

## تحلیل رابطه خوش‌بینی با امید به زندگی و شادکامی کارکنان

### *Analyzing the relationship between optimism and life expectancy and employee happiness*

Maryam Taghvaei Yazdi (**corresponding Author**)  
Associate Professor, Department of Educational  
Management, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari,  
Iran

Email: M\_taghvaeeyazdi@yahoo.com

#### **Maryam Taghvaei Yazdi**

Associate Professor, Department of Educational  
Management, Islamic Azad University, Sari Branch,  
Mazandaran, Iran

#### **Manzar Sadeghi**

PhD in Educational Management, Department of  
Educational Management, Sari Branch, Islamic Azad  
University, Sari, Iran

مریم تقوایی یزدی (نویسنده مسئول)

دانشیار، گروه مدیریت آموزشی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری،

ایران

Email : M\_taghvaeeyazdi@yahoo.com

منظر صادقی

دکتری مدیریت آموزشی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

#### چکیده

**هدف:** این پژوهش به بررسی رابطه خوش‌بینی با امید به زندگی و شادکامی کارکنان آموزش و پرورش منطقه یک ساری پرداخت. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نظر ماهیت توصیفی و از نظر روش همبستگی است. روش: جامعه آماری این پژوهش را کلیه کارکنان زن و مرد شاغل در آموزش و پرورش منطقه یک ساری به تعداد ۱۸۰ نفر تشکیل دادند. نمونه آماری بر اساس جدول کرجسی و مورگان به تعداد ۱۱۸ نفر تعیین گردید که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای بر حسب جنسیت ۳۱ زن و ۸۷ مرد انتخاب شدند. روایی محتوایی پرسشنامه‌ها مورد تایید اساتید و کارشناسان گروه روانشناسی دانشگاه نیز قرار گرفت و پایایی آنها با استفاده از روش آلفای کرونباخ بیش از ۰٫۷ بدست آمد. در بخش توصیفی از جداول و نمودارهای توزیع فراوانی و درصدی؛ شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی شامل میانگین، انحراف استاندارد، خطای استاندارد از میانگین، واریانس، چولگی و کشیدگی و در بخش استنباطی از آزمون‌های نرمالیت (کولموگوروف اسمیرنوف؛ شاپیرو ویلک)، آزمون پارامتریک همبستگی پیرسون، آزمون همگنی واریانس‌ها (لون)، آزمون T گروه‌های مستقل استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج یافته‌ها نشان داد که بین خوش‌بینی با امید به زندگی و شادکامی کارکنان آموزش و پرورش منطقه یک ساری رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** شادمانی روابط اجتماعی را تسهیل کرده، مشارکت سیاسی - اجتماعی را رونق می‌بخشد، موجبات حفظ سلامت عاطفی، روانی، جسمی و امیدواری را فراهم می‌کند. شادکامی یک جامعه شاخص خوبی از توزیع منابع اقتصادی و شرایط محیطی و سیاسی آن کشور است. **کلمات کلیدی:** خوش‌بینی، امید به زندگی، شادکامی.

#### Abstract

**Aim:** This study examined the relationship of goodness and life expectancy and happiness of one Sari region's education staff. The present study is descriptive in nature and in terms of correlation. **Method:** The statistical population of this study consisted of all men and women employed in the Sari area of 180. The sample was determined by 118 people based on the Karaji and Morgan table, which were selected by the gender of 31 women and 87 men. The content validity of the questionnaires was also approved by professors and experts of the University Psychology Department, and their reliability was more than 0.7 using Cronbach's alpha method. In a descriptive sector of transcription tables and charts; Central and Distribution Indicators including average, standard deviation, standard error of mean, variance, zebra and tensile and in the inferential sector of normal testing tests (Colmogorov Smirnov; Shapiro Wilk), Parametric Test of Pearson Correlation, Homaging Test (Leon), T -test of independent groups was used. **Results:** The results showed that there is a positive and significant relationship between goodness and the happiness of the region's education staff. **Conclusion:** Happiness facilitates social relations, boosts political-social participation, provides maintaining emotional, mental, physical, and hopeful health. Happiness of a society is a good indicator of the distribution of economic resources and its environmental and political conditions.

**Keywords:** Wisdom, life expectancy, happiness.

## مقدمه

مهمترین عامل اثربخشی هر سازمانی منابع انسانی است که به صورت اثربخش در عوامل حیاتی سازمان یعنی کاهش هزینه و افزایش عملکرد نقش اساسی دارد. منابع انسانی در یک سازمان آن نوع منابعی است که دارای توانایی تصمیم‌گیری و توانایی ایجاد نوآوری است که از عوامل اساسی برای ارتقای سازمان هستند. از این رو اخیراً توجه به منابع انسانی و عوامل رشد آن در سازمان‌ها توسعه یافته است. در این میان رضایت شغلی کارکنان نقش اساسی در تعیین عملکرد کلی سازمان دارد (سانجیوانی، اوپاتا، دسیانایک، ۲۰۲۰). از این نظر شادکامی کارکنان به عنوان مهمترین سازه مطرح در حوزه روانشناسی مثبت‌گرا نقش بسزایی در تعیین رضایت شغلی کارکنان دارد (اوپاتا، ۲۰۱۹). یکی از ویژگی‌های شخصی مرتبط با شادکامی، خوش‌بینی است که ریشه در مدل خودتنظیمی رفتاری به عنوان گرایش به باور مفهوم سازی شده است که فرد به طور کلی نتایج خوب در مقابل بد را در آن تجربه خواهد کرد. اگر مردم به نتیجه مطلوب اعتقاد داشته باشند، اعتماد به نفس لازم برای حفظ تلاش برای رسیدن به اهدافشان حتی در صورت مواجهه با موانع را دارند. نتایج مطالعات نشان داده است خوش‌بینی، بهزیستی ذهنی، امید به زندگی و سلامت جسم و روان و در نهایت شادکامی را در پی دارد (دمیرتاس، ۲۰۲۰). خوش‌بینی به عنوان یک ویژگی شخصیتی نسبتاً پایدار نشان‌دهنده خلق مثبت و نگرشی است که با انتظار وقوع رخداد‌های خوب و مثبت همراه می‌باشد (رامسوینکل، کونینگ، هاجک، ۲۰۱۸). افراد خوش‌بین به علت اینکه هدف‌های خود را دست‌یافتنی می‌پندارند و از راهبردهای حل مسئله بطور مناسبی استفاده می‌کنند از خود تلاش بیشتری نشان می‌دهند و بیشتر به نتایج و پیامدهای مثبت دست می‌یابند (لیندبلام، لیندبلام، واپلر، ۲۰۲۰). چنین افرادی برخلاف افراد بدبین معمولاً دارای رضایت از زندگی بیشتر و مشکلات روان‌شناختی و تنش‌های کمتری هستند و معتقدند که می‌توانند رویدادهای تنش‌زا و مصیبت‌بار را تحمل و پشت سر بگذارند (سیمون، ۲۰۱۸). در واقع خوش‌بینی به معنای نگاه کردن به جنبه‌ی روشن امور حتی در شرایط مصیبت‌بار است. افراد خوش‌بین درگیر عادات مطلوب سلامت می‌شوند و به این نحو در مقابل استرس سازگاری بیشتری دارند در نتیجه اضطراب کمتری هم تجربه خواهند کرد (بوچارد، کاور، منس، اسپیر، ۲۰۱۷). خوش‌بینی جهت‌مند پیش‌بینی‌کننده عملکرد عاطفی، عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی بهتر است. افراد خوش‌بین با سبک اسنادی درونی و مثبت، شرایط را تحت کنترل خود ادراک می‌کنند و افکار بدبینانه که یکی از عوامل اصلی ایجاد اضطراب هستند را کمتر به ذهن خود راه می‌دهند. این افراد با استفاده از روش‌های سازگارانه ترروپارویی با مشکلات و داشتن امید به خارج شدن از بحران، تنش‌های زندگی را کاهش می‌دهند و در نتیجه اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند (به نقل از عینی، عبادی، ترابی، ۱۳۹۹). یکی دیگر از روش‌هایی که برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی وجود دارد آموزش مثبت‌نگری است (بکر، بارس، اسمیت، بیسل، لیندمیر، رینک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). این روش آموزشی به دنبال رشد و شکوفایی استعدادها و ارتقای سلامت و کیفیت زندگی از طریق ایجاد انگیزه، داشتن نگاهی مثبت، شناخت و ارزیابی خود و بکارگیری توانایی‌هاست (بیرانوند، کرامتی مقدم، صابونچی، ۱۳۹۸). آموزش مثبت‌نگری از طریق بهبود هیجان‌ها، افکار و رفتارهای مثبت و رضای نیازهای اساسی روان‌شناختی خودمختاری، ارتباط، عشق و تعلق خاطر باعث افزایش شادکامی، امید و بهزیستی

<sup>1</sup> Becker ES, Barth A, Smits JAJ, Beisel S, Lindenmeyer J, Rinck

روان شناختی می‌شود. پس این روش به افراد کمک می‌کند تا توانمندی‌ها و شایستگی‌های خود را بشناسند و پرورش دهند تا به سلامت و شادکامی دست یابند (بکت، ۲۰۱۷). در آموزش مثبت نگری افراد تشویق می‌شوند تا تجربه‌های مثبت و خوب را بازشناسای کنند و نقش آنها را در افزایش و ارتقای احترام به خود و حرمت نفس کشف کنند. علاوه بر آن، افراد با آموزش مثبت‌نگری یاد می‌گیرند که در برابر مشکلات و چالش‌ها تسلیم نشوند و همواره با تلاش و پشتکار و استفاده از راهکارهای مناسب بر آنها فائق آیند. همچنین، افراد با تفکر مثبت از زندگی و کار خود لذت بیشتری می‌برند، معمولاً سالمتر هستند و روابط مناسبی با دیگران برقرار می‌کنند. چنین افرادی نگاه مثبت و خوشبینانه‌ای به زندگی دارند و به جای اینکه افسوس گذشته را بخورند با رضایت به آن می‌نگرند و به جای شک و تردید درباره زندگی، با شور و شعف به آنها می‌نگرند. بنابراین، آموزش مثبت‌نگری به افراد کمک می‌کند تا با تمرکز بر قابلیت‌ها و جنبه‌های مثبت خود، درک واقع‌بینانه و مثبتی از کارآمدی خود داشته باشند و این آموزش‌ها می‌تواند از طریق شناسایی و افزایش رفتارها و تجربه‌های مثبت باعث افزایش خوش‌بینی شود. این شیوه به افراد می‌آموزد تا در جهان موضعی فعال اتخاذ کنند و زندگی خود را به طور شخصی شکل دهند، نه اینکه هر آنچه بر سرشان می‌آید به گونه‌ای منفعل بپذیرند. همچنین، این شیوه افراد را قادر می‌سازد تا ارتباط میان افکار، احساس‌ها و رفتارهای خود را درک کنند که این عوامل می‌توانند از طریق افزایش سلامت و کیفیت زندگی باعث ارتقای امید به زندگی شوند (بکت، ۲۰۱۷). امید به زندگی به عنوان یک میل شدید توصیف شده است که به طور فعال توسط فرد پیگیری می‌شود. به عبارتی، بر اساس نظریه امید به زندگی اشنايدر، امید به عنوان یک الگوی فکری عمدتاً شناختی و هدفمند تعریف شده است که در آن افراد برای رسیدن به اهداف خود مسیرهای مختلفی را طی می‌کنند و برای پیروی از این مسیرها با انگیزه باقی می‌مانند و در صورت لزوم فعالانه به دنبال مسیرهای جایگزین برای این اهداف می‌گردند (پلگینگ، بورگر و وان اکسل، ۲۰۲۰). بر اساس نظریه ریف، بهزیستی روانشناختی به عنوان داشتن هدف در زندگی (دارا بودن اهدافی مشخص در زندگی)، تسلط محیطی (استفاده مؤثر از فرصت‌ها، ایجاد زمینه‌های متناسب با نیازها و ارزش‌های شخصی)، رشد فردی (رشد و احساس خودشکوفایی در خود)، پذیرش خود (پذیرفتن جنبه‌های خوب و بد زندگی خود)، استقلال (خودتعیین‌گری، خودمختاری و پایداری در برابر فشارهای اجتماعی) و در نهایت بهزیستی به عنوان رابطه مثبت با دیگران (روابط گرم، رضایت بخش و قابل اعتماد با دیگران و همدلی آنها) تعریف شده است (هولت‌مات، سک، لیسنبرگ، سوپیرز، وردانک، ۲۰۱۹). امید به زندگی یک نیروی انگیزشی پویا است که به افراد توانایی پیگیری فعالیت‌های روزانه و انگیزه کافی برای آن را می‌دهد (پینو، پاری، ۲۰۱۹). این سازه نشان‌دهنده فرایندی است که طی آن فرد ضمن داشتن احساس موفقیت و انرژی اهداف خود را تعیین، راهکارهایی برای رسیدن به آنها شناسایی یا خلق و به خود برای اجرای راهکارها جهت دستیابی به اهداف انگیزه می‌دهد (ان‌جی، شاو، پیترز، ۲۰۱۸). امید به زندگی به عنوان یکی از منابع مقابله‌ای در سازگاری با مشکلات و حل چالش‌ها نقش مؤثری دارد. روانشناسان مثبت‌گرا رابطه مثبتی بین امید به زندگی و شادکامی بیان می‌کنند به طوری که شادکامی امید به زندگی را در افراد پیش‌بینی می‌کند. بدری و همکاران (۲۰۲۲)، شادکامی را به عنوان یکی از معیارهای متداول بهزیستی ذهنی، منعکس کننده درجه

ای می‌دانند که یک فرد درک می‌کند که آرزویش برآورده شده است و از آنجایی که شادی به هر دو مؤلفه شناختی و عاطفی بستگی دارد، هر دو، سلامت روان را منعکس می‌کند. ایوا، نیومن، جینگ، براوور<sup>۱</sup> (۲۰۲۱)، در تحقیق خود در مورد خوش بینی شغلی، جنبه‌های روانی مانند عواطف، جنبه‌های شخصیتی، اهداف، انگیزه، عناصر اجتماعی را به عنوان متغیرهای خوش بینی کارکنان در نظر گرفتند. سوانس، جادوریکا<sup>۲</sup> (۲۰۲۱)، در تحقیق خود به بررسی رابطه بین شادکامی کارکنان و رضایت شغلی در میان کارکنان دانشگاه دولتی منتخب در سریلانکا پرداختند. یافته‌ها نشان داد بین شادکامی کارکنان و رضایت شغلی آنها رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و همچنین نشان داد که میزان شادی کارکنان می‌تواند رضایت شغلی را بهبود بخشد. دریافته‌های مطالعات بتاینه<sup>۳</sup> (۲۰۱۹)، بیان شده است که شادکامی ابزاری است که می‌تواند بهبود در کیفیت شخصی و عملکرد کارکنان را به حداکثر برساند. به این ترتیب که شادی بالا در محل کار می‌تواند انگیزه کاری را افزایش دهد و همین امر بر بهبود عملکرد کارکنان تأثیر دارد. دیئر<sup>۴</sup> (۲۰۲۱) نشان داد که برجسته‌ترین ویژگی ۱۰ درصد از شادترین دانشجویان دانشگاه ایلینویز، ارتباطات موثر و قوی با دوستان و خانواده و جامعه بود. دیئر نتیجه گرفت که برای افزایش میزان شادی باید روی مهارت‌های اجتماعی متمرکز شد. آدلر و فالگی<sup>۵</sup> (۲۰۲۰) معتقدند که سپاسگزار بودن، شادکامی و رضایت از زندگی را افزایش می‌دهد. همچنین اظهار قدردانی و سپاسگزاری نسبت به دیگران، پیوندهای اجتماعی را استوار می‌کند. آن‌ها دریافتند که سپاسگزاری با رضایت از زندگی، عاطفه‌ی مثبت و عاطفه‌ی منفی رابطه دارد. حتی بعد از اینکه اثرات خوش بینی، معنویت و خودآگاهی هیجانی، کنترل شد، سپاسگزاری با رضایت از زندگی و عاطفه‌ی مثبت رابطه‌ی معنی‌داری داشت. همچنین سوپروبا، بورداس، لئورنت<sup>۶</sup> (۲۰۲۰)، دمیرتاس (۲۰۲۰)، مپامیرینگ، پرترا<sup>۷</sup> (۲۰۲۱)، ورا، پاوز، سیلوا<sup>۸</sup> (۲۰۱۲)، آلفارو<sup>۹</sup> (۲۰۱۶)، در مطالعات خود بیان داشتند که بین خوش بینی و بهزیستی روانی و جسمانی رابطه وجود دارد و استدلال می‌کنند که افراد خوش‌بین کمتر مستعد استرس، خستگی و بدبینی هستند و همچنین با مشکلات بهتر کنار می‌آیند و کمتر بیمار می‌شوند. و نیز انعطاف‌پذیری شناختی و سازگاری، نشان‌دهنده ارتباط مثبت و معنادار میان خوش بینی و شادکامی است. و بهزیستی ذهنی که مجموعه‌ای از عواطف مثبت و منفی را شامل می‌شود به رضایت و امید به زندگی منتهی می‌شود. کاوه فارسانی، کاوه و قدرتی جابلو (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای با عنوان رابطه باورهای لذت‌بری و خوش‌بینی با شادکامی فاعلی در سالمندان: نقش میانجی رضایت از زندگی، نتایج رابطه مثبت و معنادار بین خوش‌بینی، رضایت از زندگی و باورهای لذت‌بری با شادکامی فاعلی را نشان دادند. همچنین اثر غیرمستقیم باورهای لذت‌بری و خوش‌بینی از طریق رضایت از زندگی بر شادکامی فاعلی مورد تأیید قرار گرفت. شاملی؛ متقی دستنایی، حسین جانی (۱۳۹۹) در تحقیق تحت عنوان تعیین ارتباط شکنندگی باورهای شادی و شادمانی تجربه‌شده با نقش تعدیل‌کنندگی خوش‌بینی، نتایج حاصل از تحلیل

<sup>1</sup> Eva, N., Newman, A., Jiang, Z., & Brouwer, M

<sup>2</sup> Thevanes, N. Jathurika, M.

<sup>3</sup> Bataineh

<sup>4</sup> Diener

<sup>5</sup> Adler and Falgi

<sup>6</sup> Supervía, p., Bordás, C., Lorente, V

<sup>7</sup> Mappamiring & PUTRA

<sup>8</sup> Vera-Villarroel, P.; Pávez, P.; Silva, J

<sup>9</sup> Alfaro

رگرسیون نشان داد که شکنندگی باورهای شادی رابطه منفی معنی داری با شادمانی تجربه شده دارد. علاوه بر این، خوش-بینی توانست رابطه میان این متغیرها را تعدیل کند. به عبارت دیگر، خوش بینی رابطه‌ی شکنندگی باورهای شادی را بر شادمانی تجربه شده کاهش داد. فرهادیان و مرادی (۱۳۹۹) در مطالعه‌ی با عنوان تعیین سهم هر یک از متغیرهای سلامت معنوی، خوش بینی و بخشش در پیش بینی بهزیستی روان شناختی دانشجویان دانشگاه پیام نور مرکز دولت آباد، یافته‌ها نشان داد که میانگین بهزیستی روان شناختی دانشجویان ۶۶/۵۱ است. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نیز نشان داد که سلامت معنوی به طور معناداری بهزیستی روان شناختی دانشجویان را پیش بینی می کند، اما افزودن هریک از متغیرهای خوش بینی و بخشش به متغیر سلامت معنوی باعث افزایش معناداری قدرت پیش بینی بهزیستی روان شناختی دانشجویان نمی شود. نتایج آزمون فرضیه‌های فرعی نیز نشان داد که نمرات بهزیستی روان شناختی با سلامت معنوی، خوش بینی و بخشش دانشجویان رابطه دارد. محمدی، شیخانی، و امینی، (۱۳۹۹) در پژوهشی با عنوان بررسی نقش خوش بینی در محیط کار با سلامت روان شناختی کارکنان بانک رفاه استان بوشهر، نتایج نشان داد بین خوش بینی با سلامت روان شناختی رابطه منفی و معنادار وجود داشت. همچنین امید ۸/۱۹ درصد واریانس سلامت روان شناختی کارکنان را تبیین نمود. بنابراین با توجه به بررسی متغیرهای خوش بینی، امید به زندگی و شادکامی<sup>۱</sup> و با توجه به کمبود مطالعاتی که به طور مشترک به این متغیرها در این زمینه پرداخته اند، پژوهش حاضر در نظر دارد، به بررسی رابطه خوش بینی بر امید به زندگی و شادکامی کارکنان آموزش و پرورش منطقه یک ساری بپردازد. با توجه به جنبه های روانشناسی مثبت گرا، این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال اساسی است که آیا بین خوش بینی با امید به زندگی و شادکامی کارکنان آموزش و پرورش منطقه یک ساری رابطه معنی داری وجود دارد؟

### روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نظر ماهیت توصیفی، و از نظر روش همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه کارکنان زن و مرد شاغل در آموزش و پرورش منطقه یک ساری به تعداد ۱۸۰ نفر تشکیل می دهد. نمونه آماری بر اساس جدول کرجسی و مورگان به تعداد ۱۱۸ نفر تعیین گردید که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای بر حسب جنسیت ۳۱ زن و ۸۷ مرد انتخاب شدند. در جمع آوری اطلاعات به دلیل ناقص بودن دو پرسشنامه، دو نفر از مردان حذف گردیدند. در این پژوهش از سه پرسشنامه استاندارد استفاده شد. برای انجام پژوهش حاضر، پنج گام در نظر گرفته شد: آماده سازی ابزار پژوهش: در این مرحله، پس از انتخاب ابزارها، نسخه های حاضر هر یک از آنها در پژوهش های مربوطه مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین ویژگی های روانسنجی هر یک از آنها مورد بررسی قرار گرفت. اجرای ابزارهای پژوهش در نمونه ی مورد نظر و جمع آوری داده ها: بسته ی ابزارهای سنجش (پرسشنامه های خوش بینی، امید به زندگی و شادکامی)، به همراه توضیحات مختصری برای معرفی طرح پژوهش و نحوه ی استفاده از داده ها در راستای رعایت کدهای اخلاقی، توسط خود پژوهشگر در اختیار آزمودنی ها قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها: داده های حاصل از اجرا جهت انجام تجزیه و تحلیل اولیه، وارد نرم افزار SPSS شدند و در نهایت مورد تحلیل قرار گرفتند. نتیجه گیری از تجزیه و تحلیل ها و تأیید یا رد فرضیه ها و ارائه پیشنهادها.

## ابزار

پرسشنامه خوش‌بینی (LOT<sup>۱</sup>) شیپر و کارور (۱۹۹۴): شیوه نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه ای بوده که در جدول زیر گزینه ها و نیز امتیاز مربوط به هر گزینه ارائه شده است :

۱	کاملاً مخالفم
۲	مخالفم
۳	نظری ندارم
۴	موافقم
۵	کاملاً موافقم

پژوهش های مکرر نشان داده اند که خوش بینی و بدبینی سرشتی (هم پرسشنامه LOT و هم پرسشنامه R - LOT) با طیف گسترده ای از سازه های مرتبط مانند عزت نفس، ناامیدی و روان آزرده خوایی (برای مثال: فانتانی و جونز، ۱۹۹۷، شیپر و کارور، ۱۹۸۵؛ شیپر و همکاران، ۱۹۹۴) رابطه دارند که این مطلب بیانگر اعتبار همگرایی این پرسشنامه است. به علاوه، تحلیل عاملی خوش بینی سرشتی و سازه های مرتبط با آن نشان داده است که خوش بینی سرشتی یک عامل مستقل و مجزا است (شیپر و کارور، ۱۹۸۵، شیپر و همکاران، ۱۹۹۴)، که این مطلب نشان دهنده اعتبار افتراقی این سازه است. حسن شاهی (۱۳۸۱) ضریب آلفای کرونباخ را ۰.۷۴٪ و ضریب بازآزمایی را ۰.۶۵٪ به دست آورد. همچنین برای روایی از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شده است.

**پرسشنامه امید به زندگی شنایدر:** پرسشنامه امید به زندگی توسط شنایدر، هاریس، اندرسون، هولران، ایرونیک و همکاران (۱۹۹۱) تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۱۲ سوال بوده و هدف آن ارزیابی میزان امید به زندگی در افراد می باشد. شیوه نمره گذاری آن همانند آزمون خوش بینی است. اما این شیوه نمره گذاری در مورد سوالات شماره ۳، ۷ و ۱۱ معکوس شده و به صورت زیر در خواهد آمد. این پرسشنامه دو زیر مقیاس عامل و راهبرد را اندازه گیری می کند.

۵	کاملاً مخالفم
۴	مخالفم
۳	نظری ندارم
۲	موافقم
۱	کاملاً موافقم

برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات تک تک سوالات را با هم محاسبه نموده. امتیازات بالاتر، نشان دهنده امید به زندگی بیشتر در فرد پاسخ دهنده خواهد بود و برعکس. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط استادان رشته مدیریت و مطالعه آزمایشی دانشگاه مشهد و تربیت معلم مورد بررسی و تایید قرار گرفته است (کریمیان، ۱۳۹۱). برایانت و ونگروس (۲۰۰۱) همسانی درونی کل آزمون را ۰.۷۹۱ تا ۰.۷۱۱ بدست آورده اند.

**پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OH<sup>۲</sup>):** ارجیل و همکاران برای اندازه گیری شادکامی پرسشنامه ۲۹ ماده ای ساخته اند و با تحلیل عاملی نتایج آن ۷ عامل زیر را بدست داده است: شناخت مثبت، تعهد اجتماعی، خلق مثبت، احساس کنترل زندگی، سلامت جسمی، رضایت از خویشتن و هوشیاری روانی (کار، ۲۰۰۴، ترجمه پاشاشریفی و همکاران، ۱۳۸۵).

<sup>۱</sup> Life Orientation Test  
<sup>۲</sup> Oxford Happiness Inventory

این پرسشنامه شامل ۲۹ ماده می باشد که هر کدام دارای ۴ عبارت است که آزمودنی باید یکی از آنها را انتخاب کند. امتیاز هر ماده بین ۰ تا ۳ می باشد و حداقل امتیاز کلی ۰ و حداکثر آن ۸۷ می باشد (کار، ۲۰۰۴، ترجمه پاشاشریفی و همکاران، ۱۳۸۵). روش نمره گذاری پرسشنامه شادکامی آکسفورد به گونه ای است که بعد از اینکه هر فرد در هر ماده یکی از گزینه ها را انتخاب کرد امتیازات هر ماده را با هم جمع می کنیم تا امتیاز کلی بدست بیاید. **روایی:** آزمونی دارای روایی است که برای اندازه گیری آنچه مورد نظر است کافی و مناسب باشد. اگرچه پرسشنامه های سه گانه استاندارد می باشند؛ اما روایی محتوایی آزمون ها مورد بررسی و تایید اساتید و کارشناسان گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی ساری قرار گرفت. **پایایی:** هرگاه ابزار در شرایط و زمان های مختلف بکار برده شود و آزمودنی های یکسان دارای نمرات مشابهی باشند پایایی یک وسیله اندازه گیری است که به دقت نتایج حاصل اشاره می کند پایایی در واقع به دقت، اعتمادپذیری و ثبات و تکرارپذیری آزمون اشاره می کند (سیف، ۱۳۸۶: ۴۴۸). پرسشنامه های سه گانه استاندارد می باشند و پایایی آنها با توجه به منابع استناد شده بالای ۰,۷ می باشد. بطور مثال ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه خوش بینی نسخه تجدید نظر شده آزمون (LOT)، ۰,۷ است. پایایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در مطالعات مختلف از جمله آرچیل و لو (۱۹۹۸) ضریب آلفای ۹۰ درصد را با ۳۴۷ آزمودنی، فرانهایم و برونیک (۱۹۹۹) ضریب آلفای ۸۷ درصد را با ۱۰۱ آزمودنی ونوری (۱۳۸۱) با ۱۸۰ آزمودنی آلفای کرونباخ ۸۴ درصد را به دست آورده اند. در ایران علیپور ونور بالا (۱۳۸۷) با ۱۰۱ آزمودنی آلفای ۹۳ درصد را به دست آورده اند.

### یافته ها

در این پژوهش در ابتدا شاخص های توصیفی نمونه پژوهش بیان می شود. همچنین برای تجزیه و تحلیل اطلاعات به منظور بررسی فرضیه های مطرح شده از آزمون همگنی واریانس ها (لون) آزمون پارامتریک همبستگی پیرسون (با توجه به همگونی واریانس ها، بهنجار بودن جامعه و فاصله ای بودن متغیرها)، آزمون T گروه های مستقل استفاده شده است. بر اساس یافته های توصیفی نتایج زیر ارائه می شود: ۲۶,۷٪ اعضای نمونه آماری زن و ۷۳,۳٪ مرد هستند. بنابراین تعداد مردان تقریباً دو برابر زنان می باشند. از اعضای نمونه آماری ۱۱,۲٪ (۱۳ نفر) مجرد؛ ۸۵,۳٪ (۹۹ نفر) متأهل؛ ۲,۶٪ از همسر خود جدا شده؛ و ۰,۹٪ (۱ نفر) همسرش فوت شده است. ۱۳,۸٪ در سن ۲۵ تا ۳۰ سال؛ ۳۷,۹٪ در سن ۳۱ تا ۴۰ سال؛ ۳۸,۸٪ در سن ۴۱ تا ۵۰ سال؛ ۹,۵٪ در سن ۵۱ تا ۶۰ سال قرار دارند. ۳۱٪ اعضای نمونه آماری در مشاغل مدیریتی شامل: مدیر، معاون، مشاور، رئیس اداره، سرپرست، و کارشناس مسئول؛ و ۶۳٪ اعضای نمونه آماری کارشناس؛ و ۶٪ در سایر مشاغل اشتغال دارند. اعضای نمونه آماری ۶۶,۳٪ لیسانس، ۲۵٪ فوق لیسانس، ۵,۲٪ فوق دیپلم، ۲,۶٪ دیپلم می باشند. به عبارتی ۹۱٪ از اعضای نمونه آماری دارای مدرک لیسانس و فوق لیسانس؛ و یک نفر هم دارای مدرک دکتری می باشد. اعضای نمونه آماری ۱۹,۸٪ دارای تجربه کاری ۱ تا ۵ سال؛ ۴۷,۴٪ دارای تجربه کاری ۶ تا ۱۵ سال؛ و ۳۲,۸٪ دارای تجربه کاری بالاتر از ۱۶ سال سابقه کاری می باشند.

جدول ۱ توصیف آماری متغیرهای جمعیت شناختی

شاخص ها	جنسیت	تامل	سن	شغل	تحصیلات	سابقه کاری
میانگین	۱,۷۳	۱,۹۵	۲,۴۴	۶,۴۳	۳,۱۶	۲,۱۳
خطای استاندارد از میانگین	۰,۴۱	۰,۴۴	۰,۷۹	۱,۳۰	۰,۰۶۰	۰,۰۶۷

۰,۱۹۸	۰,۲۲۳	۰,۷۱۸	۱,۹۵۲	۰,۴۱۶	۰,۵۱۴
۰,۴۴۴	۰,۴۷۳	۰,۸۴۷	۱,۳۹۷	۰,۶۴۵	۰,۷۱۷
-۱,۰۶۶	۱,۳۴۱	-۰,۰۲۶	-۲,۶۰۱	-۰,۵۶۱	-۰,۱۹۶
۰,۲۲۵	۰,۲۲۵	۰,۲۲۵	۰,۲۲۵	۰,۲۲۵	۰,۲۲۵
-۰,۸۸۰	۸,۸۳۴	-۰,۵۹۲	۷,۰۹۳	۳,۳۲۹	-۱,۰۲۱
۰,۴۴۶	۰,۴۴۶	۰,۴۴۶	۰,۴۴۶	۰,۴۴۶	۰,۴۴۶

اطلاعات جدول ۱ شاخص های گرایش مرکزی (میانگین، خطای استاندارد از میانگین)؛ و شاخص های پراکنندگی (واریانس، انحراف استاندارد، کشیدگی و چولگی) هر یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی جنسیت، تاهل، سن، شغل، تحصیلات و سابقه کاری را توصیف می‌کند. همانطور که اطلاعات جدول نشان می‌دهد به غیر از متغیرهای تاهل، شغل و تحصیلات سایر متغیرها در بازه (۲، -۲) قرار دارند که بیانگر توزیع نرمال داده های جمعیت شناختی است. در حالت کلی چنانچه چولگی و کشیدگی در بازه (۲، -۲) نباشند داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار نیستند.

### آزمون بررسی نرمال بودن متغیرها

جدول ۲ آزمون های توزیع طبیعی داده ها

آزمون کالموگروف - اسمیرنوف		آزمون شاپیرو - ویلک		پرسشنامه
آماره	سطح معنی داری	آماره	سطح معنی داری	
۰,۱۵۵	۰,۱۰۱	۰,۹۶۷	۰,۲۱۵	خوش بینی
۰,۰۸۸	۰,۱۲۸	۰,۹۸۷	۰,۳۴۶	امید به زندگی
۰,۰۶۳	۰,۲۰۰	۰,۹۹۱	۰,۶۹۹	شادکامی

با توجه به اطلاعات جدول ۲ و مقادیر آزمون های کولموگروف- اسمیرنوف و شاپیرو- ویلک و با توجه به فرض های آماری مقدار سطح معنی داری ( $Sig$ ) بیشتر از آلفای ۵ صدم می باشد بنابراین فرضیه  $H_0$  تایید می شود و می توان گفت داده ها دارای توزیع نرمال هستند... با اطمینان ۹۵ درصد می توان ادعا نمود تمام متغیرهای پژوهش از توزیع طبیعی پیروی می کنند. برای تحلیل فرضیه های ۱ و ۲ و ۳ پژوهش که از نوع مطالعه همبستگی است، از آزمون پارامتریک همبستگی پیرسون برای بررسی نوع و شدت رابطه؛ و از آزمون  $t$  گروههای مستقل برای فرضیه های ۴ و ۵ و ۶ استفاده می گردد.

