایش مطابق جدول شماره ۱ شرح داده شد.

جدول شماره ۱ تشریح محتوای گروه درمانگری شناختی رفتاری (بایلینگ و همکاران، ۲۰۰۶؛ ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۹)

نام جلسه	محتوای جلسه
جلسه ۱	معارفه و آشنایی با نحوه کار؛ معرفی ساختار، قوانین اصلی و زمان جلسات، بیان برخی تجارب گذشته و انتظارات؛ بحث پیرامون رازداری و محرمانه بودن؛ معرفی روی آورد درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی در درمان و آموزش؛ تشریح مدل زیستی، روانی و اجتماعی بیماری و طرح مؤلفه های رفتار، افکار، هیجانها، زیست شناختی و محیط
جلسه ۲	تعیین هدف کلی و اهداف برای هریک از اعضای گروه؛ طرح رابطه بین حالات خلقی و رفتاری؛ نشان دادن رابطه بین فعالیت ها و مزاج از نظر بهبود یا وخامت مزاج
جلسه ۳	بحث پیرامون مداخله های رفتاری در زمینه اصلاح رفتارها به منظور بهبود خلق؛ بررسی مفهوم احساس کار آمدی با ارائه مثال و نمونه هایی از تجارب گذشته. مهمترین کنش تکنیک های بازسازی شناختی، آموزش الگوهای تفکر سازش یافته تر به افراد است. تا بتوانند به کمک آنها، به کشف الگوهای فکری منفی و تحریف شده در خود پردازند و بدین وسیله تأثیرات آسیب رسان این الگوهای فکری را تشخیص دهند و به جای دریافت های شناختی ناکارآمد خود، الگوهای فکری سازش یافته تر و درست تری را جایگزین سازند.
جلسه ۴	تعیین تغییرات خلقی و مداخله های شناختی مرتبط؛ نام گذاری و درجه بندی هیجان های تجربه شده؛ استفاده از مثال در تشریح تعبیر و تفسیر و خودگویی به عنوان رابطه بین موقعیت و هیجان؛ تحلیل و بررسی افکار خود آیند و تمرکز بر افکاری که بیشترین رابطه را با هیجان دارد.
جلسه ۵	ارزیابی شواهد موجود درباره افکار خود آیند با استفاده از شواهد و سؤالات درمان جویان؛ معرفی شواهد مخالف که از افکار خود آیند حمایت نمی کند؛ بررسی مثالهایی درباره خطاهای شناختی موجود در برگه های ثبت افکار.
جلسه ۶	بیان کاربرد حل مسأله در معرفی و ثبت افکار مثبت و مناسب؛ طرح راهبردهای حل مسأله با استفاده از مثال های مطرح شده در جلسه.
جلسه ۷	معرفی و بررسی شناخت های عمیق و مفهوم پیش فرض های شرطی و باورهای محوری بدین صورت که درمانگر می باید با استخراج اطلاعات بیشتر درباره اسنادها، مفروضه ها و باورهای مراجع، دریافت های شناختی ناکارآمد او را از بین ببرد. او باید به حد کافی شرکت کننده ها را راهنمایی کند تا آنها بتوانند باورها و مفروضه های ناکارآمد خود را واریسی کنند. نمایش دادن شناخت عمیق با استفاده از پیکان وارونه و تشریح این روش
جلسه ۸	معرفی راهبردهای کنار آمدن مرتبط با باورهای محوری و زیربنایی؛ استفاده از مثال برای نشان دادن ماهیت خود آسیب رسان راهبردهای کنار آمدن هیجان مدار؛ پیشنهاد راهبردهای کنار آمدن مناسب
جلسه ۹	توضیح و ارائه روش در زمینه ترکیب و به کار گیری توانش های آموخته شده. مرور تکالیف انجام شده در زمینه های درمانگری
جلسه ۱۰	جمع بندی فنون آموزش، طرح مفاهیم باز گشت و عود بیماری و برنامه ریزی ویژه در زمینه راهبردهای کنار آمدن با آن؛ معرفی کتاب و سایتهای معتبر به منظور کسب اطلاعات بیشتر و کنار آمدن با بازگشت اختلال.

در این پژوهش داده ها با روش تحلیل کواریانس تک متغیره (آنکوا) و چند متغیره (مانکوا) و با استفاده از نسخه ۲۵ نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته ها:

در جدول ۲ آمار توصیفی جهت توصیف وضعیت آزمودنی ها و نمرات متغیرها در دو گروه کنترل و مداخله و در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون از شاخص های مرکزی و پراکندگی نشان داده شده است.

جدول شماره ۲ توصیف آماری مربوط به پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیرها	گروه ها	تعداد	پیش آزمون				پس آزمون			
			میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
سن	کنترل	۳۰	۳۴/۳۰	۸/۰۳	۰/۱۰۷	۰/۳۶۰	۳۴/۳۰	۸/۰۳	۰/۱۰۷	۰/۳۶۰
	آزمایش	۳۰	۳۴/۱۰	۷/۹۵	۰/۱۳۴	۰/۴۵۱	۳۴/۱۰	۷/۹۵	۰/۱۳۴	۰/۴۵۱
بدشکل انگاری	کنترل	۳۰	۳۵/۴۰	۴/۶۷	۱/۱۰	۰/۱۰۹	۳۵/۳۰	۳/۷۴	۰/۷۹۷	۰/۷۰۳
	آزمایش	۳۰	۳۵/۰۳	۴/۵۰	۰/۸۴۴	۰/۴۲۶	۱۴/۵۰	۴/۲۹	۰/۳۱۰	۰/۷۳۹
پر خوری عصبی	کنترل	۳۰	۳۵/۷۷	۶/۹۴	۰/۲۷۹	۰/۷۳۹	۳۳/۷۰	۸/۷۸	۰/۲۵۳	۱/۰۷
	آزمایش	۳۰	۳۵/۵۰	۵/۴۴	۰/۰۳۷	۰/۴۸۳	۲۷/۱۲	۴/۰۸	۰/۸۱۱	۰/۲۸۷

همانطور که ملاحظه می گردد در گروه کنترل میانگین نمرات در مراحل پیش آزمون و پس آزمون تغییر چندانی را نشان نمی دهد (ناچیز است) ولی در گروه آزمایش، شاهد کاهش بیشتر نمرات در پس آزمون نسبت به پیش آزمون هستیم. به منظور تعیین اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری بر بد شکل انگاری و پر خوری عصبی از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) و چند متغیره (MANSOVA) استفاده شد. پیش از انجام این آزمون مفروضه های آماری نرمال بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون شاپیروویلک، همگنی واریانس متغیر وابسته (پس آزمون) در گروه های آزمایش و کنترل از طریق آزمون لوین، همسانی ماتریس های واریانس کواریانس با استفاده از آزمون، ام. باکس مورد بررسی قرار گرفت.

بر این اساس، تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) برای تعیین اثر مداخله روش درمان شناختی رفتاری بر روی متغیرهای وابسته (بدشکل انگاری و پر خوری عصبی) اجرا شد. در این مرحله جهت تعیین اثربخشی روش درمان شناختی رفتاری بر بدشکل انگاری و پر خوری عصبی به تفاوت بین ترکیب متغیرهای مورد بررسی قبل و بعد از اعمال اثر متغیر مستقل پرداخته شد. در پاسخ به سوال پژوهش حاضر، همسو با گفته های تاباچنیک و فیدل (۱۹۹۷؛ نقل از دنسی و رییدی، ۱۹۹۹) از بین آماره های چهارگانه (پیلای، لامبدا و یلکز، هتلینگ و ریشه روی) آزمون لامبدا و یلکز برای محاسبه F انتخاب شد.

با توجه به نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری و براساس لامبدا و یلکز مشاهده میشود  $F(۷۴/۸۴) = (۵۵ و ۲) df$  که سطح معنیداری این شاخص کوچکتر از ۰/۰۰۱ است، لذا بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر ترکیب متغیر وابسته (بدشکل انگاری و پر خوری عصبی) تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به اینکه این شاخص معنادار بوده و ترکیب خطی متغیر وابسته از متغیر مستقل (روش درمان شناختی رفتاری) اثر پذیرفته است در این مرحله به تحلیل این موضوع پرداخته می شود که هر یک از متغیرهای وابسته، به طور جداگانه از متغیر مستقل (شناختی رفتاری) اثر پذیرفته اند یا خیر؟ به عبارتی چون بیش از یک متغیر وابسته وجود دارد ضروری است با تحلیل کواریانس تک متغیری درون متن مانکوا برای هر کدام از این متغیرهای وابسته (در حکم آزمون های تعقیبی) بررسی بیشتری به عمل آورد تا مشخص شود تفاوت در ترکیب خطی متغیرهای وابسته در کجا قابل مشاهده است.

جدول ۳ خلاصه نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه پس آزمون در گروه های آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مؤلفه ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذوراتِ اِتا
گروه	بدشکل انگاری	۶۳۰۶/۰۳	۱	۶۳۰۶/۰۳	۱۲۱۷/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۹۵۶
	پر خوری عصبی	۶۷۵۹/۲۸	۱	۶۷۵۹/۲۸	۲۵۰/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱۷
خطا	بدشکل انگاری	۲۹۰/۱۲	۵۶	۵/۱۸			
	پر خوری عصبی	۱۵۱۰/۹۸	۵۶	۲۶/۹۸			
تغییرات اصلاح شده کل	بدشکل انگاری	۷۴۲۹/۴۰	۵۹				
	پر خوری عصبی	۹۶۱۲/۹۸	۵۹				

همانطور که مشاهده می گردد مقدار F محاسبه شده برای متغیرهای بد شکل انگاری و پر خوری عصبی از ارزش بحرانی F (با درجه آزادی ۱ و ۲۴ و سطح معنی داری  $P=0/05$  کوچکتر است بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می شود که با ۹۵ درصد اطمینان بین گروه کنترل و آزمایش در پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد ( $P<0/05$ ).

همچنین به منظور آزمون سایر فرضیه های پژوهش حاضر از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد و مفروضه همگنی شیب های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت که برقرار بود. جهت برابری واریانس های پس آزمون در گروه های آزمایش و کنترل از آزمون لوین استفاده شد.

جدول ۴ نتایج آزمون کواریانس تفاوت دو گروه کنترل و مداخله در متغیر بد شکل انگاری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذوراتا
بد شکل انگاری پیش آزمون	۶۴۹/۰۳	۱	۶۴۹/۰۳	۱۲۷/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۹۱
گروه	۶۳۱۳/۳۷	۱	۶۳۱۳/۳۷	۱۲۳۷/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۹۵۶
میزان خطا	۲۹۰/۷۷	۵۷	۵/۱۰			
مجموع	۴۴۶۳۰	۶۰				

بر اساس یافته های جدول ۴، بین میزان بد شکل انگاری در دو گروه مداخله و کنترل بعد از آموزش درمان شناختی رفتاری تفاوت معنی داری مشاهده شد ( $P=0/05$  مجذوراتا و  $P=0/001$  و  $F(1,57)=1237/61$ ). بطوریکه، نمرات میانگین تعدیل شده میزان بد شکل انگاری پس از اجرای آموزش درمان رفتاری شناختی در افراد گروه مداخله ( $14/63$ ) پایین تر از میزان بد شکل انگاری در افراد گروه کنترل ( $35/17$ ) می باشد. به عبارتی دیگر، آموزش درمان رفتاری شناختی بر کاهش علائم بد شکل انگاری آزمودنی ها تأثیر داشته است. با در نظر گرفتن مجذوراتا، می توان گفت که حدود ۹۶ درصد این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله یا آموزش درمان رفتاری شناختی بوده است.

جدول ۵ نتایج آزمون کواریانس تفاوت دو گروه کنترل و مداخله در متغیر پر خوری عصبی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذوراتا
پر خوری عصبی پیش آزمون	۱۲۰۷/۲۴	۱	۱۲۰۷/۲۴	۴۵/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴۳
گروه	۶۷۶۲/۷۲	۱	۶۷۶۲/۷۲	۲۵۴/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۸۱۷
میزان خطا	۱۵۱۴/۹۲	۵۷	۲۶/۵۸			
مجموع	۴۱۳۰۷	۶۰				

بر اساس یافته های جدول ۵، بین میزان پر خوری عصبی در دو گروه مداخله و کنترل بعد از آموزش درمان شناختی رفتاری تفاوت معنی داری مشاهده شده است ( $P=0/05$  مجذوراتا و  $P=0/001$  و  $F(1,57)=254/45$ ). بطوریکه نمرات میانگین تعدیل شده میزان پر خوری عصبی پس از اجرای آموزش درمان شناختی رفتاری در افراد گروه مداخله ( $12/36$ ) پایین تر از میزان پر خوری عصبی در افراد گروه کنترل ( $33/60$ ) می باشد. به عبارتی دیگر، آموزش درمان شناختی رفتاری بر کاهش علائم پر خوری عصبی آزمودنی ها تأثیر داشته است. با در نظر گرفتن مجذوراتا، می توان گفت که حدود ۸۲ درصد این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله یا آموزش درمان شناختی رفتاری بوده است.

### بحث و نتیجه گیری:

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش درمان شناختی رفتاری بر کاهش شدت علائم بد شکل انگاری و پر خوری عصبی انجام شد. نتایج بررسی فرضیه اول این پژوهش نشان داد، آموزش درمان شناختی رفتاری سبب کاهش علائم بد شکل انگاری می شود. به این صورت اولین فرضیه این پژوهش مبنی بر موثر بودن آموزش درمان شناختی رفتاری بر کاهش علائم بد شکل انگاری مورد تأیید قرار گرفت. این نتایج با یافته های پژوهش های صالح میرحسینی و همکاران ( $1399$ )، محبوبی و همکاران ( $1398$ ) برنستاین و همکاران ( $2023$ )

، گریبک و همکاران (۲۰۲۲)، فلیپس و همکاران (۲۰۲۱)، ویلهلم و همکاران (۲۰۱۳) که در پژوهش های خود به این نتیجه رسیدند که آموزش های درمان شناختی رفتاری بر کاهش علائم بد شکل انگاری مؤثر است، همسو بود. در تبیین این یافته پژوهش حاضر می توان گفت که با توجه به اینکه سازه های متمایزی در زیر چتر «اختلال بد شکل انگاری بدن» از قبیل نارضایتی، ارزش گذاری بیش از حد و مشغله سازی وجود دارند که دارای همبستگی نیز می باشد و با توجه به اینکه افراد مبتلا به اختلال بد شکلی بدن (BDD) از ناراحتی یا اختلال ناشی از مشغله های فکری با نقص های درک شده در ظاهر خود رنج می برند (میتچسون، هی، گریفیث<sup>۹۹</sup> و همکاران ۲۰۱۷). می توان به اهمیت تاثیر این اختلال بر افراد و درمان آن پی برد. میتچسون و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که مشغله های فکری قوی ترین تأثیرات مستقل و واسطه ای را بر پریشانی، محدودیت غذایی و پر خوری دارند. در مقایسه با نارضایتی، ارزش گذاری بیش از حد به عنوان شاخصی از اختلال بد شکل انگاری بدن مورد توجه نسبتاً بیشتری قرار گرفته است و در مدل شناختی رفتاری فراتشخیصی اختلالات خوردن، نقش اساسی دارد. اما این ممکن است برای زنان بیشتر از مردان صادق باشد (میتچسون و همکاران ۲۰۱۷). از طرفی ارزش گذاری بیش از حد و هم نارضایتی با اختلال قابل توجه در کیفیت زندگی افراد مرتبط است (مانند، میتچسون، لاتنر<sup>۸۰</sup> و همکاران ۲۰۱۳) و ارزش گذاری بیش از حد نیز پیش بینی کننده کاهش بهره وری است (میتچسون و همکاران ۲۰۱۷). گریفیث<sup>۸۱</sup>، میتچسون و همکاران (۲۰۱۶) دریافتند که نارضایتی با سطوح بالاتری از ناراحتی روان شناختی و اختلال کیفیت زندگی در مردان در مقایسه با زنان مرتبط است، میتچسون و همکاران (۲۰۱۷) دریافتند که ارزش گذاری بیش از حد با کاهش کیفیت زندگی در زنان در مقایسه با مردان مرتبط است. در کل ممکن است این عوامل در حفظ اختلال خوردن نیز نقش اساسی داشته باشند. وضعیت بیماران مبتلا به بد شکل انگاری اغلب مزمن است و با اختلال عملکردی قابل توجه و افزایش نرخ ابتلا به بیماری های روانپزشکی همراه است و عوارضی، از جمله افسردگی، اختلالات مصرف مواد و خودکشی را به همراه دارد. اختلال بد شکل انگاری بدن باعث مشکلات زیادی می شود، آنها در مدیریت و کنترل افکار خود آیند مشکل دارند و ناچار هستند مدت زمان زیادی را به این وظایف ذهنی اختصاص دهند که خود عامل عدم لذت بردن از فعالیت های لذت بخش است (فلیپس، ۲۰۰۹).

بک<sup>۸۲</sup> اظهار می کند که نحوه مفهوم بخشی این افراد به هر موقعیت، اشیاء و محیط و از جمله ظاهر خود در مرکز قلمرو شخصی<sup>۸۳</sup> که در آن صفات، ویژگی های فیزیکی، اهداف و ارزش ها قرار گرفته اند، صورت می گیرد، فلذا در این مرکز شخصی خود را واری می کنند، برای غلبه بر این مشکل (بر آورد کردن بیش از حد معمول ظاهر در مرکز قلمرو شخصی) درمانی ضروری است که بر روی افکار و پیامدهای رفتاری این افکار تمرکز نماید. اکنون درمانهای مختلفی برای بهبود عملکرد مبتلایان به این اختلال انجام گرفته است که از موثرترین آنها درمان شناختی رفتاری است (صالح میر حسنی و همکاران، ۱۳۹۹).

درمان شناختی رفتاری (CBT) برای BDD موثر است، چرا که درمان شناختی رفتاری سبب شناسایی، ارزیابی و اصلاح افکار ناکارآمد و نادرست می گردد، افکاری که سبب پایداری این اختلال می گردند (فنگ و همکاران، ۲۰۲۰). آنها باورهای نادرستی در مورد بدن خود نظیر رفتارهای آئینی (وارسی خود در آئینه و اجتناب از جمع) دارند که افراطی و نادرست است (هافمن، اسنانی و وانک، ۲۰۱۲). از آنجا که نگرانی و سواس گونه این بیماری، موجب دوری از افراد می شود، بنابراین هنگام احساس نگرانی و سواس گونه، درمان شناختی - رفتاری راه حل هایی را در اختیار فرد قرار می دهد که وی را در کنترل این نوع نگرانی و نشخوار فکری یاری می نماید. از اینرو تاکید بر درمان، ایجاد فرصتی برای یادگیری تطبیقی جدید و همچنین ایجاد تغییرات در فضای بیرونی حوزه بالینی است. از آنجا که می توان اظهار کرد درمان شناختی رفتاری یک رویکرد مبتنی بر عقل سلیم است با دو اصل اساسی بر این اختلال موثر است: اول تاثیر بر شناخت، که شناخت یک فرد اثر بازدارنده ای بر احساسات و رفتار دارد و دوم تاثیر بر رفتار، چرا که می توان گفت نحوه عمل یا رفتار یک فرد تأثیر شدیدی بر افکار و الگوهای احساسی او دارد. این درمان بر تکنیک هایی تمرکز دارد که با استفاده از آن، بیماران می توانند افکار درونی خود را باز یابی و تغییر دهند، به ویژه افکاری که با علائم عاطفی مانند افسردگی و خشم همراه هستند. درمان شناختی رفتاری به بیمار می آموزد که در مورد تفکر خود بیندیشد. هدف از این کار رساندن شناخت بیمار به سطح وقوف و مهار کردن آگاهانه است (رایت، بسکو و تیز، ۲۰۰۹؛ ترجمه قاسم زاده وجانی، ۱۳۹۲). می توان گفت که درمان شناختی - رفتاری با ایجاد مسئولیت عاطفی به عنوان توانایی کنترل هیجان، باعث خودتنظیمی هیجانی نیز می شود و به عنوان توانایی مقابله با نگرانی های فرد عمل می کند. یکی از ابعاد درمان شناختی رفتاری بر آن متمرکز می باشد بعد رفتاری اختلال بد شکلی بدن است. جنبه رفتاری درمان، به رفتارهای مشکل ساز نظیر وارسی آئینه و انزوای اجتماعی می پردازد و هدف از آن متوقف کردن این رفتارها و جایگزین نمودن رفتارهای سالم با

- ۷۹ Mitchison, Hay, Griffiths  
 ۸۰ Mond, Mitchison, Latner  
 ۸۱ Griffiths, Hay, Mitchison  
 ۸۲ Beck  
 ۸۳ Personal domain

آنهاست (فیلیس، ۲۰۰۹).

همچنین نظر به اینکه یکی از دغدغه های اصلی افراد خصوصا نوجوانان مقبولیت و جذابیت از دیدگاه دیگران است، به دلیل تنوع معیارهای زیبایی در افراد، داشتن باور ناکارآمد به اینکه همه باید فرد را تایید کنند، فرد را نگران ملاقات با دیگران می کند. معیارهای مردم و دشواری دستیابی به این هدف، فرد را به شدت نگران تصویر بدن خود می کند. در جلسات درمانی، با آموزش صحیح مبارزه با این افکار ناکارآمد و جایگزینی آن با افکار مثبت، طرز تفکر و ادراک بیماران از خود اصلاح می شود و به نوجوانان کمک می کند تا باورهای نادرست خود را نسبت به ظاهر فیزیکی تغییر دهند و نسبت به خود احساس مثبتی داشته باشند و یاد بگیرند که می توانند از نشخوار فکری خود در زمینه تصویر منفی خلاص شوند. هدف درمان شناختی رفتاری بهبود باز خورد مثبت به تصویر بدن است (عابدی پریجا، صادقی، شلانی و صادقی، ۱۳۹۶). در توضیحات دیگر این یافته ها باید به فرضیه های شناخت درمانی که مبتنی بر تغییر شناخت، عاطفه و رفتار است، توجه کرد. این بدان معنا است که مداخله آموزش درمان شناختی رفتاری در این مطالعه باعث شده است که آزمودنی ها بلحاظ تفکر و هیجان بتوانند ادراکات نادرست خود را اصلاح کنند و از آن در رابطه با دیگران استفاده نمایند تا دید مثبتی نسبت به شاخص توده بدنی خود داشته باشند. همچنین با اصلاح باورها و تصورات از تصویر بدنی خود، زمینه های کاهش آن را در حین مداخله پیاده سازی کنند؛ زیرا دیدگاه شناختی رفتاری در خصوص تصویر بدن و تأثیر منفی آن بر زندگی افراد (مثلاً اختلالات خوردن)، تمرکز مداخلات آنان را بر تحلیل صحیح ارزیابی منفی از بدن و باورهای غیرمنطقی درباره اهمیت و معنای جسمی تغییر می دهد. آنها افکار و احساسات مثبت یا دقیق تری را وارد افکار می کنند و رفتارهای سازگارانه را ترویج می کنند. این منجر به اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر الگوی عادات غذایی نادرست شده است. در کل چنین اذعان شده است که مداخلات شناختی باعث افزایش خود آگاهی و ایجاد انگیزه در جهت اعمال کنترل بیشتر بر رفتار، کلام و خشم افراد می شود. زیرا آنها متوجه می شوند که تنها محرک های بیرونی، مانند کلام یا طعنه های دیگران، آغازگر خشم و پر خاشگرگی در آنان نیست بلکه نوع برداشت و دیدگاهی که خود فرد دارد هم می تواند در بروز واکنش های پر خاشگرانه دخیل باشد (قاسم زاده و جانی، ۱۳۹۲). در این پژوهش همچنین نتایج نشان داد که آموزش درمان شناختی رفتاری در کاهش شدت علائم پر خوری عصبی، تأثیر معناداری دارد.، به این صورت دومین فرضیه این پژوهش مبنی بر موثر بودن آموزش درمان شناختی رفتاری بر کاهش علائم پر خوری عصبی مورد تأیید قرار گرفت. نتایج با یافته های این پژوهش ها همسو بود. طوافی و همکاران (۱۳۹۸)، ناکائو و همکاران (۲۰۲۳)، کایدسوچا و همکاران (۲۰۲۳)، یوکو یاما و همکاران (۲۰۲۲)، آگراس و بوهون (۲۰۲۱) آتوود و فریدمن (۲۰۲۰)، ایزلی و ویٹوسک (۲۰۲۰) و لیناردون و همکاران (۲۰۱۸). در مطالعات به این نتیجه رسیدند که آموزش های درمان رفتاری شناختی در کنترل و به ویژه بر کاهش شدت علائم پر خوری عصبی مؤثر است.