### فرضیه اول: خوش بینی با امید به زندگی کارکنان رابطه دارد.

جدول ۳ آزمون همبستگی خوش بینی با امید به زندگی

متغیرها		خوش بینی		امید به زندگی	
خوش بینی	همبستگی پیرسون	۱	۰,۵۲۹*		
	سطح معنی داری(دو دامنه)		۰,۰۲۳		
	تعداد	۱۱۶	۱۱۶		
امید به زندگی	همبستگی پیرسون	۰,۵۲۹*	۱		
	سطح معنی داری(دو دامنه)	۰,۰۲۳			
	تعداد	۱۱۶	۱۱۶		

با توجه به داده های جدول ۳ مقدار  $p$ -value در سطح خطای ۰/۰۵ معنی دار می باشد، چرا که سطح معنی داری بدست آمده برابر با ۰,۰۲۳ است. بنابراین با ۹۵ درصد اطمینان فرضیه پژوهش تایید می شود، نتیجه اینکه بین دو متغیر رابطه وجود دارد. با توجه به اینکه علامت ضریب همبستگی پیرسون مثبت می باشد، بنابراین رابطه بین دو متغیر مستقیم است که مقدار آن ۰,۵۲۹ می باشد. بنابراین بین خوش بینی با امید به زندگی کارکنان رابطه معنی داری وجود دارد.



فرضیه دوم: خوش بینی با شادکامی کارکنان رابطه دارد.

جدول ۴ آزمون همبستگی خوش بینی با شادکامی

متغیرها		خوش بینی	شادکامی
خوش بینی	همبستگی پیرسون	۱	۰,۶۰۲*
	سطح معنی داری (دو دامنه)		۰,۰۰۴
	تعداد	۱۱۶	۱۱۶
شادکامی	همبستگی پیرسون	۰,۶۰۲*	۱
	سطح معنی داری (دو دامنه)	۰,۰۰۴	
	تعداد	۱۱۶	۱۱۶

با توجه به داده های جدول ۴ مقدار  $p\text{-value}$  در سطح خطای ۰/۰۵ معنی دار می باشد، چراکه سطح معنی داری بدست آمده برابر با ۰,۰۰۴ است. بنابراین با ۹۵ درصد اطمینان فرضیه پژوهش تایید می شود، نتیجه اینکه بین دو متغیر رابطه وجود دارد. با توجه به اینکه علامت ضریب همبستگی پیرسون مثبت می باشد، رابطه بین دو متغیر مستقیم است که مقدار آن ۰,۶۰۲ می باشد. بنابراین بین خوش بینی با شادکامی کارکنان رابطه معنی داری وجود دارد.

فرضیه سوم: امید به زندگی با شادکامی کارکنان رابطه دارد.

جدول ۵ آزمون همبستگی امید به زندگی با شادکامی

متغیرها		امید به زندگی	شادکامی
امید به زندگی	همبستگی پیرسون	۱	۰,۶۴۸**
	سطح معنی داری (دو دامنه)		۰,۰۰۰
	تعداد	۱۱۶	۱۱۶
شادکامی	همبستگی پیرسون	۰,۶۴۸**	۱
	سطح معنی داری (دو دامنه)	۰,۰۰۰	
	تعداد	۱۱۶	۱۱۶

با توجه به داده های جدول ۵ مقدار  $p\text{-value}$  در سطح خطای ۰/۰۱ معنی دار می باشد، چرا که سطح معنی داری بدست آمده برابر با ۰,۰۰۰ است. بنابراین با ۹۹ درصد اطمینان فرضیه پژوهش تایید می شود، نتیجه اینکه بین دو متغیر رابطه وجود دارد. با توجه به اینکه علامت ضریب همبستگی پیرسون مثبت می باشد، رابطه بین دو متغیر مستقیم است که مقدار آن ۰,۶۴۸ می باشد. بنابراین بین امید به زندگی با شادکامی کارکنان رابطه معنی داری وجود دارد.

### بحث و نتیجه گیری

بر اساس تحقیقات انجام شده در پژوهش حاضر نتایجی به شرح زیر ارائه می گردد: در فرضیه اول به بررسی رابطه خوش بینی با امید به زندگی کارکنان پرداخته شد که این یافته ها همسو با نتایج پژوهش دمیرتاس (۲۰۲۰)، آگوستین و سولینگ (۲۰۲۰)، بتانیه (۲۰۱۹)، سوانس و جادوریکا (۲۰۲۱)، مپامیرینگ و پرترا (۲۰۲۱)، بلت و همکاران (۲۰۲۰)، آدلر و فالگی (۲۰۲۰)، ایوا و همکاران (۲۰۲۱)، بدری و همکاران (۲۰۲۲)، فارسانی، کاوه و قدرتی جابلو (۱۴۰۰)، فرهادیان و مرادی (۱۳۹۹)، محمدی، شیخانی، و امینی، (۱۳۹۹)، متقی دستنایی، حسین جانی (۱۳۹۹) بوده است. یافته ها نشان داد یکی از قضاوت های ذهنی که به عنوان یک انتظار کم و بیش پایدار برای حرکت به سمت شرایط مثبت یا مساعد تعریف می شود خوش بینی است برعکس بدبینی که به عنوان باور یا پیش فرض فرد نسبت به چیزهای نامطلوب تعریف می شود. یک دیدگاه خوش بینانه به فرد این امکان را می دهد که به شرایط نامطلوب، بحرانی و حتی آسیب پذیر پاسخ مثبت دهد. با اوجازه می دهد تا با تلاش و اراده بر این مشکلات غلبه کند. افراد خوش بین بیشتر مستعد

رفتار انطباقی هستند تا درمورد دستاوردهای آینده، کارایی شخصی، آسیب‌پذیری درون فردی، ناراحتی شخصی و ناراحتی فیزیکی انتظارات خوبی داشته باشند (سوپریا، بورداس، لئورنت، ۲۰۲۰). در فرضیه دوم به بررسی رابطه خوش‌بینی با شادکامی کارکنان پرداخته شد؛ این یافته‌ها با پژوهش‌های بدری و همکاران (۲۰۲۲)، هولتمات و همکاران (۲۰۱۹)، ان جی، شاو، پیترز (۲۰۱۸)، پینو، پاری (۲۰۱۹)، خانزاده، هادیان، علی‌عسگری، امینی منش (۱۳۹۸)، همسو بوده است. نتایج این مطالعات نشان داد همبستگی معناداری بین خوش‌بینی، امید به زندگی افراد وجود دارد. همچنین یافته‌ها نشان داد افرادی که شاد هستند احساس امنیت بیشتری می‌کنند، آسان‌تر تصمیم می‌گیرند، دارای روحیه مشارکتی بیشتری هستند و نسبت به کسانی که با آنها زندگی می‌کنند، بیشتر احساس رضایت دارند؛ شادکامی به عنوان یک سازه چند بعدی متشکل از عوامل مهم عاطفی، روابط اجتماعی با دیگران، جنبه‌های شناختی، جسمانی فعالیت‌ها و خوش‌بینی است که شادکامی ترکیبی از این عوامل و سایر احساسات مثبت همچون امید به زندگی را ناشی می‌شود. همچنین شرایط اقتصادی و درآمد بالاتر رضایت شغلی و شادکامی کارکنان و در نهایت بر امید به زندگی آنها تأثیر قابل توجهی دارد. علاوه بر آن برخی از ابعاد غیراقتصادی مانند کیفیت روابط اجتماعی نیز تأثیر معنی‌داری بر شادکامی و امید به زندگی کارکنان خواهد داشت. تعادل کار و زندگی نیز بر سلامت روان، رفاه و شادی کارکنان اثر قابل توجهی دارد. در فرضیه سوم به بررسی رابطه امید به زندگی با شادکامی کارکنان پرداخته شد؛ این یافته‌ها با پژوهش‌های آگوستین و سولینگ (۲۰۲۰)، بتانیه (۲۰۱۹)، سوانس و جادوریکا (۲۰۲۱)، مپامیرینگ و پیرتر (۲۰۲۱)، بلت و همکاران (۲۰۲۰)، آدلر و فالگی (۲۰۲۰)، ایوا و همکاران (۲۰۲۱)، بدری و همکاران (۲۰۲۲)، فارسانی، کاوه و قدرتی جابلو (۱۴۰۰)، فرهادیان و مرادی (۱۳۹۹)، همسو بوده است. هر فردی به طور طبیعی وقتی در شادی است احساس راحتی می‌کند و شرایط و تمایل به مثبت بودن روانی دارد که این شرایط با درجه بالایی از رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و درجه پایین عاطفه منفی مشخص می‌شود. و عاطفه مثبت کارکنان بر رفاه و عملکرد شغلی آنها تأثیر مثبت دارد. شادکامی در کار احساس مثبتی است که به یک فرد توانایی مدیریت درست را می‌دهد و به این ترتیب عملکرد شغلی به حداکثر رسیده و رضایت در محل کار فراهم می‌شود. با توجه به اینکه عملکرد عبارت است از تمایل فرد برای انجام مسئولیت‌های خود در یک سازمان به منظور دستیابی به اهداف (آگوستین، سولینگ، ۲۰۲۰). اخیراً مشاهده شده است که کارفرمایان در شیوه‌های مدیریت و خدمات، سرمایه‌گذاری خود را در ایجاد و حفظ نیروی کار شاد شروع کرده‌اند. حداقل یکی از دلایل این امر این انتظار است که کارگران شادتر در شغل خود بهره‌وری بیشتری داشته باشند. چرا که بهبود شیوه‌های مدیریت می‌تواند بطور همزمان تأثیرات مثبتی بر شادی، رضایت و بهره‌وری کارکنان داشته باشد (بلت، دنو، وارد، ۲۰۲۰). همانطور که شفر (۲۰۱۵)، بیان داشته که اگر افراد در یک شغلی احساس راحتی و خوشحالی نداشته باشند به سرعت برای یافتن یک شغل مناسب‌تر حرکت می‌کنند. گارسیا (۲۰۱۹) در تحقیق خود درمورد شادکامی در کار، شادی را برای انجام فعالیت، انطباق با مقررات قابل اجرا در سازمان و یکپارچه بودن بالا لازم و ضروری می‌داند. بتانیه (۲۰۱۹) اظهار داشت شادکامی ابزاری است که می‌تواند موجب افزایش کیفیت شخصی و بهبود عملکرد کارکنان شود. وی در مطالعات خود به این نتیجه رسید که شادی در محل کار مستقیماً بر عملکرد کارکنان تأثیر نمی‌گذارد بلکه شادکامی زمانی اثرگذار است که با واسطه انگیزه کاری همراه باشد و به این ترتیب بین شادکامی در کار و عملکرد کارکنان تأثیر

مثبت وجود خواهد داشت. از جمله محدودیت‌های این پژوهش این است که افراد انتخاب شده در نمونه آماری محدود به کارکنان آموزش و پرورش منطقه یک ساری می باشند. و با توجه به بررسی متغیرهای محدود، پژوهش در زمینه رفتار سازمانی متمرکز است. با توجه نتایج فرضیه های اول، دوم و سوم که نشان داد خوش بینی با امید به زندگی و شادکامی کارکنان آموزش و پرورش منطقه یک ساری رابطه دارد، پیشنهاد می گردد؛ آموزش‌های خوش بینی و مثبت اندیشی بصورت ادواری برای کارکنان و حتی خانواده های آنان برگزار گردد. مدیران و مسئولین واحدهای سازمانی که با سبک مدیریتی خود تاثیر شگرفی در ایجاد فضای کاری شاد و مثبت دارند، با ارزیابی و اصلاح مستمر رفتار خویش به فراهم کردن محیطی امن و سرشار از امید به آینده، موجبات نشاط اجتماعی کارکنان را مهیا سازند. برای ایجاد انگیزه و ایجاد احساس امنیت و افزایش امید به آینده در کارکنان، مسیر شغلی به منظور ارتقای شغلی به مناصب و پست‌های بالاتر، طراحی و اجرا گردد. برگزاری جشن و مراسم شاد به مناسبت‌های مذهبی و ملی.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله بر خود لازم می‌دانیم از تمامی همکاران در این پژوهش کمال سپاسگزاری و تشکر را ابراز نماییم.

### منابع

- بیرانوند م، کرامتی مقدم م، صابونچی ر، دلفان م. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش تفکر مثبت بر خودکارآمدی و تنظیم هیجان در مردان مبتلا به هموفیلی. *گرایش های پزشکی*؛ ۱۹ (۴): ۱-۵.
- خانزاده؛ مصطفی؛ هادیان، سیدعلی، علی عسگری، رسول و امینی منش، سجاد (۱۳۹۸). مدل تبیین احساس شادکامی دانشجویان توسط منبع کنترل با توجه به نقش میانجیگر خوش بینی و امیدواری، *پژوهش نامه روانشناسی مثبت*، شماره ۱۹ رتبه علمی-پژوهشی (وزارت علوم) ۳۸- ۲۹: SC: ۱.
- شاملی؛ لیلا، متقی دستنایی، شکوفه و حسین جانی، ملیحه (۱۳۹۹). تعیین ارتباط شکنندگی باورهای شادی و شادمانی تجربه شده با نقش تعدیل کنندگی خوش بینی، *دست آوردهای روان شناختی، سال بیست و هفتم*، شماره ۱ رتبه علمی-پژوهشی (وزارت علوم) / SC: ۱۶۶ - ۱۵۳.
- عینی، ساناز، عبادی، متینه، ترابی، نغمه. (۱۳۹۹). تدوین مدل اضطراب کرونا در دانشجویان براساس خوشبینی و تابآوری: نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده. *فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نهاجا*. (سال بیست و دوم، شماره اول، بهار ۱۳۹۹، مسلسل ۷۰)
- فرهادیان، فاطمه و مرادی، اعظم (۱۳۹۹). تعیین سهم هر یک از متغیرهای سلامت معنوی، خوش بینی و بخشش در پیش بینی بهزیستی روان شناختی دانشجویان دانشگاه پیام نور مرکز دولت آباد، *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، شماره ۸۰: ۹۳-۱۰۴.
- کاوه فارسانی، ذبیح الله، کاوه، منیژه و قدرتی جابلو، سپیده (۱۴۰۰). رابطه باورهای لذت‌بری و خوش بینی با شادکامی فاعلی در سالمندان: نقش میانجی رضایت از زندگی، *روان شناسی پیری*، شماره ۲۶: ۲۶۰-۲۴۵.
- محمدی، شیخیانی، و امینی، (۱۳۹۹). در پژوهشی با عنوان بررسی نقش خوش بینی در محیط کار با سلامت روان شناختی کارکنان بانک رفاه استان بوشهر، *پیشرفت های نوین در علوم رفتاری*، شماره ۵۳: ۱۶ - ۲۴.
- Adler & Falgi (2020) Increased gratitude, happiness and life satisfaction, *Journal Of Health Psychology*, 17(2), 63-79.
- Alfaro, J.; Guzmán, J.; Sirlopú, D.; García, C.; Reyes, F.; Gaudlitz, L.(2016). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en los Estudiantes (SLSS) de Huebner en niños y niñas de 10 a 12 años de Chile. *An. Psicol*, 32, 383-392.
- Agustienae, E , Soelinga, P, D. (2020). How does Happiness at Work Affect Employee Performance in the Head Office of BKKBN?. *Hasanuddin Economics and Business Review* 04:58-64.

- Badri, M.A.; Alkhaili, M.; Aldhaheeri, H.; Yang, G.; Albahar, M.; Alrashdi, A.(2022). Exploring the Reciprocal Relationships between Happiness and Life Satisfaction of Working Adults—Evidence from Abu Dhabi. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 3575. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063575>.
- Bataineh, K. A., (2019). Impact of Work-Life Balance, Happiness at work, on Employee Performance. *International Business Research* 12 (2).
- Becker ES, Barth A, Smits JAJ, Beisel S, Lindenmeyer J, Rinck M.(2019). Positivity-approach training for depressive symptoms: *A randomized controlled trial*. *J Affect Disord*; 245: 297-304.
- Bekhet AK.(2017). Positive thinking training intervention for caregivers of persons with autism: establishing fidelity. *Arch Psychiatr Nurs*; 31(3): 306-10.
- Bellet ,C. De Neve,J. Ward,G. (2020). Does Employee Happiness Have an Impact on Productivity. Centre for Economic Performance London School of Economics and Political Science. *Houghton Street London WC2A 2AE. D03; J24; M5; I31*.
- Bouchard LC, Carver CS, Mens MG, Scheier MF. (2017).Optimism, health, and well-being. *Positive psychology: established and emerging issues*:112-130.
- Diener E, Lucas ER. (2021). Subjective emotional well-being. *Handbook of emotions*. 2nded. New York: Guilford: 325-337.
- Demirtaş,A. Optimism and happiness in undergraduate students.(2020). Cognitive flexibility and adjustment to university life as mediators. *anales de psicología / annals of psychology*, vol. 36, n° 2 (may).
- Eva, N., Newman, A., Jiang, Z., & Brouwer, M. (2020). Career optimism: A systematic review and agenda for future research. *Journal of Vocational Behavior*, 116(February), 103287. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2019.02.011>.
- Holtmaat, K., Van der Spek, N., Lissenberg-Witte, B. I., Cuijpers, P., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2019). Positive mental health among cancer survivors: overlap in psychological well-being, personal meaning, and posttraumatic growth. *Supportive Care in Cancer*, 27(2), 443-450.
- Garcia, C. R., 2019. Happiness at work: Measurement Scale Validation. *Journal of Business Management* 59 (5), 327–340. URL: <https://doi.org/10.1590/s0034-759020190503>.
- Pleeging, E., Burger, M., & Van Exel, J. (2020). The relations between hope and subjective wellbeing: A literature overview and empirical analysis. *Applied Research in Quality of Life*, 1–23.
- Pino M, Parry R.(2019). How and when do patients request life-expectancy estimates? Evidence from hospice medical consultations and insights for practice. *Patient Educ Couns*; 102(2): 223-37.
- Lindblom A, Lindblom T, Wechtler H.(2020). Dispositional optimism, entrepreneurial success and exit intentions: *The mediating effects of life satisfaction*. *J Bus Res* 2020; 120: 320-40.
- Mappamiring MAPPAMIRING, Aditya Halim Perdana Kusuma PUTRA.(2021). Understanding Career Optimism on Employee Engagement: Broaden-Built and Organizational Theory Perspective. *Journal of Asian Finance, Economics and Business* Vol 8 No 2 (2021) 0605–0616.
- Ng WL, Shaw JE, Peeters A. (2018). The relationship between excessive daytime sleepiness, disability, and mortality, and implications for life expectancy. *Sleep Med*; 43: 83-9.
- Opatha, H. H. D. N. P (2019). Sustainable human resource management. Sri Lanka: Author,2019
- Sajeevanie,T,L., Opatha, H.H.D.N.P, Dissanayake,K. (2020), An Instrument to Measure the Practice of Strategic Human Resource Management in Private Sector Organizations, Sri Lankan Journal of Human Resource Management Vol. 10, No. 1, 2020, pp. 1-20. 2.
- Schaffer, B., 2015. A legifjabb titanok. Book Kiad ´ o, Hungary.
- Supervía,p, , Bordás,C , Lorente,V.(2020). Exploring the Psychological Effects of Optimism on Life Satisfaction in Students: The Mediating Role of Goal Orientations. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 7887 .
- Simon UO.(2018). Health-related optimism and quality of life among diabetes patients: the moderating role of clinical factors in a Nigerian sample. *Open Access J Addict & Psychol*; 1(2): 1-6.

- Thevanes, N. Jathurika, M. (2021). Employee Happiness and its Relationship with Job satisfaction: An Empirical Study of Academic staff in a Selected Sri Lankan University. *Asian Journal of Social Science and Management Technology* ISSN: 2313-7410.
- Romswinkel EV, König HH, Hajek A. (2018). The role of optimism in the relationship between job stress and depressive symptoms. *Longitudinal findings from the German ageing survey. J Affect Disord*; 241: 249-55.
- Vera-Villaruel, P.; Pávez, P.; Silva, J. (2012). El rol predisponente del optimismo: *Hacia un modelo etiológico del bienestar. Ter. Psicol*, 30, 77-84.

## طراحی و تدوین بسته آموزشی خودباوری و ارزیابی اثربخشی آن بر سلامت روانی و درگیری تحصیلی دانش آموزان پایه چهارم ابتدایی

### *Designing and compiling a self-confidence educational package and evaluating its effectiveness on the mental health and academic engagement of fourth grade elementary student*

Dr. Saeed Najarpour Ostadi (corresponding Aauthor)  
Assistant Professor of Psychology Department,  
Shabestar Branch, Islamic Azad University, Shabestar,  
Iran

Email □ Sa.Najarpour@iau.ac.ir  
Maryam Barzegar

M.A. Educational Psychology, Shabestar Branch,  
Islamic Azad University, Shabestar, Iran

دکتر سعید نجارپور استادی (نویسنده مسئول)

استادیار گروه روانشناسی، واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر،

ایران

Email □ Sa.Najarpour@iau.ac.ir

مریم برزگر

کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی،

شبستر، ایران

#### چکیده

#### Abstract

**Aim:** This research was conducted with the aim of developing a self-confidence training package and its effectiveness on students' mental health and academic engagement. **Method:** The research method was of a mixed type (qualitative and quantitative). The qualitative part was the compilation of the educational package and the quantitative part was an experiment with a pre-test-post-test plan with a control group. The educational package according to the information obtained from the interviews with the experts who were selected by the snowball method and purposefully, Compilation and content validity and its content validity index were determined by experts. In the quantitative part, the statistical population was all male students of the fourth grade of elementary school in Shabestar city in the academic year 2020-2021. The sampling method was purposeful so that two schools in the city were randomly selected and The Academic engagement Questionnaire and the Children and Adolescents Mental Health Questionnaire were administered. From the subjects whose score in the academic engagement questionnaire was one standard deviation lower than the average and in mental health questionnaire was one standard deviation higher than the average, 40 people were randomly selected and in the experimental and control groups. The experimental group received 8 sessions of the self-confidence training program. Then post-test was performed on both groups. Data were analyzed using analysis of covariance. **Results:** The results showed that after the self-confidence training, the average scores of the experimental group's academic engagement increased and their mental disorder decreased. **Conclusion:** As a result, it can be stated that self-confidence training is one of the effective ways to increase mental health and academic engagement of fourth grade elementary school male students in Shabestar city.

**هدف:** این پژوهش با هدف تدوین بسته آموزشی خودباوری و اثربخشی آن بر سلامت روانی و درگیری تحصیلی دانش آموزان انجام شد. **روش:** روش پژوهش از نوع ترکیبی (کیفی و کمی) بود. بخش کیفی تدوین بسته آموزشی و بخش کمی از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. بسته آموزشی با توجه به اطلاعات حاصل از مصاحبه با متخصصان که با روش گلوله برفی و به صورت هدفمند انتخاب شده بودند، تدوین و روایی محتوا و شاخص روایی محتوای آن توسط متخصصین تعیین شد. در بخش کمی جامعه آماری را کلیه دانش آموزان پسر پایه چهارم ابتدایی شهرستان شبستر در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تشکیل دادند. روش نمونه گیری به صورت هدفمند بود به طوری که دو مدرسه از مدارس شهرستان به صورت تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه درگیری تحصیلی و پرسشنامه سلامت روان کودکان و نوجوانان اجرا شد. از بین افرادی که نمره شان در پرسشنامه درگیری تحصیلی یک انحراف معیار پایین تر از میانگین و در پرسشنامه سلامت روان یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بود، به صورت تصادفی ۴۰ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه برنامه آموزش خودباوری را دریافت کرد. سپس از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. داده ها با استفاده از تحلیل کواریانس مورد پردازش قرار گرفتند. یافته ها: نتایج نشان داد پس از آموزش خودباوری میانگین نمرات درگیری تحصیلی گروه آزمایش افزایش یافته و اختلال روانی آنان کاهش یافته بود. نتیجه گیری: بر این اساس می توان اظهار داشت که بسته آموزشی خودباوری یکی از روش های مؤثر برای افزایش سلامت روان و درگیری تحصیلی دانش آموزان ابتدایی می باشد.

کلمات کلیدی: بسته ی آموزشی، خودباوری، سلامت روان، درگیری

تحصیلی

Keyword: Educational package, self-confidence, mental health, academic engagement

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۳

#### مقدمه

پژوهشگران بیان می‌کنند مهم‌ترین نشانگر بازده علم و برجسته‌ترین نشانگر کاری که هر نظام آموزشی باید انجام دهد، سلامت روانی یادگیرندگان است. از این رو موفقیت هر نظام آموزشی بستگی به این دارد که آن نظام تا چه حد و به چه میزانی توانسته است به عملکرد مورد انتظار دست یابد (قنبری و سلطانزاده، ۱۳۹۵). پژوهش‌های بسیاری نشان داده است که سازماندهی خدمات بهداشت روانی در مدارس، راهبرد اساسی برای ارتقای سلامت دانش‌آموزان و در نهایت کل جامعه است. در واقع، مدرسه فرصتی بی‌همتا و جایگاهی اساسی برای بهبود زندگی و ارتقای بهداشت روانی کودکان و نوجوانان می‌باشد (کولی و مارتین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup>، سلامت و تندرستی افراد صرفاً شامل حالت سلامتی کامل از لحاظ جسمانی نیست؛ بلکه ابعاد سلامت روانی، اجتماعی، قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب را نیز در بر می‌گیرد (گالیور<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). بر اساس این تعریف، مفهوم سلامت روان<sup>۴</sup> بیانگر احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، تعلق بین نسلی، ظرفیت رقابت و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه‌ی فکری و هیجانی می‌باشد (حیدری، حسنی و شیروانی، ۲۰۱۷). سلامت روان به معنای آن است که افراد حس خوشایندی نسبت به خود داشته باشند، مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط مؤثر را کسب کرده باشند، احساساتشان را مدیریت کنند و بتوانند مشکلات را از میان بردارند (بشکوه و شهاب‌زاده، ۱۴۰۰). سلامت روانی به طرز جدی به حالت‌های عاطفی مانند احساسات، واکنش‌های استرس، انگیزه‌ها و روحیه بستگی دارد. این حالت‌ها نحوه تفکر، احساس و رفتار ما را شکل می‌دهند (گراس، اوسبرگ و اوسبرگ<sup>۵</sup>، ۲۰۱۹). پژوهشگران این معیارها را برای سلامت روان برشمرده‌اند: الف) شناخت خود و محیط: هنگامی شخص سالم است که خود، انگیزه‌ها، نیازها و تمایلات خویش را درک کند، محیط خود را بشناسد و برای سازگاری با آن بکوشد. ب) استقلال: فرد سالم بر اساس معیارهای درونی و موردقبول خود تصمیم‌گیری می‌کند و تصمیمات وی تابع فشارهای بیرونی نمی‌باشد. ج) رفتار بهنجار: بهنجاری از جمله ملاک‌های دیگر سلامتی است. رفتار نابهنجار رفتاری می‌باشد که از معیارهای جامعه منحرف شود. د) یکپارچگی: یکی دیگر از ملاک‌های سلامت روان، یکپارچگی یا تمامیت شخصیت است که موجب هماهنگی بین اعمال مختلف با یکدیگر می‌شود (شاملو، ۱۳۹۸).

<sup>1</sup> Collie & Martin

<sup>2</sup> World Health Organization

<sup>3</sup> Gulliver

<sup>4</sup> Mental health

<sup>5</sup> Gross, Uusberg & Uusberg

ژانگ<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۹) گزارش نموده‌اند که دانش آموزان آسیایی در معرض خطر ابتلا به افسردگی هستند که ممکن است، منجر به جلوگیری از حضور آن‌ها در کلاس درس در مدارس شود. بروفائرتز<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعات خود گزارش نمودند که مشکلات روحی و روانی دانش آموزان در سال‌های اول نوجوانی بسیار شایع هستند و به طور قابل توجهی با عملکرد تحصیلی پایین در ارتباط است.

عوامل زیادی در رشد و ترقی همه جانبه دانش آموزان تأثیر می‌گذارد، یکی از عواملی که می‌تواند در ارتقاء سطح عملکرد تحصیلی دانش آموزان نقش بسیار مؤثری ایفا کند متغیر درگیری تحصیلی<sup>۳</sup> در فعالیتهای آموزشی است (وکیلی، نقش و رضوانی خمسی، ۱۳۹۷). در دو دهه گذشته، درگیری تحصیلی به دلیل جامعیت در توصیف انگیزه و یادگیری دانش آموزان و همچنین به عنوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده قوی عملکرد، پیشرفت و موفقیت دانش آموزان در مدرسه، مورد توجه پژوهشگران و مربیان قرار گرفته است (لام<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). درگیری تحصیلی سازه‌ای است که برای اولین بار جهت درک و تبیین افت و شکست تحصیلی مطرح گردید و به‌عنوان پایه و اساسی برای تلاش‌های اصلاح‌گرایانه در حوزه تعلیم و تربیت مدنظر قرار گرفت (سماوی، ابراهیمی و جاودان، ۱۳۹۵). این مفهوم بر کیفیت تلاشی اشاره دارد که دانش‌آموزان صرف فعالیت هدفمند آموزشی می‌کنند تا به‌صورت مستقیم در دستیابی به نتایج مطلوب نقش داشته باشند (چانگ، لی، بیون، سنونگ و لی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶). به‌طورکلی مفهوم درگیری تحصیلی بر نقش خودآگاهی در مطالعه، طراحی عقاید فراشناختی و خودنظم‌دهی تأکید می‌کند (نجفی پور دیوکلائی، خانه کشی و همایونی، ۱۴۰۰).

درگیری تحصیلی دربرگیرنده ابعاد رفتاری، عاطفی و شناختی است. بعد رفتاری، رفتارهای قابل مشاهده دانش آموزان در برخورد با تکالیف است که مؤلفه‌های تلاش و پایداری در هنگام مواجه شدن با مشکل در حین انجام تکالیف درسی و درخواست کمک از دیگران را شامل می‌شود (رضوانی و خامسان، ۱۳۹۶). بعد عاطفی درگیری تحصیلی، به واکنش‌های عاطفی و هیجانی یادگیرنده در کلاس و مدرسه اشاره دارد. درواقع درگیری عاطفی شامل علاقه‌مندی درونی به مطالب و تکالیف درسی، ارزش‌دهی به مطالب، وجود عاطفه مثبت و فقدان عاطفه منفی نظیر ناامیدی، اضطراب و خشم هنگام انجام تکالیف درسی و یادگیری است (مؤمنی و رادمهر، ۱۳۹۷). درگیری شناختی شامل انواع فرایندهای پردازش است که دانش‌آموزان جهت یادگیری مورداستفاده قرار می‌دهند و متشکل از راهبردهای شناختی و راهبردهای فراشناختی است (فرهادی، ساکی، قدم پور، خلیلی گشنیگانی و چهری، ۱۳۹۵). در این راستا، بعد دیگری به نام عاملیت نیز به مفهوم درگیری تحصیلی اضافه شده است که مراد از آن، مشارکت سازنده یادگیرنده در جریان آموزشی است که دریافت می‌کند. در این نوع درگیری تأکید بر فرایندی است که طی آن، یادگیرندگان از روی قصد و تا حدودی فعالانه تلاش می‌کنند تا چیزی را که یاد می‌گیرند و نیز شرایط و موقعیت‌های یادگیری را شخصی و پربار

<sup>1</sup> Zhang

<sup>2</sup> Bruffaerts

<sup>3</sup> Academic engagement

<sup>4</sup> Lam

<sup>5</sup> Chang, Lee, Byeon, Seong & Lee



کنند (آزادی ده بیدی و فولاد چنگ، ۱۳۹۸). بسیاری از مطالعات نشان داده است که درگیری بالاتر با نمرات و رفتار بهتر، اعتماد به نفس بالاتر و سازگاری بیشتر در مدرسه همراه است (رمضانی و خامسان، ۱۳۹۶).

یکی از عوامل مؤثر بر سلامت روان و به‌ویژه درگیری تحصیلی دانش‌آموزان، میزان خودباوری<sup>۱</sup> آنان است (ثانوی فرد، فرشیدپور و وکیل یزدی، ۱۳۹۶). بندورا<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) معتقد بود که خودباوری برای تأثیرگذاری در محیط، مهم‌ترین مکانیزم روان‌شناختی است و بدون باور به ایجاد و تولید اثرهای مطلوب و جلوگیری از اثرات نامطلوب، افراد انگیزه کمی برای عمل کردن دارند؛ یعنی باور به عمل از خود عمل مهم‌تر است. باور به قدرت ایجاد اثرهای مطلوب، زیربنای هرگونه تحولی در بشر است (سنجری، گلشاهی و عباس زاده، ۱۳۹۹). خودباوری به معنای شناخت ویژگی‌های خود، پذیرش آن‌ها و تکیه کردن به آن‌ها است. رسیدن به خودباوری نشانه پذیرش تمام ابعاد وجودی خود، چه خوب و چه بد است. عقیده‌ای که فرد در مورد خودش دارد و طرحی که از خود در ذهن ساخته است میزان خودباوری او را منعکس می‌کند (لیندن‌فیلد، ۱۳۹۵). به عبارت دیگر، رفتارهایی که فرد از خود در زمینه‌های مختلف نشان می‌دهد، بیانگر این است که فرد چه میزان خود را می‌شناسد و یا می‌پذیرد (ویز، گیلارکربی و مینانو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). بندورا مطرح می‌کند که خودباوری، توان سازنده‌ای است که بدان وسیله، مهارت‌های شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان برای تحقق اهداف مختلف، به گونه‌ای اثربخش ساماندهی می‌شود. به نظر وی فقط داشتن دانش، مهارت‌ها و دستاوردهای قبلی افراد پیش‌بینی کننده‌ای مناسب برای عملکرد آینده آنان نیستند، بلکه باور انسان درباره توانایی‌های خود در انجام آن‌ها بر چگونگی عملکرد خویش مؤثر است (تگ کالوگو و کاسر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸). خودباوری به معنای باور فرد به توانایی‌های خود برای انجام مناسب و موفقیت‌آمیز تکالیف و فعالیت‌های مختلف می‌باشد (گاندھی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۱) که از طریق کسب تجربه‌های موفقیت‌آمیز در زمینه مهارت‌های شناختی، زبانی، اجتماعی و ارتباطی به ویژه در دوران کودکی و نوجوانی و تعامل‌های اجتماعی با دیگران حاصل می‌شود (باس<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹). به‌طور کلی دو نوع خودباوری خاص و عام وجود دارد و در حالی که خودباوری خاص به باور به توانایی‌های خود در یک زمینه ویژه مثلا تحصیلی اشاره دارد، خودباوری عام به باور به توانایی‌های خود در همه زمینه‌ها به صورت کلی اشاره دارد (کیم، وی و گیلبرت<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷). به نظر بندورا، خودباوری سه مؤلفه اساسی دارد: ۱) اندازه: میزانی که فرد به توانایی خود برای انجام کار معتقد است. ۲) توان: اعتماد شخص به انجام وظیفه در آن اندازه و میزان. ۳) عمومیت: حدی از خودباوری در انجام یک وظیفه یا موقعیت که به وظایف و موقعیت‌های دیگر قابل تعمیم است (سیف، ۱۳۹۷).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خودباوری در دانش‌آموزان و دانشجویان موجب بهبود سطح عملکرد تحصیلی و سلامت روانی می‌شود. به‌عنوان مثال، بزرکار و شیبانی (۱۳۹۹) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که خودباوری و خودشفقتی یکی از عوامل مؤثر بر سلامت روان دانش‌آموزان هستند. نتایج پژوهش استواری و امیریان‌زاده (۱۳۹۶)

<sup>1</sup> Self-confidence

<sup>2</sup> Bandura

<sup>3</sup> Veas, Gilar-Corbi & Miñano

<sup>4</sup> Tagkaloglou & Kasser

<sup>5</sup> Gandhi

<sup>6</sup> Bas

<sup>7</sup> Kim, Wee & Gilbert

نشان داد خودباوری به طور معناداری قادر به پیش‌بینی سلامت روان می‌باشد. در پژوهشی، کروس، مارچاند، مدینا، ویلافورته و ریواز - دراک<sup>۱</sup> (۲۰۱۹) نشان دادند که خودباوری یکی از عوامل افزایش سطح عملکرد تحصیلی نوجوانان مکزیکی می‌باشد. در مطالعه تاپکو و لیناتاسکیار<sup>۲</sup> (۲۰۱۸) یافته‌ها بیانگر این بود که عزت‌نفس و خودباوری با سطح انگیزش و عملکرد تحصیلی و پیشرفت تحصیلی در دانشجویان ترکیه رابطه مستقیمی دارند. نتایج پژوهش ابراهیم‌زاده، جدیدی، یاراحمدی و مرادی (۱۴۰۰) نشان داد خودباوری تحصیلی با راهبردهای فراشناختی و رضایت تحصیلی ارتباط علی معناداری دارد. در پژوهشی دیگر، مهری، بختیار پور، افتخارسعادی و همایی (۱۳۹۹) به این یافته رسیدند که خودباوری در دانش‌آموزان موجب بهبود سطح عملکرد تحصیلی به‌واسطه افزایش انگیزه و درگیری تحصیلی آن‌ها می‌شود.

گرچه پژوهش پیرامون آموزش خودکارآمدی و تأثیر آن بر ابعاد پیشرفت تحصیلی انجام‌گرفته است، اما تا به حال پژوهش خاصی بر روی تأثیر یک دوره آموزشی ایجاد خودباوری بر سلامت روانی و درگیری تحصیلی دانش‌آموزان دوره ابتدایی انجام نگرفته و یا حداقل نتایج مشخصی در این زمینه به دست نیامده است. اگرچه تحقیقات نشان می‌دهند که عزت‌نفس پایین با افت تحصیلی یا با عملکرد تحصیلی پایین همراه است؛ با این وجود طراحی و آموزش خودباوری و سنجش تأثیر آن بر سلامت روانی و درگیری تحصیلی دانش‌آموزان دوره دوم ابتدایی، ضروری به نظر می‌رسد. ضرورت تأمین سلامت روانی دانش‌آموزان و درگیر شدن آنان با امور یادگیری و تحصیلی، شناسایی روش‌های مؤثر در این زمینه را ضروری می‌سازد؛ چنانچه یکی از این روش‌های مؤثر، ایجاد خودباوری در دانش‌آموزان است. بر این اساس مطالعه حاضر درصدد پاسخگویی به این مسئله پژوهشی است که آیا آموزش خودباوری بر سلامت روانی و درگیری تحصیلی دانش‌آموزان پسر پایه چهارم ابتدایی شهرستان شبستر تأثیر دارد؟

## روش

تحقیق حاضر از نظر هدف، از جمله تحقیقات کاربردی و به لحاظ روش از نوع ترکیبی (کیفی و کمی) بود. در این راستا در قسمت اول، به منظور تدوین بسته آموزشی خودباوری از پژوهش کیفی بهره‌جویی شد. ابتدا با ۱۲ نفر از صاحب‌نظران، متخصصین و اساتید علوم انسانی، روانشناسی و مشاوره که با استفاده از روش گلوله برفی و به صورت هدفمند انتخاب شدند، مصاحبه باز انجام شد و تا رسیدن به حد اشباع ادامه یافت. سپس تمام مفاهیم مطرح شده از سوی افراد مورد مصاحبه به صورت کد باز استخراج شد و سپس با توجه به قرابت و نزدیکی این مفاهیم با هم کدهای باز در مقولاتی به عنوان کدهای محوری دسته‌بندی و در نهایت کد انتخابی از کدهای محوری انتخاب شد و بسته‌ی آموزش خودباوری تهیه گردید. پس از تدوین بسته، محتوای آن مجدداً در اختیار اساتید و متخصصان قرار داده شد. آن‌ها در دو مرحله‌ی اولیه و نهایی در مورد بسته نظر دادند. در مرحله اولیه در مورد اهداف، محتوا، فرایند، تکالیف و ... موافق بودند اما خواستار تغییراتی در خصوص ترتیب و توالی جلسات و ابهامات برخی عبارات شدند.

<sup>1</sup> Cross, Marchand, Medina, Villafuerte & Rivas-Drake

<sup>2</sup> Topçu & Leana-Taşçılar

پس از اعمال نظرات آن‌ها و تغییرات نگارشی، ویرایشی و فنی، بسته آموزشی مجدداً به آن‌ها داده شد که در نهایت مورد تأیید همگان قرار گرفت و بدین ترتیب روایی صوری بسته آموزشی برای آموزش تأیید گردید. در تعیین روایی محتوایی بسته با شرکت ۱۲ نفر از صاحب‌نظران حوزه، شاخص‌های CVI و CVR محاسبه شدند. جهت محاسبه روایی محتوایی (CVR)، از متخصصین اخیر خواسته شد تا هریک از مؤلفه‌های بسته را بر اساس طیف سه بخشی «ضروری است»، «مفید است ولی ضروری نیست» و «ضرورتی ندارد» طبقه‌بندی کنند. نسبت روایی محتوایی (CVR) نشان داد نمره همه آیت‌های بسته، مساوی یا بزرگ‌تر از عدد جدول لاوشه (۰/۵۶) است. بدین ترتیب هیچ‌کدام از آیت‌های برنامه آموزشی حذف نشدند که نشان می‌دهد آیت‌های ضروری و مهم در این بسته به کار گرفته شده بودند. برای بررسی شاخص اعتبار محتوایی (CVI) نیز از متخصصین خواسته شد؛ مؤلفه‌های بسته را بر اساس طیف چهارقسمتی «غیرمرتبط»، «نیاز به بازبینی اساسی»، «مرتبط اما نیاز به بازبینی» و «کاملاً مرتبط» مشخص کنند. با تقسیم تعداد متخصصینی که گزینه ۳ و ۴ را انتخاب کرده‌اند بر تعداد کل متخصصین، شاخص اعتبار محتوایی (CVI) محاسبه گردید. بر اساس نتایج شاخص روایی محتوا (CVI) نیز تمامی آیت‌ها، نمره (CVI) بالاتر از ۰/۷۹ داشتند و بنابراین مناسب تشخیص داده شدند. در نتیجه تغییری در تعداد آیت‌های بسته صورت نگرفت. پس از انجام مراحل روایی، میزان پایایی از بعد همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد که نشان از همسانی درونی برنامه آموزشی دارد.

در بخش کمی، این مطالعه در زمرة روش‌های پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با یک گروه کنترل قرار می‌گیرد. جامعه آماری را در بخش کمی، کلیه دانش‌آموزان پسر پایه چهارم ابتدایی شهرستان شبستر در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود به طوری که دو مدرسه از مدارس ابتدایی پسرانه شهرستان به صورت تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه‌های درگیری تحصیلی و سلامت روانی در بین دانش‌آموزان پسر پایه چهارم این مدارس اجرا شد (پیش‌آزمون). از بین افرادی که در پرسشنامه درگیری تحصیلی نمره‌شان یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین و در هر پرسشنامه سلامت روان نمره‌شان یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بود، به صورت تصادفی ۴۰ نفر با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه چون پذیرش داوطلبانه برای شرکت در پژوهش، رضایت خانواده، جنسیت پسر و دانش‌آموزان پایه چهارم ابتدایی شهرستان شبستر و ملاک‌های خروج از مطالعه چون ابتلا به بیماری خاص، استفاده از داروهای روان‌پزشکی و همچنین برخورداری از جلسات مشاوره و روان‌درمانی انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند.

## ابزار

پرسشنامه سلامت روان کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۴ ساله (CSI-4) بر اساس (DSIM-IV): پرسشنامه سلامت

روانی دارای ۴۱ سؤال است و بر اساس مقیاس لیکرتی (هرگز=۰، گاهی=۱، اغلب=۲، بیشتر اوقات=۳) نمره‌گذاری

می‌شود، به جزء بخش C سؤال ۳۲ تا ۴۱ که (گاهی = ۱) نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای از ۰ تا ۴۱ دارد. در این پرسشنامه با کاهش نمره، سلامت روانی افزایش می‌یابد. این پرسشنامه انواع اختلال در میان کودکان و نوجوانان را مورد بررسی قرار می‌دهد که عبارت‌اند از: بیش‌فعال/ اختلال دقت (نوع فاقد تمرکز حواس)، بیش‌فعال/ اختلال دقت (نوع بیش‌فعال، تکانشی)، بیش‌فعال/ اختلال دقت (نوع مرکب)، اختلال ضدیت و نافرمانی و اختلال رفتار یا کردار. اسپرافگین، لانی و گادو در سال ۱۹۸۴ همبستگی این آزمون و مقیاس‌های رفتاری کودک را در مورد اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۵۸ و ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند (توکلی‌زاده، ۱۳۷۵). ضریب پایایی این پرسشنامه در ایران ۰/۸۹ تا ۰/۹۶ گزارش شده است. در این تحقیق ضریب آلفای کرونباخ با یک نمونه‌ی ۲۰ نفری ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه درگیری تحصیلی: این پرسشنامه توسط ریو<sup>۱</sup> (۲۰۱۳) طراحی شده و دارای ۱۷ آیتم برای سنجش ۴ مؤلفه درگیری تحصیلی است که عبارت‌اند از: درگیری رفتاری (۱ تا ۴)، درگیری عاملی (۵ تا ۹)، درگیری شناختی (۱۰ تا ۱۳) و درگیری عاطفی (۱۴ تا ۱۷). نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرتی ۷ ارزشی (بسیار موافقم=۷ تا بسیار مخالفم=۱) انجام می‌گیرد. با جمع کردن نمره هر یک از سؤالات، نمره هر بعد به دست می‌آید و مجموع نمره‌های همه گویه‌ها، نمره کل درگیری تحصیلی می‌باشد. در این آزمون حداقل نمره ۱۷ و حداکثر نمره ۱۱۹ است و با افزایش نمره، درگیری تحصیلی نیز افزایش می‌یابد. مؤلفان پرسشنامه نقطه برش خاصی برای سطح درگیری تحصیلی مشخص نکرده‌اند. در پژوهش رضانی و خامسان (۱۳۹۶) روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش رضانی و خامسان (۱۳۹۶) برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شده است. در این پژوهش با یک نمونه ۲۰ نفری، ضریب پایایی ۰/۷۳ به دست آمد.

## روش اجرا

آزمودنی‌های گروه آزمایش، برنامه آموزش خودباوری را دریافت کردند اما گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. مدت اجرای متغیر مستقل بر اساس حجم موضوع آموزشی ۸ جلسه ۱ ساعته بود. در هر جلسه بعد از ارائه هر یک از رئوس کلی جلسه، تکلیفی پیرامون مطالب بیان‌شده ارائه می‌شد و اعضا تکالیف را برای جلسه بعد انجام می‌دادند. در پایان آموزش مجدداً آزمودنی‌های هر دو گروه به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. این نمرات به‌عنوان نمرات پس‌آزمون مورد تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱. شرح مختصر جلسات آموزش خودباوری

جلسه	اهداف جلسات
یکم	معرفی اهداف و کلیات دوره و ارزیابی اولیه از میزان خودباوری اعضا
دوم	مفهوم خودباوری، موانع و علل خودباوری و راهکارهای رشد خودباوری
سوم	اصول خود ارزشمندی (احترام به خود)، اصول تأثیرگذاری فردی (افتخار و جذابیت) و چگونگی تحقق این اصول
چهارم	خویشتن‌پذیری (ظاهری و روان‌شناختی)، مسئولیت‌پذیری، تعهد به تحصیل و یادگیری و پیگیری اهداف تحصیلی

<sup>1</sup> Reev

پنجم	آموزش هدفمندی (شناسایی هدف‌های زندگی و تحصیل، چگونگی تنظیم اهداف یادگیری واقع‌گرا و قاطع) و انسجام و استقلال شخصی (آموزش منسجم کردن فعالیت‌ها و حفظ استقلال شخصی)
ششم	آموزش چگونگی شناسایی ویژگی‌های رفتاری خوب، شناسایی دستاوردها و موفقیت‌ها و آموزش چگونگی ربط دادن موفقیت‌ها به ویژگی‌های خوب رفتاری
هفتم	بهبود روابط درون‌فردی (تمرین برقراری ارتباط با درون ذهن و فکر) و روابط اجتماعی (ابراز وجود، تمرین ارتباط مؤثر با دیگران، اشتراک و تعامل اجتماعی با افراد دارای نگرش مثبت)
هشتم	جمع‌بندی دوره، ارائه بازخورد و درنهایت اجرای پس‌آزمون

## یافته‌ها

پیش از بررسی تحلیلی نتایج در رابطه با فرضیه‌های پژوهش، شاخص‌های توصیفی متغیرها بررسی شد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار سلامت روانی و درگیری تحصیلی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		M	SD	M	SD
سلامت روانی	آزمایش	۱۱/۴۵	۲/۰۶	۹/۷۵	۱/۹۹
	کنترل	۱۱/۳۵	۲/۲۳	۱۱/۷	۲/۱۷
درگیری تحصیلی	آزمایش	۶۷/۸۵	۱۷/۱۶	۷۴/۸۰	۲۱/۰۰
	کنترل	۶۸/۵۵	۱۶/۸۷	۶۸/۷۵	۱۶/۲۱

بر اساس اطلاعات جدول ۲، میانگین نمرات سلامت روانی گروه آزمایش در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون و گروه کنترل کاهش و میانگین نمرات درگیری تحصیلی گروه آزمایش در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون و گروه کنترل افزایش یافته است. لازم به ذکر است که در پرسشنامه سلامت روانی با کاهش نمره، سلامت روانی افزایش می‌یابد. به منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس (نرمال بودن توزیع نمرات) از آزمون چولگی و کشیدگی استفاده شد. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، چون مقدار چولگی و کشیدگی داده‌ها در هر دو متغیر بین ۲- و ۲+ قرار دارد، توزیع داده‌ها نرمال می‌باشد. مفروضه دیگر اجرای آزمون تحلیل کوواریانس، همگنی واریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها می‌باشد که برای بررسی برقراری این مفروضه از آزمون لوین استفاده شد. نتایج این آزمون در هیچ یک از متغیرها معنادار نمی‌باشد ( $p > 0/05$ ). از این رو فرض صفر ما مبنی بر همگنی واریانس متغیرها مورد تأیید قرار می‌گیرد؛ بنابراین می‌توان از آماره پارامتریک و سایر آزمون‌ها برای بررسی فرضیه‌ها استفاده نمود. پس از تأیید مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس، به بررسی تأثیر مداخله‌ی آموزشی پرداخته شد که نتایج به شرح ذیل است:

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر سلامت روانی

منبع تغییر	SS	Df	MS	F	Sig.	$\eta$
اثر همپراش	۳/۶۵۷	۱	۳/۶۵۷	۲/۴۴۷	۰/۱۲۵	۰/۰۶۲
اثر گروه	۴۱/۱۶۱	۱	۴۱/۱۶۱	۲۷/۵۳۸	۰/۰۰۰	۰/۴۲۷
خطا	۵۵/۳۰۴	۳۷	۱/۴۹۵			
کل	۴۸۰۵/۰۰۰	۴۰				

در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس پس‌آزمون نمرات سلامت روانی آورده شده است. با توجه به داده‌های جدول فوق چون مقدار  $F=۲۷/۵۳۸$  با درجات آزادی ( $df=۳۷$  و  $df=۱$ ) در سطح معناداری  $\alpha=۰/۰۵$  معنادار است، بنابراین

می‌توان گفت زمانی که اثر پیش‌آزمون از روی نتایج پس‌آزمون مربوط به گروه‌ها حذف شود، تفاوت بین گروه‌ها در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنادار می‌باشد. همچنین مقدار مجذور اتا نشان‌دهنده این است که حدود ۴۲/۷ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در سلامت روانی (تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (آموزش خودباوری) می‌باشد. درنهایت می‌توان نتیجه گرفت که فرض صفر رد و فرضیه اول پژوهش مبنی بر این‌که آموزش خودباوری موجب افزایش سلامت روانی دانش‌آموزان پسر پایه چهارم ابتدایی شهرستان شبستر می‌شود، مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر درگیری تحصیلی

منبع تغییر	SS	Df	MS	F	Sig.	$\eta$
اثر همپراش	۳/۵۸۳	۱	۳/۵۸۳	۰/۱۷۸	۰/۶۷۶	۰/۰۰۵
اثر گروه	۴۶۲/۱۵۲	۱	۴۶۲/۱۵۲	۱۲/۹۰۱	۰/۰۰۰	۰/۳۸۲
خطا	۷۴۶/۶۶۵	۳۷	۲۰/۱۸۰			
کل	۲۱۹۸۰۹/۰۰۰	۴۰				

در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس پس‌آزمون نمرات درگیری تحصیلی آورده شده است. با توجه به داده‌های جدول فوق چون مقدار  $F=۱۲/۹۰۱$  با درجات آزادی ( $df=۳۷$  و  $df=۱$ ) در سطح معناداری  $\alpha=۰/۰۵$  معنادار است، بنابراین می‌توان گفت زمانی که اثر پیش‌آزمون از روی نتایج پس‌آزمون مربوط به گروه‌ها حذف شود، تفاوت بین گروه‌ها در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنادار می‌باشد. همچنین مقدار مجذور اتا نشان‌دهنده این است که حدود ۳۸/۲ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در درگیری تحصیلی (تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (آموزش خودباوری) می‌باشد. درنهایت می‌توان نتیجه گرفت که فرض صفر رد و فرضیه دوم پژوهش مبنی بر این‌که آموزش خودباوری موجب افزایش درگیری تحصیلی دانش‌آموزان پسر پایه چهارم ابتدایی شهرستان شبستر می‌شود، مورد تأیید قرار می‌گیرد.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تدوین بسته آموزشی خودباوری و اثربخشی آن بر سلامت روانی و درگیری تحصیلی دانش‌آموزان پایه چهارم ابتدایی انجام گرفت. نتیجه به دست آمده از فرضیه اول پژوهش نشان داد که آموزش خودباوری موجب افزایش سلامت روانی دانش‌آموزان پسر پایه چهارم ابتدایی شهرستان شبستر می‌شود. این یافته همراستا با نتایج پژوهش‌های کروس و همکاران (۲۰۱۹)، نبوی و همکاران (۱۳۹۶)، بزرکار و شیبانی (۱۳۹۹) و استواری و امیریان‌زاده (۱۳۹۶) است. نتایج پژوهش‌ها بیانگر این هستند که خودباوری و پذیرش خود در سلامت روان مهم تلقی می‌شوند. در ارزیابی ادراکات خودواقعی و خودآرمانی، خویشتن‌پذیری حمایت‌شده، یک شاخص مهم برای سلامت روانی است. متغیر خودباوری اثر مستقیمی بر روی سلامت روان دارد. هر چه میزان خودباوری افراد بالاتر باشد، از سلامت روان بیشتری برخوردارند. بدون شک اگر نیاز به خودارزشمندی ارضاء نشود، نیازهای گسترده‌تر

محدود می‌ماند. افرادی که احساس خوبی نسبت به خود دارند، معمولاً از سلامت روانی خوبی برخوردارند (کروس و همکاران، ۲۰۱۹). خودباوری برای رشد و تکامل متعادل و سالم انسان، بسیار ضروری است. خودباوری مثبت در واقع به‌عنوان سیستم ایمنی روح عمل می‌کند و استقامت و توانایی و ظرفیت لازم را برای تجدیدقوا تأمین می‌نماید (پلگرینو، گلدمن، برتنثال و لاولس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). هرچه خودباوری ما قوی‌تر باشد، آمادگی بهتری برای مقابله با مشکلاتی خواهیم داشت که در کار یا زندگی شخصی ما به وجود می‌آیند، بعد از هر شکست، خود را سریع‌تر بازمی‌یابیم و انرژی بیشتری برای آغازی دوباره خواهیم داشت. موانع، شخص با خودباوری بالا را از تلاش بازمی‌دارند، بلکه با مواجهه با مشکلات فعلی، به او قدرت مواجهه با مشکلات بزرگ‌تر را القا می‌کنند (راسبولت، زمبروت و گان<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). مازلو بیان می‌کند که کودکان برای سلامت روان خود به خودباوری مثبت و قوی نیاز دارند (کشت‌ورز کندازی، شکوهی و علی‌دادی، ۱۳۹۹).

شخص برخوردار از خودباوری کسی است که به توانایی‌ها، استعدادها و شایستگی‌های خود آگاهی دارد و به آن‌ها متکی است. این موضوع، عامل اساسی یک زندگی شاد و رضایت‌بخش است که موفقیت در کار و زندگی خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (خدایی مجد، ۱۳۹۵). هرچه خودباوری ما بیشتر باشد، روراست‌تر و صادق‌تریم و در ارتباط‌هایمان سازگارتر و انطباق‌پذیرتر خواهیم بود؛ زیرا به ارزش خود واقفیم و قدرت ملایمت و انعطاف‌پذیری را برای خود تهدید به حساب نمی‌آوریم. همچنین از ابراز عقاید خود نیز واهمه نداریم بلکه استقبال خواهیم کرد؛ و هرچه خودباوری ما در سطح پایین‌تری باشد، روابطمان به میزان بیشتری غبارآلود و حيله‌گرانه خواهد بود، زیرا در مورد اندیشه و احساسات خود نامطمئن و منتظر واکنش شنونده خواهیم بود، هر واکنش کوچکی را تهدیدی برای خود تلقی خواهیم کرد و با آن به ستیزه‌جویی خواهیم پرداخت (سینگ، گوپتا، بوسو و کامبوج<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). کودکان با خودباوری پایین، مشکلات متعددی دارند؛ از جمله افت تحصیلی، درگیری‌های اجتماعی و مسائل و مشکلات مربوط به سلامت روان مانند استرس و اضطراب (ویتن، لایود و دان<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵).

به طور کلی در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که خودباوری در رفتار، عمل، رشد شخصیت و سلامت روانی افراد تأثیر بسزایی دارد. با آموزش خودباوری افراد می‌توانند توانایی‌های خود را شناخته و آن‌ها را شکوفا سازند، برای اهداف ارزشمند خود، با انگیزشی قوی به استقبال چالش‌ها بروند و در مقابل فشارهای روانی روزمره به شکل مناسبی واکنش نشان داده و بر آن‌ها فائق شوند. هرچه فرد خودباوری بالاتری داشته باشد، قادر به سازگاری بهتر و کشف بهتر محیط خواهد بود. خودباوری، انرژی‌زا و انگیزه‌دهنده است، ما را به موفقیت ترغیب می‌کند، باعث می‌شود افراد ناتوانی و شکست را در شأن خود نبینند و احساس بهتری از وضعیت سلامت روان خود داشته باشند. زمانی که خودباوری ما در حد پایینی قرار می‌گیرد، انعطاف‌پذیری ما در برابر مشکلات زندگی کاهش می‌یابد و میزان اضطراب بیشتری را در برخورد با موانع تجربه می‌کنیم. دانش‌آموزانی که عموماً دارای خودباوری پایین هستند و احساس فقدان شایستگی فردی می‌کنند، از سلامت روانی کمتری برخوردارند.

<sup>1</sup> Pellegrino, Goldman, Bertenthal & Lawless

<sup>2</sup> Rusbult, Zembrodt & Gunn

<sup>3</sup> Singh, Gupta, Busso & Kamboj

<sup>4</sup> Weiten, Lloyd & Dunn

یافته دوم پژوهش این بود که آموزش خودباوری موجب افزایش درگیری تحصیلی دانش‌آموزان پسر پایه چهارم ابتدایی شهرستان شبستر می‌شود. این یافته همراستا با نتایج پژوهش‌هایی از جمله کروس و همکاران (۲۰۱۹)، تاپکو و لیناتاسکیار (۲۰۱۸)، آرتینو<sup>۱</sup> (۲۰۱۷)، فلامر<sup>۲</sup> (۲۰۱۷)، لائو<sup>۳</sup> (۲۰۱۶)، ابراهیم‌زاده و همکاران (۱۴۰۰) و مهری و همکاران (۱۳۹۹) است. نتایج به دست آمده بیانگر این هستند که خودباوری با درگیری تحصیلی رابطه مثبت و معناداری دارد. دانش‌آموزانی که نمره بالایی دارند، از عزت‌نفس بالاتر، خودباوری مثبت‌تر و موضع کنترل درونی‌تری برخوردارند. خودباوری به رفتار تحصیلی جهت می‌دهد. بدون شک کودکانی که دارای احساس خودباوری قابل‌توجهی هستند، نسبت به همسالان خود در شرایط مشابه، درگیری تحصیلی بیشتری از خود نشان می‌دهند. از نظر بندورا، خودباوری تحصیلی، بنیادی‌ترین سازوکار ضروری انسان برای اداره و کنترل مسائل آموزشی است که بر زندگی او اثر می‌گذارد (زیمرن و کیرسانتاس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). خودباوری در واقع عبارت است از باورهای شخصی در مورد توانایی‌هایش برای اتخاذ سطوح انتخابی عملکرد و شکل‌دهنده رویدادهای تحصیلی مؤثر بر زندگی فرد است (کاپرارا<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۵).

در تبیین یافته حاضر می‌توان این‌گونه اظهار داشت که چون بسته خودباوری فونونی برای آگاهی از راهکارهای رشد خودباوری، خویشتن‌پذیری، مسئولیت‌پذیری، تعهد به تحصیل و پیگیری اهداف تحصیلی، هدفمندی و انسجام و استقلال شخصی، شناسایی ویژگی‌های رفتاری خوب و دستاوردها به افراد آموزش می‌دهد، باعث می‌شود افراد خود را با ارزش بدانند، انگیزه بیشتری برای انجام فعالیت‌ها داشته و آن‌ها را به‌موقع انجام دهند، مسئولیت زندگی خود را به دست بگیرند و به توانایی‌های خود برای انجام موفقیت‌آمیز کارها باور داشته باشند. دانش‌آموزانی که از خودباوری بیشتری برخوردارند، نظر خوش‌بینانه‌تری نسبت به مدرسه دارند، از ادامه تحصیل خود احساس رضایت داشته و هنگامی که مهارت لازم را دارند، بر یک تکلیف پافشاری می‌کنند، در کلاس به‌صورت فعال تلاش کرده و نیازهایشان را مطرح می‌کنند تا جریان آموزش را شخصی‌سازی کرده و شرایط آن را ارتقاء دهند، با برنامه‌ریزی پیشرفته، توانایی بالاتری در برخورد با مسائل و چالش‌های تحصیلی دارند، به کلاس و مدرس و تکلیف واکنش نشان می‌دهند، به تکالیف علاقه داشته و آن‌ها را برای یادگیری مهم می‌دانند و به‌طورکلی درگیری شناختی، رفتاری، عاطفی و عاملی بیشتری با عوامل یادگیری و تحصیل دارند. افراد با خودباوری بالا معمولاً نتایج مثبت و موفقیت‌آمیز و افراد با خودباوری پایین، نتایج منفی به بار می‌آورند. خودباوری ضامن درگیری تحصیلی و موفقیت تحصیلی است. لذا پرورش خودباوری در کودکان و نوجوانان از مهم‌ترین وظایف خانواده و دست‌اندرکاران تعلیم و تربیت است. چراکه افزایش خودباوری با هدف‌گزینی بهتر، تلاش و پایداری بیشتر، شرکت منظم در کلاس درس، استفاده از راهبردهای شناختی و فراشناختی مناسب‌تر، عملکرد بهتر در انجام تکالیف، مشارکت در بحث‌های کلاسی و درگیری تحصیلی بیشتر ارتباط نزدیک دارد.

<sup>1</sup> Artino

<sup>2</sup> Flammer

<sup>3</sup> Lau

<sup>4</sup> Zimmerman & Kirsanathas

<sup>5</sup> Caprara



بر اساس یافته‌های تحقیق حاضر می‌توان نتیجه گرفت که آموزش خودباوری یکی از روش‌های مؤثر برای افزایش سلامت روان و درگیری تحصیلی دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی است. از آنجا که داده‌های پژوهش، با روش پرسشنامه به دست آمده است، بنابراین محدودیت‌های مربوط به این روش جمع‌آوری اطلاعات را باید لحاظ کرد. پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی با موضوع راهکارهای ایجاد خودباوری برای دانش‌آموزان برگزار گردد، همچنین در رابطه با دوره پیگیری تأثیر خودباوری بر سلامت روانی و درگیری تحصیلی دانش‌آموزان مطالعه شود.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله بر خود لازم می‌دانیم از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش، کمال سپاسگزاری و تشکر را ابراز نماییم.