در راستای تبیین این یافته می توان گفت درمان شناختی رفتاری برای BN و BED بر کمک کردن متمرکز است. بیماران در حین آموزش، الگوهای غذایی طبیعی خود را ایجاد می کنند. برای شناسایی و به چالش کشیدن افکار منفی در مورد وزن خود و تصویر بدن؛ تلاش می کنند (یوکویاما و همکاران، ۲۰۲۲)، در پر خوری به طور کلی این احتمال وجود دارد که افراد ممکن است به طور اجباری در رفتارهای اختلال خوردن به عنوان پاسخی به مشغله (وسواسی) شرکت کنند، (میتچسون و همکاران (۲۰۱۷) بعلاوه در مدل درمان شناختی رفتاری اختلال پر خوری، پر خوری بخشی از یک سیکل معیوب مؤلفه های رفتاری و روان شناختی مرتبط به هم می باشد و مهم ترین هدف شکستن سیکل معیوب پر خوری است. همچنین در این شیوه درمانی الگوهای آشفته خوردن تغییر یافته و اصلاح می شود. شناسایی و تغییر اهداف غیر واقع بینانه مرتبط با وزن و خوردن، آموزش راهبردهای<sup>۴</sup> پیشگیری از عود، از دیگر اهداف درمانی محسوب می شود. این برنامه درمانی جنبه روان آموزشی دارد که به بیمار کمک می کند دلایل و معانی پشت پرده برخی از رفتارهایش را متوجه شود (طوافی و همکاران، ۱۳۹۸). اختلالات خوردن بیماری های پیچیده ای هستند که با شناخت های تحریف شده و رفتارهای خود ویرانگر مشخص می شوند. چندین عنصر متمایز وجود دارد که تشخیص اختلالات خوردن را از هم جدا می کند. با این حال، اختلالات خوردن یک آسیب شناسی روانی اصلی مشابه دارند ارزش گذاری بیش از حد خوردن، شکل و/یا وزن بر ارزش خود. این آسیب شناسی روانی اصلی مشابه خود را به یک رویکرد درمانی فرا تشخیصی می رساند. درمان شناختی رفتاری (CBTT) برای اختلالات خوردن یک درمان مبتنی بر شواهد است که بر اساس نظریه و رویکردهای اساسی CBT با تمرکز بر تغییر سریع علائم است (کامبانیس، برتون موری، توماس، و بکر<sup>۵</sup>، ۲۰۲۳) استوار می باشد.

در تبیین این یافته ها می توان گفت که آموزش درمان رفتاری شناختی، سبب افزایش معنادار خوش بینی و خود کارآمدی و کاهش معنادار نشخوار فکری در افراد می شود؛ بنابراین، اگر درمانجویی از تکنیک های بازسازی استقبال می کند و آنها را برای تغییر بسیاری از افکارش مفید می یابد، مناسب است که در درمان این فرد از چنین تکنیک هایی استفاده نمود (دُر، ۲۰۱۵).

در واقع می توان اینچنین بیان داشت که عادات غذایی یکی از آیتم های بسیار مهم در ایجاد اختلالات خوردن و در رأس آن پر خوری عصبی می باشد که به دنبال آن اختلال بد شکل انگاری را نیز در پی دارد. لذا اهمیت موضوع تغذیه صحیح در جامعه موفق و سالم،

۸۴ Strategies

۸۵ Kambanis, Burton Murray, Thomas & Becker



ضرورت توجه به آموزش درمان شناختی رفتاری بر عادات تغذیه را مبرهن می سازد. پس می توان در تبیین دیگری این چنین ادعات داشت که درمان شناختی رفتاری سعی در تغییر شناخت ها و باورهای منفی افراد دارد و علائم ناسالم روانشناختی را بهبود می بخشد. در این رویکرد قاعده بر این است که آزمودنی ها با بازسازی افکار و اندیشه ها می توانند فشارهای روانی را از خود دور کنند و به طور واقع بینانه افراد با پاسخ به افکار خود به خودی منفی و شناسایی تحریفات شناختی و مبارزه با آنها و سپس بازسازی افکار تشویق می شوند تا احساسات بهتری را تجربه کنند و رفتارهای مناسب تری از خود نشان دهند. لیهی<sup>۸۶</sup> (۲۰۱۷) و ویلابو و کامپتون<sup>۸۷</sup> (۲۰۱۹) نیز معتقد هستند که آموزش به روش شناختی رفتاری از یک سو با ایجاد تغییرات رفتاری مطلوب بر روی آنچه که افراد انجام می دهند تمرکز می کند و از سوی دیگر با تأکید بر فرآیندهای روانی، افراد را هدایت می کند تا احساسات و باورهایی را که باعث مشکلات رفتاری می شود؛ تغییر دهند. همچنین، آموزش درمان رفتاری شناختی به فرد کمک می کند که از شکل گیری افکار بدبینانه و نشخوارهای وسواسی پیشگیری کند (نف<sup>۸۸</sup>، ۲۰۰۹). بخش عمده ای از هیجان های منفی که افراد تجربه می کنند ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن آنها ایجاد می شود (نولن هو کسما<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۳)، در مجموع نتایج حاصل از این پژوهش بر اهمیت آموزش درمان رفتاری شناختی تأکید دارد چرا که به افراد کمک می کند تا نگرانی و وسواس گونه، افکار بدبینانه و نشخوارهای وسواسی را از خود دور و با کاهش نشخوارگری افراد، منجر به کاهش هیجان های منفی در آنها می شود. همچنین شناخت یک فرد اثر بازدارنده ای بر احساسات و رفتار وی دارند و بر نحوه عمل یا رفتار یک فرد اثر می گذارد که خود تأثیر شدیدی بر افکار و الگوهای احساسی او دارد. درمان شناختی رفتاری با تکنیک های تمرکزی که دارد، افراد می توانند با استفاده از آن افکار درونی خود را بازیابی و تغییر دهند، به ویژه افکاری که با علائم عاطفی مانند افسردگی و خشم همراه هستند. می تواند به فرد کمک کند.

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر انجام پژوهش فقط در شهر تهران با نمونه محدود بود با توجه به محدود بودن افراد نمونه به شهر تهران، در تعمیم نتایج به جوامع دیگر باید با احتیاط عمل شود. در این پژوهش بعثت محدودیت زمانی، از مطالعات پی گیری بهره گرفته نشد؛ لذا در نتیجه گیری های درمانی طولانی مدت باید جانب احتیاط رعایت شود. با توجه به محدودیت ها و یافته های پژوهش، پیشنهاد می شود که محققان و پژوهشگران در آینده این پژوهش را به صورت مقایسه درمان دارویی و درمان شناختی رفتاری و ترکیب این دو، در سایر گروه ها و در جوامع متنوع دیگر نظیر کلینیک ها و مراکز مشاوره، بیمارستان ها و ... تکرار نمایند. برای نمایش قدرت ماندگاری آموزش درمان، پژوهشگران آتی از مطالعات پی گیری برای شفاف سازی این امر بهره بگیرند

#### منابع:

ابوالقاسمی، عباس؛ جعفری؛ عیسی (۱۳۹۱). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تصویر بدنی و خودکارآمدی در دختران مبتلا به پر خوری عصبی، مجله روان شناسی بالینی، ۴ (۲)، ۲۹۳۷.

ارجی، مونا. (۱۳۹۶). تدوین و آزمون مدل علی نشانه های بدشکلی بدنی بر اساس ابعاد کمال گرایی و اثرهای فرهنگی اجتماعی رسانه با واسطه گری عزت نفس، طرحواره بدنی، راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان و تصویر بدنی، رساله دکتری روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.

بیاضی، محمدحسین؛ گوهری، زکیه؛ حجت، سید کاوه (۱۳۹۲). رابطه بین طرحواره های هیجانی با میزان اضطراب و افسردگی و سبک های مقابله با استرس در بیماران کرونری قلب. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۵ (۳)، ۳۵.

جاسمی زرگانی، احلام؛ جوهری فرد؛ رضا (۱۳۹۸). اثربخشی هنر درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری بر خودپنداره و تن انگاره در دختران نوجوان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن شهر اهواز، مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت، ۶ (۱)، ۲۲۱۱.

دلاور، علی (۱۳۸۱). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم اجتماعی. تهران: انتشارات ارسباران، چاپ چهارم.

رایت، جسی؛ بسکو، مونیکا؛ تیز، مایکل (۲۰۰۹). آموزش درمان رفتاری شناختی، ترجمه حبیب الله قاسم زاده و حسن حمیدپور (۱۳۹۲)، تهران: ارجمند.

زرگر، یداله؛ صیاد، سحر؛ بساک نژاد، سودابه (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر اختلال بدشکلی بدن و حساسیت بین فردی در دانش آموزان دختر. تحقیقات علوم رفتاری، ۹ (۵)، ۳۴۹۳۴۱.

صالح میرحسینی، وحیده؛ رفیعی پور، امین؛ علوی، سعید (۱۳۹۹). درمان شناختی رفتاری، اختلال بدشکلی بدن: مطالعه مروری، رویش

- ۸۶ Leahy  
 ۸۷ Villabø & Compton  
 ۸۸ Neff

روان شناسی، ۹ (۸)، ۷۱۷۸.

طوافی، مارال؛ حاتمی، محمد؛ احدی، حسن؛ صرافی زاده، سارا (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی نظمجویی هیجانی و درمان شناختی رفتاری در کاهش وسوسه خوردن در افراد مبتلا به پر خوری هیجانی و دارای اضافه وزن، فصلنامه پرستار و پزشک در رزم، ۲۵ (۷)، ۵۱۲.

عابدی پریجا، حسین؛ صادقی، سعید؛ شلانی، بیتا؛ صادقی، الهه (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری گروهی بر بهبود تصویر بدنی منفی در نوجوانان پسر. دانشور پزشکی، ۲۴ (۱۲۸)، ۲۳۱.

قاسم زاده، عظیم؛ جانی، ستاره (۱۳۹۲). اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری همراه با آموزش مهارت حل مساله بر خود نظم دهی خشم و احساس تنهایی. اندیشه و رفتار، ۸ (۲۹)، ۶۷۸۹.

محبوبی، الهام؛ غلامی حیدرآبادی، خوش نویس، زهرا (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر عادات غذایی و اختلال بدشکلی بدن دختران، مجله علوم روانشناختی، ۱۸ (۷۶)، ۴۸۹۴۹۸.

موسوی، سید ابوالفضل؛ پورحسین، رضا؛ زارع مقدم، علی؛ موسویان حجازی، سیداحمد، گمنام، اعظم (۱۳۹۵). تصویر بدن در دیدگاهها و مکاتب روان شناسی، رویش روان شناسی، ۲ (۱۵)، ۲۰۹۲۱۷.

Agras, W. S., & Bohon, C. (2021). Cognitive Behavioral Therapy for the Eating Disorders. Annual review of clinical psychology, 17, 417–438.

American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM5 (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5 Th Edition) Text Revision. Washington DC: Author. 235264.

Atwood, M. E., & Friedman, A. (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 53(3), 311330.

Bernstein, E. E., Phillips, K. A., Greenberg, J. L., Curtiss, J., Hoeppe, S. S., & Wilhelm, S. (2023). Mechanisms of cognitivebehavioral therapy effects on symptoms of body dysmorphic disorder: A network intervention analysis. Psychological Medicine, 53(6), 25312539.

Bernstein, E. E., Szkutak, A., Fang, A., Blashill, A. J., Ragan, J., & Greenberg, J. L. (2023). Cognitive Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder. In The Massachusetts General Hospital Handbook of Cognitive Behavioral Therapy (pp. 201215). Cham: Springer International Publishing.

Blackwell, S. E., & Heidenreich, T. (2021). Cognitive Behavior Therapy at the Crossroads. International journal of cognitive therapy, 14(1), 1–22.

Brown, W. P. (2011). Adult attachment style, relationship satisfaction, and body dissatisfaction in women. Texas Woman's University.

Buhlmann, U., Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J. M., Wilhelm, S., Brähler, E., & Rief, W. (2010). Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a populationbased survey. Psychiatry research, 178(1), 171–175.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.05.002>.

Buhlmann, U., Marques, L. M., Wilhelm, S. (2012). Traumatic experiences in individuals with body dimorphic disorder. J Nerv Ment Dis, 200(1):95–8.

Bjornsson, A. S., Didie, E. R., Grant, J. E., Menard, W., Stalker, E., & Phillips, K. A. (2013). Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. Comprehensive psychiatry, 54(7), 893903.

Castillo, M., & Weiselberg, E. (2017). Bulimia Nervosa/Purging Disorder. Current problems in pediatric and adolescent health care, 47(4), 85–94.

<https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.004>

Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2011). The evolution of “enhanced” cognitive behavior therapy for eating disorders: Learning from treatment nonresponse. Cognitive and Behavioral Practice, 18(3), 394–402.

Diane L Gorgas D. L. (2023). Eating Disorders. Emergency medicine clinics of North America, 42(1), 163–179. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2023.06.024>

Dor, J. (2015). Comparison of ACT with CBT: Cognitive Failure against Reconstruction. Fayzi A translation.

- Enander, J., Ivanov, V. Z., MataixCols, D., KujaHalkola, R., Ljótsson, B., Lundström, S., ... & Rück, C. (2018). Prevalence and heritability of body dysmorphic symptoms in adolescents and young adults: a populationbased nationwide twin study. *Psychological medicine*, 48(16), 27402747.
- Essayli, J. H., & Vitousek, K. M. (2020). *Cognitive Behavioral Therapy with Eating Disordered Youth*. In *Cognitive Behavioral Therapy in Youth: Tradition and Innovation* (pp. 163187). Humana, New York, NY.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fang, A., steketee, G., Keshaviah, A., Didie, E., Phillips, A., & Wilhelm, S. (2020). Mechanisms of Change in Cognitive Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder. *journal of cognitive therapy and research*, 45(2), 115.
- Feusner, J.D., Moody, T., Hembacher, E., Townsend, J., McKinley, M., Moller, H., Bookheimer, S. (2010). Abnormalities of visual processing and front striatal systems in body dimorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 67(2), 197–205.
- Fairburn, C. G. (1981). A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, 707–711
- Fairburn, C. G. , Cooper, Z. , & Cooper, P. (1986). The clinical features and maintenance of bulimia nervosa. In Brownell K. D. & Foreyt J. P. (Eds.), *Physiology, psychology and treatment of the eating disorders*. Basic Books
- Griffiths, S., Hay, P., Mitchison, D., Mond, J. M., McLean, S. A., Rodgers, B., ... & Paxton, S. J. (2016). Sex differences in the relationships between body dissatisfaction, quality of life and psychological distress. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 40(6), 518522.
- Gibson, D., Workman, C., & Mehler, P. S. (2019). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychiatric Clinics*, 42(2), 263274.
- Greenberg, J. L., Phillips, K. A., Steketee, G., Hoepfner, S. S., & Wilhelm, S. (2019). Predictors of response to cognitivebehavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Behavior therapy*, 50(4), 839849.
- Gunstad, J., & Phillips, K.A., 2003. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr. Psychiatry*, 44, 270276
- Grace, S. A., Labuschagne, I., Kaplan, R. A., Rossell, S. L., 2017. The neurobiology of body dysmorphic disorder: A systematic review and theoretical model. *Neurosci. Biobehav.Rev.*, 83, 8396.
- Greenberg, J. L., Mothi, S. S., & Wilhelm, S. (2016). Cognitivebehavioral therapy for adolescent body dysmorphic disorder: A pilot study. *Behavior Therapy*, 47(2), 213224.
- Greenberg, J. L., Jacobson, N. C., Hoepfner, S. S., Bernstein, E. E., Snorrason, I., Schwartzberg, A., ... & Wilhelm, S. (2022). Early response to cognitive behavioral therapy for body dysmorphic disorder as a predictor of outcomes. *Journal of Psychiatric Research*, 152, 713.
- Grace, S. A., Labuschagne, I., Kaplan, R. A., & Rossell, S. L. (2017). The neurobiology of body dysmorphic disorder: A systematic review and theoretical model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 83, 8396.
- Harrison, A., de la Cruz, L. F., Enander, J., Radua, J., & MataixCols, D. (2016). Cognitivebehavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *Clinical psychology review*, 48, 4351.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Metaanalyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s1060801294761>
- Hartmann, A. S., Schmidt, M., Staufienbiel, T., Ebert, D. D., Martin, A., & Schoenberg, K. (2021). ImaginYouth—A TherapistGuided InternetBased CognitiveBehavioral Program for Adolescents and Young Adults With Body Dysmorphic Disorder: Study Protocol for a TwoArm Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 682965.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Metaanalyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s1060801294761>
- Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., TuschenCaffier, B., Vocks, S., & Schmidt, R. (2019). Metaanalysis of the efficacy of psychological and medical treatments for bingeeating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 87(1), 91–105.

<https://doi.org/10.1037/ccp0000358>.

- Kambanis, P. E., Burton Murray, H., Thomas, J. J., & Becker, K. R. (2023). Brief Cognitive Behavioral Therapy for NonUnderweight Patients (CBTT for Eating Disorders). In *The Massachusetts General Hospital Handbook of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 231245). Cham: Springer International Publishing.
- Kaidesoja, M., Cooper, Z., & Fordham, B. (2023). Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A map of the systematic review evidence base. *The International journal of eating disorders*, 56(2), 295–313. <https://doi.org/10.1002/eat.23831>.
- Krebs, G., Turner, C., Heyman, I., & Mataix-Cols, D. (2012). Cognitive behaviour therapy for adolescents with body dysmorphic disorder: a case series. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 40(4), 452-461.
- Leahy, R. L. (2017). *Cognitive Therapy Techniques, Second Edition: A Practitioner's Guide* (2nd ed.): Guilford Press.
- Linardon, J. (2018). Metaanalysis of the effects of cognitivebehavioral therapy on the core eating disorder maintaining mechanisms: implications for mechanisms of therapeutic change. *Cognitive behaviour therapy*, 47(2), 107-125.
- Linardon, J., Messer, M., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2018). Meta-analysis of the effects of cognitive-behavioral therapy for binge-eating-type disorders on abstinence rates in nonrandomized effectiveness studies: Comparable outcomes to randomized, controlled trials?. *International Journal of Eating Disorders*, 51(12), 1303-1311.
- Mond, J., Mitchison, D., Latner, J., Hay, P., Owen, C., & Rodgers, B. (2013). Quality of life impairment associated with body dissatisfaction in a general population sample of women. *BMC Public Health*, 13(1), 111.
- Makovac, E., Meeten, F., Watson, D. R., Garfinkel, S. N., Critchley, H. D., & Ottaviani, C. (2016). Neurostructural abnormalities associated with axes of emotion dysregulation in generalized anxiety. *NeuroImage: Clinical*, 10, 172-181.
- medical treatments for binge-eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(1), 91–105. [10.1037/ccp0000358](https://doi.org/10.1037/ccp0000358).
- Mitchison, D., Hay, P., Griffiths, S., Murray, S. B., Bentley, C., Gratwick-Sarll, K., ... & Mond, J. (2017). Disentangling body image: The relative associations of overvaluation, dissatisfaction, and preoccupation with psychological distress and eating disorder behaviors in male and female adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 50(2), 118-126.
- Neff, K. D. (2009). The role of self compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52, 211-214.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Eating disorders: recognition and treatment*. NICE.
- Nakao, M., Shirotaki, K., & Sugaya, N. (2021). Cognitivebehavioral therapy for management of mental health and stressrelated disorders: Recent advances in techniques and technologies. *BioPsychoSocial medicine*, 15(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s1303002100219w>.
- Nolen-Hoeksema, S. (2013). *"(Ab)normal Psychology"* (6th edition). McGrawHill. p.344]
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2006). *Obsessivecompulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessivecompulsive disorder and body dysmorphic disorder*.
- Phillips, K. A., Coles, M. E., Menard, W., Yen, S., Fay, C., & Weisberg, R.B., 2005. Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *J. Clin. Psychol.*, 66, 717-725
- Phillips, K. A. (2009). *Understanding body dysmorphic disorder*. London: Oxford University Press. 133-154.
- Phillips, K. A., Pinto, A., Hart, A. S., Coles, M. E., Eisen, J. L., Menard, W., & Rasmussen, S. A., 2012. A comparison of insight in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J. Psychiatr. Res.*, 46, 1293-1299.
- Phillips, K. A., Grant, J., Siniscalchi, J., & Albertini RS., 2001. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 42, 504-510.
- Phillipou, A., Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2019). Direct comparisons of anorexia nervosa and body dysmorphic disorder: A systematic review. *Psychiatry Research*, 274, 129-137
- Phillips, K. A., Greenberg, J. L., Hoepfner, S. S., Weingarden, H., O'Keefe, S., Keshaviah, A., ... & Wilhelm,

- S. (2021). Predictors and moderators of symptom change during cognitivebehavioral therapy or supportive psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 287, 3440.
- Phillips, K. A. (2009). *Understanding body dimorphic disorder*. Oxford University Press.
- Rautio, D., Gumpert, M., Jassi, A., Krebs, G., Flygare, O., Andrén, P., ... & MataixCols, D. (2022). Effectiveness of multimodal treatment for young people with body dysmorphic disorder in two specialist clinics. *Behavior Therapy*, 53(5), 10371049.
- Rautio, D., Andrén, P., Gumpert, M., Jolstedt, M., Jassi, A., Krebs, G., ... & de la Cruz, L. F. (2023). Therapistguided, Internetdelivered cognitive behaviour therapy for adolescents with body dysmorphic disorder: A feasibility trial with longterm followup. *Internet Interventions*, 34, 100688.
- Rautio, D., Andrén, P., Gumpert, M., Jolstedt, M., Jassi, A., Krebs, G., ... & de la Cruz, L. F. (2023). Therapistguided, Internetdelivered cognitive behaviour therapy for adolescents with body dysmorphic disorder: A feasibility trial with longterm followup. *Internet Interventions*, 34, 100688.
- Reas, D.L. (2002). Relationship between weight loss and body image in obese individual seeking weight loss treatment. A dissertation of doctor – of philosophy. Louisiana State University
- Schieber, K., Kollei, I., de Zwaan, M., Muller, A., Martin, A. (2013). Personality traits as vulnerability factors in body dimorphic disorder. *Psychiatry Res*, 210(1), 242–6.
- Schneider, S. C., Turner, C. M., Mond, J., & Hudson, J. L. (2017). Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(6), 595603.
- Schneider, S. C., Turner, C. M., Storch, E. A., & Hudson, J. L. (2019). Body dysmorphic disorder symptoms and quality of life: The role of clinical and demographic variables. *Journal of ObsessiveCompulsive and Related Disorders*, 21, 15.
- Veale, D., & Neziroglu, F. (2010). *Body dimorphic disorder: A treatment manual*. John Wiley & Sons.
- Villabo, M. A., & Compton, S. N. (2019). *Cognitive Behavioral Therapy*. In *Pediatric Anxiety Disorders* (pp. 317334). Academic Press.
- Wilhelm, S., Philips, K.A., Greenberg, J., L. O' Keefe, Sh., Hoepfner, M., Keshaviah, A., SaryodeMothi, S., & Schoenfeld, D.A. (2019). Efficacy and Post Treatment Effects of TherapistDelivered Cognitive Behavioral Therapy Vs Supportive Psychotherapy for Adults with Body
- Wilhelm, S., Phillips, K., & Steketee, G. A., (2013). *Cognitive Behavioral Treatment Manual For Body Dysmorphic Disorder*. Guilford Press, New York
- Weingarden, H., Hoepfner, S. S., Snoarrason, I., Greenberg, J. L., Phillips, K. A., & Wilhelm, S., (2021). Rates of remission, sustained remission, and recurrence in a randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy versus supportive psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Depress. Anxiety*.
- Wade T. D. (2019). Recent Research on Bulimia Nervosa. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(1), 21–32. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.00>.
- Wang, J., Tang, L., Wang, M., Wu, G., Li, W., Wang, Y., Wang, X., Wang, H., Yang, Z., Li, Z., Chen, Q., Zhang, P., & Wang, Z. (2023). Frontotemporal dysfunction in appetitive regulation of bulimia nervosa with affective disorders: A regional homogeneity and remote connectivity pattern analysis. *Journal of affective disorders*, 340, 280–289. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.036>

## اثربخشی طرحواره درمانی بر هوش هیجانی و تاب آوری ورزشکاران حرفه ای (مورد مطالعه ورزشکاران رشته تکواندو شهر اصفهان)

انیس خوش لهجه صدق

استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

علی رحیمیان

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد واحد علوم پزشکی قم، قم، ایران

### Effectiveness of schema therapy on emotional intelligence and resilience of professional athletes (case study of taekwondo athletes in Isfahan city)

**Anis khoshlahjeh sedgh**

Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Qom Medical Sciences, Islamic Azad University, Qom, Iran

**Ali Rahimian**

Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, College of Nursing and Midwifery, Azad University of Qom Medical Sciences Branch, Qom, Iran

#### Abstract:

The purpose of this research was the effectiveness of schema therapy on emotional intelligence and resilience in the success of professional athletes (the study of taekwondo athletes in Isfahan). The purpose of this research is an applied research, and in terms of the method, it is an experimental study with a pre-test, post-test design with a control group. The statistical population of this research included all taekwondo athletes in Isfahan city, 30 people were selected as the sample size in the present study through available sampling and divided into two groups (experimental group (15 people) and control group (15 people)). became The data collection tool was a standard questionnaire. Data were analyzed using SPSS26 statistical software. The findings of the research showed that schema therapy has an effect on emotional intelligence and resilience in the success of professional athletes (case study: taekwondo athletes in Isfahan city) ( $p>0.05$ ). Schema therapy has an effect on emotional intelligence in the success of professional athletes (study: taekwondo athletes in Isfahan city) ( $P<0.01$ ). Schema therapy has an effect on resilience in the success of professional athletes (case study: taekwondo athletes in Isfahan city) ( $P<0.01$ ). Schema therapy has an effect on resilience in the success of professional athletes (case study: taekwondo athletes in Isfahan city) ( $P<0.01$ ). It is concluded that emotional intelligence and resilience of professional taekwondo athletes can be improved by using schema therapy.

**Keywords:** *schema therapy, emotional intelligence and resilience*

**چکیده:**

هدف از این پژوهش اثربخشی طرحواره درمانی بر هوش هیجانی و تاب آوری در موفقیت ورزشکاران حرفه ای (مورد مطالعه ورزشکاران رشته تکواندو شهر اصفهان) بود. پژوهش حاضر از نوع هدف یک پژوهش کاربردی و از نظر نوع روش، یک مطالعه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه ورزشکاران رشته تکواندو شهر اصفهان بودند که تعداد ۳۰ نفر به عنوان حجم نمونه در پژوهش حاضر از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شد و در دو گروه (گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر)) جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه استاندارد بوده است. داده ها با استفاده از نرم افزارهای آماری SPSS۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته های پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر هوش هیجانی و تاب آوری در موفقیت ورزشکاران حرفه ای (مورد مطالعه: ورزشکاران رشته تکواندو شهر اصفهان) تاثیر دارد ( $P > / 0.05$ ). طرحواره درمانی بر هوش هیجانی در موفقیت ورزشکاران حرفه ای (مورد مطالعه: ورزشکاران رشته تکواندو شهر اصفهان) تاثیر دارد ( $P < / 0.01$ ). طرحواره درمانی بر تاب آوری در موفقیت ورزشکاران حرفه ای (مورد مطالعه: ورزشکاران رشته تکواندو شهر اصفهان) تاثیر دارد ( $P < / 0.01$ ). نتیجه گیری می شود با استفاده از طرحواره درمانی می توان هوش هیجانی و تاب آوری ورزشکاران حرفه ای رشته تکواندو را بهبود بخشید.

**واژه های کلیدی:** طرحواره درمانی، هوش هیجانی و تاب آوری

**مقدمه**

تاب آوری یکی از مهارت های مهمی است که در دنیای امروز بسیار مورد توجه واقع شده است. در واقع، تاب آوری به معنای استقلال از تاثیرات هرزه مغزی یا سخت گیری های زندگی و شده یکی از شایستگی های مورد نیاز برای موفقیت در زندگی و حرفه است. این مهارت به افراد کمک می کند تا با توجه به هدف خود، با مشکلات درونی و بیرونی که در پیشروی زندگی ممکن است پیش آیند، مقابله کنند، استرس ها و اضطراب ها را کاهش دهند و از انجام امور مهم و ضروری خود دست نکشند (انصاری، ۱۴۰۲). تاب آوری یادگیری یک فرایند طولانی است. افراد می توانند از روش های مختلفی از جمله انجام ورزش، یوگا، مدیتیشن، و دیدن طبیعت استفاده کنند تا این مهارت را تقویت کنند. همچنین، نظارت بر خود و بهبود ارتباط درونی با خود و اطرافیان نیز از جمله روش های مؤثر برای تاب آوری هستند. در کل، تاب آوری یک مهارت فردی است که به افراد امکان می دهد تا به راحتی با تحولات زندگی روبرو شده و به راحتی آنها را پشت سر بگذارند (پرنیتیک<sup>۱</sup>، ۲۰۲۳).

ورزشکاران حرفه ای با توجه به فشارهای روزمره و استرسهایی که در تمرینات و رقابت ها با آنها مواجه می شوند، به هوش هیجانی و تاب آوری قوی نیاز دارند (جی ون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). هوش هیجانی به عنوان موهبتی است که توانایی درک و مدیریت احساسات را در افراد تقویت می کند و تاب آوری نیز مزیتی است که به افراد کمک می کند در شرایط دشوار و تنش زا همچون تمرینات سخت و مسابقات، به بهترین شکل عمل کنند و از موفقیت بیشتری برخوردار شوند. با توجه به اهمیت هوش هیجانی و تاب آوری موفقیت ورزشکاران حرفه ای، طرحواره درمانی به عنوان یک رویکرد نوین در بهبود این دو مهارت مطرح شده است. طرحواره درمانی به ورزشکاران کمک می کند تا با احساسات مختلفی که در طول تمرینات و رقابت ها تجربه می کنند، بهتر برخورد کنند و آموزش هایی درباره مدیریت استرس، تمرکز و تنظیم هیجانات دریافت کنند (زهره وند<sup>۱۴۰۰</sup>). مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر هوش هیجانی و تاب آوری ورزشکاران رشته تکواندو شهر اصفهان صورت گرفته است.

اهداف تحقیق عبارت بودند از:

۱. اثربخشی طرحواره درمانی بر هوش هیجانی در موفقیت ورزشکاران حرفه ای (مورد مطالعه: ورزشکاران رشته تکواندو شهر اصفهان)
  ۲. اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب آوری در موفقیت ورزشکاران حرفه ای (مورد مطالعه: ورزشکاران رشته تکواندو شهر اصفهان)
- تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی است. این پژوهش در دسته پژوهش های نیمه تجربی قرار میگیرد و طرح تحقیق به صورت دو گروهی است. گروه آزمایش و گروه گواه و شامل دو مرحله پیش آزمون پس آزمون میباشد. متغیر مستقل آموزش طرحواره درمانی است که فقط در گروه آزمایش اعمال میشود و تاثیر آن بر نمرات پس آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه گواه مورد مقایسه قرار میگیرد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه ورزشکاران رشته تکواندو شهر اصفهان بودند که توسط نرم افزار G-power تعداد ۳۰ نفر به عنوان حجم نمونه در پژوهش حاضر از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شد و در دو گروه (گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر)) جایگزین شدند.

در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل اثربخشی طرحواره درمانی بر هوش هیجانی و تاب آوری در موفقیت ورزشکاران حرفه ای (مورد مطالعه: ورزشکاران رشته تکواندو شهر اصفهان) در سطح آمار توصیفی از شاخص های میانگین، میانه، واریانس، انحراف استاندارد و خطای انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از روش تحلیل کوواریانس (MANCOVA) استفاده شد. برای انجام این تحلیل ها

از نرم افزار SPSS استفاده شد.

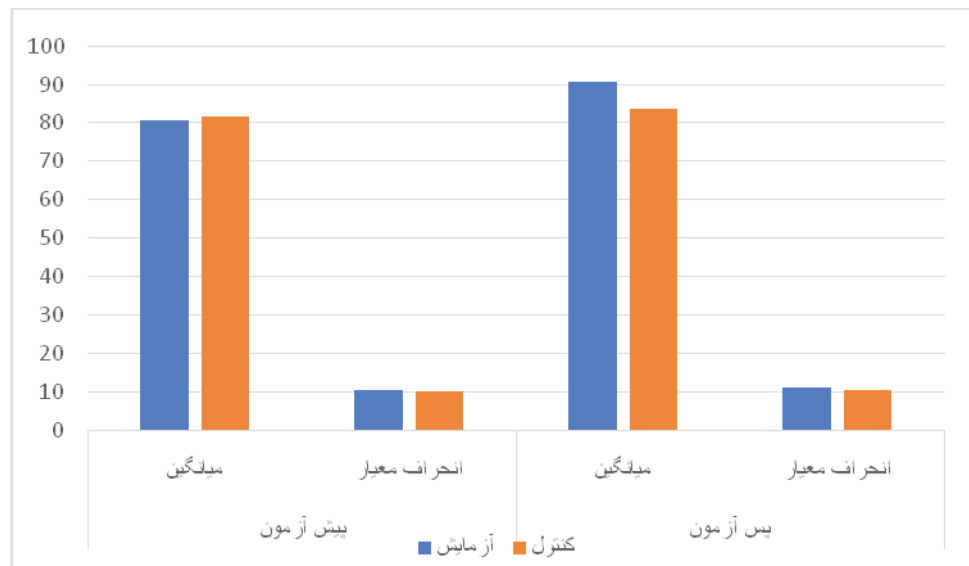
ابزار اندازه گیری در این مطالعه عبارتند از:

پرسشنامه هوش هیجانی شات و همکاران (۱۹۹۸) و پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) روش اجرای پژوهش:

پژوهشگر ابتدا از طریق دانشگاه به باشگاه های ورزش تکواندو معرفی می شود و با همکاری مسئولین محترم این مراکز نمونه گیری انجام شد. بدین صورت که از علاقه مندان جهت شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. در این پژوهش آزمودنی ها به صورت در دسترس انتخاب و در گروه آزمایش و کنترل جایگزین شد. در هر گروه تعداد تعیین شده در اولین جلسه (معارفه) به پرسشنامه های پژوهش به صورت انفرادی پاسخ داد. تمام اطلاعات کسب شده در این مطالعه محرمانه بوده و به شرکت کنندگان این اطمینان داده خواهد شد که اطلاعات محرمانه و بی نام می باشد. جلسات آموزش طرحواره درمانی برای گروه آزمایش برگزار شد. گروه کنترل پس از اجرای پیش آزمون در انتظار درمان بعد از پایان دوره مداخله قرار خواهد گرفت و در این دوره تحت هیچ آموزشی قرار نگرفت. پس از پایان جلسات مجدداً پرسشنامه ها توسط شرکت کنندگان هر دو گروه تکمیل شد. لازم به ذکر است پژوهش در باشگاه های ورزشی تکواندو و به صورت گروهی انجام شده است. جلسات پژوهش حاضر در طی ۲۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای انجام شد. همچنین گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندن و پس از پس آزمون بررسی شده و به آن ها آموزش داده شده است. همچنین جهت رعایت اصول اخلاقی به هر دو گروه بوروشور داده شده است.

تحلیل توصیفی متغیرهای پژوهش

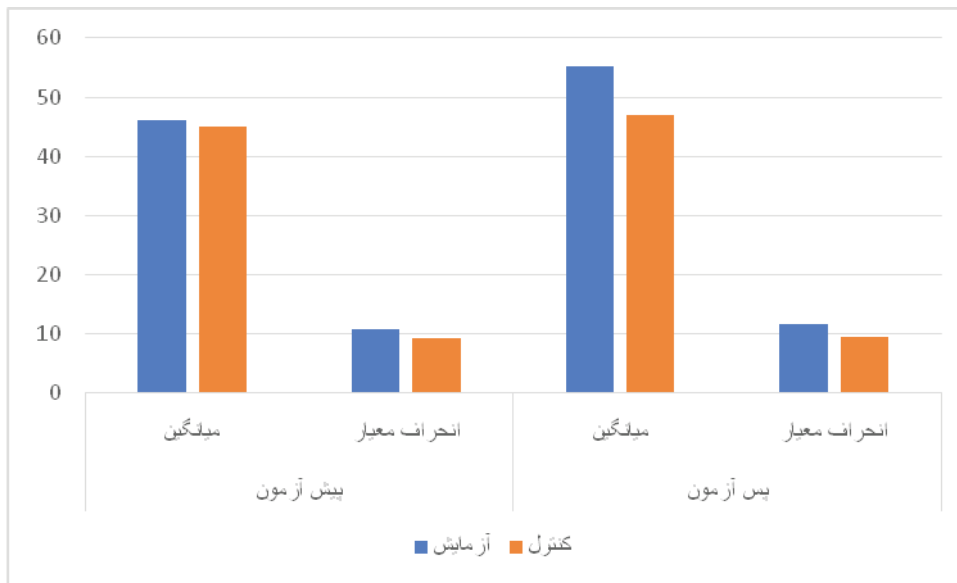
در نمودار ۴-۱- میانگین و انحراف معیار متغیر هوش هیجانی در پیش آزمون و پس آزمون دو گروه ارائه شده است.



میانگین و انحراف معیار پیش آزمون هوش هیجانی در گروه آزمایش به ترتیب ۸۰/۰۶ و ۱۰/۵۵ و در گروه کنترل ۸۱/۵۳ و ۱۰/۱۹ بوده است. میانگین و انحراف معیار پس آزمون هوش هیجانی در گروه آزمایش ۹۰/۶۶ و ۱۱/۲۲ و در گروه کنترل ۸۳/۸۰ و ۱۰/۲۸ بوده است.

نمودار ۴-۱- میانگین و انحراف معیار متغیر هوش هیجانی در پیش آزمون و پس آزمون دو گروه ، میانگین و انحراف معیار پیش آزمون تاب آوری در گروه آزمایش به ترتیب ۴۶/۲۰ و ۱۰/۸۱ و در گروه کنترل ۴۴/۹۳ و ۹/۲۱ بوده است. میانگین و انحراف معیار پس آزمون تاب آوری در گروه آزمایش ۵۵/۱۳ و ۱۱/۶۱ و در گروه کنترل ۴۶/۸۶ و ۹/۴۱ بوده است. در نمودار ۴-۲- میانگین و انحراف معیار متغیر تاب آوری در پیش آزمون و پس آزمون دو گروه ارائه شده است.





نمودار ۴-۲- میانگین و انحراف معیار متغیر تاب آوری در پیش آزمون و پس آزمون دو گروه

#### یافته های استنباطی

در این بخش با استفاده از آزمون های آماری به آزمون فرضیه های پژوهش پرداخته می شود. این پژوهش دارای ۲ متغیر وابسته (هوش هیجانی و تاب آوری) و ۱ متغیر آزمایشی با دو سطح طرحواره درمانی و لیست در انتظار می باشد. برای مقایسه ۲ گروه مورد مطالعه به منظور کنترل آماری اختلافات اولیه (پیش آزمون) از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

#### فرضیه اصلی:

- طرحواره درمانی بر هوش هیجانی و تاب آوری در موفقیت ورزشکاران حرفه ای (مورد مطالعه: ورزشکاران رشته تکواندو شهر اصفهان) تاثیر دارد.

جدول ۴-۳- آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی مفروضه ی نرمال بودن در هوش هیجانی و تاب آوری

متغیر	گروه ها	آزمون	آماره	درجه آزادی	سطح معنی داری
هوش هیجانی	آزمایش	پیش آزمون	۰/۱۸	۱۵	۰/۲۰
		پس آزمون	۰/۱۱	۱۵	۰/۲۰
	کنترل	پیش آزمون	۰/۱۳	۱۵	۰/۲۰
		پس آزمون	۰/۱۶	۱۵	۰/۲۰
تاب آوری	آزمایش	پیش آزمون	۰/۱۶	۱۵	۰/۲۰
		پس آزمون	۰/۱۴	۱۵	۰/۲۰
	کنترل	پیش آزمون	۰/۱۷	۱۵	۰/۲۰
		پس آزمون	۰/۱۶	۱۵	۰/۲۰

همان طور که جدول ۴-۳- نشان می دهد مفروضه ی نرمال بودن در متغیرهای هوش هیجانی و تاب آوری در ۲ گروه در هر ۲ مرحله اندازه گیری با سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ ( $p > ۰,۰۵$ ) تأیید شد.

جدول ۴-۴- آزمون F لوین برای بررسی مفروضه برابری واریانس های خطا در متغیر هوش هیجانی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	شاخص های آماری		
	سطح معناداری	F	درجه آزادی ۲
هوش هیجانی	۰/۰۱۸	۶/۳۳	۲۸
تاب آوری	۰/۰۲۰	۶/۱۴	۲۸

در جدول ۴-۴- نتیجه آزمون لوین جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس های خطا آورده شده است. براساس نتایج مندرج، مفروضه همگنی واریانس ها در متغیرهای هوش هیجانی و تاب آوری به ترتیب با سطح معنی داری ۰/۰۱۸ و ۰/۰۲۰ رد شد. ( $P < 0,05$ ). با توجه به اینکه حجم نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل مساوی است و تحلیل کوواریانس زمانی که حجم گروه ها مساوی باشد در برابر رد این مفروضه مقاوم است، رد این مفروضه مانعی در استفاده از تحلیل کوواریانس ایجاد نمی کند.

جدول ۴-۵- آزمون واریانس برای بررسی شیب رگرسیون در متغیرها

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری
گروه*پیش آزمون	هوش هیجانی	۱/۰۵	۲	۰/۱۱	۰/۹۰
	تاب آوری	۰/۶۵	۲	۰/۱۴	۰/۸۶

در جدول ۴-۵- نتیجه آزمون واریانس جهت بررسی مفروضه شیب رگرسیون آورده شده است. براساس نتایج مندرج، مفروضه شیب رگرسیون در متغیرهای هوش هیجان و تاب آوری یا سطح معنی داری بزرگتر از ۰/۰۵ تأیید می شود. ( $P > 0,05$ ).

جدول ۴-۶- آزمون ام باکس برای بررسی مفروضه برابری ماتریس های واریانس کوواریانس

شاخص های آماری				
ام باکس	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معناداری
۰/۶۳	۳	۱۴۱۱۲/۰۰	۰/۱۹	۰/۹۰

در جدول ۴-۶- نتیجه آزمون ام باکس جهت بررسی مفروضه برابری ماتریس واریانس-کوواریانس آورده شده است. براساس نتایج مندرج، این مفروضه با سطح معنی داری ۰/۹۰ تأیید می شود ( $P > 0,05$ ). در نتیجه از آزمون لامبدای ویلکز برای مقایسه ترکیب خطی متغیرهای هوش هیجانی و تاب آوری در دو گروه آزمایش و کنترل استفاده می شود.

جدول ۴-۷: نتایج آزمون کوواریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین نمرات دو گروه آزمودنی در متغیرهای وابسته

منابع	ارزش	F	فرضیه DF	خطا DF	Sig	ضرب ایتا
لامبدای ویلکز	۰/۰۸	۱۴۲/۱۳	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۲

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری ۴-۷- برای مقایسه بین دو گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد که بین دو گروه در ترکیب خطی متغیرهای هوش هیجانی و تاب آوری با سطح معنی داری ۰/۰۰۱ اختلاف معنی داری وجود دارد ( $P < 0,01$ )؛ یعنی اثر مداخله آموزشی کنترل کمال گرایی بر ترکیب خطی ۲ متغیر هوش هیجانی و تاب آوری معنی دار بوده است. برای اینکه مشخص شود مداخله طرحواره درمانی روی کدام یک از متغیرها معنی دار بوده است نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چند متغیری در جدول ۴-۸ و جدول ۴-۹ آورده شده است.

### فرضیه اول:

طرحواره درمانی بر هوش هیجانی در موفقیت ورزشکاران حرفه ای (مورد مطالعه: ورزشکاران رشته تکواندو شهر اصفهان) تاثیر دارد.

جدول ۴-۸- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه ۲ گروه مورد مطالعه در هوش هیجانی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون	۱۸۱۲/۲۷	۱	۳۹۵/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱/۰۰
گروه	۵۳۵/۷۵	۱	۱۱۷/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱/۰۰
خطا	۱۱۹/۰۰	۲۶				
کل	۲۳۱۸۹/۰۰	۳۰				

با توجه به نتایج جدول (۴-۸) در متغیر هوش هیجانی با  $(P < /01) = /05$ ، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین ۲ گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار است. در متغیر هوش هیجانی میانگین تعدیل شده گروه آزمایش ۹۱/۵۲ و در گروه کنترل ۸۲/۹۴ بوده است. در این متغیر وضعیت گروه آزمایش بهتر از گروه کنترل بوده است. با در نظر گرفتن محدودیت های پژوهش می توان گفت که فرضیه پژوهش مبنی بر طرحواره درمانی بر هوش هیجانی در موفقیت ورزشکاران حرفه ای (مورد مطالعه: ورزشکاران رشته تکواندو شهر اصفهان) تاثیر دارد، تأیید می شود. با توجه به اندازه اثر متغیر آزمایشی ۸۲ درصد از واریانس هوش هیجانی را پیش بینی می کرد.

### فرضیه دوم:

طرحواره درمانی بر تاب آوری در موفقیت ورزشکاران حرفه ای (مورد مطالعه: ورزشکاران رشته تکواندو شهر اصفهان) تاثیر دارد.

جدول ۴-۹- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه ۲ گروه مورد مطالعه در تاب آوری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون	۱۶۵۶/۹۶	۱	۷۹۱/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱/۰۰
گروه	۳۴۱/۳۸	۱	۱۶۳/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱/۰۰
خطا	۵۴/۴۲	۲۶				
کل	۸۱۶۷۲/۰۰	۳۰				

با توجه به نتایج جدول (۴-۹) در متغیر تاب آوری با  $(P < /01) = /11$ ، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین ۲ گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار است. در متغیر تاب آوری میانگین تعدیل شده گروه آزمایش ۵۴/۴۲ و در گروه کنترل ۴۷/۵۷ بوده است. در این متغیر وضعیت گروه آزمایش بهتر از گروه کنترل بوده است. با در نظر گرفتن محدودیت های پژوهش می توان گفت که فرضیه پژوهش مبنی بر طرحواره درمانی بر تاب آوری در موفقیت ورزشکاران حرفه ای (مورد مطالعه: ورزشکاران رشته تکواندو شهر اصفهان) تاثیر دارد، تأیید می شود. با توجه به اندازه اثر متغیر آزمایشی ۸۶ درصد از واریانس تاب آوری را پیش بینی می کرد.

### بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه اثربخشی طرحواره درمانی بر هوش هیجانی و تاب آوری در موفقیت ورزشکاران حرفه ای (مورد مطالعه ورزشکاران رشته تکواندو شهر اصفهان) بود. در راستای هدف اصلی تحقیق، چندین فرضیه آزمایش شده است، نتایج و تحلیل های مربوطه ارائه شده است و در پایان فصل، به محدودیت های تحقیق حاضر اشاره شده و پیشنهادات عملی و تحقیقاتی برای آینده ارائه شده است.

فرضیه اصلی: طرحواره درمانی بر هوش هیجانی و تاب آوری در موفقیت ورزشکاران حرفه ای (مورد مطالعه: ورزشکاران رشته تکواندو شهر اصفهان) تاثیر دارد. که بر اساس نتایج با سطح معنی داری ۰/۰۲۰ بزرگتر از ۰/۰۵  $(P > 0.05)$  تأیید شد.

نتایج فرضیه فوق با پژوهش مدانلو (۱۴۰۱) و شیرکوند (۱۴۰۰) همسو بوده است. در تبیین فرضیه فوق می توان گفت طرحواره درمانی به عنوان یک رویکرد درمانی جامع، نقش بسزایی در بهبود هوش هیجانی و تاب آوری ورزشکاران حرفه ای ایفا می کند و منجر به ارتقای موفقیت آنان می شود. این رویکرد با شناسایی و اصلاح الگوهای باورهای ناکارآمد و هیجان های منفی در ورزشکاران، زمینه را برای افزایش توانایی آنان در مواجهه و مقابله موثر با چالش های ورزشی فراهم می آورد. در واقع، طرحواره درمانی با تمرکز بر تجربه های کودکی و نوجوانی ورزشکاران و تغییر باورهای پایه ای آنان، امکان رشد و توسعه ابعاد هوش هیجانی مانند خودآگاهی، خودتنظیمی، همدلی و مهارت های اجتماعی را فراهم می سازد. این افزایش هوش هیجانی در کنار بهبود تاب آوری ورزشکاران، به آنان کمک می کند تا با بهره مندی از راهبردهای سازگاران در مواجهه با فشارها و استرس های ورزشی، به اهداف حرفه ای خود دست یابند و موفقیت های چشمگیری را کسب کنند. به طور کلی، طرحواره درمانی با تاثیر مستقیم بر ارتقای هوش هیجانی و تاب آوری ورزشکاران حرفه ای، نقش محوری در افزایش موفقیت و دستاوردهای ورزشی آنان ایفا می کند. انسانها در برابر شرایط نامساعد، خطرها و ناملایمات معمولاً احساس بی پناهی می کنند و در بسیاری مواقع نیز سعی می کنند که در برابر خطرها و موقعیت ناگوار تحمل نمایند و نتایج غیرمنتظره ای به دست می آورند. توانایی اجرای این «جادوی رایج» اغلب در حوزه علوم اجتماعی به عنوان انعطاف پذیری یا «تاب آوری» نام دارد. تاب آوری در علوم اجتماعی به عنوان «فرایند کشسانی و واکنش در مقابل ناملایمات» فرض می شود. کابر تاب آوری را به عنوان روشی برای اندازه گیری توانایی فرد در مقابله با عوامل استرسزا و عواملی که سلامت روان فرد را تهدید می کند، تعریف کرده است. افراد تاب آور دارای رفتارهای خود شکنانه نیستند. از نظر عاطفی آرام بوده و توانایی مقابله با شرایط ناگوار را دارند. بونا (۲۰۰۴) راه های به دست آوردن تاب آوری را داشتن سرسختی، خود افزایی، مقابله سرکوبگرانه، داشتن خلق و خو و احساسات مثبت می داند.

فرضیه فرعی اول: طرحواره درمانی بر هوش هیجانی در موفقیت ورزشکاران حرفه ای (مورد مطالعه: ورزشکاران رشته تکواندو شهر اصفهان) تاثیر دارد.

پژوهشی همسو با یافته های فرضیه فوق یافت نشد در تبیین فرضیه فوق می توان گفت طرحواره هایی که در اوایل سیر تحول انسان شکل می گیرند و اغلب در محور ساخت شناختی قرار دارند، غیر شرطی اند. طرحواره هایی که بعداً در سیر تحول شکل می گیرند شرطی اند. طرحواره های شرطی در پاسخ به طرحواره های غیر شرطی به وجود می آیند. مثلاً طرحواره معیارهای سرسختانه در پاسخ به طرحواره نقص، طرحواره اطاعت در پاسخ به طرحواره رهاشدگی و طرحواره ایثار در پاسخ به طرحواره نقص بوجود می آیند. ارضای توقعات طرحواره شرطی همیشه امکان پذیر نیست و دیر یا زود فرد با طرحواره اصلی اش مواجه می شود. با توجه به اینکه فرد چه تجاربی داشته و نیازهایش چگونه بر آورده شده و خلق و خوی فرد چیست ۵ حوزه مشخص شده که هر حوزه طرحواره هایی را در بر می گیرد. طرحواره درمانی به عنوان یک رویکرد درمانی جامع و کارآمد، نقش بسیار مهمی در ارتقای هوش هیجانی و در نتیجه موفقیت ورزشکاران حرفه ای ایفا می کند. این رویکرد درمانی با شناسایی و اصلاح الگوهای ناکارآمد شناختی-هیجانی در ورزشکاران، توانایی آنان را در درک، مدیریت و بهره گیری مؤثر از هیجانات خود و دیگران افزایش می دهد طرحواره درمانی با تمرکز بر شناخت و تنظیم هیجانات، زمینه بهبود مؤلفه های کلیدی هوش هیجانی همچون خودآگاهی، خودتنظیمی، انگیزش، همدلی و مهارت های اجتماعی را در ورزشکاران فراهم می آورد. به این ترتیب، ورزشکاران قادر می شوند با درک صحیح از احساسات خود و دیگران، ابراز مناسب هیجانات، مدیریت اضطراب و فشارهای روانی حاصل از فعالیت های ورزشی و برقراری ارتباطات مؤثر با تیم و مربیان خود، به موفقیت های چشمگیری در عرصه ورزش دست یابند علاوه بر این، طرحواره درمانی با تقویت توانایی ورزشکاران در تنظیم شناختی و مدیریت هیجان، امکان بهبود سایر مؤلفه های مرتبط با موفقیت ورزشی مانند تاب آوری، تمرکز، تصمیم گیری و حل مسئله را نیز فراهم می آورد. به عبارت دیگر، ورزشکاران با برخورداری از هوش هیجانی بالاتر، قادر به مواجهه موثرتر با چالش ها، شرایط پرتنش و ناکامی های ورزشی بوده و از این طریق به اهداف عالی حرفه ای خود دست می یابند. در مجموع، طرحواره درمانی با اثرگذاری مستقیم بر ارتقای هوش هیجانی ورزشکاران حرفه ای، نقش محوری و کلیدی در افزایش موفقیت و دستاوردهای ورزشی آنان ایفا می کند. این رویکرد درمانی با بهبود توانایی ورزشکاران در درک، مدیریت و بهره گیری از هیجانات، زمینه را برای دستیابی آنان به اوج عملکرد ورزشی و کسب پیروزی های چشمگیر فراهم می آورد.

فرضیه فرعی دوم: طرحواره درمانی بر تاب آوری در موفقیت ورزشکاران حرفه ای (مورد مطالعه: ورزشکاران رشته تکواندو شهر اصفهان) تاثیر دارد.

یافته های فرضیه فوق با پژوهش مدانلو (۱۴۰۱) و شیرکوند (۱۴۰۰)، همسو بوده است در تبیین فرضیه فوق یم تاون گفت واژه تاب آوری را می توان به صورت توانایی بیرون آمدن از شرایط سخت یا تعدیل آن تعریف نمود. در واقع تاب آوری ظرفیت افراد برای سالم ماندن و مقاومت و تحمل در شرایط سخت و پرخطر است که فرد نه تنها بر آن شرایط دشوار فائق می شود بلکه طی آن و باوجود آن قوی تر نیز می گردد. پس تاب آوری به معنای توان موفق بودن، زندگی کردن و خود را رشد دادن در شرایط دشوار (باوجود عوامل خطر) است. این فرایند خودبه خود ایجاد نمی شوند مگر اینکه فرد در موقعیت دشوار و ناخوشایندی قرار گیرد تا برای رهایی از آن یا صدمه پذیری کمتر، حداکثر تلاش را برای کشف و بهره گیری از عوامل محافظت کننده (فردی و محیطی) در درون و بیرون خود که همواره به صورت بالقوه وجود دارد بکار گیرد. تاب آوری به عنوان قدرت یا توانایی برگشتن به زندگی اولیه و شروع وضعیت جدید از طریق کاهش فشار عصبی یا تحریف آن و جایگزینی نشاط تعریف می گردد. تاب آوری همچنین به عنوان توانایی بهبود بیماری افسردگی یا مسائلی از این دست نیز فهمیده می شود. تاب آوری مهارتی مناسب است برای پشت سر گذاشتن مشکلات زندگی حتی وقتی که شرایط نامطلوب و سخت وجود دارد، مثل اینکه شخص یک طناب قابل ارتجاع را دور مشکلات بسته که به فرد کمک می کند وقتی اوضاع بد شد آن ها را به عقب بکشد. تاب آوری به توانایی یک انسان گفته می شود که به طور موفقیت آمیز شرایط نامطلوب را پشت سر گذارده و با آن ها تطابق می یابد و علیرغم مواجهه با مشکلات زندگی به قابلیت تحصیلی و هیجانی و اجتماعی دست می یابد.

طرحواره درمانی به عنوان یک رویکرد درمانی جامع و کارآمد، نقش بسیار مهمی در افزایش تاب آوری و در نتیجه موفقیت ورزشکاران حرفه ای ایفا می کند. این رویکرد درمانی با شناسایی و اصلاح الگوهای ناکارآمد شناختی-هیجانی در ورزشکاران، توانایی آنان را در مواجهه و مقابله موثر با چالش ها و فشارهای ناشی از فعالیت های ورزشی افزایش می دهد. طرحواره درمانی با کار بر روی اصلاح باورهای پایه ای و شکل گیری الگوهای جدید تفکر و رفتار در ورزشکاران، امکان بهبود مؤلفه های تاب آوری مانند کنترل هیجان، تنظیم شناختی و انعطاف پذیری را فراهم می آورد. به این ترتیب، ورزشکاران قادر می شوند با مدیریت بهتر افکار، احساسات و رفتارهای خود در موقعیت های پرتنش ورزشی، از مکانیسم های سازگاران برای رویارویی با چالش ها بهره ببرند علاوه بر این، طرحواره درمانی با تقویت منابع درونی و بیرونی تاب آوری در ورزشکاران، آنان را در مسیر دستیابی به اهداف حرفه ای و موفقیت های چشمگیر قرار می دهد. به عبارت دیگر، ورزشکاران با برخورداری از تاب آوری بالاتر، قادر به حفظ تمرکز و پشتکار در طول دوره های آموزشی و مسابقات ورزشی بوده و از شکست و ناکامی ها به عنوان فرصتی برای رشد و بهبود عملکرد خود استفاده می کنند. در مجموع، طرحواره درمانی با اثرگذاری مستقیم بر ارتقای تاب آوری ورزشکاران حرفه ای، نقش محوری و کلیدی در افزایش موفقیت و دستاوردهای ورزشی آنان ایفا می کند.

### محدودیت ها

۱. محدودیت نمونه آماری: این پژوهش تنها بر روی ورزشکاران حرفه ای رشته تکواندو شهر اصفهان انجام شده است، لذا تعمیم نتایج به سایر ورزشکاران حرفه ای در سایر رشته های ورزشی و سایر مناطق جغرافیایی باید با احتیاط صورت گیرد.
۲. محدودیت زمانی: این مطالعه در بازه زمانی مشخصی (مثلاً ۶ ماهه) انجام شده است. بنابراین، پایداری و ماندگاری اثربخشی طرحواره درمانی بر هوش هیجانی و تاب آوری ورزشکاران در طول زمان نامشخص است و نیاز به مطالعات طولی برای بررسی این موضوع وجود دارد.
۳. محدودیت های اقتصادی: از نظر مسایل مالی میتوان به ثبات مکان گردهمایی برای ۲۰ جلسه و هزینه هایی برای جذاب تر برگزار شدن جلسات اشاره کرد.

### پیشنهاد های پژوهشی

بررسی نقش میانجی توانایی های شناختی در اثربخشی طرحواره درمانی بر هوش هیجانی و تاب آوری در موفقیت ورزشکاران حرفه ای  
 بررسی نقش میانجی عملکرد ورزشی در اثربخشی طرحواره درمانی بر هوش هیجانی و تاب آوری در موفقیت ورزشکاران حرفه ای  
 بررسی نقش میانجی نیاز های روانشناختی در اثربخشی طرحواره درمانی بر هوش هیجانی و تاب آوری در موفقیت ورزشکاران حرفه ای  
 با تکرار و فالوآپ پژوهش بعد از ۶ ماه نتایج را بازنگری کرد.  
 این پژوهش به صورتی روی ورزشکاران رشته های تیمی هم اثربخشی آن بررسی شود.  
 پیشنهاد های کاربردی  
 توسعه و اجرای برنامه های مداخله ای طرحواره درمانی برای ورزشکاران حرفه ای سایر رشته های ورزشی در سطح کشور، به منظور بررسی عمومیت و تعمیم پذیری نتایج  
 انجام مطالعات طولی برای ارزیابی پایداری و ماندگاری اثربخشی طرحواره درمانی بر هوش هیجانی و تاب آوری ورزشکاران در بلندمدت  
 بررسی اثربخشی ترکیبی طرحواره درمانی با سایر رویکردهای روان درمانی (مانند آموزش مهارت های زندگی) بر شاخص های موفقیت ورزشکاران حرفه ای  
 طراحی و استقرار برنامه های آموزشی و مداخله ای طرحواره درمانی در مراکز ورزشی و تیم های ملی به منظور تقویت هوش هیجانی و تاب آوری ورزشکاران  
 همکاری بین متخصصان روان شناسی ورزشی و روان درمانگران برای ارائه خدمات طرحواره درمانی هدفمند و تخصصی به ورزشکاران حرفه ای.

### منابع:

- انصاری، فریبا. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب آوری، نشخوار فکری و تحریف شناختی در زنان سرپرست خانوار. پایان نامه کارشناسی ارشد، موسسه آموزش عالی بیهق.
- پناهی، مریم (۱۳۹۴). اثربخشی طرحواره درمانی بر میزان تاب آوری زنان در آستانه طلاق شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد شاهرود
- خساره، حمیده. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب آوری و سازگاری اجتماعی نوجوانان دختر شهر کرمان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور بوشهر
- دیبائیان، عصمت. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک حل تعارض و تاب آوری دانشجویان دانشگاه آزاد گچساران در سال ۱۳۹۶. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد گچساران
- زهره وند، مهدی. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مبتنی بر طرحواره درمانی کودک و نوجوان بر خودکارآمدی تعاملی، خودپنداره و تمایل به کنترل در کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه سمنان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- شعبانی، زهرا. (۱۴۰۱). ارتباط خودشفقت ورزشی و تمایز یافتگی با دلزدگی زناشویی به میانجی گری تاب آوری در دانشجویان زن متأهل. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد رشت، دانشکده علوم انسانی
- قربانی پيله ور، علی رضا. (۱۳۹۸). پیش بینی پیشرفت تحصیلی بر اساس خودپنداره تحصیلی، هوش هیجانی و شادکامی دانش آموزان پسر پایه ششم دوره ابتدایی شهرستان فامنین. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور استان همدان، مرکز پیام نور کبودرآهنگ.
- نوید، فاطمه. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک حل تعارض و تاب آوری دانشجویان دانشگاه آزاد گچساران در سال ۱۳۹۶.

پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد گچساران

افشاری، ثنا. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه و خودپنداره دانش‌آموزان قربانی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

- Catherine Prentice. (2023). Managing service encounters with emotional intelligence. *Journal of Retailing and Consumer Services*, Volume 51, November 2019, Pages 344-351
- Dessyrianti, R. F., & Setiawan, J. L. (2023). Trust and communication as predictors of marital intimacy among individuals in dual-earner marriages. *Humanitas: Indonesian Psychological Journal*, 1-10.
- Inman, J. S. (2023). Evaluating the Influence of Reciprocity of Meeting Partner's Temperament Needs in Terms of Marital Intimacy.
- Ji Wen, Songshan (Sam) Huang, Pingping Hou. (2019). Emotional intelligence, emotional labor, perceived organizational support, and job satisfaction: A moderated mediation model. *International Journal of Hospitality Management*, Volume 81, August 2019, Pages 120-130
- Michaël Parmentier, Thomas Pirsoul, Frédéric Nils. (2019). Examining the impact of emotional intelligence on career adaptability: A two-wave cross-lagged study. *Personality and Individual Differences*, Volume 151, 1 December 2019, Article 109446
- Sergio Mérida-López, Arnold B. Bakker, Natalio Extremera. (2019). How does emotional intelligence help teachers to stay engaged? Cross-validation of a moderated mediation model. *Personality and Individual Differences*, Volume 151, 1 December 2019, Article 109393
- Zahid Ahmed, Muhammad Asim, John Pellitteri. (2019). Emotional intelligence predicts academic achievement in Pakistani management students. *The International Journal of Management Education*, Volume 17, Issue 2, July 2019, Pages 286-293
- Abraham, A.; Windmamm, S.; Daum, I.; Gunturkun, O. (2005). Conceptual expansion and creative imagery as a function of psychoticism, consciousness and cognition
- Anderson, R. E., & Hope, D. A. (2009). The relationship among social phobia, physiological reactivity, and anxiety sensitivity in an adolescent population. *Journal of anxiety disorders*, 23, 18-26.
- Bandura A. (2000). Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness. In: Locke EA. *Handbook of principles of organization behavior*. Oxford UK: Blackwell; 120-36.
- Bandura A. (2004) "Health Promotion By Socio Cognitive Means Health Education Behavior". *Journal of Health Education & Behavior*. 31(2): 143-164
- Batey, M. & Furnham, A. (2008). The relationship between measures of creativity and schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 45, p.816-821.
- Batey, M. Furnham, A. (2009). The relationship between creativity, schizotypy and intelligence. *Individual Differences Research*, 7, p.272-284.
- Batey, M., Furnham, A. F. & Safiullina, X. (2010). Intelligence, General Knowledge and Personality as Predictors of Creativity. *Learning and Individual Differences*, 20, p. 532-535.
- Cash, T. F., Theriault, J. and Milkewicz Annis, N. (2004). Body Image in an Interpersonal Context: Adult Attachment, Fear of Intimacy and Social Anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 23 (1), 89-103.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., et al. (2007). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568-578
- Connor, K. M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Journal of clinical psychiatry*, 67(2), 46-49.
- Cullum, K. A., Goodman, S. H., Garber, J., Korelitz, K., Sutherland, S., & Stewart, J. (2022). A positive parenting program to enhance positive affect in children of previously depressed mothers. *Journal of Family Psychology*, 36(5), 692.
- Cumming, M. M., Poling, D. V., Patwardhan, I., & Ozenbaugh, I. C. (2022). Executive function in kindergarten and the development of behavior competence: Moderating role of positive parenting practices. *Early Childhood Research Quarterly*, 60,

## اثربخشی آموزش نرم افزار شناختی لاگ بر میزان گوش بزنگی و سرعت پردازش دیداری شنیداری کودکان مبتلا به ADHD

مبینا ابوالقاسمی

دانش آموخته مقطع ارشد گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب

علی اکبر صلاحی

مدرس گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب

**Effectiveness of Captain's Log cognitive software training on the amount of vigilance and visual-auditory processing speed of children with attention deficit hyperactivity disorder**

**Mobina Abolghasemi**

Master of psychology, Department of psychology, Islamic Azad University, South Tehran branch, Tehran, Iran

**Ali Akbar Salahi**

Faculty member, Department of psychology, Islamic Azad University, South Tehran branch, Tehran, Iran

### Abstract

This study aimed to investigate the effectiveness of the cognitive software "Log" on the level of vigilance and visual-auditory processing speed in children with ADHD at Mahan Rehabilitation Clinic in eastern Tehran during the years 2023 and 2024. Our statistical population consisted of 160 individuals, and in a quasi-experimental design with pre-test and post-test, 40 children with ADHD were conveniently sampled and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group underwent 16 sessions of training using the Captain Log cognitive software program. Data were collected using the Bernstein, Delker, Knight, and Freed Vigilance Scale (2015) and the Cruz Processing Speed Questionnaire (2010). To analyze the data from the pre-test and post-test, the covariance analysis method was used. The results of the study indicated that the Log cognitive software is effective in improving the level of vigilance and the visual-auditory processing speed in children with ADHD. Therefore, it can be concluded that using the Log cognitive software as a supplementary tool in the treatment of ADHD can have positive effects on the vigilance and visual-auditory processing speed of children with this disorder.

### Keywords:

*Log cognitive software, vigilance, visual-auditory processing speed, children with ADHD*

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی بررسی اثربخشی نرم افزار شناختی لاگ بر میزان گوش بزنگی و سرعت پردازش دیداری شنیداری کودکان مبتلا به ADHD کلینیک توانبخشی مهان در شرق تهران در سال ۱۴۰۲ و ۱۴۰۳ انجام شد. جامعه آماری ما ۱۶۰ نفر بود که در یک طرح نیمه تجربی با پیش آزمون - پس آزمون، ۴۰ نفر از کودکان مبتلا به ADHD که به صورت در دسترس نمونه گیری شده بودند به تصادف در دو گروه آزمایش و گواه جای داده شدند. برای گروه آزمایش ۱۶ جلسه آموزش برنامه نرم افزار شناختی کاپیتان لاگ اجرا شد. برای جمع آوری داده‌ها از مقیاس گوش بزنگی برنستاین، دلکر، نایت، و فرید (۲۰۱۵) و پرسشنامه سرعت پردازش کروز (۲۰۱۰) بهره گرفته شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پیش آزمون و پس آزمون از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ متغیر گوش بزنگی ۰/۷۰۶ و سرعت پردازش ۰/۹۴۱ به دست آمد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون مانکوا استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که نرم افزار شناختی لاگ بر میزان گوش بزنگی و سرعت پردازش دیداری شنیداری کودکان مبتلا به ADHD اثربخش است. بنابراین می‌توان گفت که استفاده از نرم افزار شناختی لاگ به عنوان یک ابزار مکمل در درمان ADHD می‌تواند تاثیرات مثبتی بر میزان گوش بزنگی و سرعت پردازش دیداری-شنیداری کودکان مبتلا به این اختلال داشته باشد.

## واژگان کلیدی: نرم افزار شناختی لاگ، گوش بزنگی، سرعت پردازش دیداری - شنیداری، کودکان ADHD

### مقدمه

در روانشناسی امروز، گوش بزنگی به عنوان توجه پایدار نامیده می‌شود و به عنوان توانایی حفظ توجه و هشیاری در دوره‌هایی طولانی از زمان تعریف می‌شود. در طول این زمان، فرد برای تشخیص ظاهر محرک‌های خاص هدف تلاش می‌کند. از طرفی گوش به زنگ بودن، به توانایی فرد برای توجه به یک میدان تحریک طی دوره‌ای طولانی اشاره دارد که در جریان آن، فرد در پی ردیابی ظهور محرک خاص یا هدف مورد علاقه خود است. وقتی فرد گوش بزنگ است، با دقت در انتظار است تا علامت محرکی را که ممکن است در زمان نامشخص ظاهر شود، ردیابی کند. معمولاً گوش بزنگ بودن در موقعیت‌هایی ضروری است که یک محرک معین فقط به ندرت اتفاق می‌افتد، ولی به محض وقوع نیاز به توجه فوری دارد (برقی ایرانی، ۱۳۹۲). سرعت پردازش یکی از عناصر اصلی "فرآیند شناختی" است، به همین دلیل یکی از مهمترین مهارت‌های یادگیری، عملکرد تحصیلی، رشد فکری، استدلال و تجربه است.