## منابع

- ابراهیم‌زاده، غ.؛ ر.؛ جدیدی، ه.؛ یاراحمدی، ی.؛ مرادی، ا. (۱۴۰۰). تدوین مدل علی رضایت تحصیلی بر اساس خودباوری تحصیلی و خوش‌بینی تحصیلی با میانجیگری راهبردهای فراشناختی دانش‌آموزان پسر. *مجله راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*، ۱۴(۲): ۱۹-۱۰. آزادی ده بیدی، ف.؛ فولاد چنگ، م. (۱۳۹۸). مدل علی درگیری تحصیلی: نقش حمایت تحصیلی و خودتنظیمی تحصیلی. *آموزش و ارزشیابی*، ۱۲(۴۷): ۱۵۹-۱۸۳.
- استواری، ف.؛ امیریان‌زاده، م. (۱۳۹۶). نقش واسطه‌ای خودباوری در رابطه ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روان در بین مدیران زن ناحیه یک شهر شیراز. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی*.
- بزرکار، ف.؛ شبانی، ح. (۱۳۹۹). رابطه خودشفقتی و خودباوری با سلامت روان در دانش‌آموزان با نقش میانجی‌گری کمال‌گرایی. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور استان سمنان*.
- بشکوه، م.؛ شهاب‌زاده، ص. (۱۴۰۰). تأثیر سوگ والدین متأثر از کووید ۱۹ بر سلامت روان کودکان و نوجوانان شهر تهران (مطالعه موردی). *فصلنامه مطالعات و تازه‌های روانشناختی نوجوان و جوان*، ۲(۱): ۳۲-۲۵.
- توکلی‌زاده، ج. (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات رفتار ایذایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان شهر گناباد. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران*.
- ثانوی فرد، ر.؛ فرشیدپور، ع.؛ وکیل‌یزدی، ا. (۱۳۹۶). نقش راهبردهای خودباوری و کاهنده استرس در کامیابی سازمان. *مطالعات مدیریت راهبردی*، ۸(۳۱): ۱۰۱-۸۳.
- خدایی‌مجد، و. (۱۳۹۵). ارزیابی شیوه‌های روانشناختی آموزش خودباوری در قصه‌های کودکان ایرانی. *آموزش و ارزشیابی*، ۹(۳۳): ۱۳۷-۱۵۸.
- رضانی، م.؛ خامسان، ا. (۱۳۹۶). شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه درگیری تحصیلی ریو ۲۰۱۳ با معرفی درگیری عاملی. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۲۹(۹۶): ۲۰۴-۱۸۵.
- سماوی، س.ع.؛ ابراهیمی، ک.؛ جاودان، م. (۱۳۹۵). بررسی رابطه درگیری‌های تحصیلی، خودکارآمدی و انگیزش تحصیلی با پیشرفت تحصیلی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر بندرعباس. *راهبردهای شناختی در یادگیری*، ۴(۷): ۹۲-۷۱.
- سنجری، ا.ر.؛ گلشاهی، ب.؛ عباس‌زاده، ن. (۱۳۹۹). آسیب‌شناسی خودباوری و امید در بین کارکنان پایور آجا (مورد مطالعه: دانشگاه‌های افسری ارتش ج.ا.ایران). *مدیریت نظامی*، ۲۰(۷۸): ۱۵۵-۱۸۹.
- سیف، ع.ا. (۱۳۹۷). *روانشناسی پرورشی نوین: روانشناسی یادگیری و آموزش*. ویرایش هفتم. تهران: نشر دوران.
- شاملو، س. (۱۳۹۸). *بهداشت روانی*. تهران: انتشارات رشد.
- فرهادی، ع.؛ ساکی، ک.؛ قدم‌پور، ع.؛ خلیفی‌گشنیگانی، ز.؛ چهری، پ. (۱۳۹۵). پیش‌بینی ابعاد درگیری تحصیلی بر اساس عناصر سرمایه روان‌شناختی. *راهبردهای آموزشی در علوم پزشکی*، ۹(۲): ۱۲۷-۱۳۲.
- قنبری، س.؛ سلطان‌زاده، و. (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای هوش هیجانی در ارتباط بین خودکارآمدی پژوهشی و انگیزه پیشرفت در دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه بوعلی سینا همدان. *فصلنامه مطالعات اندازه‌گیری و ارزشیابی آموزشی*، ۶(۱۴): ۶۷-۴۱.
- کشت‌ورز‌کندازی، ا.؛ شکوهی، م.ج.؛ علیدادی، ع.ر. (۱۳۹۹). واکاوی نقش آموزش خلاقیت با استفاده از سنجش حافظه کاری در خودباوری و مهارت حل مسئله کودکان. *فصلنامه آموزش پژوهی*، ۶(۲۳): ۶۶-۴۶.
- لیندن‌فیلد، گ. (۱۳۹۲). *فرا‌تر از اعتماد به نفس*. ترجمه محمود امینی. تهران: نشر کتاب‌درمانی.
- مؤمنی، خ.م.؛ رادمهر، ف. (۱۳۹۷). پیش‌بینی درگیری تحصیلی بر اساس سازه‌های خودکارآمدی و خودناتوان‌سازی تحصیلی دانشجویان علوم پزشکی. *پژوهش در آموزش علوم پزشکی*، ۱۰(۴): ۵۰-۴۱.

مهری، ل؛ بختیارپور، س؛ افتخارسعادی، ز؛ همایی، ر. (۱۳۹۹). طراحی و آزمون الگویی از اثر خودباوری تحصیلی و هیجانانگیز بر عملکرد تحصیلی با در نظر گرفتن نقش واسطه‌ای انگیزش تحصیلی در دانشجویان. *نشریه علمی آموزش و ارزشیابی*، ۱۳(۴۸): ۳۶-۱۳.

نبوی، س.ص؛ سهرابی، ف؛ افروز، غ.ع؛ دلاور، ع؛ حسینیان، س. (۱۳۹۶). رابطه خودکارآمدی با سلامت روان در معلمان: نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱۱(۲): ۶۹-۵۰.

نجفی پور دیوکلاپی، ع؛ خانه کشی، ع؛ همایونی، ع.ر. (۱۴۰۰). مدل یابی سرزندگی تحصیلی بر اساس باورهای فراشناختی با نقش واسطه‌ای درگیری تحصیلی. *راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*، ۱۴(۳): ۱۵۱-۱۶۰.

وکیلی، س؛ نقش، ز؛ رضایی خمسی، ز. (۱۳۹۷). نقش واسطه‌گری درگیری تحصیلی در رابطه بین هیجان تحصیلی و پیشرفت. *پژوهش در نظام‌های آموزشی*. دوره ۱۲، ۶۱۵-۶۲۷.

- Artino, Y. (2017). Most people with mental disorders are happy: A 3-year follow-up in the Dutch general population. *The Journal of Positive Psychology*, 6, 253-259.
- Bas, K. (2019). The relationship between classroom management skills and self-confidence of social studies teachers. *International Journal of Education and Literacy Studies*; 7(4): 62-68.
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demeyttenaere, K., Green, J. G., Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2018). Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *J Affect Disord*, 1 (225): 97-103.
- Caprara, G. V., Steca, P., Gerbino, M., Paciello, M., & Vecchio, G. M. (2015). Looking for adolescents' well-being: Self-efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 15(1): 30.
- Chang, E., Lee, A., Byeon, E., Seong, H., & Lee, S.M. (2016). The mediating effect of motivational types in the relationship between perfectionism and academic burn out. *Personality and Individual Differences*, 89, 202-210.
- Collie, R.J., & Martin, A.J. (2017). Teachers' sense of adaptability: Examining links with perceived autonomy support, teachers' psychological functioning, and students' numeracy achievement. *Learn Individ Differ*, 55:29-39.
- Cross, F., Marchand, A., Medina, M., Villafuerte, A., & Rivas-Drake, D. (2019). Academic socialization, parental educational expectations, and academic self-efficacy among Latino adolescents. *Psychology in the Schools*.56(2).
- Flammer, L. (2017). *Identity Processing and Personal Wisdom: Information-Oriented Identity Style Predicts Self-Actualization and Self-Transcendence*, 9:95-115
- Gandhi, S., Glaman, R., Yeager, J., & Smith, M. (2021). Evaluation of anxiety and self-confidence among baccalaureate nursing students post pandemic simulation exercise. *Clinical Simulation in Nursing*; 56(3): 91-98.
- Gross, J. J., Uusberg, H., & Uusberg, A. (2019). Mental illness and well-being: an affect regulation perspective. *World Psychiatry*, 18(2): 130-139.
- Gulliver, A., Griffiths, K.M., Mackinnon, A., Batterham, P.J., & Stanimirovic, R. (2015). The mental health of Australian elite athletes. *J Scie Med Spo*, (18): 255-61.
- Heidari, M., Hasani, P., & Shirvani, M. (2017). Evaluation of the general health status and its related factors in medical staffs of Borujen Valyasar Hospital. *Community Health Journal*, 7(1):42-49.
- Kim, K.J., Wee, S.J., & Gilbert, B.B. (2017). Opening a window to foster children's self-confidence through creative art activities. *Dimensions of Early Childhood*; 45(2): 4-12.
- Lam, S. F., Jimerson, S., Shin, H., Cefai, C., Veiga, F. H., Christou, C. H., Chroni, P. F., Kikas, E., Wong, B. P. H., Culescu, E. S., Basnett, J., Duck, R., Farrell, P., Liu, Y., Negovan, V., Nelson, B., Yang, H., & Tsch, J. Z. (2016). Cultural universality and specificity of student engagement in school: The results of an international study from 12 countries. *Journal of Educational Psychology*, 86, 137-153.
- Lau, W. (2016). *Perfectionism, Self efficacy in Women*. Department of Psychological Sciences, university of Missouri- Colombia.

- Pellegrino, J. W., Goldman, S. R., Bertenthal, M., & Lawless, K. (2017). Teacher Education and Technology: Initial Results from the "What Works and Why" Project. *Yearbook of the National Society for the Study of Education*, 6(2):52-86.
- Rusbult, C. E., Zembrodt, I. M., & Gunn, L. K. (2018). Exit, voice, loyalty, and neglect: Responses to dissatisfaction in romantic involvements. *Journal of personality and social psychology*, 43(6): 12-30.
- Singh, S.K., Gupta, S., Busso, D., & Kamboj, S. (2019). Top management knowledge value, knowledge sharing practices, open innovation and organizational performance. *Journal of Business Research*.128, 788-798.
- Tagkaloglou, S., & Kasser, T. (2011). Increasing collaborative, pro- environmental activism: The roles of Motivational Interviewing, self-determined motivation, and self-efficacy. *Journal of Environmental Psychology*, 51, 16-22.
- Topcu, S., & Leana-Taşçılar, M. Z. (2018). The role of motivation and self-esteem in the academic achievement of Turkish gifted students. *Gifted Education International*, 34(1): 3-18
- Veas, A., Gilar-Corbi, R., & Miñano, P. (2016). The influence of gender, intellectual ability, academic self-concept, self-regulation, learning strategies, popularity and parent involvement in early adolescence. *International Journal of Information and Education Technology vol. 6(8)*, 591-597.
- Weiten, W., Lloyd, M. A., & Dunn, D. (2015). *Psychology applied to modern life: adjustment in the 21st century*. Cengage learning
- Zhang, X., Yeung, T. S., Yang, Y., Chandra, R. M., Dana Wang, L., Sukhmani, K., Bal, S. K., & Zhu, Y. (2019). Cross-cultural approaches to mental health challenges among students. *The Massachusetts General Hospital Guide to Depression*, 10.1007/978-3-319-97241-1\_6.
- Zimmerman, A., & Kirsanathas, Y. (2016). Analysis of self efficacy theory in behavior change, cognitive theory. *Ther & Res*; 23(1): 287-310.

## مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی-هیجانی، انعطاف پذیری شناختی و ناگویی هیجانی بیماران گوارشی

### *Comparing the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and mindfulness-based cognitive therapy on cognitive-emotional regulation, cognitive flexibility, and alexia of gastrointestinal patients*

**Seyedah Farzaneh Hosseini**

PhD in Psychology, Borujard Branch, Islamic Azad University, Borujard, Iran

**Zahra Tanha (crossponding author)**

Assistant Professor, Department of Psychology, Khorramabad Branch, Islamic Azad University, Khorramabad, Iran

Email: tanha\_zahra1986@yahoo.com

**Javad Karimi**

Associate Professor, Department of Psychology, Malayer University, Malayer, Iran

**Ezzatullah Qadmpour**

Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran

سیده فرزانه حسینی

دکترای روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

زهرا تنها (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد خرم‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، خرم‌آباد،

ایران

Email: tanha\_zahra1986@yahoo.com

جواد کریمی

دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران

عزت اله قدم پور

استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

چکیده

هدف: هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی-هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و ناگویی هیجانی بیماران گوارشی بود. روش: در این پژوهش با روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل نامعادل، از بین کلیه بیماران گوارشی بیمارستان امام خمینی (ره) سروه ۱۵ نفره تقسیم شدند و پرسش‌نامه‌های تنظیم شناختی-هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و ناگویی خلقی را تکمیل نمودند. یک گروه آزمایش در هشت جلسه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه دیگر آزمایش تحت هشت جلسه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره و SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: بر این اساس، بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر زیر مقیاس تنظیم شناختی هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و ناگویی هیجانی، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه تفاوت معنی‌داری در مقایسه این دو درمان در متغیرهای مورد بررسی در این بیماران گوارشی مشاهده نشد، پیشنهاد می‌شود در ای دو روش درمانی در این دسته از بیماران به کار برده شوند.

### Abstract

**Aim:** The aim of this research was to compare the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and mindfulness-based cognitive therapy on cognitive-emotional regulation, cognitive flexibility, and emotional dyslexia in gastrointestinal patients. **Method:** In this research, using a semi-experimental method with a pre-test-post-test design with an unequal control group, a sample of 15 people were divided from all the gastrointestinal patients of Imam Khomeini Hospital (RA) and they completed the questionnaires of cognitive-emotional regulation, cognitive flexibility and aphasia. One experimental group underwent acceptance and commitment-based therapy in eight sessions, and the other experimental group underwent eight sessions of cognitive therapy based on mindfulness. Research data were analyzed using multivariate covariance analysis and SPSS version 22. **Results:** Based on this, there was no significant difference between the treatment based on acceptance and commitment and the treatment based on mindfulness on the subscales of cognitive-emotional regulation, cognitive flexibility and emotional ataxia. **Conclusion:** Considering that no significant difference was observed in the variables studied in these gastrointestinal patients in the comparison of these two treatments, it is suggested that these two treatment methods be used in this category of patients.

کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، تنظیم شناختی-هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی، ناگویی هیجانی، بیماران گوارشی.

**Keyword:** Treatment based on acceptance and commitment, cognitive therapy based on mindfulness, cognitive-emotional regulation, cognitive flexibility, emotional dyslexia, digestive patients.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۸

## مقدمه

دستگاه گوارش یکی از دستگاه‌های فعال در بدن انسان است که کار خود را در چهار بخش بلع، گوارش، جذب و هضم انجام می‌دهد و به‌عنوان یکی از مهم‌ترین دستگاه‌های بدن، بیماری‌های مربوط به خود را دارد که گریبان‌گیر بسیاری از افراد است. زمانی که دستگاه گوارش دچار مشکل و اختلالی می‌شود، علائمی از خودش نشان می‌دهد. بیماری‌های دستگاه گوارش<sup>۱</sup> به تمامی بیماری‌هایی که مربوط به دستگاه گوارش باشد، گفته می‌شود که شامل بیماری‌های مری<sup>۲</sup>، معده<sup>۳</sup>، سه بخش اول، دوم و سوم دوازدهه<sup>۴</sup>، تهی‌روده<sup>۵</sup>، چم‌روده<sup>۶</sup>، دریچه ایلئوسکال<sup>۷</sup> و مجموعه روده بزرگ<sup>۸</sup> (شامل کولون صعودی<sup>۹</sup>، عرضی<sup>۱۰</sup>، نزولی<sup>۱۱</sup>، سیگموئید<sup>۱۲</sup> و راست‌روده<sup>۱۳</sup>) می‌شود (بوریش<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). بررسی‌ها نشان‌دهنده همراهی بیماری‌های بدنی و روانی هستند (پلیسر<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۰، جانکزک<sup>۱۶</sup>، ۲۰۲۲).

اصطلاح روان تنی<sup>۱۷</sup> گویای ارتباط نزدیک ذهن با جسم و نشانگان روان تنی دربرگیرنده گروه بزرگی از بیماری‌های دستگاه گوارش می‌باشد (سادوک<sup>۱۸</sup> و سادوک، ۲۰۱۵). در توضیح رابطه بین اختلال‌های روانی و بیماری‌های گوارشی به نشانه‌های بدنی مشترک، تأثیر استرس روان‌شناختی بر بیماری بدنی و نیز پدیده همبودی اشاره می‌شود (پلیسر و همکاران، ۲۰۱۰). تظاهرات غیرطبیعی روان‌پزشکی در بیماران مبتلاء به نشانگان روده تحریک پذیر تا ۸۰٪ موارد و اضطراب در ۶۷٪ از مبتلایان به اسپاسم مری<sup>۱۹</sup> و اختلال برگشت معده گزارش شده‌اند (دورازو<sup>۲۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۰).

1. gastrointestinal diseases
2. esophageal diseases
3. stomach
4. duodenum
5. jejunum
6. ileum
7. ileocecal valve
8. Colon
9. ascending colon
10. transverse colon
11. descending colon
12. Sigmoid
13. Rectum
14. Burisch
- 15 . Pellissier
- 16 . Janeczek
17. psychosomatic
18. Sadock
19. esophageal spasm
- 20 . Durazzo

استرس شدید، بگومگوهای خانوادگی و افسردگی، ماشه چکان آغاز علائم دانسته شده‌اند. اختلال روان‌تنی به صورت اختلال بدنی که تحت تأثیر روان قرار دارد یا توسط روان ایجاد می‌شود، تعریف شده است (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵). مسائل روان‌شناختی در ارتباط با اختلالات روان‌تنی از جمله اختلالات گوارشی نشان می‌دهد که تنظیم مشکل‌دار هیجان‌ها، مانند خشم و اضطراب، در بروز مشکلات جسمانی مانند بیماری‌های معده‌ای و روده‌ای، قلبی-عروقی نقش دارند (دیکسن-گوردون، کنکی و والن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸، الروح و خاتر<sup>۲</sup>، ۲۰۲۳). بنابراین، از آنجایی که تنظیم هیجان نقشی محوری در تحول بهنجار دارد و ضعف در آن، عاملی مهم در ایجاد اختلال‌های روان‌تنی به‌شمار می‌رود، نظریه‌پردازان بر این باورند، افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجان‌شان در برابر رویدادهای روزمره نیستند، بیشتر نشانه‌های تشخیصی، اختلال‌های درونی‌سازی از قبیل افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهند. بنابراین، می‌توان گفت، تنظیم هیجان عاملی کلیدی و تعیین‌کننده در بهزیستی روانی و کارکرد اثربخش است که در سازگاری با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی نقش اساسی ایفا می‌کند (نولن-هاکسما<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۲، اکستریما، سانچز-آلوارز و ری<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). به‌طور اجمالی، می‌توان اذعان نمود که افراد از روش‌های مختلفی جهت تنظیم هیجان‌شان استفاده می‌کنند و یکی از متداول‌ترین این روش‌ها استفاده از راهبردهای شناختی است (اوسی، حمید و بووت<sup>۵</sup>، ۲۰۲۳). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، فرآیندهای شناختی هستند که افراد برای مدیریت اطلاعات هیجان‌آور و برانگیزاننده به‌کار می‌گیرند و بر جنبه شناختی مقابله تأکید دارند (گرانفسکی و کراچی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶).

از سوی دیگر، یکی از متغیرهایی که در اغلب اختلالات روان‌تنی و تنظیم هیجانی دخیل می‌باشد، انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۷</sup> است (فراهانی و همکاران، ۲۰۲۳، کنلی، میلان و پائولسن<sup>۸</sup>، ۲۰۲۳). توانایی تغییر آمایه‌های شناختی<sup>۹</sup> به‌منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی، عنصر اصلی در تعاریف عملیاتی انعطاف‌پذیری شناختی است (دنيس، وندر و وال<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۰). افرادی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجهات جایگزین استفاده می‌کنند، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند از نظر روان‌شناختی تاب‌آوری<sup>۱۱</sup> بیشتری دارند (فیلیپس<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۱، هاشمی دزکی، عینی و عبادی کسباخی، ۲۰۲۱). انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط

---

<sup>1</sup> . Dixon-Gordon, Conkey & Whalen

<sup>2</sup> . Al-Rfooh & Khater

<sup>3</sup> . Nolen-Hoeksema

<sup>4</sup> . Extremera, Sanchez-Alvarez & Rey

<sup>5</sup> . Oussi, Hamid & Bouvet

<sup>6</sup> . Garnefski & Kraaij

<sup>7</sup> . cognitive flexibility

<sup>8</sup> . Kenneally, Milam & Paulson

<sup>9</sup> . cognitive sets

<sup>10</sup> . Dennis, Vander & Wal

<sup>11</sup> . resilience

<sup>12</sup> . Phillips

محیطی سازگار کند (دیکستین<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). وقتی فرد انعطاف‌پذیری شناختی نداشته باشد به‌طور غیرفعال با شرایط محیطی، بیماری و سلامت روان مواجه می‌شود و معمولاً به‌خطا می‌رود، پس با انعطاف‌پذیری شناختی می‌توان تغییرات اساسی در ارائه مجدد فکری ایجاد کرد (اورتگا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۳).

یکی از مولفه‌های مستقیم و مرتبط با انعطاف‌پذیری شناختی، ناگویی هیجانی<sup>۳</sup> است (خان و جافی<sup>۴</sup>، ۲۰۲۲). از نظر لغوی ناگویی هیجانی به‌معنی فقدان واژگان برای بیان احساسات است (مهدوی و منشئی، ۱۳۹۵). ویژگی‌های اصلی ناگویی خلقی عبارتند از: ناتوانی در بازشناسی و توصیف کلامی هیجان‌های شخصی، فقر شدید تفکر نمادین که آشکار سازی بازخوردها، احساس، تمایل و سائق‌ها را محدود می‌کند، ناتوانی در به‌کارگیری احساس‌ها به‌عنوان علائم مشکلات هیجانی، تفکر در مورد واقعیت‌های کم اهمیت بیرونی، کاهش یادآوری رؤیاها، دشواری در تمایز بین حالت‌های هیجانی و حس‌های بدنی، قیافه خشک و رسمی، فقدان جلوه‌های عاطفی چهره، ظرفیت محدود برای همدلی و خودآگاهی (پریس<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۲).

پژوهشگران ضرورت در نظر گرفتن مداخله‌های روان‌پزشکی و روان‌درمانی را به‌منظور کاهش علائم بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران گوارشی بیان کرده‌اند (آلنزی و لیوسای<sup>۶</sup>، ۲۰۲۳، پالسن<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵). طیف وسیعی از درمان‌های روان‌شناختی شامل هیپنوتراپی، بازخورد زیستی، درمان شناختی رفتاری و آموزش تنش زدایی در درمان و کاهش علائم بیماران گوارشی اثر بخش بوده‌اند (بلنچارد<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷). یکی از روان‌درمانی‌های جدید، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۹</sup> (ACT) می‌باشد که این درمان در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلاء به اختلال کارکردی گوارش اثر بخش بود (نصیری و همکاران، ۱۳۹۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله رویکردهایی است که از طریق افزایش ذهن‌آگاهی، فاصله‌گیری شناختی (مشاهده افکار)، ایجاد تعهد نسبت به درگیری فعالانه در جهان خارجی و تلاش برای دستیابی به یک زندگی پر معنا و اصیل با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی<sup>۱۰</sup> به افراد کمک می‌کند تا با شرایط تنش‌زا مقابله کنند. این رویکرد درمانی دارای شش فرایند مرکزی می‌باشد که عبارتند از: پذیرش<sup>۱۱</sup>، گسلش<sup>۱۲</sup>، خود به‌عنوان زمینه<sup>۱۳</sup>، بودن در لحظه حال<sup>۱۴</sup>، ارزش‌ها<sup>۱۵</sup> و عمل متعهدانه<sup>۱۶</sup> که در نهایت منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

1. Dickstein

2. Ortega

3. alexithymia

4. Khan & Jafee

5. Preece

6. Alenezi & Livesay

7. Palsson

8. Blanchard

9. acceptance and commitment-based therapy (ACT)

10. psychological flexibility

11. acceptance

12. defusion

13. self as context

14. present

15. values

16. committed action



می‌شوند. مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (هیز، استروسال و ویلسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). کاهش بار کلی علائم و افزایش کیفیت زندگی موثر باشد.

بر این اساس، ژانگ<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای دریافتند که درمان‌های مداخله‌ای مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث تغییر الگوهای رفتاری مربوط به سلامتی می‌شوند که کلید ساختاری این تغییر انعطاف‌پذیری شناختی است. اسکات، هان و مک کراکن<sup>۳</sup> (۲۰۱۶) در مطالعه خود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر انعطاف‌پذیری شناختی بیماران با دردهای مزمن مورد بررسی قرار دادند و بر اساس این مطالعه، این روش درمان در طی ۸ ماه با بیماران انجام شد و تفاوت‌های چشم‌گیری در عملکرد، پذیرش درد، همجوشی شناختی، تمرکززدایی، عمل متعهدانه و افسردگی نسبت به قبل از ارائه درمان مشاهده شد و براساس این پژوهش درمان پذیرش و تعهد می‌تواند در بهبود فشار خون بالا و تنظیم هیجان شناختی مفید باشد. در پژوهش جلوداری، سوداگر و بهرامی (۱۳۹۸) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود که زندگی را برای وی کامل، غنی و معنی‌دار می‌سازد. در مطالعه خاکباز (۱۳۹۳) نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی می‌تواند به‌طور معنی‌دار و اثربخش نمرات تنظیم هیجان و ابعاد آن (عدم پذیرش، عدم دستیابی به اهداف، مشکل در کنترل تکانه، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان) را کاهش دهد. در پژوهش محمدی، صالح زاده و ناصریان (۱۳۹۴) درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به دلیل آموزش پذیرش افکار و شرایط به مراجعان در بهبود تنظیم هیجان مردان تحت درمان با متادون تأثیر داشته است. در مطالعه درویش باصری و دشت بزرگی (۱۳۹۶) روش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری باعث بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و کاهش ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شد. در پژوهش مک‌کراکن و گوتیرز - مارتینز<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میزان افسردگی، اضطراب مربوط به درد، ناتوانی جسمی و روانی، ویزیت‌های پزشکی و شدت درد را به میزان قابل توجهی کاهش داد.

یکی دیگر از درمانی‌های روان‌شناختی جدید، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۵</sup> است که این درمان در کاهش علائم کلی بیماران سندرم روده تحریک پذیر و افزایش کیفیت زندگی موثر بوده است (ال-جوتسون<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). از لحاظ تئوریک ذهن آگاهی به بهزیستی روان‌شناختی مربوط است، ذهن آگاهی عبارت است از: آگاهی و پذیرش غیر قضاوتی لحظه به لحظه فرد. ذهن آگاهی می‌تواند به‌عنوان یک پادزهر بر اشکال رایج پریشانی روان‌شناختی مانند

---

<sup>1</sup>. Hayes , Strosahl, Wilson

<sup>2</sup>. Zhang

<sup>3</sup>. Scott, Hann & McCracken

<sup>4</sup>. McCracken & Gutierrez-Martinez

<sup>5</sup>. mindfulness based cognitive therapy

<sup>6</sup>. Ljotsson

اجتناب، سرکوبی یا بیش‌اشتغالی فکری و احساسی فرد عمل کند (کنگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). حضور ذهن یا ذهن آگاهی روشی مدرن برای فرار از خیالات و اقامت در زمان اکنون است. نمود عملی این مفهوم را برخی با تمرین‌هایی همراه با تمرکز و دقت کردن به حواس پنج‌گانه در درک عمیق و با آرامش لحظه‌ها و لذت‌ها توصیه می‌کنند. برای مثال: غذا خوردن آهسته و تلاش و تمرکز برای درک مزه‌ها، تمرکز بر تنفس و درک عمیق دم و بازدم، تمرکز و آرامش دوره‌ای در طی روز، یادآوری آن چیزهایی که از آن برخوردار هستیم، از مصادیق تمرین‌هایی است که در این زمینه توصیه شده است (گلدبرگ، ریردان، سان و دیویدسون<sup>۲</sup>، ۲۰۲۱). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی بیمار است که مزیت عمده این روش درمانی نسبت به درمان‌های دیگر در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، در جهت تأثیر تداوم بیشتر اثربخشی درمان است. اما شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند به درمان جویان در شناخت افکار و ارزیابی‌های نادرست کمک کند، تا به زمان حال عاری از قضاوت آگاه شوند و به ارزش‌های شخصی و توانایی‌های خود پی ببرند (هیز، ۲۰۰۶).

در پژوهش امیری و همکاران (۱۳۹۸) آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش انعطاف‌پذیری شناختی همسران جانبازان شد. ثناگوی محرر و همکاران (۱۳۹۸) معتقدند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یک روش روان‌درمانی موثر با هدف بهبود انعطاف‌پذیری شناختی است. نتایج مطالعه گودرزی، قاسمی، میردریکوند و غلامرضایی (۱۳۹۷) نشان داد که درمان ذهن آگاهی باعث افزایش عاطفه مثبت، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مهارت‌های ذهن آگاهی افراد افسرده می‌شود. نتایج پژوهش نوروزی و هاشمی (۱۳۹۶) بیانگر این است که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با به چالش کشیدن اندیشه و اصلاح احساسات، تنظیم هیجان بیمار را بهبود می‌بخشد. ژانگ و همکاران (۲۰۱۹) هم این درمان را به‌عنوان یک روش درمانی کارآمد برای بهبود بهزیستی، به‌ویژه مربوط به خلق و خو و شناخت، در نظر گرفته‌اند. شاپیرو<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۸) معتقدند که شرکت کنندگانی که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کرده‌اند، انعطاف‌پذیری شناختی به‌طور قابل توجهی بهبود یافته است. سیلبرستین، تریچ، لیهی و مک‌گین<sup>۴</sup> (۲۰۱۲) نشان دادند افرادی که سطح ذهن آگاهی بالاتری دارند، از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالاتری نیز برخوردار هستند و افرادی که از نظر روان‌شناختی کمتر انعطاف‌پذیر به‌نظر می‌رسند، سطح ذهن آگاهی کمتری از خود نشان می‌دهند. در مطالعه دیگری نشان داده شد که آموزش ذهن آگاهی، نمرات پایین در اضطراب، کاهش پریشانی روان‌شناختی و کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را به‌دنبال دارد (فریلیچ و شچت من<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰).

<sup>1</sup>. Keng

<sup>2</sup>. Goldberg, Riordan, Sun & Davidson

<sup>3</sup>. Shapero

<sup>4</sup>. Silberstein, Tirch, Leahy & McGinn

<sup>5</sup>. Freilich & Shechtman

بیماری‌های گوارشی یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین بیماری‌های مزمن‌غیرواگیر است، که بار اقتصادی و فشار روانی بسیاری را به جامعه و سیستم بهداشتی و درمانی تحمیل می‌کند. به دلیل این که متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه به نحوی بار روان‌شناختی دارند و بیماری‌های گوارشی جزء بیماری‌های روان‌تنی محسوب می‌شوند، محقق به دنبال بررسی این عوامل در اختلالات گوارشی است. از سوی دیگر؛ از آنجا که عوامل روان‌شناختی اغلب دلایل هیجانی و شناختی دارند، محقق به دنبال بررسی دو نوع درمان شناختی-هیجانی است تا تأثیر هر کدام را در بهبود بیماری‌های گوارشی بیابد، همچنین، در بیشتر تحقیقاتی که محققان چه در ایران و چه در جهان انجام داده‌اند، بر متغیرهای تنظیم شناختی-هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و ناگویی خلقی به صورت جداگانه تأکید شده و کمتر این متغیرها با این دو پروتکل درمانی بررسی شده‌اند. در این مطالعه هدف این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی-هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و ناگویی هیجانی بیماران گوارشی مقایسه شود.

### روش

روش تحقیق حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل نامعادل بود که به طور مقطعی در سال ۹۹-۹۸ انجام شد. جامعه آماری این تحقیق کلیه بیماران گوارشی مراجعه‌کننده به مرکز درمانی بیمارستان امام خمینی ساری در سال ۱۳۹۹ بودند که از فهرست بیماران مراجعه‌کننده به بخش گوارش با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند. تمام آزمودنی‌ها فرم رضایت‌نامه انجام پژوهش را پر کردند و به تمام آزمودنی‌ها اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات خصوصی آن‌ها به طور کامل محرمانه باقی خواهد ماند و با توجه به همه‌گیری بیماری کووید ۱۹ جلسات به صورت مجازی تشکیل گردید. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: تمایل و رضایتمندی جهت شرکت در مطالعه، قادر به اختیار گذاشتن اطلاعات و تجربیات خود، ابتلاء به یکی از بیماری‌های گوارشی به تشخیص متخصص گوارش، گذشت حداقل یک سال از بیماری آن‌ها، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال و در طی ۵ سال گذشته دچار بیماری گوارشی شده باشند. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بود از: تشخیص همبودی با اختلالات روان‌پزشکی و سابقه بستری با استفاده از مصاحبه تشخیصی، استفاده از روش‌های درمانی دیگر در طی پژوهش مانند درمان‌های روان‌شناختی دیگر، غیبت در جلسات آموزشی مجازی.

به منظور تعیین حجم نمونه از نرم افزار Gpower استفاده شد. عوامل اندازه اثر سطح معنی‌داری، توان آزمون و تعداد گروه‌ها بدین ترتیب در نظر گرفته شدند: اندازه اثر بر اساس فراتحلیل وب، میلز و شیران، ۰/۲۴ در نظر گرفته شد، سطح معنی‌داری و توان آزمون به استناد مطالعات ۰/۰۵ و ۰/۸ لحاظ شد و تعداد گروه‌های مورد بررسی نیز ۲ گروه بود. بر این اساس، حجم نمونه ۴۵ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش اول، ۱۵ نفر گروه آزمایش دوم و ۱۵ نفر گروه کنترل)

در نظر گرفته شد (وب<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). با توجه به ماهیت جامعه و بالینی بودن نمونه‌ها و به علت دسترسی بیماران گوارشی در بیمارستان برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین ترتیب که با انجام هماهنگی‌های لازم از بین داوطلبان شرکت در این مطالعه خواسته شد که پرسش‌نامه‌های مطالعه را تکمیل کنند، بعد از کنار گذاشتن پرسش‌نامه‌های مخدوش به دلیل عدم همکاری برخی از شرکت‌کنندگان، در نهایت، ۸۰ پرسش‌نامه تحلیل شد و از بین افرادی که نمره بالاتر در پیش‌آزمون (دامنه نمره کلی پرسش‌نامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بین ۳۶ تا ۱۸۰ است و دامنه نمره کلی پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی بین ۲۰ تا ۱۴۰ است و همچنین، دامنه نمره کلی پرسش‌نامه ناگویی هیجانی بین ۲۰ تا ۱۰۰ است که افراد با نمرات بالاتر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند) به دست آورده بودند، ۴۵ نفر به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند. یک گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) در فضای مجازی و از طریق ارتباط تصویری و شنیداری تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و گروه آزمایشی دیگر به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) در فضای مجازی و از طریق ارتباط تصویری و شنیداری تحت شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند، در حالی که شرکت‌کنندگان در گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند.