سرعت پردازش توانایی شناختی است که می‌تواند به عنوان "زمان تعیین شده" برای انجام یک کار ذهنی تعریف شود. این ارتباط میتواند در درک و واکنش به اطلاعاتی که شخص با سرعت آنها را از محیط پیرامونی دریافت میکند، چه در قالب دیداری (حروف و اعداد)، چه در قالب شنیداری (زبان) و یا در قالب حرکتی در ارتباط باشد. به عبارت دیگر، "سرعت پردازش" زمان بین دریافت و پاسخ به یک محرک است. این در حالی است که برای بهبود مشکلات شناختی بیماران از جمله اختلالات حافظه، درمان‌های مختلفی مانند درمان‌های دارویی، مداخلات جبرانی و توانبخشی شناختی به کمک رایانه پیشنهاد شده است. با پیشرفت روزافزون فناوری‌های رایانه‌ای و دقت و سهولت استفاده از آنها، برنامه‌های رایانه‌ای متنوعی در زمینه‌های مختلف آموزشی در جهت ارتقای توانمندی‌های شناختی و به ویژه حافظه طراحی شده است. در مقابل کاربرد رایانه برای بهبود مشکلات شناختی، بسیاری از برنامه‌های سنتی بازتوانی شناختی نیازمند ارتباط چهره‌به‌چهره است و به کارگیری آنها نیازمند فراهم آوردن مکانی مناسب برای جلسه، برنامه مشارکتی و زمان نقل و انتقال است. آموزش رایانه‌ای یک رویکرد یادگیری جذاب و برانگیزاننده است (مسینی<sup>۹۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۷).

در این میان، نرم‌افزار کاپیتان لاگ، یک مجموعه آموزشی برای ارتقای کارکردها و فرایندهای عالی شناختی و ابزاری برای بازتوانی شناختی است که چندبعدی است و می‌تواند طیف وسیعی از کارکردهای شناختی را ارتقا دهد و از این طریق، علاوه بر آموزش شناختی که برای تقویت و بهبود مهارت‌های ذهنی و شناختی ارائه می‌شود، باعث افزایش عزت‌نفس، خودکارآمدی و بهبود کنترل خود نیز می‌شود. این مجموعه دوهزار برنامه و تکلیف مختلف در سطوح گوناگون دارد که مهم‌ترین بخش‌های آن به حافظه فعال و کارکردهای اجرایی مربوط است. نرم‌افزار کاپیتان لاگ حافظه فعال را به طور چشمگیری درگیر می‌کند و تمام ابعاد حافظه را نیز به صورت کامل به چالش می‌کشد. این امر موجب تقویت حافظه فعال در دو حیطه کلامی و غیر کلامی می‌شود که تا حدودی دربرگیرنده حافظه فعال شنیداری و دیداری نیز هستند؛ بنابراین، فرد می‌تواند مهارت‌ها و توانایی‌های خود را برای یادگیری و کسب موفقیت در حیطه‌های مختلف زندگی روزمره، امور تحصیلی و شغلی بهبود بخشد (رحمانی و همکاران، ۲۰۲۰).

بیش فعالی (به طور اختصار ADHD<sup>۹۱</sup>) بیماری مزمنی است که میلیون‌ها کودک به آن مبتلا هستند و بعضی از اوقات در بزرگسالی هم ادامه دارد. بیماری بیش‌فعالی شامل ترکیبی از مشکلات از قبیل مشکل در حفظ توجه، فعالیت زیاد و رفتارهای ناگهانی است. کودکانی که دچار بیش‌فعالی هستند ممکن است دچار ناراحتی‌هایی از جمله عزت نفس پایین، مشکل در ارتباط برقرار کردن و عملکرد ضعیف

۹۰ -Messinis

۹۱ - Attention-deficit hyperactivity disorder



در مدرسه بشوند (تینکا<sup>۹۲</sup> و همکاران<sup>۹۳</sup>، ۲۰۱۸). بیش فعالی به حالتی دلالت می کند که در آن کودک به نحوی مفرط و بیش از اندازه فعال و پر جنب و جوش است. تحرک زیاد این کودکان نه تنها خود آنها را بلکه اطرافیان، همکلاسها، اولیای مدرسه را دچار مشکل می کند. در میان درصد بالایی از معتادین و افرادی که ترک تحصیل کرده اند علایم بیش فعالی در کودکی قابل مشاهده است. هر چند راهی برای درمان بیش فعالی وجود ندارد، اما می توان با داروها و مشاوره شدت آن را کم کرد. تشخیص و درمان به موقع بیش فعالی تاثیر زیادی بر نتیجه حاصل شده دارد (مارتیجن و همکاران<sup>۹۴</sup>، ۲۰۱۸). این اختلال با افزایش سن بهتر میشود ولی ممکن است در بزرگسالی هم ادامه پیدا کند. در این صورت معمولاً بیش فعالی تخفیف پیدا میکند ولی رفتارهای تکانشی، ضعف تمرکز و ریسک پذیری ممکن است بدتر شوند. این مسائل ممکن است با یادگیری، کار و نحوه ارتباط فرد با دیگران تداخل پیدا کنند. افسردگی، اضطراب، اعتماد به نفس پایین و سوء مصرف مواد در بزرگسالان مبتلا به ADHD شایع است. علت بیشتر مبتلایان به عارضه بیش فعالی هنوز روشن نیست ولی گمان می رود که جزو بیماریهای چند عاملی با ریشه ژنتیکی و عوامل محیطی مرتبط باشد اما به عنوان مثال در مورد تروما و عفونت مغزی البته قطعی بودن علت وجود دارد. عامل ژنتیکی این عارضه بیشتر در پدران کودکانی که دچار بیش فعالی هستند وجود دارد اما عوامل محیطی نیز بر افزایش شدت این عارضه بسیار مؤثر هستند. این اختلال به میزان دو تا چهار برابر در پسران نسبت به دختران شایعتر است. کودکانی که دچار (ADHD) هستند نشانهایی از خود بروز میدهند که شامل موارد زیر است: پرحرفی، مشکل در توجه کردن، خیال بافی بی در پی، مشکل در دنبال کردن دستورالعملها و تظاهر به گوش نکردن، مشکلات بی در پی در انجام وظایف و فعالیتهای، فراموشکار هستند و مواد مورد نیاز خود از جمله کتابها، مدادها و اسباب بازیهایشان را گم میکنند، مشکل در اتمام درس و مشق مدرسه، کارهای عادی و سایر وظایف، راحت گیج و پریشان میشوند، بیقراری و بخود پیچیدن، مشکل در نشستن و ثابت ماندن، برهم زدن صحبت و بازی دیگران، مشکل در انتظار برای رسیدن نوبتشان و... البته این علائم اگر در دوره های کوتاه و یا غیر بی در پی رخ دهد طبیعی بوده و علامت بیش فعالی نمیشاند. همچنین کودکان در بعضی از موقعیتها و بیماریهای نظیر تغییرات ناگهانی زندگی مانند طلاق، مرگ اعضای خانواده و یا تغییر منزل، تشنج های کشف نشده، اضطراب، افسردگی و بیماریهایی که بر روی مغز تاثیر میگذارند، علایمی همچون بیش فعالی از خود نشان میدهند. بیش فعالی در پسران بیشتر از دختران رخ میدهد و علایم بیش فعالی در بین دو جنس نیز ممکن است متفاوت باشد. در پسران این علائم بیشتر به صورت تحرک و فعالیت زیاد و در دختران به شکل بیتوجهی خود را نشان بدهد (پینا و همکاران<sup>۹۵</sup>، ۲۰۱۹).

سرعت پردازش آهسته یک ناتوانی یادگیری رسمی نیست اما میتواند در مسائل یادگیری و توجه مانند نارساخوانی، ADHD، دیسگرافی اختلال در محاسبه و اختلال پردازش شنوایی نقش داشته باشد وقتی دانش آموزی در پردازش کند است انجام برخی از وظایف تحصیلی ممکن است طولانی تر از دانش آموز معمولی باشد. سرعت پردازش با تأثیر منفی بر توانایی یافتن سریع پاسخ بازایی اطلاعات از حافظه بلند مدت و به خاطر سپردن کارهایی که قرار است در یک زمان معین انجام دهید با سایر حوزههای عملکرد شناختی تعامل دارد. شواهد حاکی از آن است که مشکلات سرعت پردازش یک عامل اساسی در نارساخوانی و ADHD هستند دو اختلالی که اغلب دست به دست هم میدهند. مطالعات همچنین نشان میدهند که آهسته خواندن و پاسخیهای حرکتی آهسته که اغلب در افراد مبتلا به نارساخوانی دیده میشود ممکن است با سرعت پردازش کند مرتبط باشد. همچنین با توجه به این که افزایش طیف راهبردهای درمانی برای کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه و بیش فعالی امری ضروری است و همچنین کودکان جامعه آینده کشور را شامل میشوند، یکی از راهکارهای نوآورانه در این زمینه استفاده از نرم افزارهای شناختی می باشد. اگرچه در حوزه تأثیر توانبخشی رایانه ای با استفاده از نرم افزار کاپیتان لاگ بر توجه، حافظه، کارکردهای اجرایی، هماهنگی دیداری حرکتی، سرعت پردازش و ادراک دیداری فضایی در گروه های مختلف افراد پژوهشهایی انجام شده است، پژوهشی یافت نشد که به طور متوسط به بررسی اثربخشی این برنامه بر میزان گوش بزنگی و سرعت پردازش دیداری و شنیداری در کودکان مبتلا به ADHD پردازش؛ بنابراین، در این تحقیق برای نخستین بار این متغیرها بررسی میشود و از این نظر دارای نوآوری میباشد.

لذا هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش نرم افزار شناختی لاگ بر میزان گوش بزنگی و سرعت پردازش دیداری شنیداری کودکان مبتلا به ADHD می باشد. در این راستا، این تحقیق به بررسی اثربخشی نرم افزار شناختی "کاپیتان لاگ" بر میزان گوش بزنگی و سرعت پردازش دیداری شنیداری کودکان مبتلا به ADHD می پردازد.

عیسی پور سلامتی (۱۴۰۲) در تحقیقی به بررسی اثربخشی توانبخشی شناختی مبتنی بر رایانه کاپیتان لاگ بر کاهش اختلالات رفتاری دانش آموزان پسر پایه ششم شهر اهواز پرداخت. نتایج بدست آمده نشان دادند که آموزش درمان توانبخشی شناختی رایانه کاپیتان لاگ بر اختلالات رفتاری (پرخاشگری، ناسازگاری اجتماعی، افسردگی-اضطراب، رفتار ضد اجتماعی و کمبود توجه) تاثیر دارد. شیرازی

- ۹۲ -Tinka  
 ۹۳ - Tinka et al.  
 ۹۴ - Martijn et al.  
 ۹۵ - Pinna et al.

تهرانی و دیگران (۱۴۰۲) در تحقیقی به بررسی تعیین اثربخشی توانبخشی شناختی کاپیتان لاگ بر بهبود کارکردهای اجرایی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص پرداختند. نتایج نشان داد که توانبخشی شناختی کاپیتان لاگ منجر به بهبود کارکردهای اجرایی در دانش آموزان دارای اختلال یادگیری ویژه شد. امیرحیدری اسکی و سلمان (۱۴۰۲) در تحقیقی به بررسی اثربخشی تمرین ذهن آگاهی بر گوشبزرنگی ناجیان غریق پرداختند. قبل از شروع تمرینات ذهن آگاهی از تمام افراد خواسته شد آزمون نرم افزاری پاسات جهت سنجش گوشبزرنگی گرفته شد نتایج نشان داد که پس از تمرینات ذهن آگاهی کاهش قابل توجهی در بهبود در گوشبزرنگی ناجیان غریق مشاهده شد. جمالی (۱۴۰۲) در تحقیقی به بررسی اثربخشی درمانی توانبخشی شناختی حرکتی بر روی حافظه فعال و سرعت پردازش کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی-نقص توجه شهر مسجد سلیمان پرداخت. نتایج نشان داد برنامه‌ی درمانی توانبخشی شناختی حرکتی بر روی حافظه فعال و سرعت پردازش کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی-نقص توجه شهر مسجد سلیمان موثر می‌باشد. رستم پور و دیگران (۱۴۰۲) در تحقیقی به بررسی رابطه بین حمایت‌های اجتماعی و تاثیر آن بر عملکرد شناختی و رفتاری کودکان ADHD پرداختند. نتیجه حاکی از این است که حمایت اجتماعی و خانوادگی یکی از ملزومات ضروری برای رشد و تعالی انسانها، به ویژه کودکان است و مطالعات زیادی نیز تاثیر مثبت حمایت اجتماعی و آموزش خانوادگی بر جنبه‌هایی همچون اعتماد به نفس، سلامت روان، علایم تکانه‌های بیش فعالی، مشکلات سلوک و شاخص بیش فعالی را در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی با کمبود توجه تایید کرده‌اند. سیموز و همکاران (۲۰۲۳) تحقیقی را درباره اثربخشی مداخلات دیجیتال شناختی بر پردازش شنیداری و دیداری کودکان ADHD انجام دادند. نتایج این تحقیق نشان داد که این نوع مداخلات می‌توانند به طور معناداری پردازش شنیداری و دیداری کودکان مبتلا به ADHD را بهبود دهند. این پژوهش استفاده از مداخلات دیجیتال را برای بهبود این توانایی‌ها توصیه می‌کند. پیتزاک<sup>۹۶</sup> و همکاران (۲۰۲۳) در مطالعه‌ای به بررسی تأثیرات بلندمدت مداخلات نرم‌افزاری شناختی بر علائم ADHD پرداختند. نتایج نشان داد که این مداخلات به طور معناداری می‌توانند توجه و سرعت پردازش را در کودکان مبتلا به ADHD بهبود دهند. این پژوهش استفاده از مداخلات نرم‌افزاری را به عنوان یک راهکار بلندمدت توصیه می‌کند. ژانگ<sup>۹۷</sup> و همکاران (۲۰۲۳) تحقیقی در مورد تأثیر نرم‌افزارهای آموزشی شناختی بر بهبود توانایی‌های گوش به زنگی در کودکان مبتلا به ADHD انجام دادند این مطالعه نشان‌دهنده اثربخشی نرم‌افزارهای آموزشی در بهبود توجه است. دیویس<sup>۹۸</sup> و همکاران (۲۰۲۳) به بررسی تأثیر نرم‌افزارهای شناختی بر بهبود گوش به زنگی و توانایی‌های پردازش اطلاعات در کودکان مبتلا به ADHD پرداختند. نتایج نشان داد که این نرم‌افزارها تأثیر مثبتی بر گوش به زنگی و پردازش اطلاعات دارند. رودریگز<sup>۹۹</sup> و همکاران (۲۰۲۳) تحقیقی درباره تأثیر نرم‌افزارهای شناختی بر بهبود سرعت پردازش دیداری-شنیداری در کودکان ADHD انجام دادند. نتایج نشان داد که این نرم‌افزارها به طور معناداری سرعت پردازش دیداری-شنیداری را افزایش داده‌اند.

بنابراین مساله اصلی پژوهش این است که آیا آموزش نرم افزار شناختی لاگ بر میزان گوش بزنگی و سرعت پردازش دیداری شنیداری کودکان مبتلا به ADHD اثربخشی دارد یا خیر؟

### روش بررسی

پژوهش حاضر از نظر طبقه‌بندی بر مبنای هدف، از نوع تحقیقات کاربردی است و از لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها این تحقیق در دسته تحقیقات نیمه آزمایشی قرار دارد. همچنین از نظر نوع داده‌ها نیز روش تحقیق کمی است. رای انجام پژوهش، ابتدا ۴۰ نفر از کودکان ۱۱ تا ۱۶ ساله مبتلا به ADHD که به یک مرکز سلامت روان در شرق شهر تهران که در سال ۱۴۰۲ و ۱۴۰۳ مراجعه کرده بودند، به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی از نوع هدفمند انتخاب شدند که با توجه به تعداد مراجعه کنندگان در این بازه زمانی، جامعه آماری ما ۱۶۰ نفر برآورد شد. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی، در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. در ابتدای کار، جلسه‌ای توجیهی برای شرکت کنندگان برگزار شد و مراحل مداخله برای آنها شرح داده شد. پس از آن، تمامی شرکت کنندگان به پرسشنامه گوش بزنگی و سرعت پردازش دادند. سپس پژوهشگر، مداخله با نرم‌افزار توانبخشی شناختی کاپیتان لاگ را به صورت حضوری برای گروه آزمایش برگزار کرده و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نمی‌کند. برنامه توانبخشی شناختی با نرم‌افزار کاپیتان لاگ، طی ۱۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و به مدت ۴ هفته برگزار میشود. بعد از آن مجدداً از هر دو گروه پس آزمون گرفته شده و نتایج مورد مقایسه قرار می‌گیرد.

ابزار پژوهش ۲ پرسشنامه و یک نرم افزار است که با توزیع آن در بین نمونه آماری داده‌های مورد نیاز برای انجام تحقیق، جمع آوری و سپس با استفاده از داده‌های جمع آوری شده فرضیه‌های پژوهش مورد آزمون قرار گرفت. برای گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامه گوش بزنگی، این ابزار توسط برنستاین، دلکر، نایت، و فرید (۲۰۱۵) ساخته شده است. این یک مقیاس خود گزارشی

- |    |           |
|----|-----------|
| ۹۶ | Pietrzak  |
| ۹۷ | Zhang     |
| ۹۸ | Davis     |
| ۹۹ | Rodriguez |

شامل ۵ سؤال است که بصورت تک مولفه ای؛ در طیف لیکرت پنج درجه ای از هرگز درست نیست=۱ تا خیلی خیلی شبیه من است (همیشه درست است)=۵ گوش بزنگی را ارزیابی می کند. . گویه های این پرسشنامه به صورت لیکرتی از ۱ تا ۵ نمره گذاری می شوند که با جمع نمرات گویه ها نمره k مقیاس گوش بزنگی محاسبه میشود. نمره بالاتر نشان دهنده گوش بزنگی بیشتر در فرد است. روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات متخصصان روانشناسی، خوب ارزیابی و تأیید شده است، برنستاین، دلکر، نایت، و فرید (۲۰۱۵) ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس را ۰/۸۴ گزارش شده که بسیار خوب ارزیابی کرده اند. اشمیت و همکاران (۱۹۹۷) روایی پرسشنامه را در تحقیق خود ۰/۸۸ به دست آوردند و همچنین مقدار ۰/۹۳ را برای ضریب آلفای کرونباخ گزارش دادند. همچنین در تحقیق رامش و همکاران (۱۴۰۱) شاخص روایی محتوا ۰/۸۹ و نسبت روایی محتوا ۰/۸۳ بود. ضریب آلفای کرونباخ نیز ۰/۸۸ محاسبه شد. در تحقیق نصرالهی و همکاران (۱۳۹۱) نیز مقدار روایی را ۰/۸۳ و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه گوش بزنگی ۰/۸۵ به دست آمد. پرسشنامه سرعت پردازش، این پرسشنامه توسط کروز (۲۰۱۰) طراحی گردیده است. پرسشنامه مذکور دارای ۴۰ سؤال و شش بعد (پردازش بینایی، پردازش شنوایی، پردازش متوالی/منطقی، پردازش مفهومی/انتزاعی، سرعت پردازش و توجه) میباشد. میزان پایایی پرسشنامه سرعت پردازش از طریق همبستگی با روش باز آزمایی ۰/۹۲ همبستگی حاصل از دو نیمه آزمون بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. روایی پرسشنامه سرعت پردازش از طریق همبستگی با شاخص پردازش جهانی بین ۰/۹۲ تا ۰/۹۵ است. روایی پیش بین با ۱۲ درصد خطای مثبت پیشینی و ۱۰ درصد خطای منفی پیش بینی ۰/۷۸ گزارش شده است و روایی همزمان از ۰/۷۱ تا ۰/۸۴ است. این اطلاعات موید این است که پرسشنامه مورد نظر از روایی و پایایی بسیار قوی برخوردار است (کروز، ۱۹۹۹).

با استفاده از آزمون مانکوا فرضیه های تحقیق مورد آزمون قرار گرفتند و به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

#### یافته ها

به طور کلی، روش هایی را که به وسیله آنها می توان اطلاعات جمع آوری شده را پردازش کرده و خلاصه نمود، آمار توصیفی می نامند. در این قسمت، میانگین، میانه (معیارهای مرکزی)، انحراف معیار، بشینه و کمینه (معیارهای پراکندگی) متغیرهای مورد استفاده محاسبه و در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱- آمار توصیفی متغیرهای تحقیق

عنوان متغیر	میانه	انحراف معیار	واریانس	بیشترین	کمترین
گوش بزنگی	۲.۷۷۰۰	۰.۵۴۰۷۵	۰.۲۹۲	۴.۲۰	۱.۶۰
سرعت پردازش	۲.۸۵۸۸	۰.۵۵۲۷۸	۰.۳۰۶	۴.۰۸	۱.۵۰
تعداد مشاهدات	۴۰	۴۰	۴۰	۴۰	۴۰

آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش:  
 $H_0$ : متغیرهای تحقیق از توزیع نرمال پیروی می کنند.  
 $H_1$ : متغیرهای تحقیق از توزیع نرمال پیروی نمی کنند.

$$H_0: S \geq 0.05S \geq 0.05$$

$$H_1: S < 0.05S < 0.05$$

جدول ۲- جدول آزمون کولموگروف-اسمیرنوف متغیرهای تحقیق

متغیرها	سطح معنی داری	کلموگروف اسمیرنوف Z	نتیجه
گوش بزنگی	۰.۱۷۲	۱.۱۰۷	نرمال
سرعت پردازش	۰.۸۱۹	۰.۶۳۲	نرمال

با توجه به نتایج جدول ۲ مقدار سطح معنی داری متغیرها بزرگتر از ۰/۰۵ شده است که نشان از پذیرش فرضیه صفر می باشد یعنی متغیرهای مورد نظر از توزیع نرمال پیروی می کنند.

جدول ۳- شاخص های توصیفی گوش بزنگی در پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل

شاخص های توصیفی	آزمون	تعداد	میانگین	حداقل	حداکثر	انحراف استاندارد	واریانس
گروه کنترل	پیش آزمون	۲۰	۱۳٫۹۵	۱۰	۱۷	۱٫۹۰۵	۳٫۶۲۹
	پس آزمون	۲۰	۱۸٫۶۰	۱۴	۲۳	۲٫۵۲۱	۶٫۳۵۸
گروه آزمایش	پیش آزمون	۲۰	۱۳٫۷۵	۱۰	۲۰	۲٫۵۹۳	۶٫۷۲۴
	پس آزمون	۲۰	۱۳٫۸۵	۹	۲۱	۴٫۶۰۳	۲۱٫۱۸۷

آمار فوق نشان می دهد میانگین نمرات در گروه آزمایش در پیش آزمون از میانگین نمرات در گروه کنترل بالاتر است. در جدول زیر شاخص های توصیفی نمرات به دست آمده در پیش آزمون و پس آزمون گروه های کنترل و آزمایش شامل میانگین، حداقل و حداکثر، انحراف استاندارد و واریانس در سنجش سرعت پردازش نشان داده شده است. جدول ۴- شاخص های توصیفی سرعت پردازش در پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل

شاخص های توصیفی	آزمون	تعداد	میانگین	حداقل	حداکثر	انحراف استاندارد	واریانس
گروه کنترل	پیش آزمون	۲۰	۱۵٫۱۵	۱۱	۱۹	۲٫۶۴۱	۶٫۹۷۶
	پس آزمون	۲۰	۱۹٫۱۵	۱۴	۲۳	۲٫۷۳۹	۷٫۵۰۳
گروه آزمایش	پیش آزمون	۲۰	۱۳٫۷۵	۱۰	۱۸	۲٫۵۱۱	۶٫۳۰۳
	پس آزمون	۲۰	۱۴٫۳۰	۸	۲۳	۴٫۳۷۸	۱۹٫۱۶۸

در جدول فوق تفاوت قابل توجهی در نمرات پیش آزمون در سنجش سطح متغیر سرعت پردازش مشاهده می شود. این تفاوت می تواند ناشی از خطای اندازه گیری باشد. در عین حال در گروه کنترل میانگین نمرات تغییر محسوسی داشته است.

جدول ۵- نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس های دو گروه در متغیرهای پژوهش

شاخص آماری	F آماره	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
گوش بزنگی	۱٫۲۳۰	۱	۳۸	۰٫۲۲۸
سرعت پردازش	۱٫۰۴۵	۱	۳۸	۰٫۳۵۱

با توجه به جدول ۵ مقدار F بدست آمده معنی دار نیست. بنابراین تساوی واریانسها برقرار است و اجرای کوواریانس امکانپذیر است. با توجه به طرح تحقیق که شامل دو متغیر با برگزاری پیش آزمون و پس آزمون بود، مناسبترین آزمون، آزمون MANCOVA می باشد. برتری این آزمون نسبت به آزمون های دیگر مانند ANOVA در این است که در آزمون منکوا، تأثیر نمرات در پیش آزمون در نظر گرفته می شود.

به منظور استفاده از آزمون مانکوا، لازم است ۲ فرض اصلی مبنی بر همسانی ماتریس واریانس و کواریانس، و تجانس واریانس ها وجود داشته باشد. در ادامه به بررسی وجود این مفروضه ها خواهیم پرداخت.

الف) بررسی نرمال بودن چندمتغیری داده ها به وسیله آزمون باکس<sup>۱۱</sup> صورت گرفت. اگر چه آزمون باکس عملاً برای ماتریس واریانس و کواریانس صورت می گیرد. برقراری این ماتریس به طور غیر مستقیم نشان از نرمال بودن چند متغیری می باشد. بررسی این آزمون نشان داد که این مفروضه برقرار نیست. با این همه از آن جایی که مهم ترین مشکل عدم برقراری این مفروضه افزایش امکان خطای نوع اول است، پائین در نظر گرفتن آلفا این نقیصه را جبران می کند. از طرفی آزمون MANCOVA نسبت به این مفروضه به مقدار زیادی مقاوم است.

فرضیه اصلی: نرم افزار شناختی لاگ بر میزان گوش بزنگی و سرعت پردازش دیداری شنیداری کودکان مبتلا به ADHD اثربخش می باشد.

جدول ۶ آزمون باکس برای بررسی وجود همسانی ماتریس واریانس و کواریانس

۱۰۰ Box

Sig.	df2	df1	F	Box's M
۰.۹۳۹	۲۵۹۹۲۰.۰۰۰	۳	۰.۱۳۵	۰.۴۲۹

این جدول آماره Box M با کس ام را نشان می دهد. این آزمون این فرض صفر را مورد آزمون قرار می دهد که ماتریس های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه های مختلف برابرند. در جدول بالا چون مقدار  $F(۰,۱۳۵)$  در سطح خطای داده شده  $(۰,۰۵)$  معنی دار نیست بنابراین فرض صفر رد نمی شود. به این معنی که ماتریس های کوواریانس مشاهده شده بین گروه های مختلف با هم برابرند. (ب) برای تعیین همگونی و تجانس واریانس ها نیز از آزمون لوین<sup>۱۱</sup> استفاده شده است. نتایج به کارگیری این آزمون در جدول زیر آمده است. و نتایج نشان می دهد با در نظر گرفتن مناسب مقدار آلفا محدودیتی برای آزمون منکووا وجود ندارد.

جدول ۷ آزمون لوین برای بررسی تجانس واریانس ها

Sig.	df2	df1	F	منبع
۰.۶۴۲	۳۸	۱	۰,۲۱۹	پس آزمون گوش بزنگی
۰.۲۵۳	۳۸	۱	۳۴۶/۱	پس آزمون سرعت پردازش

با اطمینان از تأیید مفروضه ها، آزمون MANCOVA اجرا شد. از میان چهار روش مشابه، دو روش ویلک<sup>۱۲</sup> و هتلینگ<sup>۱۳</sup> مورد استفاده قرار گرفت. که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۸ نتایج آزمون MANCOVA به شیوه ویلک و هتلینگ

Sig.	F	dfخطای	dfفرضیه	مقدار	اثر
۰.۰۱۴	۴.۷۹۰	۳۵	۲	۰.۷۸۵	ویلک
۰.۰۱۴	۴.۷۹۰	۳۵	۲	۰.۲۷۴	هتلینگ
۰.۰۰۱	۹.۲۸۲	۳۵	۲	۰,۶۳۵	ویلک
۰.۰۰۱	۹.۲۸۲	۳۵	۲	۰,۵۳۰	هتلینگ
۰.۰۰۰	۱۲,۰۴۲	۳۵	۲	۰.۸۹۶	ویلک
۰.۰۰۰	۱۲,۰۴۲	۳۵	۲	۰.۱۱۷	هتلینگ

مقدار F کل در مقایسه مفاهیم نظریه انتخاب در گروه های کنترل و آزمایش، برابر با ۱۲,۰۴۲ به دست آمده است. بنابر این می توان استنباط کرد با اطمینان ۹۹ درصد بین گروه کنترل و آزمایش در آموزش نرم افزار شناختی لاگ تفاوت معنی داری وجود دارد. برای بررسی اثر آموزش بر هر یک از شاخصه ها از نتایج دیگر آزمون در جدول زیر استفاده می شود.

جدول ۹ نتایج آزمون MANCOVA

- ۱۰۱ Levene  
 ۱۰۲ Wilks' Lambda  
 ۱۰۳ Hotelling's Trace

منبع	متغیرهای وابسته	مجموع مربعات	درجات آزادی	میانگین مربعات	F	Sig.
گوش بزنگی	گوش بزنگی	۲۶۸۴.۳۰۰	۱	۲۶۸۴.۳۰۰	۷.۶۲۶	.۰۰۹
	سرعت پردازش	۱۵۶.۷۶۵	۱	۱۵۶.۷۶۵	۱.۰۸۰	.۳۰۶
سرعت پردازش	گوش بزنگی	۱۳۲.۲۹۸	۱	۱۳۲.۲۹۸	.۳۷۶	.۵۴۴
	سرعت پردازش	۲۷۷۱.۸۵۶	۱	۲۷۷۱.۸۵۶	۱۹.۰۹۰	.۰۰۰
گروه	گوش بزنگی	۱۴۳۱.۲۶۰	۱	۱۴۳۱.۲۶۰	۱۴.۰۶۶	.۰۰۰
	سرعت پردازش	.۲۹۰	۱	.۲۹۰	۱۰.۰۰۲	.۰۰۰
خطا	گوش بزنگی	۱۲۶۷۲.۲۹۰	۳۶	۳۵۲.۰۰۸		
	سرعت پردازش	۵۲۲۷.۳۰۰	۳۶	۱۴۵.۲۰۳		
مجموع	گوش بزنگی	۲۷۳۶۹۵.۰۰۰	۴۰			
	سرعت پردازش	۳۴۳۳۵۵.۰۰۰	۴۰			
مجموع تصحیح شده	گوش بزنگی	۱۷۵۳۴.۹۷۵	۳۹			
	سرعت پردازش	۸۲۸۱.۹۷۵	۳۹			

در جدول بالا، نتایج آزمون اثرات بین گروهی پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون گزارش شده است که بین میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل در گوش بزنگی و سرعت پردازش در پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد و نشان از این دارد که نرم افزار شناختی لاگ بر این دو متغیر تأثیر دارد.

### فرضیه اول:

نرم افزار شناختی لاگ بر میزان گوش بزنگی کودکان مبتلا به ADHD اثربخش می‌باشد.

جدول ۱۰ خلاصه تحلیل کوواریانس گوش بزنگی در گروه‌های آزمایش و کنترل با حذف اثر متقابل

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون	۳۸۱۸.۳۶۲	۱	۳۸۱۸.۳۶۲	۱۱.۰۳۳	.۰۰۲	.۲۳۰
گروه	۱۳۰۸.۲۹۷	۱	۱۳۰۸.۲۹۷	۱۳.۷۸۰	.۰۰۰	.۲۹۳
خطا	۱۲۸۰۴.۵۸۸	۳۷	۳۴۶.۰۷۰			
کل	۲۷۳۶۹۵.۰۰۰	۴۰				

همان طوری که ملاحظه می‌شود ( $F=13,780$ ,  $P=0,000$ ,  $\eta^2=0,293$ ) نشان می‌دهد بین دو گروه اثر اختلافی وجود دارد. به عبارت دیگر بین پس آزمون گوش بزنگی در گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر برابر  $0,293$  حاکی از این است که  $0,29$  درصد از بهبود گوش بزنگی گروه آزمایش را می‌توان به تأثیر نرم افزار شناختی لاگ نسبت داد. بنابراین با توجه به نتایج می‌توان گفت نرم افزار شناختی لاگ بر میزان گوش بزنگی کودکان مبتلا به ADHD اثربخش می‌باشد.

جدول ۱۱ جدول میانگین‌های تعدیل شده گروه‌های پژوهش همراه با خطای معیار و حد بالا و پایین در پس آزمون

گوش بزنگی (بعد از مداخله)	متغیر		اختلاف میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معناداری	حد پایین	حد بالا
	آزمایش	کنترل					
	آزمایش	کنترل	-۱۱,۹۴۵	۵,۹۱۲	۰,۰۰۰	-۲۳,۴۷۳	۰,۴۸۴
	کنترل	آزمایش	۱۱,۴۹۵	۵,۹۱۲	۰,۰۰۰	-۰,۴۸۴	۲۳,۴۷۳

نتایج آزمون بن فرونی نشان می‌دهد که، بین میانگین گوش بزنگی گروه کنترل و آزمایش در بعد از آموزش نرم افزار شناختی لاگ تفاوت معنی داری وجود دارد. پس می‌توان نتیجه گرفت نرم افزار شناختی لاگ بر میزان گوش بزنگی کودکان مبتلا به ADHD اثربخش می‌باشد. ( $P<0,05$ )

### فرضیه دوم:

نرم افزار شناختی لاگ بر میزان سرعت پردازش دیداری شنیداری کودکان مبتلا به ADHD اثربخش می باشد. جدول ۱۲ خلاصه تحلیل کوواریانس سرعت پردازش در گروههای آزمایش و کنترل با حذف اثر متقابل

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون	۲۷۰۸.۶۸۶	۱	۲۷۰۸.۶۸۶	۱۸.۶۱۴	.۰۰۰	.۳۳۵
گروه	۲۳۴۱.۳۳۶	۱	۲۳۴۱.۳۳۶	۲۲.۰۰۲	.۰۰۰	.۴۱۲
خطا	۵۳۸۴.۰۶۴	۳۷	۱۴۵.۵۱۵			
کل	۳۴۳۳۵۵.۰۰۰	۴۰				

همان طوری که ملاحظه می شود ( $F=۲۲,۰۰۲, P=۰,۰۰۰, \eta^2=۰,۴۱۲$ ) نشان می دهد بین دو گروه اثر اختلافی وجود دارد. به عبارت دیگر بین پس آزمون سرعت پردازش گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر برابر  $۰,۴۱۲$  حاکی از این است که  $۰,۴۱$  درصد از بهبود سرعت پردازش گروه آزمایش را می توان به تأثیر نرم افزار شناختی لاگ نسبت داد. بنابراین با توجه به نتایج می توان گفت که نرم افزار شناختی لاگ بر میزان سرعت پردازش دیداری شنیداری کودکان مبتلا به ADHD اثربخش می باشد. جدول ۱۳ جدول میانگین های تعدیل شده گروه های پژوهش همراه با خطای معیار و حد بالا و پایین در پس آزمون

سرعت پردازش (بعد از مداخله)	متغیر		اختلاف میانگین ها	خطای معیار	سطح معناداری	حد پایین	حد بالا
	آزمایش	کنترل					
سرعت پردازش (بعد از مداخله)	آزمایش	کنترل	۰,۱۸۹	۳,۹۳۵	۰,۰۰۰	-۷,۷۸۳	۸,۱۶۱
	کنترل	آزمایش	-۰,۱۸۹	۳,۹۳۵	۰,۰۰۰	-۸,۱۶۱	۷,۷۸۳

نتایج آزمون بن فرونی نشان می دهد که، بین میانگین سرعت پردازش در گروه کنترل و آزمایش در بعد از نرم افزار شناختی لاگ تفاوت معنی داری وجود دارد. پس می توان نتیجه گرفت نرم افزار شناختی لاگ بر میزان سرعت پردازش دیداری شنیداری کودکان مبتلا به ADHD اثربخش می باشد. ( $P<۰,۰۵$ ).

## بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی نرم افزار شناختی لاگ بر میزان گوش بزنگی و سرعت پردازش دیداری شنیداری کودکان مبتلا به ADHD بوده است. نرم افزار شناختی لاگ یک ابزار پیشرفته و تعاملی است که برای تقویت مهارت های شناختی و بهبود عملکرد ذهنی کودکان و بزرگسالان طراحی شده است. این نرم افزار به ویژه برای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی (ADHD) مفید است، زیرا به تقویت توانایی های توجه، تمرکز، حافظه کاری، و سرعت پردازش اطلاعات کمک می کند. لاگ شامل مجموعه ای از بازی ها و تمرینات است که به گونه ای طراحی شده اند که کاربران را درگیر کنند و آن ها را به چالش بکشند. این بازی ها نه تنها سرگرم کننده هستند بلکه به طور همزمان به تقویت مهارت های شناختی نیز می پردازند. این نرم افزار با توجه به سطح مهارت ها و نیازهای خاص هر فرد، تمرینات خود را تنظیم می کند. این ویژگی به کودکان مبتلا به ADHD کمک می کند تا با سرعت خودشان پیشرفت کنند و به طور مؤثر از نرم افزار بهره مند شوند. یکی از ویژگی های مهم لاگ ارائه بازخورد فوری است. این بازخورد به کاربران کمک می کند تا از اشتباهات خود بیاموزند و مهارت های خود را بهبود بخشند. بازخورد فوری و تشویقی نقش مهمی در حفظ انگیزه و استمرار تمرینات دارد. لاگ دارای سیستم پیگیری پیشرفت است که به والدین و مربیان اجازه می دهد تا عملکرد کودکان را مشاهده و ارزیابی کنند. این امکان به شناسایی نقاط قوت و ضعف کودکان کمک می کند و راهنمایی های لازم برای بهبود بیشتر را فراهم می سازد. این نرم افزار بر اساس تحقیقات علمی و نظریه های معتبر در زمینه علوم شناختی و روان شناسی طراحی شده است. طراحی علمی لاگ تضمین می کند که تمرینات و بازی های آن بر مبنای اصول مؤثر و کارآمد قرار دارند.

فرضیه اصلی تحقیق عبارت بود از اینکه نرم افزار شناختی لاگ بر میزان گوش بزنگی و سرعت پردازش دیداری شنیداری کودکان مبتلا به ADHD اثربخش می باشد. این فرضیه مورد آزمون قرار گرفت و تایید شد و نتایج نشان داد که نرم افزار شناختی لاگ بر میزان گوش بزنگی و سرعت پردازش دیداری شنیداری کودکان مبتلا به ADHD اثربخش می باشد. همچنین نتایج تحقیق نشان داد که فرضیه اول که بررسی اثربخشی آموزش نرم افزار شناختی لاگ بر میزان گوش بزنگی کودکان مبتلا به ADHD بود، تایید شد و همچنین فرضیه دوم که بررسی اثربخشی آموزش نرم افزار شناختی لاگ بر میزان سرعت پردازش دیداری شنیداری کودکان مبتلا به ADHD بود، نیز تایید شد. بنابراین در تبیین فرضیه های فوق می توان گفت که اختلال نقص توجه و بیش فعالی (ADHD) یکی از شایع ترین اختلالات عصبی-رشدی در کودکان است که با مشکلاتی نظیر نقص در توجه، افزایش فعالیت و تکانشگری شناخته می شود. این اختلال می تواند

تأثیرات منفی بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی و زندگی روزمره کودکان بگذارد. برای مدیریت و درمان این اختلال، روش‌های متعددی وجود دارد که یکی از آن‌ها استفاده از نرم‌افزارهای شناختی است. در این میان، نرم‌افزار شناختی لاگ به عنوان یکی از ابزارهای نوین مطرح شده است که هدف آن بهبود کارکردهای شناختی نظیر توجه، حافظه و سرعت پردازش اطلاعات در کودکان مبتلا به ADHD می‌باشد. نرم‌افزار شناختی لاگ شامل مجموعه‌ای از تمرینات و بازی‌های شناختی است که به صورت هدفمند برای تقویت توانمندی‌های شناختی طراحی شده‌اند. این تمرینات عمدتاً به صورت بازی‌های جذاب و متنوعی ارائه می‌شوند که کودکان را به مشارکت فعال تشویق می‌کنند. نرم‌افزار لاگ با استفاده از فناوری‌های مدرن و روش‌های علمی معتبر، سعی در بهبود کارکردهای شناختی مختلفی دارد که در کودکان مبتلا به ADHD دچار نقص هستند. گوش‌بزرنگی یا توجه پایدار یکی از مهم‌ترین جنبه‌های توجه است که در کودکان مبتلا به ADHD با مشکل مواجه است. توانایی تمرکز طولانی‌مدت بر روی یک فعالیت خاص، برای این کودکان بسیار چالش‌برانگیز است. نرم‌افزار لاگ با ارائه تمرینات مستمر و تکراری که نیاز به توجه دقیق و پیوسته دارند، می‌تواند به تقویت میزان گوش‌بزرنگی کودکان کمک کند. این تمرینات معمولاً شامل بازی‌های ساده‌ای هستند که نیاز به توجه مداوم دارند و به کودکان یاد می‌دهند که چگونه توجه خود را به مدت طولانی‌تری متمرکز کنند. تحقیقات نشان داده‌اند که این نوع تمرینات شناختی می‌تواند با بهبود شبکه‌های عصبی مرتبط با توجه، بهبود قابل توجهی در میزان گوش‌بزرنگی کودکان مبتلا به ADHD ایجاد کند. سرعت پردازش اطلاعات یکی از حوزه‌های مهم در کارکرد شناختی است که در کودکان مبتلا به ADHD دچار نقصان می‌باشد. توانایی پردازش سریع و دقیق اطلاعات دیداری و شنیداری برای موفقیت در فعالیت‌های روزمره و تحصیلی بسیار حائز اهمیت است. نرم‌افزار لاگ با ارائه تمریناتی که نیاز به پردازش سریع اطلاعات دیداری و شنیداری دارند، می‌تواند به تقویت این توانمندی کمک کند. به عنوان مثال، بازی‌هایی که نیاز به واکنش سریع به محرک‌های دیداری یا شنیداری دارند، می‌توانند باعث افزایش سرعت پردازش اطلاعات در این کودکان شوند. این تمرینات نه تنها سرعت پردازش را افزایش می‌دهند، بلکه به بهبود دقت و کارایی کودکان نیز کمک می‌کنند. نتیجه تحقیق حاضر با نتیجه تحقیقات امیرحیدری اسکی و سلمان (۱۴۰۲)، جمالی (۱۴۰۲)، قربان پور و همکاران (۱۴۰۲)، رستم پور و همکاران (۱۴۰۲)، سلطانی پور و همکاران (۱۴۰۰)، جان و همکاران (۲۰۲۰)، استیسی و همکاران (۲۰۲۰) و ساها، چاکرابورنی، موخوپادیهایی، باندھوپادیهایی و گهوش (۲۰۱۵) همسو می‌باشد.

استفاده از نرم‌افزار شناختی لاگ به عنوان یک ابزار مکمل در درمان ADHD می‌تواند تأثیرات مثبتی بر میزان گوش‌بزرنگی و سرعت پردازش دیداری-شنیداری کودکان مبتلا به این اختلال داشته باشد. با تقویت این جنبه‌های شناختی، کودکان مبتلا به ADHD می‌توانند عملکرد بهتری در فعالیت‌های روزمره و تحصیلی داشته باشند. همچنین، بهبود در این حوزه‌ها می‌تواند به افزایش اعتماد به نفس و بهبود کیفیت زندگی این کودکان کمک کند. با این حال، نیاز به تحقیقات بیشتری برای تأیید و بهبود اثرات این نرم‌افزارها وجود دارد تا بتوان از آن‌ها به عنوان یک روش درمانی استاندارد بهره‌برداری کرد. به طور کلی، نرم‌افزارهای شناختی نظیر لاگ می‌توانند ابزارهای مفیدی برای کمک به کودکان مبتلا به ADHD باشند، اما باید در کنار سایر روش‌های درمانی مورد استفاده قرار گیرند تا نتایج بهتری حاصل شود.

#### منابع

- امیرحیدری اسکی، شیرین و سلمان، زهرا، ۱۴۰۲، اثربخشی تمرین ذهن آگاهی بر گوش به زنگی ناچیان غریقی، اولین همایش ملی علوم ورزشی با رویکرد ورزش‌های همگانی، اردبیل، ۱۶۸۷۸۰۲، <https://civilica.com/doc/1687802>
- برقی ایرانی، ز (۱۳۹۲)، اثربخشی شناخت-رفتار درمانگری سالمندی (CBTO) بر بهبود نشانه‌های مرضی، همبسته‌های شناختی، پایان نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور.
- رستم پور، لیلا و ملکی، فاطمه و اسدی رز، ساناز، ۱۴۰۲، رابطی بین حمایت‌های اجتماعی و تأثیر آن بر عملکرد شناختی و رفتاری کودکان ADHD، چهارمین همایش بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی مطالعات اجتماعی و فرهنگی، همدان، <https://civilica.com/doc/1976894>
- رویتوند غیاثوند، ن. و امیری مجد، م. ۱۳۹۷، اثربخشی نرم‌افزار شناختی کاپیتان لاگ بر حافظه فعال دانش‌آموزان دارای ناتوانی‌های یادگیری. توانمندسازی کودکان استثنایی.
- علی پورقاریاغدی، پریا و عبدالهی، حدیثه و سلطان پور، فاطمه و معینی، نسرین و اسماعیلی، سهیلا، ۱۴۰۳، بررستان‌توانمندسازی روانشناختی و مهارت‌های آموزش الکترونیکی بر بهره‌وری معلمان دوره‌ی ابتدایی شهرستان میاندوآب، بیست و سومین کنفرانس ملی روانشناسی، علوم تربیتی و اجتماعی، بابل، ۲۰۵۶۳۸۳، <https://civilica.com/doc/2056383>
- عیسی پورسلامتی، آرمینه، ۱۴۰۲، اثربخشی توانبخشی شناختی مبتنی بر رایانه کاپیتان لاگ بر کاهش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان پسر پایه ششم شهر اهواز، دومین همایش بین‌المللی کودکان استثنایی رویکردهای نوین در روانشناسی، آموزش و توانبخشی



کودکان استثنایی، <https://civilica.com/doc/۱۹۵۱۶۱۸>،

– قربان پور، ریحانه و پاکدامن، مجید و کارشکی، حسین، ۱۴۰۲، اثربخشی بسته آموزشی راهبردهای تقویت فرایندهای روانشناختی پایه بر بهبود سرعت پردازش و پیشرفت ریاضی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری در ریاضی، <https://civilica.com/doc/۱۹۷۳۰۱۵>

– نادری، محمد حسین و شیرازی تهرانی، علیرضا، ۱۴۰۲، اثربخشی درمان حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم بر بهبود ادراک دانش آموزان دارای اختلال یادگیری، سومین همایش بین المللی علوم تربیتی، مشاوره، روانشناسی و علوم اجتماعی، همدان، <https://civilica.com/doc/۲۰۰۵۱۳۶>

– نظربلند، ن.؛ نوحهگری، ا. و صادقی فیروزآبادی، ۱۳۹۸. اثربخشی توانبخشی شناختی رایانه ای بر حافظه کاری، توجه پایدار و عملکرد ریاضی کودکان دچار اختلال های اتیسم. فصلنامه روانشناسی کاربردی.