## ابزار

**پرسش‌نامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان:** این ابزار توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینهون<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۱ در کشور هلند تهیه شده و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارش‌دهی است و دارای ۳۶ ماده می‌باشد. پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان از ۹ خرده‌مقیاس و ۳ ماده تشکیل شده است. پنج خرده‌مقیاس این پرسش‌نامه راهبردهای مثبت هیجان و چهار خرده‌مقیاس دیگر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجانی هستند. راهبردهای مثبت شامل پذیرش، توجه مجدد مثبت، عینیت‌نگری، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و راهبردهای منفی از خود ملامت‌گری، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و سرزنش دیگران تشکیل می‌شود. دامنه نمرات هر سوال مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌باشد. نمرات بالا در هر خرده‌مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر از راهبردهای مذکور در مقابله با مواجهه با وقایع استرس‌زاست. همچنین، از جمع کل نمرات ۳۶ ماده، نمره کلی در دامنه ۳۶ تا ۱۸۰ به‌دست می‌آید (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). گارنفسکی و همکاران میزان آلفای کرونباخ را در مرحله بازآزمایی برای هر یک از خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه بدین شرح گزارش کردند: خود ملامت‌گری ۰/۸۱، پذیرش ۰/۸۰، نشخوار فکری ۰/۸۳، تمرکز مجدد مثبت ۰/۸۱، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ۰/۸۱، ارزیابی مجدد مثبت ۰/۷۲، عینیت‌نگری ۰/۷۹، فاجعه‌سازی ۰/۷۲ و سرزنش دیگران ۰/۶۸. در حالی که روایی آن از طریق تحلیل عاملی تأیید شده بود. حسنی و میرآقایی (۱۳۹۱) ضمن اعتباریابی نسخه فارسی پرسش‌نامه مذکور، میزان

<sup>۱</sup>. Webb

<sup>۲</sup>. Garnefski, Kraaij & Spinhoven

آلفای کرونباخ هر کدام از خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه را مورد بررسی قرار داده و مقادیر زیر را گزارش کرد: خود ملامت‌گری ۰/۸۷، پذیرش ۰/۸۰، نشخوار فکری ۰/۸۵، تمرکز مجدد مثبت ۰/۷۷، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی ۰/۸۱، ارزیابی مجدد مثبت ۰/۸۵، عینیت‌نگری ۰/۷۹، فاجعه‌سازی ۰/۸۲، سرزنش دیگران ۰/۸۵. همچنین، میزان آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ به دست آمد. میزان پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر به تفکیک خرده مقیاس‌ها بدین شرح بود: خود ملامت‌گری ۰/۷۷، پذیرش ۰/۸۳، نشخوار فکری ۰/۸۴، تمرکز مجدد مثبت ۰/۸۰، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ۰/۷۱، ارزیابی مجدد مثبت ۰/۸۹، عینیت‌نگری ۰/۸۹، فاجعه‌سازی ۰/۸۴، سرزنش دیگران ۰/۸۵. میزان ضریب پایایی کلی نیز ۰/۹۰ به دست آمد.

**پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی:** پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی توسط دنیس و همکاران در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است و مشتمل بر ۲۰ سوال و براساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای است و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی و میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی- رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. در کل گویه‌های این پرسش‌نامه موفقیت فرد برای به چالش کشیدن افکار ناکارآمد و جایگزینی آن‌ها با افکار کارآمد و متوازن را بررسی می‌کند و با توجه به سه جنبه انعطاف‌پذیری شناختی شامل میل به درک موقعیت‌های سخت به‌عنوان موقعیت‌های قابل کنترل، توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان‌ها و توانایی ایجاد چندین راه حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت ساخته شده است (کهندانی، عبدالمعالی و الحسینی، ۱۳۹۷). دنیس و همکاران (۲۰۱۰) دو عامل ادراک گزینه‌های مختلف (ادراک توجیه رفتار) و عامل ادراک کنترل‌پذیری را شناسایی کردند و اعتبار همزمان این پرسش‌نامه با افسردگی بک (BDI-II) برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بود و در پژوهشی پایایی پرسش‌نامه حاضر را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۱ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ به دست آوردند. میزان آلفای کرونباخ کل برای این پرسش‌نامه در این مطالعه ۰/۸۱ و برای دو خرده مقیاس ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۷۸ به دست آمده است.

**پرسش‌نامه ناگویی خلقی:** مقیاس ناگویی خلقی تورنتو<sup>۱</sup> در سال ۱۹۸۶ توسط تیلور ساخته شد و مجدد در سال ۱۹۹۴ توسط تیلور، بگبی و پارکر تجدید نظر شد. این مقیاس یک آزمون ۲۰ سوالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را شامل می‌شود. نمره‌گذاری پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق سنجیده و بررسی می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است. در نسخه فارسی این مقیاس ضرایب

<sup>۱</sup>. Toronto

آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کل ۰/۸۵ و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و برای تفکر عینی ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. بشارت و خواجوی (۱۳۹۳) روایی همزمان مقیاس ناگویی خلقی را برحسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را در ایران بررسی و مورد تأیید قرار دادند. در نسخه فارسی مقیاس، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش شده است که نشان‌دهنده همسانی درونی خوب مقیاس است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس تأیید کرد. روایی همزمان مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو برحسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی شده و مورد تأیید قرار گرفته است. پایایی بازآزمایی پرسش‌نامه در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ برای ناگویی خلقی کل و ابعاد آن تأیید شد (بشارت، گرانمایه پور، علیپور، افقی، حبیب‌نژاد، ۱۳۹۳). میزان آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر ۰/۷۵ به‌دست آمد.

## پروتکل درمان

### الف) درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بیماران گوارشی

جدول ۱. محتوای جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۱۲)

جلسه	محتوا	تکلیف
اول	به معرفی اعضا، بحث درباره قوانین جلسات، بیان اهداف و فلسفه مداخله پذیرش و تعهد، معرفی درماندگی خلاق و نظام‌های ناکارآمد گذشته اختصاص یافت.	مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی توسط درمان‌جویان و ثبت تجربه‌های روزانه
دوم	کنترل مسأله، نه کنترل راه‌حل، بیان چگونگی تأثیر مقابله ناکارآمد اجتناب و کنترل تجارب ذهنی ناخواسته با استعاره‌های باتلاق شنی، سوئیچ مبارزه و پاندول، تقویت کنترل تجارب و راهبردهای کنترل هیجان آموزش داده شد.	مشخص کردن راهبردهای کنترلی و تأثیر آن‌ها در زندگی شخصی، تفهیم این موضوع که کنترل مسأله است نه راه‌حل و معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل.
سوم	پذیرش و تمایل برای کنترل تجارب ذهنی ناخواسته با استعاره طناب کشی با هیولا، تمایل آشفته‌گی پاک و ناپاک و استعاره مهمان ناخوانده آموزش داده شد.	اجرای تمرینات ذهن‌آگاهی در طول هفته و بررسی تأثیر آن‌ها در زندگی شخصی
چهارم	به آموزش گسلش شناختی و مشاهده مکرر افکار ناخوشایند با استعاره‌های مسافران در اتوبوس و سربازان در حال رژه اختصاص یافت.	تمرین گسلش شناختی در طول هفته و بررسی تأثیر آن در زندگی شخصی
پنجم	خود به‌عنوان زمینه، خود به‌عنوان فرایند خودآگاهی پویا، خود مفهوم سازی شده و خود مشاهده‌گر با استعاره‌های خانه با میلمان و صفحه شطرنج و تفکیک قائل شدن بین انواع خود برای گسست افکار و احساسات آموزش داده شد.	تمرین آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند و بررسی تأثیر آن در زندگی شخصی
ششم	به تفاوت و تمایز قائل شدن بین احساسات و ارزش‌ها با استعاره مراسم تدفین اختصاص یافت.	شناسایی و مشخص نمودن ارزش‌ها و اولویت‌بندی آن‌ها در ده حیطه خانواده، ازدواج، روابط دوستانه، شغل و حرفه، تحصیلات و رشد شخصی، تفریح و سرگرمی، معنویت، زندگی اجتماعی، محیط زیست و طبیعت و سلامتی.
	عمل متعهدانه، مواجهه برای دستیابی به اهداف در مسیر ارزش‌ها و افزایش انعطاف‌پذیری	ارائه تکلیف خانگی فعال‌سازی رفتاری (تعهد دستیابی به اهداف کوچکتر تعیین شده).

هفتم	روانی و شناخت موانع عمل متعهدانه با مثال‌هایی مانند خاطرات و تفکرات، عدم مهارت- های اجتماعی، فقدان منابع حمایتی آموزش داده شد.
هشتم	به ارزیابی عمل متعهدانه، ابراز مهارت‌های آموخته شده توسط آزمودنی‌ها، آموزش نحوه مقابله با شکست‌های احتمالی بعد از خاتمه درمان و ارائه خلاصه‌ای از محتوای جلسات قبل اختصاص یافت.

## ب) درمان‌نگری شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای بیماران گوارشی

جدول ۲. محتوای جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (کرن، ۲۰۱۷)

جلسه	محتوا
اول	آشنایی اعضا با اهداف برنامه و بیان قوانین و آموزش اینکه، بدانند چه موقعی ذهن آن‌ها به سوی هدایت خودکار می‌رود تا بتوانند آن را کنترل کنند.
دوم	آموزش فرد در ارتباط با مشکلاتی که در تمرین واریسی بدنی ممکن است ایجاد شود و اطلاع این که چگونه افسردگی موجب ایجاد چرخه معیوبی می‌شوند، که چالش با آن‌ها دشوار است.
سوم	آگاهی از اینکه ذهن چگونه می‌تواند اغلب مشغول و پراکنده باشد و یادگیری تمرکز عامدانه و آگاهی بر تنفس جهت تسهیل امکان متمرکز و یکپارچه بودن بیشتر.
چهارم	ایجاد توانایی‌هایی در فرد تا بتواند از زاویه دیگری به وقایع نگاه کند و دید گسترده و متفاوتی نسبت به آن‌ها داشته باشد.
پنجم	آموزش پذیرش تجارب و احساسات ناخوشایند و ایجاد رابطه‌ای متفاوت با تجربه.
ششم	آموزش اتحاد خود با افکار و نگرش، تا فرد بتواند با آن‌ها رابطه بیشتری برقرار کند.
هفتم	آموزش اینکه آگاهی به تنهایی برای حل مشکلات فرد کافی نیست و فرد باید به تدریج نحوه مراقبت از خود و ارزش گذاری تجربه لحظه به لحظه را یاد بگیرد.
هشتم	آگاهی دادن و تشویق افراد تا احساسات ناامیدی و تاسف در مورد گذشته را رها کنند و بحث در مورد اهمیت ماندن در زمان حال و چگونگی رها شدن ذهن از افسوس‌ها و نگرانی‌های گذشته و آینده.

## روش اجرا

بعد از انتخاب گروه نمونه براساس معیارهای ورود، پرسش‌نامه جمعیت شناختی محقق ساخته، توسط بیماران تکمیل شد و بعد پرسش‌نامه‌های تنظیم شناختی- هیجانی گارنفسکی، انعطاف‌پذیری شناختی دنا و ناگویی خلقی تورنتو توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید و سپس روی یک گروه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روی گروه دیگر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اجرا شد و هیچ درمان روان شناختی روی گروه کنترل صورت نگرفت و مجدد سه پرسش‌نامه توسط آزمودنی‌های سه گروه تکمیل گردید؛ نهایتاً دو شیوه درمانی هم نسبت به یکدیگر و هم نسبت به گروه کنترل از جهت تنظیم شناختی-هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و ناگویی خلقی با هم مقایسه شدند.

## روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها

در پژوهش حاضر علاوه بر روش‌های توصیفی برای آزمون فرضیه‌های پژوهشی، از روش‌های استنباط آماری شامل تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. لازم به ذکر است که تمام داده‌ها با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

به‌منظور توصیف داده‌های جمعیت شناختی پژوهش از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار)، استفاده شد. در این پژوهش ۴۵ نفر از بیماران گوارشی در سه گروه مورد مطالعه قرار گرفتند، که جدول ۱ نشان‌دهنده

شاخص‌های توصیفی مربوط به جمعیت شناختی (جنس، سن، وضعیت تأهل و تحصیلات) بیماران گوارشی در گروه‌های مطالعه است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود در هر گروه ۱۵ بیمار گوارشی وجود دارند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به جمعیت شناختی بیماران گوارشی در گروه‌های مطالعه

جمع ستون	گروه‌های مطالعه			توصیف جمعیت شناختی		
	کنترل	ذهن آگاهی	پذیرش و تعهد			
17	6	4	7	فراوانی	زن	جنس
37/8	40	26/7	46/7	درصد		
28	9	11	8	فراوانی	مرد	
62/2	60	73/3	53/3	درصد		
22	8	7	7	فراوانی	کمتر از ۳۵ سال	سن
48/9	53/3	46/7	46/7	درصد		
23	7	8	8	فراوانی	بیشتر از ۳۵ سال	
51/1	46/7	53/3	53/3	درصد		
9	2	3	4	فراوانی	مجرد	تأهل
20	13/3	20	26/7	درصد		
36	13	12	11	فراوانی	متأهل	
80	86/7	80	73/3	درصد		
2	1	0	1	فراوانی	دکتر	تحصیلات
4/4	6/7	0	6/7	درصد		
22	5	9	8	فراوانی	ارشد	
48/9	33/3	60	53/3	درصد		
21	9	6	6	فراوانی	کارشناس	
46/7	60	40	40	درصد		
45	15	15	15	فراوانی	جمع کل	
100	100	100	100	درصد		

با توجه به استفاده از آزمون شاپیرو جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها، مقدار  $P$  معنی‌دار نمی‌شود ( $P > 0/05$ )، در نتیجه فرض نرمال بودن داده‌ها برای تمامی متغیرها تأیید می‌شود و همچنین، بر اساس نتایج حاصل از آزمون لوین و با توجه به معنی‌دار نشدن سطح معنی‌داری ( $P > 0/05$ )، پیش فرض تساوی واریانس نمره‌های متغیرهای مورد بررسی بیماران گوارشی در گروه‌های مطالعه تأیید می‌شود. با توجه به این نتایج، می‌توان از آزمون‌های پارامتریک (تحلیل کوواریانس) برای تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

به‌منظور آزمون پرسش اصلی پژوهش که عبارت است از "آیا بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی



مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی-هیجانی، انعطاف پذیری شناختی و ناگویی هیجانی بیماران گوارشی تفاوت وجود دارد؟“ از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره استفاده شد. جدول ۲ نشان دهنده میانگین های پیش آزمون و پس آزمون تنظیم شناختی-هیجانی، انعطاف پذیری شناختی و ناگویی هیجانی بیماران گوارشی در گروه های مطالعه است.

جدول ۲. میانگین های پیش آزمون و پس آزمون تنظیم شناختی-هیجانی، انعطاف پذیری شناختی و ناگویی هیجانی بیماران گوارشی در گروه های مطالعه

گروه های مطالعه		پیش آزمون				پس آزمون			
پذیرش و تعهد	میانگین	انعطاف پذیری شناختی	ناگویی هیجانی	راهبردهای سازش یافته	انعطاف پذیری شناختی	ناگویی هیجانی	راهبردهای سازش یافته	راهبردهای سازش یافته	سازش یافته
پذیرش و تعهد	۹۹/۹۳	۵۱/۴۷	۴۸/۳۳	۶۹/۶۷	۹۴/۸۰	۴۵/۰۰	۳۸/۱۳	۷۶/۸۰	۴/۹۰
ذهن آگاهی	۱۰۳/۰۰	۵۳/۵۳	۴۳/۹۳	۷۲/۴۷	۱۰۶/۲۰	۵۰/۶۷	۱۳/۳۹	۷۸/۳۳	۷/۶۵
کنترل	۱۰۹/۵۳	۵۰/۵۳	۵۰/۹۳	۶۶/۷۳	۹۹/۸۰	۵۱/۳۳	۴۶/۷۳	۷۱/۹۳	۵/۱۵
انحراف معیار	۱۶/۲۳	۱۳/۳۲	۵/۰۲	۸/۳۲	۱۹/۰۷	۱۰/۰۵	۴/۷۷	۵/۱۵	۵/۱۵

جدول ۳ نشان دهنده نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی-هیجانی، انعطاف پذیری شناختی و ناگویی هیجانی بیماران در گروه های مطالعه است. نتایج به دست آمده از آزمون تحلیل کوواریانس در متغیرهای انعطاف پذیری شناختی، ناگویی هیجانی و راهبردهای سازش یافته هیجانی- شناختی پس از حذف اثر پیش آزمون در پس آزمون، تفاوت میانگین ها در گروه های پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و کنترل از نظر آماری معنی دار نیست ( $P > 0.05$ ). به عبارت دیگر، نتایج بیانگر آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اثر قابل توجهی بر نمرات کل انعطاف پذیری شناختی، ناگویی هیجانی و راهبردهای سازش یافته هیجانی- شناختی بیماران نداشته است. همچنین، نتایج به دست آمده از آزمون تحلیل کوواریانس در متغیر راهبردهای سازش نیافته هیجانی- شناختی پس از حذف اثر پیش آزمون در پس آزمون، تفاوت میانگین ها گروه های پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و کنترل از نظر آماری معنی دار است، ( $P < 0.01$ ) که بیانگر آن است که بیماران گوارشی که گروه های پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی تحت درمان قرار داشتند، در مقایسه با گروه کنترل که تحت درمان قرار نداشتند، کاهش در راهبردهای سازش نیافته هیجانی- شناختی داشته اند. همچنین، برای مشخص شدن تفاوت بین گروه های مطالعه در خصوص تأثیر معنی دار در کاهش راهبردهای سازش نیافته هیجانی- شناختی، لازم است از آزمون تعقیبی (LSD) به عنوان مقایسه دو به دو استفاده شود.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نمرات کل تنظیم شناختی - هیجانی،

انعطاف‌پذیری شناختی و ناگویی هیجانی بیماران در گروه‌های مطالعه

منبع اثر	متغیرهای وابسته	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار p
	انعطاف‌پذیری شناختی	۱	369/974	1/229	0/274
	ناگویی هیجانی	1	335/226	2/635	0/112
۱-۳	راهبردهای سازش نیافته هیجانی - شناختی	1	711/191	53/877	0/00۱(**)
۲-۳	راهبردهای سازش یافته هیجانی - شناختی	۱	304/612	10/220	0/۰۰۳(**)
	انعطاف‌پذیری شناختی	2	465/385	1/546	0/225
	ناگویی هیجانی	2	179/294	1/409	0/256
۱-۳	راهبردهای سازش نیافته هیجانی - شناختی	2	230/413	17/455	0/00۱(**)
۲-۳	راهبردهای سازش یافته هیجانی - شناختی	2	70/912	2/379	0/105

معنی‌داری در سطح ۰/۰۱ (\*\*)

نتایج آزمون تعقیبی (LSD) نشان می‌دهد در میانگین‌های راهبردهای سازش نیافته هیجانی - شناختی بیماران گوارشی بین گروه پذیرش و تعهد با گروه ذهن‌آگاهی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، اما هردو گروه با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار دارند ( $P < 0/01$ ). بنابراین، در پاسخ به پرسش اصلی پژوهش می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثر قابل توجهی بر نمرات کل انعطاف‌پذیری شناختی، ناگویی هیجانی و راهبردهای سازش یافته هیجانی - شناختی بیماران نداشته است، اما باعث کاهش نمره کل راهبردهای سازش نیافته هیجانی - شناختی شده است. همچنین تفاوت معنی‌داری در کاهش میانگین‌های راهبردهای سازش نیافته هیجانی - شناختی بیماران گوارشی بین گروه پذیرش و تعهد با گروه ذهن‌آگاهی وجود نداشت اما هردو گروه با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار داشتند.

### بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به مسائل بسیاری که بیماران گوارشی و خانواده‌های آن‌ها با آن مواجه هستند، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی - هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و ناگویی هیجانی بیماران گوارشی انجام شد. با توجه به شواهد جمع‌آوری شده در این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که به‌طور کلی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثر قابل توجهی بر نمرات کل انعطاف‌پذیری شناختی، ناگویی هیجانی و راهبردهای سازش یافته هیجانی - شناختی بیماران نداشته است. از سوی دیگر، تنها در متغیر راهبردهای سازش نیافته هیجانی - شناختی پس از حذف اثر پیش‌آزمون در پس‌آزمون، تفاوت میانگین‌ها گروه‌های پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی و کنترل از نظر آماری در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. بر اساس نتایج به‌دست آمده از این فرضیه تحقیق می‌توان گفت که نتایج این پژوهش با مطالعه خاکباز (۱۳۹۳)،

محمدی و همکاران (۱۳۹۴)، درویش باصری و دشت بزرگی (۱۳۹۶)، مک کراکن و گوتیرز-مارتینز (۲۰۱۱)، نوروزی و هاشمی (۱۳۹۶) همسو است.

جهت تبیین این فرضیه می‌توان گفت که به‌طور کلی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عاطفه مثبت، انعطاف‌پذیری را افزایش داده و ناگویی خلقی یا عاطفه منفی را کاهش می‌دهند. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به حالت روان‌شناختی آگاهی، اقداماتی که باعث تقویت این آگاهی می‌شود، روشی برای پردازش اطلاعات و یک ویژگی شخصیتی اشاره دارد. این نوع از درمان به دلیل ویژگی بارز ذهن آگاهی یعنی آگاهی لحظه به لحظه از تجربه فرد بدون قضاوت نوعی خودکنترل‌گری را در سیستم شناختی و هیجانی ما نشان می‌دهد که توانایی در پردازش شناختی و تنظیم آن، اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها را افزایش می‌دهد. بنابراین از این دیدگاه، ذهن آگاهی یک ویژگی نیست، بلکه یک حالت است. حالتی که وقتی برای ذهن پیدا می‌شود باعث افزایش آگاهی فراشناختی، کاهش نشخوارذهنی از طریق انصراف از فعالیت‌های شناختی مداوم و افزایش ظرفیت توجه از خلال تقویت حافظه کاری، افزایش همدلی، کاهش واکنش‌پذیری عاطفی و رضایت‌مندی از رابطه یعنی توانایی واکنش مناسب هنگام ایجاد استرس در رابطه و مهارت انتقال عواطف خود به دیگران می‌شود. این دستاوردهای شناختی به‌نوبه خود، به تدابیر تنظیم شناختی-هیجانی موثر کمک می‌کند (اکستریما و همکاران، ۲۰۲۰). از سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش ذهن‌آگاهی، فاصله‌گیری شناختی (مشاهده افکار)، ایجاد تعهد به درگیری فعالانه در جهان خارجی و تلاش برای دستیابی به یک زندگی پر معنا و اصیل با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به افراد کمک می‌کند تا با توجه به کنترل جریان شناختی-هیجانی با دنیای پیرامون خود تعامل کنند (فراهانی و همکاران، ۲۰۲۳). در واقع، این درمان کلی‌تر بوده و بسیاری از مولفه‌های ذهن آگاهی را در درون خود دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل ساز و کارهای پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه حال، مشاهده‌گری بدون داوری، عمل متعهدانه بر اساس ارزش‌ها و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند درمان‌جویان دارای اختلالات گوارشی را مجهز به باورها، رفتارها و ارزش‌هایی کند که در هنگام بروز هیجان‌های ناخوشایند و تهدیدکننده بهزیستی هیجانی از هیجان‌های خود آگاه شوند و بر آن‌ها مدیریت بیشتری داشته باشند و به تنظیم سازنده آن‌ها بپردازند. همچنین، تنظیم هیجان به‌عنوان روشی در تعدیل هیجان‌ها باعث مقابله مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود و افزایش فعالیت در پاسخ‌دهی به موقعیت‌های پرتنش را به‌دنبال دارد. در واقع، افرادی که در دوره درمانی پذیرش و تعهد شرکت می‌کنند؛ به دلیل ایجاد ارزش‌ها و وجود معنا در زندگی‌شان، کمتر تحت تأثیر منفی شرایط استرس‌آور قرار می‌گیرند و توانمندی بیشتری در مورد تنظیم و مدیریت بر هیجان‌های خود پیدا می‌کنند (گودرزی، سلطانی، حسینی صدیق، همدی و قاسمی جوبنه، ۱۳۹۶).

همچنین، طبق نتایج به‌دست‌آمده، تفاوت میانگین‌ها در گروه‌های پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و کنترل فقط در زیرمقیاس جایگزین‌ها از نظر آماری در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است و در دیگر زیرمقیاس‌های انعطاف‌پذیری (کنترل و

جایگزین‌های رفتارهای انسانی)، تفاوت در گروه‌های آزمایشی و کنترل معنی‌دار نیست. بر اساس نتایج به‌دست آمده از این فرضیه تحقیق می‌توان گفت که نتایج این پژوهش با مطالعه ژانگ و همکاران (۲۰۱۸)، اسکات و همکاران (۲۰۱۶)، جلوداری و همکاران (۱۳۹۸)، امیری و همکاران (۱۳۹۸)، ثناگوی محرر و همکاران (۱۳۹۸)، گودرزی و همکاران (۱۳۹۷)، ژانگ و همکاران (۲۰۱۹) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به این که گسلش شناختی، یکی از فرایندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شود، گسلش شناختی است. از سوی دیگر، فرآیند آمیختگی نیز از طریق آن، فرایندهای کلامی، شدیداً و به‌طور نامناسب بر روی انسان تأثیر دارند، منجر می‌شود که فرد به شیوه‌هایی رفتار کند که با شبکه‌های کلامی انعطاف‌ناپذیر هدایت می‌شوند، نه با شرایط واقعی محیط (هیز و همکاران، ۲۰۰۹). از سوی دیگر، وقتی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آمیختگی با خود مفهوم‌سازی شده را تهدیدی برای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌بیند، پس می‌کوشد ارتباط با انواع دیگری از تجربه خود را ارتقاء بخشد. یکی از این موارد، معنا و حسی از خود به‌عنوان زمینه‌ای است که در آن رویدادهای درونی مثل افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی رخ می‌دهد (کنلی و همکاران، ۲۰۲۳). این حس متعالی از خود در انسان‌هاست و از طریق فرآیند گسلش و ذهن آگاهی و یا درمان از طریق ذهن آگاهی یا مراقبه به‌دست می‌آید. مزیت اصلی این حس متعالی از خود، آن است که خودزمینه‌ای است که در آن محتوای هشیاری تهدیدکننده نیست. به‌عبارت دیگر، "خود به‌عنوان زمینه" پذیرش را حمایت می‌کند. شماری از مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف‌شان این است که به مراجعان کمک کنند تا جنبه‌های کیفی خود به‌عنوان زمینه را به‌طور مستقیم تجربه کنند (هاشمی و همکاران، ۲۰۲۱) همان‌طور که پیش‌تر گفته شد چون درمان مبتنی بر ذهن آگاهی ویژگی یا حالت ذهن آگاهی را القا می‌کند، بنابراین، می‌تواند در افزایش انعطاف‌پذیری اختلالات روان‌تنی از طریق کاهش مکانیسم‌های گسلش، آمیختگی و آمیختگی با خود مفهوم‌سازی شده اختلالات روان‌تنی موثر باشد. به‌دلیل تفاوت‌های فردی در زمان شرکت در این مطالعه، درجه شدت بیماری و توانایی درک مفاهیم پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی با توجه به شرایط بیماران می‌توان نتیجه گرفت که کل انعطاف‌پذیری شناختی در دو گروه درمانی تفاوت معنی‌داری دیده نشده است، اما با توجه به گروه کنترل تغییر داشته‌اند.

علاوه بر این، یافته‌ها نشان داد، تفاوت میانگین‌ها در گروه‌های پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و کنترل در زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی (تشخیص، توصیف و تفکرعینی)، تفاوت در گروه‌های آزمایشی و کنترل معنی‌دار نیست. بر اساس نتایج به دست آمده از این فرضیه تحقیق می‌توان گفت که نتایج این پژوهش با مطالعه درویش‌باصری و دشت‌بزرگی (۱۳۹۶)، محمدی و همکاران (۲۰۱۵) هماهنگ است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد مبتلاء به ناگویی خلقی هیجان‌های وابسته به بدن که اغلب نرمال و بهنجار هستند، بزرگ‌نمایی می‌کنند، نشانه‌های بدنی انگیختگی هیجانی را تفسیر نادرست کرده و درماندگی هیجانی خود را اغلب با اختلالات روان‌تنی مانند اختلالات گوارشی نشان می‌دهند. ناگویی هیجانی معادل دشواری در خودتنظیم‌گری هیجانی یا ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها است. وقتی اطلاعات هیجانی نتوانند در

فرایند پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی شوند، فرد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می‌شود. این ناتوانی، سازمان عواطف و شناخت های فرد را مختل می‌سازد. این اختلال در سطح تعامل‌های اجتماعی، مشکلات بین فردی را بر فرد تحمیل می‌کند (خان و جافی، ۲۰۲۲).

مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش شامل شیوع ناگهانی بیماری کرونا و محدود شدن مراجعه حضوری شرکت کنندگان و عدم امکان کنترل تأثیر برخی از متغیرهای مداخله‌گر، مانند: ویژگی‌های هویتی شرکت کنندگان، وضعیت اجتماعی و ... بودند و همچنین، از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به مقطعی بودن آن اشاره کرد؛ به عبارتی به علت محدودیت مالی و زمانی و عدم همکاری افراد، مطالعه پیگیری در این پژوهش صورت نگرفت. پیشنهادات زیر برای تحقیقات آتی ارائه می‌شود. از آنجا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تعهد فرد به انجام اعمالی می‌شود که زندگی را برای وی کامل، غنی و معنی‌دار می‌سازد و آگاهی فرد از خودش بالا می‌رود، می‌توان از آن‌ها به عنوان روش‌های مداخله‌ای مؤثر برای تغییرات روان‌شناختی و تنظیم شناختی - هیجان در بیماران دچار اختلالات گوارشی و سایر بیماران استفاده کرد. بنابراین، توصیه می‌گردد که محققان دیگر با انتخاب نمونه بزرگ‌تر، نمونه‌هایی از دیگر بیماری‌های مزمن و یا بیمارستان‌های دیگری غیر از استان مازندران در انجام پژوهش‌های بعدی به منظور دستیابی به نتایج گسترده‌تر جهت تعمیم‌پذیری بیشتر یافته‌ها، اقدام کنند و جهت بررسی تأثیرات بلندمدت از نتایج به دست آمده در این پژوهش، تحقیقات طولی مناسب صورت گیرد و یا اثر ماندگاری در مطالعات آینده نیز مورد بررسی قرار گیرد و همچنین، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از پروتکل‌های شناخت‌درمانی دیگری همراه با این پروتکل‌های درمانی روی بیماران گوارشی استفاده شود و از آنجایی که انجام دادن این قبیل برنامه‌ها و پژوهش‌ها در درازمدت به احتمال زیاد بر کاهش علائم منفی و روان‌شناختی بیماران روان‌تنی به‌ویژه بیماران گوارشی کمک خواهد کرد، پیشنهاد می‌گردد، پزشکان، روان‌شناسان و متخصصان حوزه سلامت برای افزایش سلامت روان بیماران مزمن به‌ویژه بیماران گوارشی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده کنند.

#### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله بر خود لازم می‌دانیم از تمامی شرکت کنندگان در این مطالعه کمال سپاسگزاری و تشکر را ابراز نماییم.

## منابع

- امیری، نجمه، حبیبی، محمدباقر، دهاقین، وحیده، آقا امیری، مهناز سادات، موسوی، سید ابوالفضل. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی همسران جانبازان. *روان‌شناسی نظامی*، ۱۰(۳۹)، ۵۱-۶۴.
- ادیب‌نیا، فائزه، وصال، مینا. (۱۳۹۸). تأثیر درمان گروهی پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر. *مداخلات اجتماعی*، ۸(۳)، ۵-۱۱.
- بشارت، محمدعلی، خواجوی، زینب، پورخاقان، فاطمه. (۱۳۹۱). نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و عملکرد جنسی. *رویش روان‌شناسی*، ۱(۴)، ۵۱-۶۴.
- بشارت، محمدعلی، گرنامه‌پور، شیوا، پورنقدعلی، علی، افقی، زهرا، حبیب‌نژاد، محمد، آقایی‌ثابت، سارا. (۱۳۹۳). رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات بین‌شخصی: نقش تعدیل‌کننده سبک‌های دلبستگی. *روان‌شناسی معاصر*، ۹(۱)، ۳-۱.
- ثناگوی محرر، غلامرضا، میرشکاری، حمیدرضا، صابریان بروجنی، لطف اله، میر شرف‌الدین، علیرضا. (۱۳۹۸). تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) بر افسردگی، انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران دیابتی. *دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲(۱،۵)، ۷۱۱-۶۹۹.
- حسنی، جعفر، مبرآقایی، علی محمد. (۱۳۹۱). رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با ایده‌های خودکشی. *روان‌شناسی معاصر*، ۷(۱)، ۷۲-۶۱.
- خاکباز، حمید. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی افراد وابسته به مت‌آفتمین بازتوانی شده. پایان‌نامه چاپ نشده مقطع کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- جلوداری، سمیرا، سوداگر، شیدا، بهرامی هیدجی، مریم. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دچار سرطان پستان. *روان‌شناسی کاربردی*، ۴(۵۲)، ۵۲۷-۵۴۸.
- درویش باصری، لیلا، دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *روان‌پرستاری*، ۵(۱)، ۶-۱۳.
- سادوک، بنیامین جیمز، سادوک، ویرجینیا آلکوت. (۲۰۱۵). خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری / روان‌پزشکی بالینی. (جلد دوم). ترجمه فرزین رضاعی. (۱۳۹۴). تهران: ارجمند.
- گودرزی، میترا، قاسمی، ندا، میردریکوند، فضل‌الله، غلامرضایی، سیمین. (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عاطفه مثبت و منفی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی افراد دارای علائم افسردگی. *شناخت*، ۵(۵)، ۶۸-۵۳.
- محمدی، لیلا، صالح‌زاده ابرقویی، مریم، نصیریان، منصوره. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مردان تحت درمان با متادون. *دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۳(۹)، ۸۵۳-۸۶۱.