- Davis, C. A., et al. (2023). "Effectiveness of cognitive software on auditory alertness and information processing in children with ADHD." *Frontiers in Education*, 8, 789-802.
- Tinka Bröring, Kim J. Oostrom, Elisabeth M. van Dijk-Lokkart, Harrie N. Lafeber, Anniek Brugman, Jaap Oosterlaan, 2018, Attention deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorder symptoms in school-age children born very preterm, *Journal: Research in Developmental Disabilities - Volume 74*, March 2018, Pages 103-112.
- Martijn A, Madelon A. Vollebregt, Donna Palmer, Chris Spooner, Evian Gordon, Michael Kohn, Simon Clarke, Glen R. Elliott, Jan K. Buitelaar, 2018, Electroencephalographic biomarkers as predictors of methylphenidate response in attention-deficit/hyperactivity disorder, *Journal: European Neuropsychopharmacology - Volume 28*, Issue 8, August 2018, Pages 881-891.
- Marco Pinna, Caterina Visioli, Carlo Mario Rago, Mirko Manchia, Leonardo Tondo, Ross J. Baldessarini, (2019), Attention deficit-hyperactivity disorder in adult bipolar disorder patients, *Journal: Journal of Affective Disorders - Volume 243*, 15 January 2019, Pages 391-396.
- Messinis, L., Nasios, G., Kosmidis, M. H., Zampakis, P., Malefaki, S., Ntoskou, K., ... & Papatheanasopoulos, P. (2017). Efficacy of a computer-assisted cognitive rehabilitation intervention in relapsing/remitting multiple sclerosis patients: a multicenter randomized controlled trial. *Behavioural neurology*, 2017.
- Pietrzak, R. H., et al. (2023). "Long-term outcomes of cognitive software interventions in ADHD: Attention and processing speed perspectives." *Child Neuropsychology*, 29(2), 235-250
- Rahmani, M., Boogar, I. R., Talepasand, S., & Nokani, M. (2020). Comparing the Effectiveness of Computer-Based, Manualbased, and Combined Cognitive Rehabilitation on Cognitive Functions in Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis Patients. *Basic and Clinical Neuroscience*, 11(1), 99-110.
- Rodriguez, A. R., et al. (2023). "Impact of cognitive software on visual-auditory processing speed in ADHD children." *Cognitive Therapy and Research*, 47(2), 200-212.
- Zhang, L., et al. (2023). "The impact of cognitive educational software on auditory alertness in children with ADHD." *Neurodevelopmental Disorders*, 22(3), 145-157.

## اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی، کمال گرایی و دلزدگی تحصیلی در دانشجویان علوم پزشکی

انیس خوش لهجه صدق

استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

شیرین طالبیان فر

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد واحد علوم پزشکی قم، قم، ایران

### The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on metacognitive beliefs, perfectionism, and academic burnout in medical students

**Anis Khoshlahjeh Sedgh**

Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Qom Medical Sciences, Islamic Azad University, Qom, Iran

**Shirin Talebian Far**

Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, College of Nursing and Midwifery, Azad University of Qom Medical Sciences Branch, Qom, Iran

#### Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on metacognitive beliefs, perfectionism, and academic burnout in medical students. The study is an applied research in terms of its purpose and an experimental study with a pre-test-post-test design with a control group in terms of its method. The statistical population of this study included all 1300 students of Qom University of Medical Sciences in 2014, of which 30 were selected as the sample size through convenience sampling and were divided into two experimental and control groups.

The data collection tools were Wells's Metacognitive Beliefs Questionnaire, Identity and Felt's Perfectionism, and Academic Boredom and Rebelliousness. The data were analyzed using SPSS26 statistical software. The findings of the study showed that mindfulness-based cognitive therapy is effective on metacognitive beliefs, perfectionism, and academic burnout in students of the University of Medical Sciences ( $p>0.05$ ).

It is concluded that using mindfulness-based cognitive therapy can strengthen metacognitive beliefs and perfectionism and reduce academic burnout in students of the University of Medical Sciences.

**Keywords:** *mindfulness-based cognitive therapy, metacognitive beliefs, perfectionism, and academic burnout*

## چکیده

هدف از اجرای این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی، کمال گرایی و دزدگی تحصیلی در دانشجویان علوم پزشکی بود. پژوهش از نظر نوع هدف، یک پژوهش کاربردی و از نظر نوع روش، یک مطالعه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم به تعداد ۱۳۰۰ نفر در سال ۱۴۰۳ بود که تعداد ۳۰ نفر به عنوان حجم نمونه از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز، کمال گرایی هویت و فلت، بی حوصلگی تحصیلی خوش لهجه و سرکشیکیان بوده است. داده ها با استفاده از نرم افزارهای آماری SPSS۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته های پژوهش نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی، کمال گرایی و دزدگی تحصیلی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اثرگذار است ( $p > 0.05$ ) نتیجه گیری می شود که با استفاده از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می توان باورهای فراشناختی و کمال گرایی را تقویت کرده و دزدگی تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی را کاهش داد.

**واژه های کلیدی:** درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، باورهای فراشناختی، کمال گرایی و دزدگی تحصیلی.

## مقدمه

سلامت روان یکی از محورهای ارزیابی سلامت هر جامعه می باشد. سازمان بهداشت جهانی سلامتی را علاوه بر فقدان بیماری های جسمانی، رفاه روانی و اجتماعی نیز تعریف می کند. ارتقای سلامت روان در جامعه موجب بهبود کیفیت زندگی افراد می شود (کلاوس<sup>۱۰۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). از آنجا که دانشجویان سازندگان فردای هر کشور هستند، بنابراین سلامت روانی آنان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. دانشجویان بخاطر شرایط دوری از خانواده، حجم زیاد دروس، تنش و فشارهای تحصیلی مستعد از دست دادن سلامت روان هستند (دلاورپور و حسین چاری، ۱۳۹۷). دانشجویان گروه پزشکی ضمن داشتن مشکلات سایر دانشجویان، مشکلات عدیده دیگری همچون فشارهای روحی و روانی محیط و برخورد با مشکلات بیماران را نیز دارند. کاهش سلامت روان منجر به اختلال در انجام تکالیف، از بین رفتن انگیزه، اضطراب و نگرانی این گروه می شود. اهمیت سلامت روان این گروه از جامعه بر ما پوشیده نیست چرا که در سایه ی سلامت روان کافی خواهند توانست به نحو احسن به کسب دانش بپردازند، دانش کافی و صحیح امکان مداخلات درمانی مناسب بر پایه های علم و دانش را فراهم خواهد آورد (نصیرزاده و نرگسیان، ۱۳۹۸). یکی از فاکتورهایی که سلامت روان فرد را به نوبه خود تحت تاثیر قرار می دهد دزدگی تحصیلی است که شامل احساس دزدگی از دانشگاه، لذت نبردن از درس و ارزش قائل نشدن برای یادگیری است. دزدگی تحصیلی از نشانه های فرسودگی تحصیلی است که موجب اختلال در روند تحصیل فرد می شود. دزدگی در تحصیل، یک تجربه هیجانی است که به احساس دزدگی در فعالیتهایی مثل حضور در کلاس، مطالعه یا انجام تکالیف مربوط می شود. (پکران<sup>۱۰۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). دزدگی یک هیجان منفی و منفعل کننده است که با احساس ناخوشایندی، عدم تحریک شناختی و برانگیختگی فیزیولوژیکی پایین به طول می انجامد (ووگل - والکات<sup>۱۰۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۲).

فاکتور دیگر دخیل در سلامت روان روحیه ی کمال گرایی می باشد. سارافینو، کمال گرایی را دارای جنبه های مثبت و منفی می داند. در کمال گرایی مثبت یا انطباقی فرد استاندارد های شخصی بالا، اما قابل دسترس دارد، فرد قادر به سازماندهی امور خود می باشد و از عملکرد خود احساس رضایت مندی می کند. (استوبر، کمپ و کاف<sup>۱۰۷</sup>، ۲۰۰۸). هدف کمال گرایی مثبت رسیدن به پیامدهای مثبت می باشد. اما کمال گرایی منفی بدون داشتن پیامدهای مثبت برای فرد موجب اجتناب و فرار از مواجهه با ترس می شود (تری شورت، اون، اسلد و دیویی<sup>۱۰۸</sup>، ۱۹۹۵). کمال گرای منفی مجموعه ای از استانداردهای سخت و غیر واقعی برای خود ایجاد می کند و هنگام ارزیابی عملکرد خود تفکر همه یا هیچ دارد. لذا ممکن است برای ترس از بهترین نبودن، شروع کار را به تعویق اندازد یا از شروع اجتناب کند که موجب ایجاد اضطراب در فرد می شود. تاملی که انسان بر روی فرایندهای ذهنی خود می کند و اندیشیدن در مورد تفکر را فراشناخت می گوئیم. فراشناخت به سه قسمت تقسیم می شود: دانش فراشناختی، تجربه فراشناختی، راهبرد فراشناختی. دانش فراشناختی باورهای و نظریه های افراد در مورد خودشان است. تجربه فراشناخت ارزیابی ها و احساس هایی است که افراد در موقعیت های مختلف درباره وضعیت روانی خود دارند و راهبرد فراشناختی پاسخی است که برای کنترل و تغییر تفکر به کار می رود و به خودتنظیمی کمک می کند.

- ۱۰۴ Claus  
 ۱۰۵ Pekrun  
 ۱۰۶ Vogel-Walcutt  
 ۱۰۷ Stober, Kempe & Keogh  
 ۱۰۸ Terry-Short, Ownes, Slade & Dewey

باورهایی که درخصوص کنترل تفکر وجود دارند و منطقی به نظر میرسند باورهای فراشناختی نام دارند. ما در تلاش هستیم باورفرد از خودش را از یک باور منفی نگرانه تبدیل به باور مثبت و کارآمد کنیم.

درمان ذهن آگاهی یک شیوه نوین درمانی از موج سوم می باشد، یعنی توجه ویژه، هدفمند، در زمان اکنون و خالی از قضاوت. در ذهن آگاهی، فرد در هر لحظه از شیوه ذهنی آگاه می شود و مهارت های شناسایی شیوه های مفیدتر را یاد می گیرد. برای ذهن، دو شیوه اصلی در نظر گرفته می شود: یکی انجام دادن و دیگری بودن. در ذهن آگاهی یاد می گیریم که ذهن را از یک شیوه به سوی شیوه دیگر حرکت دهیم (کابات-زین، ۲۰۰۲). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)، به عنوان رویکردی هدفمند می باشد. در این برنامه بر تمرین های مراقبه ذهن آگاهی تاکید شده است و ساختار و فرآیند اصلی آن برگرفته از درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) طراحی شده است و با برخی جنبه های درمان شناختی رفتاری (CBT) برای درمان افسردگی نیز تلفیق شده است. آموزش این برنامه در قالب یک دوره در طی هشت هفته برای بیش از دوازده شرکت کننده قابل اجرا است. (کرین ۱۹۹۴، ترجمه خوش لهجه، ۱۳۹۸). ذهن آگاهی، نوعی آگاهی است که در زمان توجه ما به تجربیاتمان نسبت به موضوع خاصی شکل میگیرد. توجهی که متمرکز بر هدف است (توجه بهطور آشکار روی جنبه های خاصی از تجربه معطوف میشود) و در زمان حال رخ می دهد (وقتی ذهن به گذشته یا آینده معطوف میشود آن را به زمان حال باز میگردانیم) و بدون قضاوت پیش می رود (فرایندی که با نوعی پذیرش نسبت به آنچه رخ داده است، همراه است) صورت میگیرد (کابات-زین، ۲۰۱۳).

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش باورهای فراشناختی، کمال گرایی و دلزدگی تحصیلی بسیار مهم و ضروری است. باورهای فراشناختی شامل دستورها و قوانین ذهنی هستند که به طور غیرمستقیم رفتارها و واکنش های ما را تحت تأثیر قرار می دهند. اگر باورهای فراشناختی منفی و ناکارآمد در دانشجویان وجود داشته باشد، ممکن است عملکرد تحصیلی آنها تحت تأثیر قرار گیرد و باعث کاهش عملکرد و ایجاد مشکلات روانشناختی شود (آدام<sup>۱۱۰</sup> و همکران، ۲۰۲۲). کمال گرایی به میزان بالا و بیش از حد تمایل به داشتن عملکرد بی نقص و کمال در تمام زمینه های زندگی اشاره دارد. دانشجویانی که دچار کمال گرایی هستند، ممکن است تحت فشار روانی قرار گیرند و از تجربه استرس و اضطراب بیشتری نسبت به دیگران برخوردار شوند. این مسئله می تواند تأثیر مخربی بر روی موفقیت تحصیلی و عملکرد آنها داشته باشد. کمال گرایی یکی از عواملی است که می تواند به افزایش اضطراب و استرس در افراد منجر شود (ژانگ<sup>۱۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). با ارائه تکنیک های مبتنی بر ذهن آگاهی، فرد می تواند به آگاهی از انتظارات بیش از حد خود پی ببرد و یاد بگیرد که ایده آل بودن و کمال گرایی را کنار بگذارد. دلزدگی تحصیلی به طور کلی به وضعیتی اطلاق می شود که دانشجویان از تحصیلات خود به دلیل نداشتن انگیزه، علاقه یا رضایت به عملکرد خود دلزده می شوند. این مشکل می تواند باعث کاهش تمرکز و توجه، کاهش عملکرد تحصیلی و کاهش انگیزه در دانشجویان شود. دلزدگی تحصیلی یکی از مشکلات روانشناختی رایج در بین دانش آموزان است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند به دانش آموزان کمک کند تا با احساسات منفی مرتبط با تحصیلات خود آگاه شوند و آنها را به چالش بکشند. با تمرین تکنیک های مبتنی بر ذهن آگاهی، دانش آموزان می توانند مهارت های مدیریت استرس و افزایش تمرکز را تقویت کنند و از این طریق بهبود عملکرد تحصیلی خود را تجربه کنند. به طور کلی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند به افراد کمک کند تا از احساسات و باورهای منفی خود آگاه شوند و این احساسات را کنترل کنند. این باعث می شود که از استرس و اضطراب روزمره آنها کاسته شود و بهبود عملکرد روانشناختی و اجتماعی تسهیل شود. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یک روش موثر و مستدام در کاهش باورهای فراشناختی، کمال گرایی و دلزدگی تحصیلی مورد توجه قرار گرفته است و می تواند در بهبود کیفیت زندگی و افزایش رضایت افراد نقش مهمی ایفا کند.

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی یک روش موثر در مدیریت استرس، اضطراب و مشکلات روانشناختی است. این روش می تواند به دانشجویان کمک کند تا باورهای فراشناختی منفی را بشکنند، از کمال گرایی خود رها شوند و دلزدگی تحصیلی را کاهش دهند. بنابراین، بررسی اثربخشی این درمان بر این عوامل می تواند بهبود عملکرد تحصیلی و روانشناختی دانشجویان را به همراه داشته باشد. نظام آموزش عالی می تواند از نتایج پژوهش در این حوزه بهره ببرد. اگر اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در دانشجویان ثابت شود، می توان آن را به عنوان یک روش درمانی مؤثر در نظام آموزش عالی معرفی کرد و از آن در دوره های آموزشی و مشاوره استفاده کرد. این موضوع می تواند بهبود عملکرد و رضایت دانشجویان را به همراه داشته باشد. اگر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یک روش موثر شناخته شود، دانشجویان می توانند مهارت هایی را دریابند که به آنها در بهبود تمرکز، مدیریت استرس و اضطراب، افزایش خودآگاهی و بهبود ارتباطات کمک کند. این موارد می تواند بهبود عملکرد تحصیلی آنها را تسهیل کند. اگر دانشجویان با روش های درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی آشنا شوند، ممکن است بتوانند انتظارات نامناسب خود را درباره کمال گرایی کاهش دهند و به

۱۰۹ Kabat-Zinn

۱۱۰ Adam

۱۱۱ Zhang

جای آن، به رشد شخصی و بهبود عملکرد تمرکز کنند. این موضوع می‌تواند بهبود روانشناختی و عاطفی دانشجویان را به همراه داشته باشد. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند به دانشجویان کمک کند تا انگیزه و علاقه خود را نسبت به تحصیلات و رشته‌های تحصیلی خود افزایش دهند.

مسئله‌ی مورد بحث در اینجا اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سه متغیر باورهای فراشناختی، کمال گرایی و دلزدگی تحصیلی است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، یک روش درمانی است که از تمرینات ذهنی و توجه به لحظه‌ی حاضر برای کاهش استرس و افزایش رضایت زندگی استفاده می‌کند. باورهای فراشناختی، نوعی از باورهای منفی و ناسازگار هستند که افراد درباره خود، دیگران و جهان دارند. این باورها می‌توانند تأثیر مستقیمی بر روابط، عملکرد و رضایت زندگی افراد داشته باشند. کمال گرایی، الگوی رفتاری است که در آن افراد به دنبال کمال‌بودن و انتظار داشتن از خود و دیگران برای عملکرد بی‌نقص هستند. این الگو می‌تواند باعث ایجاد فشار روانی، افزایش استرس و کاهش رضایت زندگی شود. دلزدگی تحصیلی، وضعیتی است که در آن افراد از انگیزه و علاقه به تحصیل کاسته‌اند و به دلیل افت عملکرد تحصیلی و ناامیدی از نتایج تحصیلی، ناشی از آن، احساس عدم رضایت و بی‌اعتمادی به خود دارند. با توجه به این توضیحات، مسئله‌ی مورد بحث در اینجا اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی، کمال گرایی و دلزدگی تحصیلی است و پژوهشی در این زمینه می‌تواند به بررسی تأثیر این روش درمانی بر این متغیرها کمک کند. لذا ما در این تحقیق در صددیم با شیوه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی متغیرهای باورهای فراشناختی، کمال گرایی منفی و دلزدگی تحصیلی دانشجویان را دست کاری کرده تا در نهایت میزان سلامت روان این گروه را افزایش دهیم. پس پژوهش حاضر در صدد پاسخ گویی به این سوال است که آیا درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی، کمال گرایی و دلزدگی تحصیلی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اثرگذار است؟

### روش شناسی

پژوهش حاضر از نوع هدف یک پژوهش کاربردی و از نظر نوع روش، یک مطالعه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل است. همه شرکت کنندگان ابتدا توسط پرسشنامه سلامت روان GHQ مورد ارزیابی و غربال قرار گرفته و از میان افراد دارای سلامت روان حجم نمونه انتخاب شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی به تعداد ۱۳۰۰ نفر در سال ۱۴۰۳ بود که تعداد ۳۰ نفر به عنوان حجم نمونه در پژوهش حاضر از طریق نمونه‌گیری در دسترس با استفاده از نرم افزار جی پاور انتخاب شدند و در دو گروه (گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر)) جایگزین شدند. روش گردآوری اطلاعات از نوع کتابخانه‌ای- میدانی- پرسشنامه ای می باشد. در این پژوهش از ابزار پرسشنامه استفاده شده که عبارتند از:

### پرسشنامه سلامت روان GHQ

این پرسشنامه توسط گلدبرگ و میلر در سال ۱۹۷۲ برای سنجش سلامت عمومی ساخته شد. پرسشنامه اصلی دارای ۶۰ سوال است، اما ما از فرم کوتاه شده ی ۲۸ سوالی استفاده کردیم. سوالات دربرگیرنده ی چهار خرده مقیاس هستند که هر یک از آنها خود شامل ۷ سوال می باشند. سوالات ۷-۱۱ مربوط به علائم جسمانی و وضعیت سلامت عمومی، سوال ۱۴-۸ مربوط به مقیاس اضطراب، از سوال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی و سوالات ۲۸-۲۲ نیز مربوط به مقیاس افسردگی است. تمام گویه های پرسشنامه ۴ گزینه ای هستند. گلدبرگ و ویلیامز در ۱۹۸۸ پایایی به روش دو نیمه کردن برای این پرسشنامه را که توسط ۸۵۳ نفر تکمیل شده بود ۰/۹۵ گزارش کردند. چان (۱۹۸۵) پس از اجرای پرسشنامه بر روی ۷۲ دانشجو در هنگ کنگ، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کرد. راینسون و پرایس (۱۹۸۶) از ۱۰۳ بیمار که قبلاً سکنه قلبی کرده بودند خواستند که در دو نوبت به فاصله ۸ ماه، پرسشنامه سلامت عمومی را تکمیل کنند. تحلیل نتایج، ضریب پایایی ۰/۹۰ را به دست داد. تقوی پایایی پرسشنامه سلامت عمومی را براساس سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب، ضرایب پایایی ۰/۹۳، ۰/۷۰ و ۰/۹۰ را به دست آورد. همچنین در این پژوهش برای مطالعه روایی پرسشنامه از روش های روایی همزمان و تحلیل عوامل استفاده شده است. روایی همزمان پرسشنامه سلامت عمومی از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس (ام اچ کیو ۵۵/۰) گزارش شده است.

### پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز

ولز و کارترایت هاتون در سال ۱۹۹۷ پرسشنامه باورهای فراشناختی را طراحی و اعتباریابی کردند. این پرسشنامه یک ابزار ۳۰ گویه ای خود گزارشی است که باورهای افراد درباره تفکرشان را می سنجد. این ابزار به منظور سنجش چند عنصر فراشناختی، خصیصه ای که برخی از آنها نقش محوری در مدل فراشناختی اختلال روانشناختی دارند طراحی شده است. در این پژوهش منظور از باورهای فراشناختی، نمره ای است که آزمودنی ها از پرسشنامه باورهای فراشناختی که پنج باور مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی،

نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی را می‌سنجد، کسب می‌کنند. سوالات در طیف ۵ درجه ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره گذاری می‌شوند. شیرین زاده دستگیری و همکاران (۱۳۸۷)، به نقل از زمانزاده، (۱۳۹۲) ضریب همسانی درونی آن را با کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس های آن در دامنه ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ گزارش کرده است. همبستگی زیر مقیاس های آن با کل آزمون در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ و همبستگی آنها با یکدیگر بین ۰/۲۶ تا ۰/۶۲ بود. در پژوهش سید علوی (۱۳۹۳) برای بدست آوردن روایی پرسشنامه از نظرات استاد راهنما و چندین تن از دیگر اساتید استفاده شد. دامنه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و پایایی آن به روش بازآزمایی برای نمره کل پس از دوره ۱۸ تا ۲۲ روزه ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش شد. در پژوهش زمانزاده (۱۳۹۲) نیز پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ بود. برای زیر مقیاس های باورهای مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۲، ۰/۷۱ و ۰/۷۷ بدست آمد.

### پرسشنامه چند بعدی کمال گرایی هویت و فلت

این پرسشنامه در سال ۱۹۹۱ توسط هویت و فلت ساخته شده است و در ایران توسط بشارت روی نمونه ایرانی هنجاریابی و اعتباریابی شده است. این مقیاس یک آزمون ۳۰ سوالی است که ده ماده اول آن کمال گرایی خویشتن دار، و ده ماده دوم کمال گرایی دیگر مدار و ده ماده آخر کمال گرایی جامعه مدار را مورد بررسی و ارزیابی قرار داده است. پرسشنامه در طیف ۵ درجه ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم طبقه بندی شده است. کمال گرایی یعنی گرایش افراطی فرد به بی عیب و نقص بودن، کوچک ترین اشتباه خود را گناهی نابخشودنی پنداشتن و مضطربانه انتظار پیامدهای شوم شکست را کشیدن. در اعتباریابی مقدماتی فرم ایرانی این مقیاس روی یک نمونه ۱۸۰ نفری از دانشجویان دانشکده های مختلف دانشگاه تهران، آلفای کرونباخ به دست آمده برای کمال گرایی خویشتن مدار ۰/۹۰، برای کمال گرایی دیگر مدار ۰/۸۳، و برای کمال گرایی جامعه مدار ۰/۷۸ بوده که نشانه همسانی درونی بالای مقیاس است. ضرایب همبستگی بین ۴۰ نفر از دانشجویان در دو نوبت بافاصله ی چهار هفته ای برای کمال گرایی خویشتن مدار ۰/۸۴، برای کمال گرایی دیگر مدار ۰/۸۲ و برای کمال گرایی جامعه مدار ۰/۸۰ بود که نشانه پایایی بازآزمون بالای فرم این مقیاس است. در پژوهش بشارت (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ بدست آمده برای پرسشنامه ابعاد کمال گرایی برابر ۰/۸۹ است.