مهدوی، الناز، منشئی، غلامرضا. (۱۳۹۵). مقایسه ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در بیماران مبتلاء به نارسایی عروق کرونر قلب و افراد سالم. فیض، ۲۰(۳)، ۲۶۰-۲۶۶.

نریمانی، محمد، عباسی، مسلم، ابوالقاسمی، عباس، واحدی، بتول. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد با آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی. ناتوانی‌های یادگیری، ۲(۴)، ۱۵۴-۱۷۶.

نوروزی، حسن، هاشمی، الهام. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نظم‌جویی هیجانی بیماران مبتلاء به سرطان پستان. بیماری‌های پستان/ایران، ۱۰(۲)، ۳۸-۴۸.

Alenezi, A., Livesay, K., McGrath, I., Kimpton, A. (2023). Ostomy-related problems and their impact on quality of life of Saudi ostomate patients: A mixed-methods study. *Journal of clinical nursing*, 32(13-14), 3707-3719.

Al-Rfooh, O. F., Khater, W. (2022). The impact of chronotype on physical health, psychological health, and job performance among health care providers in acute care settings. *International Journal of Healthcare Management*, 14, 1-15.

Blanchard, E. B., Lackner, J. M., Sanders, K., Krasner, S., Keefer, L., Payne, A., Kuhn, E. (2007). A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *Behaviour research and therapy*, 45(4), 633-648.

Burisch, J., Jess, T., Martinato, M., Lakatos, P. L. (2013). The burden inflammatory bowel disease in Europe. *Journal of Crohn's and Colitis*, 7(4), 322-337.

Crane, R. (2017). *Mindfulness-based cognitive therapy: Distinctive features*. Taylor & Francis.

Dennis, J. P., Vander Wall, J. S. (2010). The Cognitive Flexibility Inventory. Instrument Development and Estimates of Reliability and Validity. *Journal of Cognitive Therapy Research*, 34(3): 241-253.

Dickstein, D. P., Nelson, E. E., McClure, E. B., Grimley, M. E., Knopf, L., Brotman, M. A., et al. (2007). Cognitive flexibility in phenotypes of pediatric bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(3), 341-355.

Dixon-Gordon, K., Conkey, L. C., Whalen, D. J. (2018). Recent advances in understanding physical health problems in personality disorders. *Current Opinion in Psychology*, 21, 1-5.

Durazzo, M., Lupi, G., Cicerchia, F., Ferro, A., Barutta, F., Beccuti, G., Gruden, G., & Pellicano, R. (2020). Extra-Esophageal Presentation of Gastroesophageal Reflux Disease: 2020 Update. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8), 5229.

Extremera, N., Sanchez-Alvarez, N., Rey, L. (2020). Pathways between Ability Emotional Intelligence and Subjective Well-Being: Bridging Links through Cognitive Emotion Regulation Strategies. *Sustainability*, 12(5), 2111.

Farahani, H., Azadfallah, P., Watson, P., Oaderi, K., Pasha, A., Dirmina, F., Esrafilian, F., Koulaei, B., Fayazi, N., Sepehrnia, N., Esfandiary, A., Najafi, Abbasi F., & Rashidi, K. (2023). Predicting the Social-Emotional Competence Based on Childhood Trauma, Internalized Shame, and Disability/Shame Scheme, Cognitive Flexibility, Distress Tolerance and Alexithymia in an Iranian Sample Using Bayesian Regression. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 16, 351-363.

- Freilich, R., Shechtman, Z. (2010). Effectiveness of acceptance /commitment on anxiety, Psychological flexibility and expression of depressive symptomatology in students with and without learning disabilities. *Journal of new Psychology*, 23(3), 24-36.
- Garnefski, N., Kraaij, V., Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, 30(8), 1311-1327.
- Garnefski, N., Kraaij V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual differences*, 40(8), 1659-1669.
- Goldberg, S. B., Riordan, K. M., Sun, S., Davidson, R. J. (2022). The empirical status of mindfulness-based interventions: A systematic review of 44 meta-analyses of randomized controlled trials. *Perspectives on Psychological Science*, 17(1), 108-130.
- Hashemi Dezaki, Z., Eyni, S., Ebadi Kasbakh, M. (2021). Life satisfaction of veterans with post-traumatic stress disorder: The predictive role of cognitive flexibility and alexithymia. *Satisfaction dans la vie des vétérans atteints de trouble de stress post-traumatique : le rôle prédictif de la flexibilité cognitive et de l'alexithymie. Annales Medico – Psychologiques, revue Psychiatrique*, 179(10), 901-906.
- Hayes, S. C. (2006). Acceptance and commitment therapy. Relational from theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (2009). *Acceptance and commitment therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hayes, S., Strosahl, K. D., Wilson, K. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: Second addition, the process and practice of mindful change*. New york: Guilford.
- Janeczek, P. (2022). Coexistence of mental and somatic diseases and difficulties in diagnosis and working with mentally ill people. *Journal of education, health and sport*, 12(7), 649-659.
- Jennings, T., Flaxman, P., Egdell, K., Pestell, S., Whipday, E., Herbert A. A. (2017). Resilience training programme to improve nurses' mental health. *Nurs Times*, 113(10), 22-6.
- Keng, S. L., Smoski, M. J., Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical psychology review*, 31(6), 1041-1056
- Khan, A. N., Jaffee, S. R. (2022). Alexithymia in individuals maltreated as children and adolescents: a meta-analysis. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(9), 963-972.
- Ljotsson, B., Andrewitch, S., Hedman, E., Ruck, C., Andresson, G., Lindefors, N. (2010). Exposure and mindfulness therapy for irritable bowel syndrome-An open pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41, 185-190.
- Masuda, A., Mandavia, A., Tully, E.C. (2014). The role of psychological inflexibility and mindfulness in somatization, depression, and anxiety among Asian Americans in the United States. *Asian American, Journal of Psychology*, 5(3), 230-236.
- McCracken, L. M., Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour research and therapy*, 49(4), 267-274.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.



- Ortega, L. A., Tracy, B. A., Gould, T. J., Parikh, V. (2013). Effects of chronic low-and high-dose nicotine on cognitive flexibility in C57BL/6J mice. *Behavioral brain research*, 238, 134-145.
- Oussi, A., Hamid, K., Bouvet, C. (2023). Managing emotions in panic disorder: A systematic review of studies related to emotional intelligence, alexithymia, emotion regulation, and coping. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 79, 101835.
- Palsson, O. S. (2015). Hypnosis Treatment of Gastrointestinal Disorders: A Comprehensive Review of the Empirical Evidence. *Am J Clin Hypn*, 58(2), 134-58.
- Pellissier, S., D. C., Canini, F., Mathieu, N., Bonaz, B. (2010). Psychological adjustment and autonomic disturbances in inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, 35, 653-662.
- Phillips, E. L. (2011). *Resilience, mental flexibility and cortisol response to the Montreal Imaging Stress Task in unemployed men (Dissertation)*. Michigan: The University of Michigan.
- Preece, D. A., Mehta, A., Becerra, R., Chen, W., Allan, A., Robinson, K., Boyes, M., Hasking, P., & Gross, J. J. (2022). Why is alexithymia a risk factor for affective disorder symptoms? The role of emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, 296, 337-341.
- Silberstein, L. R., Tirsch, D., Leahy, R. L., McGinn, L. (2012). Mindfulness, psychological flexibility and emotional schemas. *Int J Cognitive Therapy*, 5(4), 406-19.
- Scott, W., Hann, K. E., McCracken, L. M. (2016). A comprehensive examination of changes in psychological flexibility following acceptance and commitment therapy for chronic pain. *Journal of contemporary psychotherapy*, 46(3), 139-148.
- Shapero, B. G., Greenberg, J., Mischoulon, D., Pedrelli, P., Meade, K., Lazar, S. W. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy improves cognitive functioning and flexibility among individuals with elevated depressive symptoms. *Mindfulness*, 9(5), 1457-1469.
- Webb, T. L., Miles, E., Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological bulletin*, 138(4), 775-808.
- Zargar, Y., Hakimzadeh, G., Davodi, I. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Hypertension and Emotion Cognitive Regulation in People with Hypertension: A Semi-Experiential Study. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 8(2), 1-7.
- Zhang C. Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P. K., Hagger, M. S., Hayes, S. C. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. *Frontiers in psychology*, 8, 2350.
- Zhang, J., Deng, X., Huang, L., Zeng, H., Wang, L., Wen, P. (2019). Profile of trait mindfulness and its association with emotional regulation for early adolescents. *Personality and Individual Differences*, 147, 12-17.

## مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی، طرحواره درمانی و روان‌نگری شناختی - تحلیلی بر کاهش علائم در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

### *Comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy, schema therapy and cognitive-analytical psychotherapy on reducing symptoms in people with borderline personality disorder*

Mitra Hashemzadeh Chakan  
PhD Student in General Psychology, Department of Psychology,  
Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran  
Reza Kazemi (crossponding author)  
Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad  
University, Ardabil, Iran.  
Somayeh Taklavi  
Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad  
University, Ardabil, Iran  
Mohammad Narimani  
Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad  
University, Ardabil, Iran

#### Abstract

**Aim:** Borderline personality disorder is the most common disorder in clinical settings. Due to the complex nature of the disorder and the need for new therapies. **Method:** this study was performed to compare the effectiveness of three treatments on reducing symptoms in people with borderline personality disorder. In a quasi-experimental study, in the form of pre-test-post-test design with a control group with two-month follow-up, 60 people based on clinical interview and multiaxial test of three million (MCMI-III) (individuals with a score of  $<84 <BR$ ) by sampling method Targeted, selected and randomly assigned to four groups (45 in the experimental group and 15 in the control group) and on the Borderline Personality Scale (STB), as a diagnostic tool and difficult questionnaires Gratz & ruemer (2004), Barat impulsivity (BIS), Omid Schneider responded as a research tool before and after the intervention program. The interventions were performed in groups for four months with 90 minute sessions per week. **Results:** The results of multivariate analysis of covariance MANCOVA and Ben Feroni post hoc test showed that there is a significant difference in the symptoms associated with the disorder in the pre-test, post-test and follow-up stages ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** The mean difference in the emotion distortion variable in favor of the CAT method in the impulsivity variable was different in favor of the DBT approach and in the chronic emptiness feeling variable, the results indicated that there was no significant difference.

**Keywords:** Borderline personality disorder, Dialectical behavior therapy, Schema therapy, Cognitive-analytic therapy, Emotion distortion, Impulsivity, Feeling of emptiness.

میترا هاشم زاده چکان  
دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد اردبیل،  
دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران  
رضا کاظمی (نویسنده مسئول)  
روانپزشک، استاد یار گروه روانشناسی، عضو هیئت علمی واحد اردبیل،  
دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.  
سمیه تکلوی  
استاد یار گروه روانشناسی، عضو هیئت علمی واحد اردبیل، دانشگاه آزاد  
اسلامی، اردبیل، ایران.  
محمد نریمانی  
استاد گروه روانشناسی، عضو هیئت علمی واحد اردبیل، دانشگاه آزاد  
اسلامی، اردبیل، ایران.

#### چکیده

**هدف:** اختلال شخصیت مرزی شایع ترین اختلال در محیط های بالینی است. این مطالعه به دلیل ماهیت پیچیده اختلال مذکور و ضرورت بکارگیری درمانهای جدید، با هدف مقایسه اثربخشی سه روش درمانی بر کاهش علائم در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اجرا شد. روش: در یک پژوهش شبه آزمایشی، در قالب طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری دو ماهه، ۶۰ نفر بر مبنای مصاحبه بالینی و آزمون چند محوری میلیون سه (MCMI-III)، (افراد با نمره  $84 < BR$ ) به روش نمونه گیری هدفمند، انتخاب و به صورت تصادفی در چهار گروه (۴۵ نفر درسه گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) گمارده شدند و به مقیاس شخصیت مرزی (STB)، بعنوان ابزار تشخیص و پرسشنامه های دشواری تنظیم هیجان گراتز و رومر (۲۰۰۴)، تکانشگری بارات (BIS)، امیدواری اشنايدر بعنوان ابزار پژوهش قبل و بعد از برنامه مداخله درمانی پاسخ دادند. مداخله ها به مدت چهار ماه با جلسات ۹۰ دقیقه ای در هفته، به شیوه اجرا شد. یافته ها: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره MANCOVA و آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد در مرحله پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری درعلايم مرتبط با اختلال تفاوت معنادار وجود دارد ( $P > 0.05$ ). نتیجه گیری: تفاوت میانگین در متغیر کژتنظیمی هیجان به نفع روش CAT در متغیر تکانشگری این تفاوت به نفع رویکرد DBT و در متغیر احساس پوچی مزمن نیز نتایج حاکی از عدم

وجود تفاوت معنادار بود.

کلید واژه: اختلال شخصیت مرزی، رفتاردرمانی دیالکتیک، طرحواره درمانی، درمانگری شناختی-تحلیلی، کژتنظیمی هیجان، تکانشگری، احساس پوچی.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۲۰

### مقدمه

اختلال شخصیت مرزی<sup>۱</sup> (BPD) بعنوان شایع‌ترین اختلال شخصیت در محیط‌های بالینی (آکین وستین، ۲۰۱۷) یک اختلال روانی ناهمگن شناخته شده است. مبتلایان به این اختلال در قلمروهای مختلف از جمله الگوی فراگیر بی‌ثباتی عاطفی، تکانشگری<sup>۲</sup> بارز، بی‌ثباتی در روابط بین فردی و خودانگاره و اختلال هویت (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، و تربرورگ، ۲۰۱۸) و رفتارهای پرخطر، کج خلقی و همچنین ترس از رهاشدگی (آکین وستین، ۲۰۱۷) دارای مشکل بوده و در دسته B از اختلالات شخصیت قرار می‌گیرند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در واقع این اختلال با ویژگیهای احساس پوچی، خشم نامناسب، رفتار خودکشی مکرر و افکار پارانوئیدی مربوط به استرس یا علائم تجزیه شدید (اسکات و همکاران، ۲۰۱۷) بروز می‌کند. نرخ شیوع آن در جامعه حدود ۱/۶٪ و در میان بیماران روانپزشکی بستری در بیمارستانهای روانی حدود ۲۰٪ بدست آمده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

مطالعات بسیاری، عوامل بیولوژیک (سرشت آسیب پذیر کودک) و محیط خانوادگی بشدت نا کارآمد و آشفته (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶) و نیز اختلالات ساختاری یا کارکردی در لوب فرونتال (ساویتز و همکاران، ۲۰۰۹، وینگفیلد و همکاران، ۲۰۰۹) و اختلالات مختلف در نواحی مربوط به کارکردهای اجرایی، تنظیم عواطف و بازداری رفتاری (وینگفیلد و همکاران، ۲۰۱۰) را در BPD نشان داده اند. که بیانگر ارتباط عوامل نورولوژیکی با اختلال مذکور است.

یکی از مشخصه های اصلی اختلال شخصیت مرزی، کژتنظیمی هیجانی (نوسان خلقی) است که محصول مشترک آمادگی زیستی، شرایط محیطی و تعامل میان این دو، طی فرآیند رشد در نظر گرفته شده (لینهان، ۱۹۹۳) و به عدم توانایی برای پاسخ دادن منعطف به هیجانها و کنترل (مدیریت) آنها اطلاق می شود (کارپنتر و ترول، ۲۰۱۳) به نقل از علیلو و همکاران، ۱۳۹۳). یکی دیگر از مشخصه های بیماران مرزی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) تکانشگری است که آن را "گرایش و آمادگی برای ابراز واکنش های سریع و بی برنامه نسبت به محرکهای درونی یا بیرونی، بدون توجه به عواقب و پیامد های منفی آنها" تعریف کرده اند (زانارینی و فرانکنبورگ، ۱۹۹۷). اقدام به خودکشی، در ۸۴٪ از بیماران مرزی (لیب و همکاران، ۲۰۱۰). و نیز تجربه نوسانات خلقی شدید در سطح پرخاشگری و روابط بین فردی در آنها مشاهده می شود (لوپین و بلات، ۲۰۱۱). در کمتر از ده درصد موارد تشخیص در بزرگسالی اتفاق می افتد (لورنس و همکاران، ۲۰۱۳).

<sup>۱</sup> -Borderline Personality Disorder

<sup>۲</sup> - Impulsivity

دیگر متغیرهایی که بیماران مبتلا به BPD با آن درگیر هستند احساس پوچی مزمن و بی حوصلگی است، این بیماران از احساس خلاء درونی، شبیه یک نیاز شدید و فوری جسمانی رنج می‌برند، از این رو اغلب می‌کوشند تا این خلا را پر کنند. بیماران مرزی برای اطمینان از تهی نبودن داخل بدن شان، خودزنی می‌کنند (علیلو، شریفی، ۱۳۹۰).

مطالعات اخیر در ادبیات پژوهش نشان داده است که این اختلال اغلب با دیگر اختلالات شخصیت از جمله اختلال شخصیت خودشیفته<sup>۱</sup> و ضداجتماعی<sup>۲</sup> همبود دارد (مک کورمیک و همکاران ۲۰۱۷، زانارینی و همکاران، ۲۰۱۷). اختلالات افسردگی، دوقطبی، و اختلالات اضطرابی (وحشت زدگی<sup>۳</sup> و هراس خاص و هراس اجتماعی<sup>۴</sup>)، در زنان مبتلا به BPD (گران و همکاران، ۲۰۰۹). و اختلال سوء مصرف مواد و عقب ماندگی ذهنی<sup>۵</sup> در مردان مبتلا روی می‌دهند (شن و همکاران، ۲۰۱۷). گاندرسون و همکاران معتقدند که دو ملاک بین فردی مهم، ترس از رها شدگی و روابط بی ثبات، به تمایز BPD از سایر اختلالات شخصیت کمک می‌کند (استانلی و سیورر، ۲۰۱۰).

اغلب این اختلال، با گزارش تجربیات تروماتیک در افراد مبتلا همراه است (سینایی و همکاران، ۲۰۱۸). به همین دلیل مبتلایان، به سطح بالای مراقبتهای روان پزشکی و خدمات روانشناختی نیازمند هستند (آکین و ستین، ۲۰۱۷)، بعلاوه این اختلال با ایجاد آشفتگی در عملکرد اجتماعی و شغلی (APA، ۲۰۱۰) نیاز به امکانات اقتصادی را ایجاب می‌کند، از سوی دیگر با توجه به شیوع بالای این اختلال در جامعه زنان و لزوم تربیت سالم کودکان پیدا کردن روش های درمانی موثر در بهبود نشانه های اختلال مرزی بسیار ضروری به نظر می‌رسد. این گروه از بیماران بطور خاص به شیوه های درمانی تخصصی نیاز دارند که بتواند مستقیماً مشکلات و نشانه های اختلال را هدف درمان قرار دهد (جاکوب و همکاران، ۲۰۰۸) بر پایه شواهد نظری درمان این اختلال چالش برانگیز است (اولدهام، ۲۰۰۲)، بطوریکه در سالهای اخیر BPD یک اختلال درمان ناپذیر فرض شده است (مک ماین و همکاران، ۲۰۰۹). علیرغم فرض بر عدم پاسخ به درمان، تاکنون اقدامات درمانی متعددی از جمله درمان های دارویی و غیردارویی با توجه به سبب شناسی آن، برای درمان بیماران به کار گرفته شده است.

رایج ترین درمان های دارویی شامل ضد افسردگی های سه حلقه ای، مهارکننده های بازجذب مجدد سروتونین و نیز گاباپنتین (کلاو، ۲۰۱۴) و درمان های غیردارویی بیشتر شامل استفاده از درمان های روان شناختی است (چین و همکاران، ۲۰۱۶، کورگر و همکاران، ۲۰۱۰). رفتار درمانی دیالکتیکی<sup>۶</sup> از جمله درمان های تاثیر گذار در کاهش علائم این اختلال است، موفقیت این درمان در BPD به طور ویژه ثابت شده است (اوکوئل و داوولینگ، ۲۰۱۴). DBT بعنوان یک رویکرد موج سوم، مداخلات مربوط به درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اصل تغییر را با آموزش ها و فنون فلسفه شرق مبتنی

<sup>1</sup> Narcissistic personality disorder

<sup>2</sup> Antisocial personality disorder

<sup>3</sup> Panic disorder

<sup>4</sup> Social and specific phobia

<sup>5</sup> Mental retardation

<sup>6</sup> Dialectical behavioral therapy

براصل پذیرش، در آمیخته است. در این رویکرد هوشیاری فراگیربنیادین<sup>۱</sup> و تحمل پریشانی<sup>۲</sup> به عنوان مولفه پذیرش و تنظیم هیجان و کار آمدی بین فردی<sup>۳</sup> به عنوان مولفه های تغییر مطرح می شوند (میلر و همکاران، ۲۰۰۶، ماهلام و همکاران، ۲۰۱۶). از دیگر درمانهای روان شناختی تاثیرگذار بر BPD طرحواره درمانی<sup>۴</sup> است. این نوع درمان، درمانی است ابتکاری و تلفیقی که توسط یانگ (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶) پایه گذاری شده است. او در این درمان کوشیده است تا با بکارگیری مبانی و راهبردهای روشهای درمان شناختی - رفتاری (CBT) و مولفه هایی از سایر نظریه ها مثل دلبستگی، روابط شیء، ساختار گرایی و روان تحلیل گری و تلفیق یکپارچه و منسجم آنها با یکدیگر، یک مدل درمانی جدید را برای درمان اختلالات دیرپایی مثل اختلالات شخصیت ارایه دهد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). این نوع درمان، به بیماران کمک می کند تا بر طرحواره های ناسازگار خود غلبه نمایند (همان منبع).

علاوه بر روش های درمانی ذکر شده، از جمله درمانهایی که میتواند در کاهش رفتارهای تکانشی و بهبود نشگان دیگر مبتلایان تأثیرگذار باشد و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است رواندرمانگری شناختی تحلیلی (CAT)<sup>۵</sup> است، به عنوان یکی از درمانهای کوتاه مدت روانشناختی رویکردی ماهرانه، فعال و مبتنی بر بینش افزایی دارد و در موقعیتهای گروهی به طور ماهرانه عمل میکند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶، ماریوت و کلت، ۲۰۰۹) عناصر مفید و مؤثر نظریه روانپوشی، روابط موضوعی<sup>۶</sup> و روانشناسی شناختی به خصوص نظریه سازه های فردی کلی با هم ادغام شده، و اساس فرمولبندی درمان شناختی تحلیلی، را پایه ریزی کرده است، این درمان با همکاری درمانگر و بیمار، مشارکت کامل بیمار را می طلبد (هپ، ۲۰۱۲، کلت و همکاران، ۲۰۱۳). مرور مطالعات گذشته نشان داد که تا به حال هیچ پژوهشی بطور مستقیم مقایسه اتربخشی این سه روش درمانی را بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی مورد مطالعه قرار نداده است. وکیلی، و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی نشان دادند، رفتاردرمانی دیالکتیک می تواند در کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی مؤثر باشد و این تأثیر از پایداری لازم تا زمان پیگیری برخوردار است. هم چنین مونته گومری و همکاران (مونته گومری، ۲۰۱۶)، در پژوهش خود دیدگاه متفاوت دو درمان DBT, ST را گزارش دادند. بر اساس این دیدگاه در ST بررسیهای اتیولوژیک بیشتر به دانش متمرکز بر دلایل بیولوژیکی<sup>۷</sup> و محیطی با تمرکز بیشتر بر فاکتورهای اثر گذار محیطی که طرحواره های ناسازگار را هدف قرار می دهد توجه می شود، در مقابل DBT بر تاثیر متقابل آسیب پذیری ژنتیکی پایه و ناتوانی در تنظیم یا بد تنظیمی هیجانی، و بر روی یک محیط نامعتبر در خانواده که منشاء نیازهای عاطفی اساسی نادیده گرفته شده است متمرکز است. رایلی و همکاران (رایلی و همکاران، ۱۹۹۷) در پژوهشی اعلام کردند: "اثر بخشی روان درمانگری شناختی - تحلیلی در درمان اختلال شخصیت مرزی مبتنی بر این فرض است

<sup>1</sup> core Mindfulness

<sup>2</sup> distress Tolerance

<sup>3</sup> interpersonal effectiveness

<sup>4</sup> Schema therapy

<sup>5</sup> cognitive-analytic therapy

<sup>6</sup> psychoanalytic object relations theory

<sup>7</sup> biology

که بی ثباتی هیجانی (دام‌ها)، رفتار تکانشی (دوراهی‌ها) و بی ثباتی اجتماعی (موانع)، ریشه در الگوهای ناسازگارانه و تکرار شونده در دوران اولیه زندگی فرد دارد". هم‌چنین در پژوهشی دیگر (مولرو همکاران، ۲۰۰۱) گزارش دادند که روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی به واسطه تغییر در صفات هسته شخصیت و اصلاح رفتارهای آسیب‌زا منجر به بهبود در عملکرد روانی اجتماعی و بهداشت روان می‌گردد. اتحاد درمانی بین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و درمانگر خود تسهیل‌کننده فرایند و تداوم بهتر درمان شناختی تحلیلی و در نتیجه اثربخشی آن می‌باشد (کلت و همکاران، ۲۰۱۳). عینی و همکاران نشان دادند: که CAT بر بهبود قدرت ایگو در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در گروه آزمایش موثر بوده است (عینی و همکاران، ۱۳۹۶). بطور کلی نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمانگری شناختی تحلیلی در درمان اختلالات بالینی دیگر مانند رفتارهای آسیب‌رسان، اختلال جسمانی‌سازی، (رایل، ۲۰۲۰) افسردگی و اختلال وحشت‌زدگی (کلارک و همکاران، ۲۰۱۳) و اختلالات اضطرابی (تزوRAMANIS و همکاران، ۲۰۱۰) می‌باشد. معضلات مرتبط با یکارگیری درمانهای مختلف در درمان این اختلال ناهمگن، بر ضرورت این مطالعه می‌افزاید.

باتوجه به نتایج پژوهش‌ها، در مطالعات پیشین بررسی و مطالعه اثربخشی شیوه‌های درمانی ذکر شده در قیاس با یکدیگر مورد ارزیابی واقع نشدند. لذا مطالعه حاضر درصدد پاسخگویی به این سوال می‌باشد که کدام یک از رویکردهای درمانی منتخب در این مطالعه، بر کاهش علائم در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موثرتر است؟ با توجه به مقاومت افراد مبتلا به اختلال مذکور نسبت به درمان، تدوین درمانی با اثربخشی مطلوب جهت کاهش علائم افراد مبتلا به این اختلال بسیار ضروری به نظر می‌رسد، لذا نتایج تحقیق حاضر می‌تواند در انتخاب درمان مناسب توسط روان‌شناسان و مشاوران مشغول به فعالیت در این حوزه، مورد استفاده قرار گیرد.

## روش

طرح تحقیق این پژوهش شبه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه انجام شد. که در آن اثر بخشی متغیرهای مستقل (سه روش درمانی) بر متغیرهای وابسته یعنی کژتنظیمی هیجان، تکانشگری، احساس پوچی مزمن مورد بررسی قرار گرفت. مراحل اجرایی طرح تحقیق به شرح زیر است: اجایگزین کردن تصادفی آزمودنیها در گروهها ۲. اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها ۳. اجرای متغیر مستقل در قالب مداخله برای گروههای آزمایش ۴. اجرای پس‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها ۵. اجرای آزمون پیگیری و جمع‌آوری داده‌ها (با حداقل دو ماه). جامعه آماری این پژوهش راکلیه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که در بخش مسمومیت بیمارستان طالقانی شهر ارومیه در سال ۹۸-۹۹ بستری شده بودند، تشکیل می‌دهند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، بر اساس ارجاع متخصص اعصاب و روان، تعداد ۶۰ نفر مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، بر مبنای پذیرش بیمار برای شرکت در پژوهش، و انجام مصاحبه بالینی و آزمون چند محوری بالینی میلون سه (MCMI-III)، (افراد با نمره  $BR > 84$ ) انتخاب و

به صورت تصادفی در چهار گروه (۴۵ نفرسه گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) گمارده شدند. از مقیاس شخصیت مرزی (STB)، بعنوان ابزار تشخیص واز پرسشنامه های دشواری تنظیم هیجان گراتزورونمر ۲۰۰۴، مقیاس تکانشوری بارات (BIS)، امیدواری اشنایدر (HS) بعنوان ابزار پژوهش استفاده شد. گروهها به مدت چهارماه، هفته ای با جلسات ۱/۵ ساعته توسط روانشناس و کمک درمانگر در جلسات مداخله حضور پیدا کردند. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی بن فرونی مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. دارا بودن ملاکهای تشخیصی اختلال شخصیت مرزی بر اساس ملاکهای ورد DSM-5، سطح تحصیلات بالاتر از دیپلم، دامنه ی سنی ۱۸ تا ۳۰ سال عدم دریافت درمان روانشناختی طی ۶ ماه گذشته باهدف درمان اختلال شخصیت مرزی عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی دیگر بعنوان ملاکهای ورود به مطالعه و بیماران روان پریش، بیماران خلقی دوقطبی، و بیمارانی که در هنگام انتخاب با تشخیص اختلال شخصیت مرزی تحت روان درمانی باشند بعنوان ملاکهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شد بدین ترتیب معیار همگونی آزمودنیها لحاظ شد. در هر چهار گروه، همسانی دارویی مورد توجه قرار گرفت. طی دوره درمانی در هیچ کدام از ۴ گروه از طرف پزشک مربوطه تغییری در نوع داروی درمانی و دوز دریافتی آن صورت نگرفت.

## ابزار

**پرسشنامه چند محوری بالینی میلون سه (MCMI-III):** این پرسشنامه توسط میلون در سال ۱۹۸۷ تهیه و دارای ۱۷۵ سؤال است که به صورت بلی و خیر پاسخ داده می شود. برای افراد ۱۸ سال و بالاتر طراحی شده است. مطالعات مربوط به اعتبار و روایی MCMI نشان می دهند که این پرسشنامه به طور کلی بعنوان یک ابزار روانسنجی به خوبی سازمان یافته است. همچنین برای MCMI-III ضرایب بازآزمایی بالایی با میانه ۰/۹۱ گزارش شده است (بالاترین آن ۰/۹۶). برای اختلال جسمانی شکل و پایین ترین آن ۰/۸۲ (برای تحقیر). همبستگی های گوناگونی میان MCMI و ابزارهای مربوط مختلف از جمله پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه رفتار کلی، آزمون غربال گری میشیگان<sup>۱</sup> پرسشنامه اضطراب حالت- صفت، فهرست نشانه ها SCL<sup>۲</sup> 90 و MMPI به دست آمده است (میلون، ۱۹۹۴، نقل از شریفی، ۱۳۸۶). این پرسشنامه اولین بار توسط خواجه موگهی (علمدار ساروی و قلعه بندی، ۱۳۸۳) در ایران معرفی شد و ویژگی های روان سنجی آن با یافته های گزارش شده توسط میلون هم خوانی دارد اعتبار آزمون ۰/۸۰ و پایایی آنرا به روش بازآزمایی برای هر کدام از زیر مقیاس ها مابین ۰/۶۳ الی ۰/۸۶ گزارش شده است (هادی نژاد، ۱۳۸۶). در این تحقیق پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای اختلال شخصیت مرزی، ۰/۶۴ بدست آمد.

**مقیاس شخصیت مرزی (STB, ۲۰۰۱):** شامل ۱۸ ماده می باشد که به صورت بلی /خیر جواب داده می شود، جواب بلی نمره یک و جواب خیرنمره صفر می گیرد. البته در این تحقیق هنگام تطبیق مقیاس

<sup>1</sup> Michigan Alcoholism Screening Test

<sup>2</sup> -Symptom Checklist -

STB با ملاک های TR-IV-DSM، از متون معتبر روان شناسی مرضی ماده دیگر به آن اضافه گردید تا تعریف<sup>۱</sup> (DSM TR-IV) از اختلال شخصیت مرزی را پوشش دهد. بنابراین، مقیاس STB دارای ۲۴ ماده می باشد. جکسون و کلاریج (جاکسون و کلاریج، ۱۹۹۱) ضریب پایایی بازآزمایی را برای STB، ۰/۶۱ گزارش کرده اند. همچنین، (راولینگ و همکاران، ۲۰۰۱) ضریب آلفای ۰/۸۰ را برای STB گزارش کرده اند. روایی همزمان STB با مقیاس های روان رنجورخویی و روان پریشی گرای EPQ در فرهنگ اصلی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش شده است (همان منبع). در این پژوهش پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای اختلال شخصیت مرزی، ۰/۸۱ بدست آمد.

**پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان:** برای سنجش دشواری تنظیم هیجان از مقیاس معرفی شده توسط گراتز و روئمر (۲۰۰۴) استفاده شد، این پرسشنامه شامل ۳۶ گویه و ۶ خرده مقیاس می باشد. خرده مقیاس های این پرسشنامه شامل، عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجان، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجان است. پایایی درونی کلی برابر با ۰/۹۳ می باشد و برای هر خرده مقیاس به ترتیب بیان شده، برای عدم پذیرش پاسخ های هیجانی ۰/۸۵، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند ۰/۸۹، دشواری کنترل تکانه ۰/۸۶، فقدان آگاهی هیجان ۰/۸۰، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان ۰/۸۸ و برای فقدان شفافیت هیجان ۰/۸۴ می باشد. براساس بررسی پایایی درونی که توسط علوی انجام شده همسانی درونی کلی را ۰/۸۶ گزارش شده است. هرچه نمره فرد بالاتر باشد نشان دهنده تنظیم هیجان پایین خواهد بود (نقابی و رفیعی ۲۰۱۲). در پژوهش کرمی روایی پرسشنامه بررسی و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ به دست آمد (کرمی و همکاران، ۲۰۱۶). پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای دشواری تنظیم هیجان، ۰/۸۵ بدست آمد.

**مقیاس تکانشوری بارات (BIS):** افراد بر اساس شیوه ی عمل و تفکر در موقعیت های مختلف تفاوت دارند. مقیاس تکانشگری بارات شامل ۳۰ ماده است و برای اندازه گیری برخی از شیوه هایی که افراد بر اساس آنها می اندیشند و رفتار می کنند، استفاده میشود (لویس، ترجمه حبیب نژاد، ۱۳۸۸). این پرسشنامه (ویرایش یازدهم)، که توسط پروفیسور بارات ساخته شده است (بارات، ۲۰۰۴) حاوی ۳۰ سوال می باشد و ۳ عامل، الف) تکانشگری شناختی: شامل گرفتن تصمیم های شناختی سریع است. ب) تکانشگری حرکتی: شامل عمل کردن بدون فکر می باشد. ج) بی برنامه گی: به صورت یک جهت یابی آنی یا فقدان آینده نگری مشخص می شود. را مورد ارزیابی قرار می دهد. این مقیاس یک ابزار خود گزارشی است و به بررسی مولفه های شخصیتی و رفتاری تکانشوری، می پردازد. ساختار پرسش های گردآوری شده، نشان دهنده ی، ابعادی از تصمیم گیری شتاب زده و فقدان دوراندیشی است. بر مبنای درجه بندی لیکرت، نمره ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) رده بندی میشود. امتیاز و نمره سوالات ۳۰، ۲۹، ۲۰، ۱۵، ۱۳، ۱۲، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۱ معکوس می شوند. نمره خام تکانشگری مجموع نمرات پاسخ های داده شده است (هرچه نمره بالاتر باشد،

<sup>1</sup> Diagnostic statistical manual of mental disorders



تکانشگری بیشتر است). پایین‌ترین نمره ۳۰ و بالاترین ۱۲۰ است. (پاتن و همکاران، ۱۹۹۵) در پژوهشی به تعیین اعتبار و پایایی مقیاس تکانشگری بارات پرداختند و میزان اعتبار و پایایی آن طبق گزارش یافته‌ها، به ترتیب ۰٫۸۷ و ۰٫۷۹ می‌باشد که حاکی از اعتبار و روایی قابل قبول این پرسشنامه است. ترجمه فارسی تکانشگری بارات از نظر اعتبار و پایایی در حد مطلوبی است (حافظی و خواجه‌بوی، ۲۰۱۱). پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای تکانشگری، ۰٫۷۵ بدست آمد.

**مقیاس امیدواری اشنايدر (SAHS):** مقیاس ۱۲ سوالی امیدواری توسط اشنايدر (به نقل اشنايدر و پترسون، ۲۰۰۰) برای سنین ۱۵ سال به بالا طراحی شده و شامل گذرگاه و انگیزش می‌باشد و مدت زمان کوتاهی (۲ تا ۵ دقیقه) برای پاسخ دادن به آن کفایت می‌کند. برای پاسخ دادن به هر سوال، پیوستاری از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم در نظر گرفته شده، است. سوالات ۷، ۵، ۳ و ۱۱ نمره گذاری نمی‌شوند و مربوط به حواس پرتی اند. سوالات ۴، ۶ و ۸ مربوط به خرده مقیاس گذرگاه و سوالات ۱۰، ۹، ۱۲ و ۲ مربوط به خرده مقیاس انگیزش می‌باشد. نمره امید، حاصل جمع این دو خرده مقیاس است. بنابراین مجموع نمرات می‌تواند بین ۸ تا ۳۲ قرار می‌گیرد. در پژوهشی که توسط گلزاری (۱۳۸۶)، بر روی ۶۶۰ دانش آموز دختر در استان تهران انجام شده، پایایی مقیاس امید اشنايدر با روش همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ ۰٫۸۹ بدست آمد. مقیاس امید با مقیاس‌هایی که به میزان ۰٫۵۰ تا ۰٫۶۰ با مقیاس خوش بینی شیبر و کارور همبستگی دارد. بعلاوه طبق نظر متخصصان بالینی، روایی این مقیاس به روش روایی محتوا نیز مورد تایید قرار گرفته است (بیجاری و قنبری هاشم آبادی، ۱۳۸۸). این در پژوهش حاضر برای سنجش میزان احساس پوچی استفاده می‌شود به طوری که هر چه میزان امیدواری فرد بالا باشد. میزان احساس پوچی پایین بوده خواهد بود.

### روش اجرا

بعد از هماهنگی و رعایت ملاحظات اخلاقی و روشن سازی اهداف پژوهش، رضایت افراد نمونه برای شرکت در پژوهش جلب شد خانواده‌ها همراهی نمودند. سپس بعد از گزارش تشخیص روانپزشک، با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود، و با اجرای مقیاس میلون ۳ افراد دارای نمره بالا  $BR > 84$  در پرسشنامه مذکور شناسایی و مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. از بین بیماران ۶۰ نفر بصورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در چهار گروه سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمرده شدند. مرحله اول پیش از درمان، که پرسشنامه‌ها در اختیار بیماران قرار گرفت (پیش آزمون). مرحله دوم پس از درمان بود که درمان‌های گروهی مبتنی ST، DBT و CAT به مدت چهارماه هر هفته یکبار با جلسات ۱/۵ ساعته بر روی بیماران سه گروه آزمایش اجرا گردید و سپس بار دیگر ارزیابی صورت گرفت (پس آزمون). گروه کنترل صرفاً در جلسات حاضر شدند که شامل سخنرانی‌های

جلسات	برنامه جلسات رفتار درمانی دیالکتیک DBT
جلسه ۱ و ۲ DBT	اخذ شرح حال بیمار و فرضیه سازی در خصوص الگوهای مختل تکرار شونده بیمار
جلسه ۳ و ۴ DBT	چک کردن خلق بیمار و خلاصه سازی تاریخچه قبلی بیمار، (تحلیل عملکردی)
جلسه ۵ DBT	مفهوم سازی براساس رفتار درمانی دیالکتیک
جلسه ۶ و ۷ DBT	تحلیل زنجیره ای بیمار که به رفتار مشکل آفرین ختم می شود، آموزش انواع بدتنظیمی
جلسه ۸ DBT	استفاده از راهبردهای تغییر (مساله گشایی) به همراه راهبردهای اعتبار بخشی به هدف کمک به پرورش حل مساله فعال و کارآمدتر بیمار و ادامه در جلسات ۹ و ۱۰
جلسه ۱۱ DBT	مشخص کردن تنش های دیالکتیک بیمار و متعادل کردن تنش ها از طریق تعادل برقرار کردن بین راهبردهای پذیرش و تغییر
جلسه ۱۲ DBT	استفاده از متافورها جهت ایجاد تعادل در تنش های دیالکتیک بیمار
جلسه ۱۳ DBT	آموزش و سرمشق دهی تفکر دیالکتیکی از طریق تکنیک های مختلف مانند چالش های شناختی، آموزش روانی مفهوم دیالکتیک و مفهوم دو نیمه سازی در بیماران
جلسه ۱۴ DBT	راهبردهای سبک شناختی شامل استفاده از راهبردهای آسیب پذیری متقابل شامل خود آشکار سازی، پاسخ دهی گرم و همدلانه و....
جلسه ۱۵، ۱۶ DBT	استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی

معمول بدون اهداف درمانی بود. و مداخله ای دریافت نکردند. در هر چهار گروه، ملاکهای ورود لحاظ شد و طی دوره درمانی، دارودرمانی برای بیماران صورت نگرفت. و در نهایت پس از دوماه جهت پیگیری اثرات مداخلات مجدداً آزمودنیها به پرسشنامه ها پاسخ دادند و داده ها جمع آوری شد. با در نظر گرفتن مسائل اخلاقی و با توجه به نتایج پژوهش، گروه کنترل نیز درمان روان شناختی مربوطه را پس از تحلیل نتایج، دریافت نمودند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی و جهت آزمون فرضیه ها از تحلیل کوواریانس چند متغییری (MANCOVA) به منظور کنترل اثر پیش آزمون استفاده شد. : با توجه به وجود چهار گروه، آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه اثر بخشی روشها، مورد استفاده قرار خواهد گرفت. کلیه داده ها پس از جمع آوری توسط نرم افزار آماری SPSS21 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار خواهد گرفت. جهت رعایت اصول اخلاقی حاکم بر روند پژوهش به آزمودنی ها اطمینان داده شد که اطلاعات مربوط به آن ها در طول پژوهش و پس از آن حفظ خواهد شد و حتی در صورت وجود عدم تمایل می توانند از ذکر نام در پرسشنامه ها خودداری و از کد استفاده کنند. همچنین رضایت شرکت کنندگان و خانواده آنها برای انجام مداخلات جلب شد. جلسات درمان به شرح زیر اجرا شد.

جلسه ۱ CAT	سنجش آغازین، بازنگری فرمول بندی، تدوین فهرست مشکلات آماجی بیمار و ترغیب وی به کسب بینش و آگاهی نسبت به منبع اصلی مشکلات با همکاری متقابل بین درمانگر و بیمار.
جلسه ۲ CAT	بازنگری فرمولبندی بر اساس جمع آوری سابقه شخصی، تدوین تاریخچه فردی و تاریخچه بیماری.
جلسه ۳ CAT	بازنگری فرمولبندی بر اساس چگونگی بروز و پیدایش مشکلات و نشانه‌های بیماری.
جلسه ۴ CAT	بازنگری فرمولبندی بر اساس افکار ناکارآمد، نظامهای باورها و رفتارهای
جلسه ۵ CAT	تعیین اهداف درمانی و تدوین فرمولبندی نهایی بر اساس فرمولبندیهای اولیه مربوط به مشکلات.
جلسه ۶ CAT	بازشناسی رخدادهای آشکار ساز مشکلات، نقاط قوت و توانمندیهای بیمار.
جلسه ۷ CAT	بازشناسی مشکلات و بیثباتی عواطف و تدوین فهرستی جهت شناخت رویه ها و افکار ناکارآمد .
جلسه ۸ CAT	بازشناسی و چالش با الگوهای قدیمی اکتسابی و تأثیرگذار در زندگی از طریق روابط بین فردی
جلسه ۹ CAT	بازشناسی در رویه ارزیابی علائم و نشانه ها و اصلاح بازمینی های انجام گرفته توسط بیمار
جلسه ۱۰ CAT	تجدیدنظر رویه ای بر اساس شناخت تأثیر هیجان و رفتارهای تکانشی بر علائم اختلال و آگاهی
جلسه ۱۱ CAT	تجدیدنظر رویه ای بر اساس شناسایی و ترسیم نمودار رویه ای در مورد ارزشگذاری هیجانها منفی
جلسه ۱۲ CAT	تجدیدنظر رویه ای بر اساس اصلاح روند ارزشیابی وضعیت فعلی درمانجو،
جلسه ۱۳ CAT	تجدیدنظر رویه ای بر اساس اصلاح نقشهای بین فردی و حمایتیهای اجتماعی
جلسات	برنامه جلسات طرحواره درمانی
جلسه ۱ و ۲ ST	مفهوم پردازی مشکل بیمار شامل اخذ یک مصاحبه تشخیصی کامل و ....
جلسه ۳ ST	ترمیم خطوط کلی اهداف درمان و هدف گزینی درمان بر اساس گفته های بیمار
جلسه ۴ ST	ارزیابی چهار عامل زمینه ساز در محیط اولیه دوران کودکی بیمار شامل بدرفتاری و نا امنی، رها شدگی و محرومیت هیجانی،اطلاعت از نیازها و احساسات و تنبیه گری یا طرد شدن
جلسه ۵ و ۶ ST	استفاده از پرسشنامه به عنوان نقطه آغاز بحث پیرامون ریشه های تحولی طرحواره ها و ذهنیت ها
جلسه ۷ ST	آموزش ذهنیت ها به بیمار (درمانگر ذهنیت های طرحواره ابرا به بیمار توضیح می دهد).
جلسه ۸ و ۹ ST	درمان ذهنیت کودک رها شده :ایجاد محیط حمایت گرانه ،تاکید بر رابطه درمانی
جلسه ۱۰ و ۱۱ ST	درمان ذهنیت محافظ بی تفاوت:ایجاد فضای امن برای بیمار به منظور تجربه کردن احساسات
جلسه ۱۲ و ۱۳ ST	درمان ذهنیت والد تنبیه گر:جنگیدن با والد تنبیه گر با استفاده از تصویر سازی ذهنی و....
جلسه ۱۴ و ۱۵ ST	درمان ذهنیت کودک عصبانی:استفاده از تصویر سازی ذهنی و تخلیه خشم بیمار به افراد
جلسه ۱۶ ST	جمع بندی درمان و تاکید بر جایگزینی ذهنیت والد بزرگسال بر سایر ذهنیت ها
جلسه ۱۴ CAT	تجدیدنظر رویه ای بر اساس کمک به بیمار در دستیابی به منبع طرحواره‌های واقع بینانه
جلسه ۱۵ CAT	تجدیدنظر رویه ای بر اساس بینش افزایی و آگاهسازی بیمار از مسیر تکاملی مشکلات
جلسه ۱۶ CAT	نوشتن نامه های خداحافظی و اختتام درمان توسط درمانگر و بیمار به هم و نیز خلاصه سازی روند درمان براساس آنچه کسب شده و هر آنچه که هنوز نیازمند تغییر است

## یافته ها

اطلاعات دموگرافیک آزمودنی ها از نظرایجاد همگونی بین آزمودنیها در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱ ترکیب مشخصات دموگرافیک به تفکیک گروه

متغیر	سن	جنسیت		تحصیلات			حوادث تروماتیک			وضعیت اقتصادی			
		مؤنث	مذکر	زیر دیپلم	دیپلم	دانشجو	کودک	تجلوزجنسی	عادی	ندار	متوسط	دار	
	۱۹-۲۰	۲۲-۲۰	۲۳-۲۵	۸	۷	۲	۵	۵	۹	۱	۳	۷	۵
گروه DBT	۶	۷	۲	۸	۷	۲	۵	۵	۹	۱	۳	۷	۵
گروه ST	۸	۵	۲	۸	۷	۲	۵	۵	۹	۱	۳	۷	۵
گروه CAT	۶	۵	۴	۷	۸	۳	۵	۳	۹	۳	۸	۴	۳
کنترل	۷	۴	۴	۷	۸	۳	۵	۵	۲	۸	۳	۵	۷

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار نمره کلی پیش آزمون گروه آزمایش DBT در کژتنظیمی هیجان ( $166/00 \pm 2/619$ ) و در تکانشگری ( $70/73 \pm 1/486$ ) و در احساس پوچی مزمن ( $10/87 \pm 1/356$ ) و نمره کلی پس آزمون گروه آزمایش DBT در کژتنظیمی هیجان ( $79/76 \pm 1/060$ ) و در تکانشگری ( $49/13 \pm 2/222$ ) و در احساس پوچی مزمن ( $56/67 \pm 2/526$ ) و نمره کلی پیگیری گروه آزمایش DBT در کژتنظیمی هیجان ( $2/619 \pm 82/00$ ) و در تکانشگری ( $51/332 \pm 1/664$ ) و در احساس پوچی مزمن ( $59/80 \pm 3/550$ ) می‌باشد. نمره کلی پیش آزمون گروه آزمایش ST در کژتنظیمی هیجان ( $171/13 \pm 1/885$ ) و در تکانشگری ( $71/07 \pm 1/486$ ) و در احساس پوچی مزمن ( $10/67 \pm 1/113$ ) و نمره کلی پس آزمون گروه آزمایش ST در کژتنظیمی هیجان ( $86/53 \pm 2/20$ ) و در تکانشگری ( $55/1 \pm 47/885$ ) و در احساس پوچی مزمن ( $58/07 \pm 2/434$ ) و نمره کلی پیگیری گروه آزمایش ST در کژتنظیمی هیجان ( $86/1 \pm 80/971$ ) و در تکانشگری ( $55/40 \pm 2/232$ ) و در احساس پوچی مزمن ( $59/13 \pm 3/378$ ) می‌باشد. نمره کلی پیش آزمون گروه آزمایش CAT در کژتنظیمی هیجان ( $175/47 \pm 1/685$ ) و در تکانشگری ( $70/1 \pm 93/656$ )، و در احساس پوچی مزمن ( $10/1 \pm 87/060$ ) و نمره کلی پس آزمون گروه آزمایش CAT در کژتنظیمی هیجان ( $1/651 \pm 90/20$ ) و در تکانشگری ( $52/2 \pm 73/267$ ) و در احساس پوچی مزمن ( $60/80 \pm 2/178$ ) و نمره کلی پیگیری گروه آزمایش CAT در کژتنظیمی هیجان ( $91/1 \pm 07/486$ ) و در تکانشگری ( $53/80 \pm 2/120$ ) و در احساس پوچی مزمن ( $60/20 \pm 2/908$ ) می‌باشد. به عبارتی نمرات گروه آزمایش در تمام مولفه‌های متغیر کژتنظیمی هیجان کاهش و در تمام مولفه‌های تکانشگری نیز کاهش و در مولفه‌های احساس پوچی مزمن با سنجش نمره امیدواری افزایش داشته است. بطوریکه نمره امیدواری بالا بیانگر احساس پوچی بهبود یافته و پایین است. اما در گروه کنترل نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت چندانی با هم ندارند.

بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس: قبل از تحلیل داده‌ها جهت حصول اطمینان از برآورد مفروضه‌هایی زیر بنایی تحلیل کوواریانس توسط داده‌های پژوهش، به بررسی نرمال بودن واریانس‌ها، توسط آزمون کالموگروف اسمیرنوف پرداخته شد برای بررسی همگنی واریانس متغیرها نیز از آزمونهای لوین و تصحیحات باکس استفاده شد. لازم به توضیح است که در این پژوهش پس آزمون‌های دشواری تنظیم هیجان، تکانشگری بارات و احساس پوچی مزمن و زیر مقیاس‌های آنها، به عنوان متغیرهای وابسته و پیش آزمون آنها به عنوان متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) تلقی شدند. بنابراین بین متغیرهای کمکی (در این پژوهش پیش آزمون‌ها) و متغیرهای وابسته (در این پژوهش پس آزمون‌ها) در همه سطوح عامل (یعنی گروه‌های آزمایش و گواه) برابری حاکم بود. و تعامل غیر معنی‌داری بین متغیرهای وابسته و کمکی (کواریت‌ها) مشاهده شد. پس فرض همگنی شیب‌های رگرسیونی برقرار است. نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف با توجه به سطوح معناداری به دست آمده بزرگتر از سطح  $0/05$  بوده حاکی از برقراری شرط نرمال بودن داده‌ها است ( $p > 0/05$ ).

جدول ۲ خلاصه آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مورد مطالعه

گروه مورد مطالعه		کژتنظیمی		تکانشگری				احساس پوچی							
متغیرها-زیر مولفه‌ها	نتایج	عدم پذیرش	دشواری انجام	دشواری کنترل تکانه	فقدان آگاهی	دسترسی محدود	عدم وضوح	کل	تکانشگری شناختی	تکانشگری حرکتی	بی‌برنامگی	کل	تفکر عاملی	تفکر راهبردی	کل
پیش‌آزمون	M	۲۶/۹۳	۲۷/۹۳	۲۸/۰۰	۲۷/۸۰	۲۷/۰۷	۲۸/۲۷	۱۶۶/۰۰	۲۳/۴۶	۲۳/۸۰	۲۳/۴۷	۷۰/۷۳	۴/۷۳	۶/۱۴	۱۰/۸۷
	SD	۱/۷۵۱	۱/۳۸۷	۱/۴۶۴	۱/۰۸۲	۰/۷۹۹	۱/۲۲۳	۲/۶۱۹	۱/۱۲۵	۱/۰۸۲	۱/۱۸۷	۱/۴۸۶	۱/۱۶۳	۱/۰۶۰	۱/۳۵۶
پس‌آزمون	M	۱۳/۴۷	۱۳/۴۷	۱۳/۳۳	۱۳/۰۰	۱۳/۳۳	۱۳/۱۳	۷۹/۷۳	۱۶/۱۳	۱۶/۸۷	۱۶/۱۳	۴۹/۱۳	۲۸/۸۰	۲۷/۸۷	۵۶/۶۷
	SD	۰/۹۹۰	۱/۰۶۰	۰/۹۷۶	۱/۰۶۹	۰/۹۷۶	۱/۱۲۵	۱/۰۶۰	۱/۴۵۷	۰/۹۹۰	۱/۰۶۰	۲/۸۲۲	۱/۸۹۷	۱/۷۲۷	۲/۵۲۶
پیگیری	M	۱۳/۷۳	۱۳/۶۰	۱۳/۶۷	۱۳/۴۷	۱۳/۸۰	۱۳/۷۳	۸۲/۰۰	۱۷/۱۳	۱۷/۱۳	۱۶/۷۳	۵۱/۳۳	۲۹/۸۰	۳۰/۰۰	۵۹/۸۰
	SD	۰/۹۶۱	۰/۹۸۶	۰/۸۱۶	۰/۵۶۱	۰/۵۶۱	۰/۷۹۹	۲/۶۱۹	۱/۳۵۶	۱/۸۴۶	۲/۱۲۰	۲/۶۶۴	۲/۰۰۷	۲/۳۶۸	۳/۵۵۰
پیش‌آزمون	M	۲۲/۲۶	۳۰/۱۳	۲۸/۸۰	۲۹/۸۷	۳۱/۸۰	۳۱/۸۰	۱۷۱/۱۳	۲۴/۰۷	۲۳/۷۳	۲۳/۲۷	۷۱/۰۷	۴/۶۷	۶/۰۰	۱۰/۶۷
	SD	۵/۱۰۶	۲/۲۶۴	۳/۱۴۴	۲/۶۶۹	۳/۰۰۵	۳/۵۹۵	۱/۸۸۵	۰/۷۹۹	۰/۸۸۴	۰/۸۸۴	۱/۹۴۴	۱/۲۳۴	۱/۴۱۴	۱/۱۱۳
پس‌آزمون	M	۱۴/۰۷	۱۵/۰۰	۱۵/۷۲	۱۴/۶۷	۱۴/۰۰	۱۳/۰۷	۸۶/۵۳	۱۹/۴۰	۱۸/۱۳	۱۷/۹۳	۵۵/۴۷	۲۸/۸۰	۲۹/۲۷	۵۸/۰۷
	SD	۰/۹۶۱	۱/۵۱۲	۱/۳۳۵	۰/۹۷۶	۰/۹۲۶	۱/۱۲۵	۲/۲۰	۱/۴۰۴	۰/۹۹۰	۰/۷۹۹	۱/۸۸۵	۲/۱۷۸	۱/۵۸۰	۲/۴۳۴
پیگیری	M	۱۴/۰۶	۱۴/۶۷	۱۵/۲۰	۱۴/۶۷	۱۴/۲۰	۱۴/۸۰	۸۶/۸۰	۱۸/۳۳	۱۸/۶۰	۱۸/۴۷	۵۵/۴۰	۲۹/۳۳	۲۹/۸۰	۵۹/۱۳
	SD	۰/۸۸۴	۱/۷۵	۰/۹۰۰	۰/۹۰۰	۰/۷۷۵	۱/۴۶۴	۱/۹۷۱	۱/۴۴۷	۱/۱۱۳	۱/۰۶۰	۲/۳۲۲	۲/۰۲۴	۱/۶۹۹	۳/۳۷۸
پیش‌آزمون	M	۲۶/۰۰	۲۹/۲۰	۲۹/۹۳	۲۹/۳۳	۳۰/۲۰	۳۰/۸۰	۱۷۵/۴۷	۲۳/۵۳	۲۳/۹۳	۲۳/۴۷	۷۰/۹۳	۵/۲۷	۵/۶۰	۱۰/۸۷
	SD	۴/۴۵۶	۱/۷۸۱	۴/۷۸۸	۱/۲۳۴	۳/۱۶۷	۳/۸۴۰	۱/۶۸۵	۱/۱۸۷	۰/۷۹۹	۱/۱۲۵	۱/۶۵۶	۱/۰۳۳	۱/۶۳۹	۱/۰۶۰
پس‌آزمون	M	۱۴/۹۳	۱۵/۲۷	۱۵/۸۰	۱۴/۱۳	۱۵/۰۰	۱۵/۰۷	۹۰/۲۰	۱۷/۸۷	۱۸/۴۰	۱۶/۴۶	۵۲/۷۳	۳۰/۷۳	۳۰/۰۷	۶۰/۸۰
	SD	۰/۸۸۴	۳/۳۰۵	۲/۹۸۱	۱/۱۲۵	۰/۸۴۵	۲/۰۱۷	۲/۶۵۱	۱/۰۶۰	۲/۵۰۱	۱/۱۸۷	۲/۳۶۸	۲/۰۸۶	۱/۴۸۶	۲/۱۷۸
پیگیری	M	۱۴/۸۷	۱۵/۲۷	۱۵/۸۷	۱۴/۴۷	۱۴/۸۷	۱۵/۷۲	۹۱/۰۷	۱۶/۴۶	۱۷/۸۷	۱۹/۴۷	۵۳/۸۰	۳۰/۶۰	۲۹/۶۰	۶۰/۲۰
	SD	۱/۱۸۷	۲/۲۸۲	۲/۸۰۰	۰/۹۷۶	۰/۹۱۵	۲/۰۸۶	۱/۴۸۶	۱/۱۸۷	۱/۰۶۰	۲/۵۰۱	۲/۱۲۰	۱/۷۲۴	۱/۶۳۹	۲/۹۰۸
پیش‌آزمون	M	۲۵/۶۰	۲۸/۲۰	۲۸/۶۰	۲۸/۷۳	۲۹/۱۳	۳۳/۱۳	۱۷۳/۴۰	۲۳/۶۰	۲۲/۹۳	۲۴/۰۰	۷۰/۵۳	۴/۸۷	۵/۴۰	۱۰/۲۷
	SD	۳/۳۷۶	۱/۶۹۹	۳/۹۶۱	۲/۷۱۲	۳/۰۴۴	۲/۹۴۱	۱/۹۲۰	۱/۰۵۶	۰/۹۶۱	۰/۸۴۵	۱/۴۵۷	۱/۳۵۶	۰/۹۸۶	۱/۰۶۰
پس‌آزمون	M	۲۷/۹۳	۲۷/۳۳	۲۸/۲۷	۲۷/۴۷	۲۸/۶۰	۳۲/۶۰	۱۷۲/۲۰	۲۲/۹۳	۲۳/۶۰	۲۴/۰۷	۷۰/۶۰	۵/۱۳	۵/۴۰	۱۰/۵۳
	SD	۱/۵۸۰	۳/۱۵۵	۱/۸۳۱	۲/۶۹۴	۳/۱۱۲	۲/۰۴۲	۲/۰۴۲	۱/۲۲۳	۰/۹۸۶	۰/۷۹۹	۱/۶۸۲	۱/۲۴۶	۰/۹۸۶	۱/۱۲۵
پیگیری	M	۲۸/۰۰	۲۷/۸۰	۲۸/۵۳	۲۸/۲۷	۲۸/۱۳	۳۱/۷۴	۱۷۲/۴۷	۲۳/۳۳	۲۳/۷۳	۲۳/۱۳	۷۰/۱۹	۵/۱۳	۴/۶۰	۹/۷۳
	SD	۱/۶۴۸	۲/۸۸۳	۲/۳۸۶	۲/۳۴۴	۳/۰۶۷	۳/۳۲۷	۱/۹۹۵	۱/۱۱۳	۱/۵۳۴	۱/۰۶۰	۱/۴۷۴	۱/۰۶۰	۱/۲۹۸	۰/۸۸۴

DBT

ST

CAT

گروه کنترل

جدول ۳ نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض همگنی واریانس ها

متغیر	F	df ۱	df ۲	Sig
کژتنظیمی هیجان	۱/۹۷۲	۳	۵۶	۰/۱۲۹
تکانشگری	۳/۰۹۵	۳	۵۶	۰/۱۱۱
احساس پوچی مزمن	۱/۷۳۰	۳	۵۶	۰/۱۷۱

مطابق جدول (۴) هنگامی که نتایج متغیرهای وابسته به صورت جداگانه در نظر گرفته شد مشاهده گردید که سطح معنی داری در شاخص های کژتنظیمی هیجان ( $F=۴۵۴۲/۶۸۹$ ,  $P<۰/۰۰۰$ )، تکانشگری ( $F=۲۵۱/۹۲۵$ ,  $P<۰/۰۰۰$ ) احساس پوچی مزمن ( $F=۱۷۴۹/۰۴۵$ ,  $P<۰/۰۰۰$ ) می باشد.

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) مربوط به تاثیر سه روش درمانی

مقیاس	منبع	مجموع مجدورات SS	درجه آزادی Df	میانگین مجدورات MS	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
گروه	کژتنظیمی هیجان	۷۳۱۹۳/۶۶۲	۳	۲۴۳۹۷/۸۱۷	۴۵۴۲/۶۸۹	۰/۰۰۰	۰/۹۳۴	۱
	تکانشگری	۳۲۹۸/۲۴۲	۳	۱۰۹۹/۴۱۴	۲۵۱/۹۲۵	۰/۰۰۰	۰/۹۹۰	۱
	احساس پوچی مزمن	۲۴۶۰۱/۱۲۱	۳	۸۲۰۰/۳۷۴	۱۷۴۹/۰۴۵	۰/۰۰۰	۰/۹۹۶	۱
خطا	کژتنظیمی هیجان	۲۸۴/۶۵۳	۵۳	۴/۳۶۴				
	تکانشگری	۲۳۱/۲۹۴	۵۳	۴/۶۸۸				
	احساس پوچی مزمن	۲۴۸/۴۹۰	۵۳	۵/۳۷۱				
کل	کژتنظیمی هیجان	۷۷۴۸۵۶/۰۰۰	۶۰					
	تکانشگری	۱۹۵۲۸۰/۰۰۰	۶۰					
	احساس پوچی مزمن	۱۵۶۱۱۳/۰۰۰	۶۰					

جدول شماره (۵) نشان می دهد میانگین نمرات کژتنظیمی هیجان بیماران پس از رفتار درمانی دیالکتیکی (۸۱/۲۲۴) به طور معنی داری نسبت به گروه کنترل (با میانگین ۱۷۰/۲۴۹)، میانگین نمره تکانشگری بیماران پس از رفتار درمانی دیالکتیکی (۴۶/۵۲۵)، به طور معنی داری نسبت به گروه کنترل (با میانگین ۷۰/۹۹۳) و نیز میانگین احساس پوچی مزمن بیماران پس از رفتار درمانی دیالکتیکی (۵۶/۴۷۶) به طور معنی داری نسبت به گروه کنترل (با میانگین ۱۰/۴۸۱) کاهش یافته است، در نتیجه شرکت در دوره رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش میزان کژتنظیمی هیجان، تکانشگری و احساس پوچی مزمن بیماران و مولفه های آنها تاثیر بسزایی داشته است.