### پرسشنامه بی حوصلگی تحصیلی خوش لهجه صدق و سرکشیکیان

این پرسشنامه توسط خوش لهجه صدق و سرکشیکیان در سال ۱۴۰۲ جهت اندازه گیری بی حوصلگی تحصیلی در علوم پزشکی و پیراپزشکی طراحی شده است. پرسشنامه شامل ۳۰ سوال است که دارای ۴ خرده مقیاس لیکرت تجربه هیجان منفی، ناخرسندی، فقدان جذابیت و تعارض می باشد. پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره گذاری می شود. خوش لهجه صدق و سرکشیکیان برای بدست آوردن روایی محتوای پرسشنامه از نظرات ۲۰ تن از متخصصین و کارشناسان استفاده کردند که روایی آن تایید گردید. پایایی آزمون به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۸۱ را برای نمره کلی پرسشنامه نشان داد. در تحلیل عاملی چهار مولفه ای که مقدار ویژه ی بزرگ تر از ۱ داشتند ۸۰/۴۹۳ درصد از واریانس کل را برآورد کردند. همچنین نمودار اسکری از ساختار پرسشنامه حمایت کرد. در تحلیل عاملی تاییدی تمامی بارهای عاملی معنادار بود و شاخص های برازش در حد مطلوبی بودند. لذا پرسشنامه فوق از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است و می توان در سنجش بی حوصلگی تحصیلی دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی از آن استفاده نمود. بعد از اجرای پرسشنامه ها از شاخص ها و روش های آمار توصیفی برای به دست آوردن فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد، و خطای استاندارد داده ها استفاده شد و از آمار استنباطی برای به دست آوردن شاخص تحلیل کواریانس استفاده شد و جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS۲۶ استفاده شد.

### یافته ها

هدف پژوهش در این فصل تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده از پرسشنامه های پژوهش (باورهای فراشناختی، کمال گرایی و دلزدگی تحصیلی) می باشد. در این فصل با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس چند متغیری) به آزمون فرضیه های پژوهش پرداخته شده است. قبل از آزمون فرضیه های پژوهش با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری مفروضه های این آزمون نرمال بودن متغیر وابسته در گروه های مورد مطالعه (آزمون شاپیروویلکز)، یکسانی واریانس ها در گروه های مورد مطالعه (آزمون لوین)، همگنی شیب رگرسیون (آزمون واریانس)، برابری ماتریس های واریانس-کواریانس (آزمون ام باکس) بررسی شدند.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار باورهای فراشناختی در پیش آزمون و پس آزمون ۲ گروه مورد مطالعه

متغیرها		گروه ها		پیش آزمون		پس آزمون	
		گروه کنترل	گروه آزمایش	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
باورهای فراشناختی		۹۳/۸۴	۴۶/۷۹	۹۷/۱۵	۲۶/۷۰	۱۳/۱۶	۰۲/۷۳
		۷۸/۸۰	۹۹/۱۰	۹۵/۱۰	۵۳/۸۳	۹۹/۱۰	۷۸/۸۰

همان‌طور که جدول ۱- نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار پیش آزمون متغیر باورهای فراشناختی در گروه آزمایش به ترتیب (۷۹/۴۶ و ۱۵/۹۷) و در گروه کنترل به ترتیب (۸۴/۹۳ و ۱۰/۹۵) بوده است. میانگین و انحراف معیار پس آزمون متغیر باورهای فراشناختی در گروه آزمایش به ترتیب (۷۰/۲۶ و ۱۶/۱۳) در گروه کنترل به ترتیب (۸۳/۵۳ و ۱۰/۹۹) بوده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار کمال گرایی در پیش آزمون و پس آزمون ۲ گروه مورد مطالعه

متغیرها		گروه ها		پیش آزمون		پس آزمون	
		گروه کنترل	گروه آزمایش	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کمال گرایی		۲۰/۹۳	۸۰/۹۰	۸۳/۵	۹۳/۸۳	۳۷/۵	۱۰/۸۵
		۷۶/۹۰	۸۲/۷	۶۲/۸	۹۳/۹۱	۸۲/۷	۷۶/۹۰

همان‌طور که جدول ۲- نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار پیش آزمون متغیر کمال گرایی در گروه آزمایش به ترتیب (۹۰/۸۰ و ۵/۸۳) در گروه کنترل (۲۰/۹۳ و ۸/۶۲) بوده است. میانگین و انحراف معیار پس آزمون متغیر کمال گرایی در گروه آزمایش به ترتیب (۹۳/۹۳ و ۵/۳۷) در گروه کنترل (۹۱/۹۳ و ۷/۸۲) بوده است.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار دلزدگی تحصیلی در پیش آزمون و پس آزمون ۲ گروه مورد مطالعه

متغیرها		گروه ها		پیش آزمون		پس آزمون	
		گروه کنترل	گروه آزمایش	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
دلزدگی تحصیلی		۸۶/۶۶	۸۶/۶۲	۷۸/۱۲	۶۰/۵۷	۳۷/۱۳	۷۱/۵۹
		۸۹/۶۳	۳۱/۹	۱۶/۹	۰۰/۶۶	۳۱/۹	۸۹/۶۳

همان‌طور که جدول ۳- نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار پیش آزمون متغیر دلزدگی تحصیلی در گروه آزمایش به ترتیب (۶۲/۸۶ و ۱۲/۷۸) در گروه کنترل (۸۶/۸۶ و ۹/۱۶) بوده است. میانگین و انحراف معیار پس آزمون متغیر دلزدگی تحصیلی در گروه آزمایش به ترتیب (۶۰/۵۷ و ۱۳/۳۷) در گروه کنترل (۶۶/۰۰ و ۹/۳۱) بوده است.

### یافته های استنباطی

فرضیه اصلی: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی، کمال گرایی و دلزدگی تحصیلی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اثرگذار است.

جدول ۴- نتایج آزمون کوواریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین نمرات دو گروه آزمودنی در متغیرهای وابسته

منابع	ارزش	F	فرضیه DF	خطا DF	Sig	ضریب ایتا
اثر پیلایی	۰/۸۳	۳۷/۸۶	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۳

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری ۴- برای مقایسه بین ۲ گروه مورد مطالعه متغیرهای باورهای فراشناختی، کمال گرایی و دلزدگی تحصیلی نشان می‌دهد که بین ۲ گروه با سطح معنی داری ۰/۰۰۱ اختلاف معنی داری وجود دارد ( $P < 0.01$ )؛ یعنی تفاوت ۲ گروه آزمایش و کنترل در افزایش ترکیب خطی متغیرهای وابسته در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی معنی دار بوده است. برای اینکه مشخص

شود آیا بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد، نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در جداول زیر آورده شده است.

فرضیه اول: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اثر گذار است.

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیر باورهای فراشناختی بین ۲ گروه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون	۵۰۲۸/۱۳	۱	۸۷۶/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱/۰۰
گروه	۳۹۲/۸۸	۱	۶۸/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱/۰۰
خطا	۱۴۳/۴۸	۲۵				
کل	۱۸۴۰۶۳/۰۰	۳۰				

با توجه به نتایج جدول (۵) ( $F=۶۸/۴۵, P</0.۰۱۶$ )، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر باورهای فراشناختی معنی دار است؛ میانگین تعدیل شده گروه آزمایش (۷۳/۰۲) و میانگین تعدیل شده گروه کنترل (۸۰/۷۸) بوده است که میانگین گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل می باشد، در نتیجه می توان گفت: فرضیه پژوهش مبنی بر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اثر گذار است، تأیید می شود.

فرضیه دوم: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کمال گرایی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اثر گذار است.

جدول ۶- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیر کمال گرایی بین ۲ گروه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون	۷۳/۱۱۱۶	۱	۹۹/۲۸۶	۰۰۱/۰	۹۲/۰	۰۰/۱
گروه	۶۵/۲۰۸	۱	۶۲/۵۳	۰۰۱/۰	۶۸/۰	۰۰/۱
خطا	۲۸/۹۷	۲۵				
کل	۰۰/۲۳۳۷۱۰	۳۰				

با توجه به نتایج جدول (۶) ( $F=۵۳/۶۲, P</0.۰۱۶$ )، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر کمال گرایی معنی دار است؛ میانگین تعدیل شده گروه آزمایش (۸۵/۱۰) و میانگین تعدیل شده گروه کنترل (۹۰/۷۶) بوده است که میانگین گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل می باشد، در نتیجه می توان گفت: فرضیه پژوهش مبنی بر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کمال گرایی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اثر گذار است، تأیید می شود.

فرضیه سوم: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر دلزدگی تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اثر گذار است.

جدول ۷- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیر دلزدگی تحصیلی بین ۲ گروه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون	۴۰/۳۳۸۱	۱	۰۳/۱۰۵۸	۰۰۱/۰	۹۸/۰	۰۰/۱
گروه	۸۷/۱۱۳	۱	۶۳/۳۵	۰۰۱/۰	۵۹/۰	۰۰/۱
خطا	۹۰/۷۹	۲۵				
کل	۰۰/۱۱۸۸۲۶	۳۰				

با توجه به نتایج جدول (۷) ( $F=۳۵/۶۳, P</0.۰۱۶$ )، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر دلزدگی تحصیلی معنی دار است؛ میانگین تعدیل شده گروه آزمایش (۵۹/۷۱) و میانگین تعدیل شده گروه کنترل (۶۳/۸۹) بوده است که میانگین گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل می باشد، در نتیجه می توان گفت: فرضیه پژوهش مبنی بر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر دلزدگی تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اثر گذار است، تأیید می شود.



### نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی، کمال گرایی و دلزدگی تحصیلی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی صورت گرفت. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی، کمال گرایی و دلزدگی تحصیلی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اثر گذار است. نتایج فرضیه فوق با پژوهش دهقان (۱۴۰۰)، زرقومی (۱۴۰۲) همسو است. در تبیین فرضیه فوق می توان گفت درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند تأثیر بسیار چشمگیری بر باورهای فراشناختی، کمال گرایی و دلزدگی تحصیلی در دانشجویان داشته باشد. این رویکرد درمانی به دانشجویان کمک می کند تا با افکار، احساسات و تجربیات درونی خود، به صورت غیرقضاوتی و پذیرشی برخورد کنند. از طریق آموزش مهارت های ذهن آگاهی، دانشجویان یاد می گیرند که در لحظه حاضر زندگی کنند، به جای اینکه به طور مداوم درگیر نگرانی های آینده یا پشیمانی های گذشته باشند. این رویکرد به دانشجویان کمک می کند تا باورهای فراشناختی ناکارآمد خود را شناسایی و اصلاح کنند. بسیاری از دانشجویان دارای باورهای غیرواقع بینانه و منفی در مورد افکار و توانایی های شناختی خود هستند که موجب اضطراب، افسردگی و کمال گرایی می شود. با آموزش ذهن آگاهی، دانشجویان یاد می گیرند که افکار را به عنوان لحظه ای عابر تلقی کرده و در مقابل آنها واکنش منفی نداشته باشند. همچنین، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به دانشجویان کمک می کند تا سطح کمال گرایی خود را به میزان واقع بینانه تری کاهش دهند. کمال گرایی افراطی اغلب منجر به احساس شکست، سرخوردگی و دلزدگی تحصیلی در دانشجویان می شود. آموزش ذهن آگاهی به دانشجویان کمک می کند تا بپذیرند که نمی توانند همیشه بهترین باشند و اشتباهات جزئی از فرایند یادگیری هستند. در نهایت، این رویکرد درمانی به دانشجویان کمک می کند تا احساس دلزدگی و فرسودگی تحصیلی را مدیریت کرده و پذیرش بیشتری نسبت به چالش های تحصیلی داشته باشند. از طریق ذهن آگاهی، دانشجویان می آموزند که لحظه به لحظه زندگی کرده و به جای اینکه خود را با نتایج و پیامدهای آینده درگیر کنند، به تجربه حال حاضر بپردازند. در مجموع، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند تأثیر بسیار سودمندی بر بهبود باورهای فراشناختی، کاهش کمال گرایی و مدیریت دلزدگی تحصیلی در دانشجویان داشته باشد و در نهایت به بهبود عملکرد تحصیلی و کیفیت زندگی آنان منجر شود.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اثر گذار است. طبق این یافته ها با نتایج پژوهش دهقان (۱۴۰۰) و حسین زاده (۱۴۰۲) همسو می باشد. در تبیین فرضیه فوق می توان گفت بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی دانشجویان به صورت طولانی مدت نشان داده است که این روش درمانی می تواند تغییرات مثبتی را در باورهای فراشناختی این افراد ایجاد کند. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به دانشجویان کمک می کند تا افکار را به عنوان لحظه ای از تجربه ببینند و نه چیزی که باید کنترل شوند. این امر باعث میشود آنها باورهای منفی خود را درباره افکار تغییر دهند و به جای اینکه افکار را نشانه ضعف خود بدانند، آنها را با پذیرش و بدون قضاوت مشاهده کنند. همچنین، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به دانشجویان کمک می کند تا از "فکر درباره فکر" کمتر استفاده کنند و نگرانی خود را درباره افکار کاهش دهند. این تغییرات در باورهای فراشناختی در طول زمان منجر به بهبود علائم اختلالات روانی در این افراد میشود. بنابراین، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یک روش درمانی مؤثر برای بهبود باورهای فراشناختی و در نتیجه کاهش مشکلات روانی در دانشجویان شناخته شده است. این روش درمانی می تواند تأثیر مثبتی بر باورهای فراشناختی دانشجویان داشته باشد.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کمال گرایی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اثر گذار است. طبق نتایج این یافته ها با نتایج فرضیه فوق با پژوهش حسین زاده (۱۴۰۲) همسو بودند. در تبیین فرضیه فوق می توان گفت بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کمال گرایی دانشجویان نشان می دهد که این روش درمانی می تواند به طور مؤثری در کاهش سطح کمال گرایی در این افراد نقش داشته باشد. کمال گرایی، به عنوان یک ویژگی شخصیتی که با تعیین استانداردهای غیرواقعی و معیارهای سرسختانه برای خود همراه است، می تواند موجب ایجاد فشار روانی و اختلالات متعددی در دانشجویان شود. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به دانشجویان کمک می کند تا به جای تمرکز بر نتایج و ارزیابی خود بر اساس معیارهای سخت گیرانه، بر فرایند حال حاضر تمرکز کنند و با پذیرش و همدلی بیشتر با خود، استانداردهای غیرواقعی را کاهش دهند. این رویکرد ذهن آگاهانه باعث می شود دانشجویان کمال گرا افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کرده و به جای تأکید بر نواقص، به نقاط قوت خود توجه کنند. در طول زمان، این تغییر دیدگاه و نگرش به خود، منجر به کاهش سطح کمال گرایی و بهبود سلامت روان در این افراد می شود. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یک روش درمانی مؤثر در کاهش سطح کمال گرایی دانشجویان شناخته شده است. این رویکرد با تمرکز بر پذیرش، همدلی و توجه به لحظه حال، می تواند به طور چشمگیری در بهبود سطح کمال گرایی و سلامت روانی دانشجویان کمک کند.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر دلزدگی تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اثر گذار است. طبق این یافته ها با نتایج تحقیق بدست آمده از تحقیق بنیسی (۱۴۰۲) و موسوی و همکاران (۱۴۰۲) همسو می باشد. در تبیین فرضیه فوق می توان گفت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یک رویکرد درمانی مؤثر، می تواند تأثیر قابل توجهی بر کاهش دلزدگی تحصیلی در دانشجویان داشته باشد. دلزدگی تحصیلی، به حالتی از خستگی، بی انگیزگی و بی اهمیت انگاشتن کارهای تحصیلی اشاره دارد که می تواند بر

عملکرد و پیشرفت تحصیلی دانشجویان تأثیر منفی بگذارد. این وضعیت ناخوشایند، ناشی از عوامل مختلفی مانند فشارهای تحصیلی، اضطراب، استرس و احساس ناکارآمدی است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با تأکید بر افزایش آگاهی لحظه به لحظه، پذیرش و خودشفقت‌ورزی، به دانشجویان کمک می‌کند تا به جای تمرکز بر افکار منفی و احساسات ناخوشایند، با حضور ذهن و توجه کامل به لحظه حال، به مدیریت این عوامل مؤثر بر دلزدگی تحصیلی بپردازند. این رویکرد درمانی، دانشجویان را قادر می‌سازد تا با تغییر نگرش و پذیرش تجربیات خود، از الگوهای ناکارآمد فکری و رفتاری رهایی یابند. به عبارت دیگر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به دانشجویان کمک می‌کند تا به جای اجتناب از مشکلات، با آنها روبرو شوند و با بهره‌گیری از راهبردهای ذهن آگاهانه، این مشکلات را به شیوه‌ای مؤثرتر مدیریت کنند. به کارگیری درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در میان دانشجویان منجر به کاهش چشمگیر سطح دلزدگی تحصیلی، افزایش انگیزه و بهبود عملکرد تحصیلی می‌شود. این رویکرد درمانی با تقویت توانایی‌های ذهن آگاهانه دانشجویان، به طور مؤثری در غلبه بر دلزدگی تحصیلی و ارتقای سلامت روان آنان نقش ایفا می‌کند. با انجام هر پژوهش، راه به سوی پژوهش‌های بعدی باز می‌شود و لزوم انجام پژوهش‌های بیشتری احساس می‌گردد بنابراین پیشنهادات زیر برای انجام پژوهش توسط سایر محققان پیشنهاد گردید:

الف: پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های آتی در این زمینه به صورت تحقیقات همبستگی و به صورت مدلیابی معادلات ساختاری انجام شود. متغیرهای میانجی مانند هویت اخلاقی، عملکرد تحصیلی، پیشرفت تحصیلی مورد مطالعه قرار گیرد.

ب: متغیرهای مداخله‌گری چون تأثیر شرایط اجتماعی، اقتصادی، هوش هیجانی و اجتماعی افراد نیز لحاظ شود.

پ: پیشنهاد می‌گردد پژوهش بعدی با دانشجویان رشته‌های دیگر نمونه برداری شود.

ف: پیشنهاد می‌شود برای فهم دقیق‌تر متغیرهای مربوطه، به جای پرسشنامه از روش‌های دیگر مانند مصاحبه و ... استفاده شود.

ت: پیشنهاد می‌شود با تکرار پس از ۶ ماه میزان اثرگذاری و ماندگاری درمان بررسی شود.

ث: پیشنهاد می‌شود نتایج این تحقیق با طرحواره درمانی گروهی در تحقیقات مشابه مورد مقایسه قرار گیرد.

این پژوهش تنها بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی انجام شده است. بنابراین، تعمیم‌پذیری نتایج به سایر جمعیت‌های دانشجویی دیگر دانشگاه‌ها ممکن است با محدودیت مواجه باشد. برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، انجام پژوهش‌های مشابه در سایر دانشگاه‌ها و با نمونه‌های متنوع‌تر ضروری است. این پژوهش از طرح نیمه‌تجربی با گروه‌های آزمایش و کنترل استفاده کرده است. اگرچه این طرح، امکان بررسی اثربخشی مداخله را فراهم می‌کند، اما به دلیل عدم تصادفی‌سازی کامل و کنترل برخی متغیرهای مداخله‌گر، امکان استنباط علی‌وجودی از نتایج محدود است. انجام پژوهش‌های آینده با طرح‌های پژوهشی قوی‌تر مانند مطالعات تجربی تصادفی شده می‌تواند در این زمینه مفید باشد. در این پژوهش جمع‌آوری اطلاعات به وسیله پرسشنامه صورت پذیرفته است و پاسخ‌ها بر اساس خود گزارش دهی ارزیابی شده و پاسخ‌های داده شده به صداقت فرد و ارزیابی از خود وابسته است؛ از آنجاکه این روش ذاتاً دارای محدودیت‌هایی همچون حواسپرتی، بی‌دقتی، خطای قضاوتی، تعبیر نادرست دستورالعمل است، این امر می‌تواند در نتایج پژوهش اثرگذار باشد.

## منابع

بنیسی، پریناز. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش مدیریت استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر انگیزش پیشرفت و رضایت آموزشی از دانشگاه در دانشجویان پزشکی.

حسین زاده، قادر. (۱۴۰۲). نقش باورهای فراشناختی و کمال گرایی (مثبت و منفی) در پیش بینی بهزیستی تحصیلی در دانش آموزان پسر مقطع متوسطه اول شهر مهاباد. مقاله کنفرانسی سی وی لیکا.

دلاورپور، محمدآقا و حسین چاری، مسعود. (۱۳۹۷). تبیین دلزدگی تحصیلی دانش آموزان با توجه به ادراک از محیط یادگیری و میانجی‌گری ارزش تکلیف. مجله مطالعات آموزش و یادگیری.

دهقان منشادی، منصور، دیبازر، سارا، حیدری، یاسر، کلانترزاده، فهیمه. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش استرس و کمال گرایی دانش آموزان دختر مدارس نمونه دولتی دوره دوم متوسطه شهر یزد. ماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد.

موسوی، خدیجه، حیدری، شعبان، عمادیان، سیده علیا. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر خردمندی و پایستگی تحصیلی دانشجویان دختر دانشگاه فرهنگیان آمل. فصل‌نامه پژوهش‌های برنامه‌ریزی درسی و آموزشی.

نصیرزاده، سمیه و نرگسیان، جواد. (۱۳۹۸). بررسی تأثیر باورهای فراشناختی بر بهزیستی تحصیلی با میانجی‌گری کمال گرایی دانش آموزان. مجله روانشناسی مدرسه.

- Adam W. Hanley, Michael de Vibe, Ida Solhaug, Kwynn Gonzalez-Pons, Eric L. Garland. (2022). Mindfulness training reduces neuroticism over a 6-year longitudinal randomized control trial in Norwegian medical and psychology students. *Journal of Research in Personality*, Volume 82, October 2019, Article 103859
- Kabat \_ zinn, J. (2005). Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness
- Kabat-Zinn, J. (2013) Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. V 10, 144-156
- Pekrun, R, Goetz, T, Daniels, L. M., Stupnsky, R.H., & Perry, R.P.(2004). Boredom in achievement settings: exploring controvalue antecedents and performance outcomes of a neglected emotion.
- Stober, J., Kempe, T., & Keogh, E. J. (2008). Facts of self-oriented and socially prescribed perfectionism and feelings of pride, shame, and guilt following success and failure.
- Terry-Short, L. A., Ownes, R. G., Slade, P. D., & Dewey, M. E.(1995). Positive and negative perctionism to academic adjustment.
- Vogel-Walcutt, J. J. Fiorella, L., Carper, T., & Schatz, S. (2012). The Definition,
- Zhang, Y., Rosen, S. & Chen, M. (2020). Students' perception of classroom environment in China and its relationship to creativity of students who have visual impairments. *J Dev Phys Disabil*, 21 (2): 16-25.
- Claus, N., Miegel, F., Jelinek, L., Landmann, S., Moritz, S., Külz, A. K., ... & Cludius, B. (2023). Perfectionism as possible predictor for treatment success in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Metacognitive Training as third-wave treatments for obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 47(3), 439-453.