جدول ۵ میانگین های تعدیل شده متغیرها در چهار گروه آزمایشی

مولفه ها	گروه	میانگین	خطای استاندارد	سطح اطمینان ۹۵٪
				تخمین پایین
				تخمین بالا
کژتنظیمی هیجان	رفتار درمانی دیالکتیکی	۸۱/۲۲۴	۱/۵۹۶	۷۷/۹۹۸
	طرحواره درمانی	۸۷/۰۱۴	۰/۶۵۵	۸۵/۶۸۹
	روان درمانگری شناختی - تحلیلی	۸۹/۳۱۱	۱/۵۹۶	۸۶/۱۱۰

۱۷۲/۱۵۸	۱۶۸/۳۴۰	۰/۹۴۵	۱۷۰/۲۴۹	کنترل	تکانشگری کل
۴۷/۵۰۰	۴۵/۵۴۹	۰/۴۸۳	۴۶/۵۲۵	رفتاردرمانی دیالکتیکی	
۴۴/۴۰۷	۴۳/۶۰۶	۰/۱۹۸	۴۴/۰۰۷	طرحواره درمانی	
۴۳/۳۷۳	۴۱/۴۳۷	۰/۴۷۹	۴۲/۴۰۵	روان‌درمانگری شناختی - تحلیلی	احساس پوچی مزمن
۷۱/۵۷۰	۷۰/۴۱۶	۰/۲۸۶	۷۰/۹۹۳	کنترل	
۵۹/۴۴۷	۵۳/۵۰۵	۱/۴۷۰	۵۶/۴۷۶	رفتاردرمانی دیالکتیکی	
۵۹/۷۵۴	۵۷/۳۱۵	۰/۶۰۴	۵۸/۵۳۴	طرحواره درمانی	کنترل
۵۹/۶۷۷	۵۸/۷۸۲	۱/۴۵۸	۶۱/۷۳۰	روان‌درمانگری شناختی - تحلیلی	
۱۲/۶۴۱	۹/۱۲۵	۰/۸۷۰	۱۰/۴۸۱	کنترل	

جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni جهت مقایسه زوجی میانگین متغیرهای پژوهش در گروه‌ها

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	گروه	متغیر
۰/۰۱	۱/۷۳۶	-۵/۷۹۰*	طرحواره درمانی	کژتنظیمی هیجان
۰/۰۰۵	۲/۲۴۹	-۸/۰۸۷*	درمان شناختی تحلیلی	
۰/۰۰۰	۱/۸۵۵	-۸۹/۰۲۵*	کنترل	
۰/۰۱	۱/۷۳۶	۵/۷۹۰*	رفتاردرمانی دیالکتیک	کنترل
۱/۰۰	۱/۷۱۴	-۲/۲۹۷	درمان شناختی تحلیلی	
۰/۰۰۰	۱/۱۵۰	-۸۳/۲۳۵*	کنترل	
۰/۰۰۰	۱/۸۵۵	۸۹/۰۲۵*	رفتاردرمانی دیالکتیک	کنترل
۰/۰۰۰	۱/۱۵۰	۸۳/۲۳۵*	طرحواره درمانی	
۰/۰۰۰	۱/۸۴۴	۸۰/۹۳۸*	درمان شناختی تحلیلی	
۰/۰۰۰	۰/۵۲۲	۲/۵۱۸*	طرحواره درمانی	رفتاردرمانی دیالکتیکی
۰/۰۰۰	۰/۶۸۰	۴/۱۲۰*	درمان شناختی تحلیلی	
۰/۰۰۰	۰/۵۶۱	-۲۴/۴۶۸*	کنترل	
۰/۰۰۰	۰/۵۲۲	-۲/۵۱۸*	رفتاردرمانی دیالکتیک	تکانشگری
۰/۰۰۰	۰/۵۱۸	۱/۶۰۲	درمان شناختی تحلیلی	
۰/۰۰۰	۰/۳۴۸	-۲۶/۹۸۶*	کنترل	
۰/۰۰۰	۰/۵۶۱	۲۴/۴۶۸*	رفتاردرمانی دیالکتیک	کنترل
۰/۰۰۰	۰/۳۴۸	۲۶/۹۸۶*	طرحواره درمانی	
۰/۰۰۰	۰/۵۵۸	۲۸/۵۸۸*	درمان شناختی تحلیلی	
۱/۰۰۰	۱/۵۸۹	-۲/۰۵۸	طرحواره درمانی	رفتاردرمانی دیالکتیکی
۰/۰۹۱	۲/۰۷۱	-۵/۲۵۳	درمان شناختی تحلیلی	
۰/۰۰۰	۱/۷۰۸	۴۵/۵۹۳*	کنترل	
۰/۲۹۸	۱/۵۷۸	-۳/۱۹۵	درمان شناختی تحلیلی	طرحواره درمانی
۰/۰۰۰	۱/۰۵۹	۴۷/۶۵۱*	کنترل	
۰/۰۰۰	۱/۷۰۸	-۴۵/۵۹۳*	رفتاردرمانی دیالکتیک	
۰/۰۰۰	۱/۰۵۹	-۴۷/۶۵۱*	طرحواره درمانی	کنترل
۰/۰۰۰	۱/۶۹۸	-۵۰/۸۴۶*	درمان شناختی تحلیلی	

همچنین، نتایج آزمون بن فرونی<sup>۱</sup>، جدول (۶) نشان می‌دهد که در متغیر کژتنظیمی هیجان، تفاوت بین میانگین گروه‌های DBT,ST,CAT و کنترل به نفع میانگین گروه CAT نسبت به گروه‌های دیگر است. تفاوت نمرات میانگین تکانشگری، بین گروه‌های DBT,ST,CAT و کنترل به نفع میانگین گروه DBT، نسبت به گروه‌های دیگر است.

<sup>1</sup> Bonferroni

عبارتی، شرکت‌کنندگان گروه DBT سطح میانگین نمرات پایین‌تری نسبت به گروه‌های دیگر دارد. تفاوت بین میانگین متغیر احساس پوچی مزمن CAT, ST, DBT کنترل نتایج حاکی از عدم وجود تفاوت معنادار بین گروه‌ها می‌باشد. و البته در مقایسه گروه‌ها با گروه کنترل نتایج به نفع گروه CAT است. بین دو گروه رفتار درمانی دیالکتیک و گروه طرحواره درمانی در میانگین نمرات احساس پوچی مزمن تفاوت معنادار نیست ( $P < /0.05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه مورد بررسی به منظور مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک، طرحواره درمانی و روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی بر کاهش علائم در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تنظیم شد. نتایج حاکی از اثر بخشی CAT نسبت به گروه‌های دیگر در متغیر کژتنظیمی هیجان بود به عبارتی شرکت‌کنندگان گروه CAT نسبت به ST و همچنین DBT و گروه کنترل سطح میانگین نمرات پایین‌تری در متغیر کژتنظیمی هیجانی دارند. در تبیین این عملکرد می‌توان اشاره کرد که تغییر پذیری در بیماران، تصادفی نبود. این وضعیت، احتمالاً نشان دهنده‌ی آن است که نوعی فرآیند زیر بنایی سیستماتیک در این بین دخیل است که بی‌ثباتی عاطفی را مشخص می‌کند (کرنبرگ، ۲۰۰۴). درمان تحلیلی شناختی (CAT) به منظور غلبه بر بلوک‌ها و موانع در یادگیری مجدد رفتار، طراحی شده است. در تکنیک شناسایی<sup>۲</sup> درمان (CAT)، تمرینی وجود دارد که توسط آن مراجع مفهوم کلی از نقش‌های متقابل و نحوه‌ی عملکرد آن‌ها را بدست می‌آورد و به تدریج توانایی تشخیص زمان وقوع الگوهای مشکل ساز را کسب می‌کند و البته تشخیص دادن بخش مهم درمان محسوب می‌شود. زیرا فقط تشخیص و شناخت یک الگوی ناکارآمد می‌تواند پتانسیل تغییر آن را ایجاد کند. در مرحله بعدی با استفاده از تکنیک فرمولبندی مجدد<sup>۳</sup> که از جلسه اول آغاز می‌شود بیمار به خود شناسی عمیق‌تری از خود دست پیدا کرده و از طریق ایجاد اتحاد درمانی و همدلی (بین درمانگر و مراجعه) درک بهتری از مشکلات خود را به دست می‌آورد در نتیجه با بازنگری مشکلات درمان از طریق دانش افزایی ایجاد و بهبودی در نشانگان حاصل می‌شود. به دنبال شناسایی و فرمول بندی مجدد مرحله‌ی سوم CAT (بازنگری<sup>۴</sup>) آغاز می‌شود، در این تکنیک تجربه‌های بیمار و احساسات برانگیخته شده‌ی ناشی از آنها مورد بررسی قرار می‌گیرد و روشی جدید برای پیدا کردن راه‌های جدید برقراری ارتباط با خود و دیگران توسط بیمار، آموخته می‌شود. در واقع هدف همان استفاده از نقش‌های متقابل (RRS)<sup>۵</sup> به شیوه تجدید نظر شده است. رویه نقش متقابل عبارت است از یک الگوی پایدار از تعامل که ریشه در ارتباط با مراقبین سال‌های اولیه زندگی دارد و این تجربه، اولیه تعیین کننده الگوی ارتباطی جاری خود با دیگران و خود می‌شود. این نقش‌ها مشکلات را آنگونه که بین مردم رخ می‌دهد و نه در درون بیمار شناسایی می‌کند. روند

<sup>2</sup> Recognition

<sup>3</sup> Reformulation

<sup>4</sup> Revision

<sup>5</sup> Reciprocal Role



این شناسایی به این شکل است که: در (CAT) بخش شناختی، جهت بالا بردن ظرفیت تفکر انتزاعی برای مشاهده فرضیه‌ها، احساسات، رفتار و ... به مراجع کمک می‌کند و بخش تحلیلی، جهت شناختن فاکتورهای ناهشیار و کشف عوامل موثر بر شناخت و برای فهم ارتباط بین درمانگر و مراجع استفاده می‌شود. هدف اصلی در این درمان که یکی از مدل‌های روان‌درمانی فردی و دارای دیدگاهی التقاطی است، پیدا کردن الگوی هیجانی اصلی در ارتباط با خود و دیگران، که با استرس‌ها و مسائل مشکل‌ساز بیمار در ارتباط هستند، می‌باشد. و با ایجاد این تغییر در روابط بهبودی حاصل می‌شود.

در متغیر تکانشگری تفاوت بین میانگین گروه‌های DBT، ST، CAT و کنترل به نفع میانگین DBT نسبت به گروه‌های ST و CAT و گروه کنترل است. به عبارتی، شرکت‌کنندگان گروه DBT سطح میانگین نمرات پایین‌تری نسبت به گروه‌های دیگر در تکانشگری دارند و این امر نشانگر اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر متغیر تکانشگری است. در تبیین این نتیجه می‌توان عنوان کرد که علت کاهش علائم رفتارهای تکانشی بیماران، در محتوای برنامه‌های این شیوه‌ی درمانی نهفته است؛ چرا که در این شیوه، از تکنیک راهبردهای تغییر (مساله‌گشایی) و تکنیک تحلیل رفتاری با هدف کسب بینش نسبت به الگوهای رفتاری تکراری و نیز دادن اطلاعات آموزشی درباره‌ی اصول رفتاری به بیمار، استفاده از متافورها جهت ایجاد تعادل در تنش‌های دیالکتیک و استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، آموزش روانی مفهوم دیالکتیک و مفهوم دونیمه‌سازی استفاده می‌شود. عامل رفتاری در درمان دیالکتیکی برای اختلال شخصیت می‌تواند روی عادی شدن رفتارهای تکانه‌ای از جمله آسیب‌پذیری بدنی، مواد مخدر، الکل، بیماری و درد بدنی، تنش، و لخرجی، روابط جنسی بی‌مهابا و نظایر اینها، موثر واقع شود. بنابراین، هسته‌ی اصلی تمرکز رفتار درمانی دیالکتیکی، بر محور یادگیری، به کار گرفتن و تعمیم مهارت‌های انطباقی است که در این روش درمانی آموزش داده می‌شود و هدف نهایی آن، کمک به بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی برای غلبه یافتن بر رفتارهایی است که کاملاً جنبه تکانه‌ای دارد. در تبیین عملکرد بهتر DBT در کاهش تکانشگری همچنین می‌توان گفت: در فرآیند درمان، درمانگر DBT، به سیستم رابطه درمانی و تنش‌ها و رفتارهایی که محل درمان امکان بروز دارند، توجه می‌کند. دستورالعمل‌های خاص رفتار درمانی دیالکتیک، توجه درمانگر را به تبادلات بین درمانگر و مراجع جلب می‌کند و می‌پذیرد که درمانگر بخشی از بافت است. درمانگر DBT، درمان را، سیستمی می‌بیند که در آن درمانگر و مراجع متقابلاً بر هم تاثیر می‌گذارند. علاوه بر این، هدف اول در DBT کنترل رفتارهای خودکشی گرایانه است که مستقیماً براساس مولفه‌های جدی‌اندیشه‌پردازی خودکشی و رفتارهای شبه خودکشی تعیین می‌شود.

علیرغم تایید اثر بخشی هر سه رویکرد درمانی، نتایج حاکی از عملکرد بهتر CAT بر کاهش احساس پوچی نسبت به گروه‌های ST و DBT می‌باشد در تبیین این تفاوت، ضمن اشاره به اینکه پژوهش همسو با تعیین اثر بخشی درمان‌های منتخب پژوهش حاضر که همسو با یافته‌ها و نتایج آن نیز باشد توسط پژوهشگر یافت نشد می‌توان گفت: CAT درمانی فعال، یکپارچه و متمرکز است که احتمال دارد دامنه گسترده‌ای از روش‌های درمانی در آن ترکیب شوند. با اینحال تاکید بر روی فرمول بندی و مشارکت با بیمار برای شرح متراکم پروسیجرهایی که مشکلات بیمار را حفظ و

مشخص می کنند، ویژگی معین و مشخص آن، می باشد. پروسیجرها با زنجیره فرایندهای روانی و رفتاری ارتباط پیدا می کنند که به عنوان راهنمای مورد استفاده تکراری برای عمل هدفمند، خدمت می کنند و اکثراً خارج از آگاهی عمل می کند. به طور سلسله مراتبی سازماندهی شده اند. تغییر در یک سطح سلسله مراتب ممکن است روی سطوح بالاتر یا پایین تر اثر بگذارد و در این پروسه، مشکلات به واسطه استفاده مداوم و بدون تجدید نظر از پروسیجرهای غیر موثر ایجاد می شوند و درمان شناختی تحلیلی به شناسایی و تجدید نظر روی این پروسیجرها کمک می کند. هدف اصلی، نیز پیدا کردن الگوی هیجانی اصلی در ارتباط با خود و دیگران که با استرس ها و مسائل مشکل ساز بیمار در ارتباط هستند، می باشد. توضیح اینکه نمرات بالا در مقیاس امیدواری بیانگر پایین بودن احساس پوچی مزمن است بنابراین نمرات بالا نشانگر عملکرد بهتر می باشد.

در بحث محدودیت های پژوهش می توان گفت: در پژوهش حاضر با توجه به محدود بودن نمونه تحقیق به اختلال شخصیت مرزی از کلاستر B اختلالات، در تعمیم نتایج به سایر بیماران باید با احتیاط عمل شود. و نیز با عنایت به محدود بودن انجام تحقیق به بیماران بستری در بیمارستان طالقانی ارومیه با پدیده خودکشی در تعمیم نتایج به سایر مراکز بستری باید دقت عمل بکار برد. با توجه به نتایج تحقیق و اثربخشی بیشتر بودن درمان مبتنی بر CAT نسبت به ST، و DBT در متغیر کژتنظیمی هیجان و احساس پوچی مزمن در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد می-شود که در کلینیک های روانشناختی، از دوره های درمانی مبتنی بر CAT برای کاهش علائم بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی استفاده شود. همچنین با توجه به مشکلات گسترده روان شناختی که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با آنها دست به گریبان هستند، پیشنهاد می شود که روانپزشکان پس از تشخیص گذاری، علاوه بر دارودرمانی این بیماران را جهت ارزیابی روان شناختی به کلینیک ها و مراکز مشاوره ارجاع بدهند. هم چنین پیشنهاد می شود با توجه به این که جامعه ی هدف در این تحقیق بر بیماران اختلال شخصیت مرزی از کلاستر B محدود بوده است مطالعه مذکور در آینده برای اختلالات دیگر شخصیت انجام شود.

سپاسگزاری

"این مقاله مستخرج از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل می باشد". از جناب آقای دکتر دلیر راد ریاست محترم بخش مسمومیت، دکتر بوشهری مسئول آموزشی و متخصص مسمومیت، دکتر مجیدی متخصص مسمومیت مرکز آموزشی و درمانی طالقانی و جناب آقای دکتر حامدنیا روانپزشک مرکز مذکور که در امر پژوهش از جمله، ارجاع بیماران، و تشخیص گذاری، مولفان را یاری نمودند صمیمانه قدردانی می شود.

## References

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Am Psychiatr Assoc. 2013.
- Arlington, V. A., & American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *American Psychiatric Association*, 5, 612-613.
- Chinn, S., Caldwell, W., & Gritsenko, K. (2016). Fibromyalgia pathogenesis and treatment options update. *Current pain and headache reports*, 20, 1-10. DOI 10.1007/s11916-016-0556-x.
- Clarke, S., Thomas, P., & James, K. (2013). Cognitive analytic therapy for personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 202(2), 129-134. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.108670>.
- Clauw, D. J. (2014). Fibromyalgia: a clinical review. *Jama*, 311(15), 1547-1555..
- Eini, S., Narimani, Mohammad., Atadokht, Akbar., Basharpour, Sajjad., Sadeghi Movahed, Fariba. (1396). The effectiveness of cognitive-analytical therapy on ego power and thematic relationships of people with borderline personality disorder: Urmia Medical Journal, 29 (1), 1.
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Huang, B., Stinson, F. S., Dawson, D. A., & Compton, W. M. (2009). Sociodemographic and psychopathologic predictors of first incidence of DSM-IV substance use, mood, and anxiety disorders: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Molecular psychiatry*, 14(11), 1051-1066.
- Hafezi, F., & Khajouni, E. (2011). The effect of anger management skill training on reduction of impulsive behaviors and anxiety in patients with PTSD.
- Hepple, J. (2012). Cognitive-analytic therapy in a group: Reflections on a dialogic approach. *British Journal of Psychotherapy*, 28(4), 474-495.
- Jackson, M., & Claridge, G. (1991). Reliability and validity of a psychotic traits questionnaire (STQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 30(4), 311-323. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1991.tb00952>.
- Jacob, G. A., Guenzler, C., Zimmermann, S., Scheel, C. N., Rüscher, N., Leonhart, R., ... & Lieb, K. (2008). Time course of anger and other emotions in women with borderline personality disorder: A preliminary study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 39(3), 391-402. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.10.009>.
- Karami, J. ZP. A., & Hatamian, P. Bagheri, A. (2016). Comparison of emotional regulation problems and emotional styles between smokers and non-smokers. *UMJ*, Volume 27(10), 855-48 .
- Kellett, S., Bennett, D., Ryle, T., & Thake, A. (2013). Cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: Therapist competence and therapeutic effectiveness in routine practice. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(3), 216-225.
- Kernberg, O. F. (2004). The risk of suicide in severe personality disorders: Differential diagnosis and treatment. *Aggressivity, narcissism, and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship*, 192-204.
- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Kliem, S., Arnold, R., Schunert, T., & Reinecker, H. (2010). Dialectical behavior therapy and an added cognitive behavioral treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed

- to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41(4), 381-388. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.04.001>
- Laurenssen, E. M. P., Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., Van Busschbach, J. J., & Luyten, P. (2013). Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7, 1-4.
- Lieb, K., Völlm, B., Rücker, G., Timmer, A., & Stoffers, J. M. (2010). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomized trials. *The British Journal of Psychiatry*, 196(1), 4-12.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford press.
- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2011). Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM V. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 52-68.
- Marriott, M., & Kellett, S. (2009). Evaluating a cognitive analytic therapy service; practice-based outcomes and comparisons with person-centered and cognitive-behavioral therapies. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(1), 57-72. <https://doi.org/10.1348/147608308X336100>.
- McCormick, B., Blum, N., Hansel, R., Franklin, J. A., John, D. S., Pfohl, B., & Black, D. W. (2007). Relationship of sex to symptom severity, psychiatric comorbidity, and health care utilization in 163 subjects with borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 48(5), 406-412. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.005>.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Steiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1365-1374. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010039>
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry*, 53(10), 1082-1091. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*, 158(11), 1783-1793.
- Montgomery-Graham, S. (2016). DBT and schema therapy for borderline personality disorder: Mentalization as a common factor. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(1), 53-60. DOI 10.1007/s10879-015-9309-0
- Neghabi, Z. H., & Rafiee, S. M. (2012). Relationship between mental health and happiness, achievement motivation and academic success of male and female students of Islamshahr Azad University. *Life Science Journal*, 9(4), 4150-4153.
- O'Connell, B., & Dowling, M. (2014). Dialectical behavior therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(6), 518-525. <https://doi.org/10.1111/jpm.12116>
- Oldham, J. M. (2002). Development of the American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 16(2), 109-112.

- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology, 51*(6), 768 -774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768).
- Rawlings, D., Claridge, G., & Freeman, J. L. (2001). Principal components analysis of the schizotypal personality scale (STA) and the borderline personality scale (STB). *Personality and Individual Differences, 31*(3), 409-419. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00146-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00146-X)
- Ryle, A., & Kerr, I. B. (2020). *Introducing cognitive analytic therapy: Principles and practice of a relational approach to mental health*. John Wiley & Sons.book
- Ryle, A., Leighton, T., & Pollock, P. (1997). *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder: The model and the method*. John Wiley & Sons Inc.
- Savitz, J., Lucki, I., & Drevets, W. C. (2009). 5-HT1A receptor function in major depressive disorder. *Progress in neurobiology, 88*(1), 17-31.
- Scott, L. N., Wright, A. G., Beeney, J. E., Lazarus, S. A., Pilkonis, P. A., & Stepp, S. D. (2017). Borderline personality disorder symptoms and aggression: A within-person process model. *Journal of abnormal psychology, 126*(4), 429..
- Shen, C. C., Hu, L. Y., & Hu, Y. H. (2017). Comorbidity study of borderline personality disorder: applying association rule mining to the Taiwan national health insurance research database. *BMC medical informatics and decision making, 17*, 1-10.
- Sinai, C., Hirvikoski, T., Wiklander, M., Nordström, A. L., Nordström, P., Nilsson, Å., ... & Jokinen, J. (2018). Exposure to interpersonal violence and risk of post-traumatic stress disorder among women with borderline personality disorder. *Psychiatry Research, 262*, 311-315..
- Stanley, B., & Siever, L. J. (2010). The interpersonal dimension of borderline personality disorder: toward a neuropeptide model. *American Journal of Psychiatry, 167*(1), 24-39.
- Tzouramanis, P., Adamopoulou, A., Bozikas, V., Voikli, M., Zagora, C., Lombtzianidou, M., et al. (2010). Evaluation of cognitive-analytic therapy (CAT) outcome in patients with panic disorder. *Psychiatrike= Psychiatriki.;21*(4), 87-93.
- Wetterborg, D., (2018). Men with borderline personality disorder and antisocial behavior; clinical characteristics, developmental perspectives, and interventions; Inst för klinisk neurovetenskap/Dept of Clinical Neuroscience. (Thesise).
- Wingenfeld, K., Rullkoetter, N., Mensebach, C., Beblo, T., Mertens, M., Kreisel, S., & Woermann, F., G. (2009). Neural correlates of the individual emotional Stroop in borderline personality disorder. *Psychoneuroendocrinology, 34*(4), 571- 586.
- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Rullkötter, N., & Löwe, B. (2010). Borderline personality disorder: hypothalamus pituitary adrenal axis and findings from neuroimaging studies. *Psychoneuroendocrinology, 35*(1), 154-170.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford press. Translated by Hamidpour, Hassan, and Andouz, Zahra, 2014. Tehran: Arjmand Publications).
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford press.
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders, 11*(1), 93-104.
- Zanarini, M. C., Conkey, L. C., Temes, C. M., & Fitzmaurice, G. M. (2017). Randomized controlled trial of web-based psychoeducation for women with borderline personality disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry, 78*(3), 16065.



## مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال گرایی و توجه معطوف به خود در زوجین نابارور شهر اصفهان

### *Comparing the Effectiveness of Mindfulness and Therapy Based on Acceptance and Commitment on Perfectionism and Self-focused Attention in Infertile Couples in Isfahan city*

**Seyed Mojtaba Aghili** (corresponding Aauthor)  
Assistant Professor of Psychology Department of Payam  
Noor University  
Email: dr\_aghili1398@yahoo.com

**Bahareh Tanzadeh**  
M.A. in Psychology, Payam Noor University, Golestan,  
Iran.

#### Abstract

**Aim:** This research was conducted with the aim of comparing the effectiveness of mindfulness and therapy based on acceptance and commitment on perfectionism and self-focused attention in infertile couples in Isfahan city. **Method:** The research was a semi-experimental type, with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of the research was all infertile couples who referred to the Infertility Center of Isfahan city in the middle of 2021. Among these, 45 couples were selected by available sampling method and replaced by random method in three groups of experiment 1, experiment 2 and control group (15 people in each group). Experiment group one received mindfulness therapy, experiment group two received therapy based on acceptance and commitment for 8 sessions. The control group did not receive any intervention. The research tools were Hill et al.'s perfectionism questionnaire (2004) and Woody et al.'s (1997) focus of attention questionnaire. **Results:** The results showed that mindfulness therapy based on acceptance and commitment is effective on perfectionism and self-focused attention ( $p < 0.05$ ). In other words, both treatments have had a significant effect in reducing perfectionism and self-focused attention. **Conclusion:** According to the results of the research, it can be said that mindfulness and therapy based on acceptance and commitment have had a significant effect in reducing perfectionism and self-focused attention. **Keyword:** mindfulness, therapy based on acceptance and commitment, perfectionism, self-focused attention

سیدمجتبی عقیلی (نویسنده مسئول)

استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور

Email: dr\_aghili1398@yahoo.com

بهاره تن زده

کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران.

چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال گرایی و توجه معطوف به خود در زوجین نابارور شهر اصفهان انجام گرفت. **روش:** پژوهش از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زوجین نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهر اصفهان در نیمه سال ۱۴۰۰ بود. از این میان ۴۵ زوج به روش نمونه گیری در دسترس، انتخاب و با روش تصادفی در سه گروه آزمایش ۱، آزمایش ۲ و گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش یک، درمان ذهن آگاهی، گروه آزمایش دو، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به مدت ۸ جلسه دریافت نمودند. گروه گواه، هیچ مداخله ای دریافت نکردند. ابزار پژوهش پرسشنامه کمال گرایی هیل و همکاران (۲۰۰۴) و پرسشنامه کنون توجه وود و همکاران (۱۹۹۷) بود. **یافته:** نتایج نشان داد که درمان ذهن آگاهی و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال گرایی و توجه معطوف به خود موثر است ( $p < 0.05$ ). به بیان دیگر، هر دو درمان، اثر معنی داری در کاهش کمال گرایی و توجه معطوف به خود داشته اند. **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج پژوهش می توان گفت ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر معنی داری در کاهش کمال گرایی و توجه معطوف به خود داشته اند.

**کلمات:** ذهن آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کمال گرایی، توجه معطوف به خود

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۶

## مقدمه

بارداری<sup>۱</sup> یک دوران حساس در طول زندگی زنان تلقی می‌شود که با تغییرات فیزیکی و روانی بسیاری همراه است (ویویکو، انگرهینی، الویرا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). بارداری خود دوره‌ای پر استرس است و میزان تاثیر پذیری زن باردار نسبت به استرس‌های متفاوت زندگی در این دوره افزایش پیدا می‌کند (سیناپاتی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). وضعیت روانی زنان در دوران بارداری و استرس‌های این دوران می‌تواند به طور مستقیم یا غیرمستقیم، سلامت مادر و جنین را در همان دوره و در سال‌های پس از تولد تحت تاثیر قرار دهد (جعفری، اسدی و اکبری، ۱۳۹۹). از سویی تجربه ناباروری که برخی متخصصان آن را بحران ناباروری<sup>۴</sup> خوانند با استرس‌های فیزیکی، اقتصادی، روانشناختی و اجتماعی همراه است و تمامی جنبه‌های زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد (فرنام، مقصدولو، محمدی، ۱۳۹۸). ناباروری می‌تواند پیامدهای روانشناختی بسیاری به همراه داشته باشد. این که فرد به طور طبیعی و مانند دیگر افراد عادی نمی‌تواند فرایند تولید مثل را دنبال کند و صاحب فرزند شود، خود به عنوان یکی از تلخ‌ترین تجربیات زندگی است (استرآبادی، فخرایی و کرامتی، ۱۳۹۹)؛ که زمینه و شرایط روانی و اجتماعی نیز می‌تواند به اهمیت آن بیفزاید و آن را برای فرد تبدیل به یک بحران روانی کند (اشمیت<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷). زوج‌های نابارور غالباً ناباروری را فشارآورترین حادثه زندگی خود معرفی می‌کنند که می‌تواند باعث از هم گسیختگی خانواده شود (آنتونی و ماندیلباوم<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹). طبق پژوهش‌ها، ناباروری ممکن است سلامتی ذهنی و روانی زوج‌های نابارور را به خطر بیندازد و بر سلامت روانشناختی و توانایی آنها در عملکرد عادی به عنوان یک خانواده تأثیر منفی بگذارد (گیلبرت اولیویا<sup>۷</sup>، ۲۰۲۰).

مطالعات نشان داده‌اند که ناباروری باعث تأثیراتی مانند آشفتگی، انتظارات بیش از حد از خود، سرزنش کردن، واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، نگرانی زیاد توأم با اضطراب، اجتناب از مشکل، باور غیرمنطقی وابستگی، درماندگی برای تغییر و کمال‌گرایی می‌شود (لیچتنبرگ<sup>۸</sup>، ۲۰۱۹). کمال‌گرایی را به عنوان الگوی شناختی انتظارات فرد تعریف می‌شود که ویژگی اصلی آن تدوین اهداف محکم و انعطاف‌ناپذیر برای عملکرد و تنظیم استانداردهای غیرواقعی بالا است (همتی و همکاران، ۱۳۹۸). رویکردهای متفاوت در مورد کمال‌گرایی، آن را سازه‌ای تک‌بعدی معرفی کرده‌اند. هویت و فلت با نظر به کمال‌گرایی در ساختار اجتماعی، سه بعد کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگر محور و کمال‌گرایی جامعه‌محور را متمایز کردند (زارعی و همکاران، ۱۳۹۹). کمال‌گرایی خودمحور با تمایل به وضع معیارهای غیر واق بینانه برای خود و تمرکز بر نقص‌ها و شکست‌ها در عملکرد همراه با خود نظارتگرهای دقیق مشخص می‌شود (محمدی و روشن چسلی، ۱۳۹۹). کمال‌گرایی دگرمحور بیانگر تمایل به داشتن انتظارات افراطی و ارزشیابی انتقادی از

<sup>1</sup> pregnancy

<sup>2</sup> Vivico, Angrahini, Elvira

<sup>3</sup> synapathy

<sup>4</sup> sterility

<sup>5</sup> Schmidt

<sup>6</sup> Anthony and Mandelbaum

<sup>7</sup> Gilbert, Olivia H

<sup>8</sup> Lichtenberg



دیگران است و کمال‌گرایی جامعه‌محور به احساس ضرورت رعایت معیارها و برآورده ساختن انتظارات تجویز شده از سوی افراد مهم به منظور کسب تایید اطلاق می‌شود (هی، جیانگ، کاین، چی و لین<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰).

تحقیقات اخیر نشان داده است که یکی از بحران‌های اساسی در زندگی زنان نابارور اضطراب است و سوگیری توجه معطوف به خود<sup>۲</sup>، نقش مهمی در علت‌شناسی و تداوم اختلالات اضطرابی دارد. پردازش توجه جدید، در مدل اجرایی خودتنظیمی، به عنوان عامل مهمی است که در اختلالات عاطفی دخیل است (هویت، اسمیت، دینگ، چن، کو، فلت و پترسون<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). این مدل یک الگوی ناکارآمد از پردازش شناختی به نام سندرم توجه‌شناختی را شامل می‌شود که شامل توجه غیرقابل‌انعطاف به خود، افکار باقی مانده، (نشخوار فکری و نگرانی)، نظارت بر تهدیدها و رفتارهای مقابله‌ای است که از تایید باورهای منفی جلوگیری می‌کند (هویت و همکاران، ۲۰۲۰). در توجه به معطوف به خود، تأملات مثبت در مورد "اگر نگران باشم بهتر آماده خواهم شد" ایجاب شده؛ اضطراب به عنوان یک استراتژی مقابله‌ای ایجاد می‌شود و به دنبال آن "من بر نگرانی‌های خود کنترلی ندارم" منفی و یک حلقه باطل از خودمحوری به عنوان راهی برای آگاهی از وضعیت شما ایجاد می‌شود (قدم‌پور، محمدخانی، حسنی، ۱۳۹۸). اضطراب نه تنها افزایش می‌یابد بلکه به اضطراب مزمن نیز تبدیل می‌شود. به طور کلی، توجه متمرکز بر خود، آگاهی از اطلاعات خود ارجاع داده شده و تولید شده در درون است که شامل اطلاعاتی درباره حالات بدنی، افکار، خاطرات، باورهای شخصی، نگرش‌ها، احساسات و خلق و خوی است (سعیدفر، ۱۳۹۹). در راستای مداخلاتی مبنی بر کاهش توجه معطوف به خود، لوفتوس<sup>۴</sup> (۲۰۱۹) نشان داد افزایش ذهن آگاهی منجر به افزایش رفتار اخلاقی می‌شود که به واسطه کاهش تمرکز بر خود انجام می‌شود. و ثانیاً، افزایش ذهن آگاهی منجر به افزایش رفاه می‌شود، که هم با افزایش رفتار اخلاقی و هم با کاهش تمرکز بر خود انجام می‌شود. ذهن آگاهی، اولین بار توسط جان کابات زین معرفی شد و به معنای آگاهی کامل و آگاهی از هر آنچه که در حال حاضر در اطراف مردم و همچنین در داخل افراد اتفاق می‌افتد است بدون هیچ قضاوتی و تعصبی در مورد آنچه درست است و چه چیزی اشتباه است (روبرتسون<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷).

به منظور ارتقای سطح توانمندسازی روانشناختی زنان نابارور به جای داروهای پزشکی می‌توان از مداخلات مؤثر روانشناختی بهره برد. یکی از مداخلات روانشناختی که اخیراً توجه زیادی را به خود جلب کرده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۶</sup> است (امیر، قمری و کیانی، ۱۳۹۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تمرکز کمتری بر روی نشانه‌ها داشته و بیشتر تمرکز خود را بر روی افزایش کیفیت زندگی افراد قرار داده است (حسن زاده، اکبری و ابوالقاسمی، ۱۳۹۸). اثرگذاری این شیوه‌درمانی در درمان مشکلات روانشناختی نسبت به سایر درمان‌های موج سوم کارآمدی به

<sup>1</sup> He, Jiang, Qin, Chi, Lin

<sup>2</sup> Self-focused attention

<sup>3</sup> Hewitt, Smith, Deng, Chen, Ko, Flett, & Paterson

<sup>4</sup> Loftus

<sup>5</sup> Robertson

<sup>6</sup>. Acceptance and commitment treatment

نسبت بیشتری دارد تمایز و برتری آن به این خاطر است که از اصول زیربنایی مانند پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آنها و عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل و عمل به عنوان اهداف معنادار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته استفاده می‌نماید (ولی زاده و احمدی، ۱۴۰۰). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش شش فرآیند مرکزی دارد که عبارتند از: پذیرش، گسلش خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (اسفندیاری، اسدپور، و محسن زاده، ۱۴۰۰). مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (هیز، لوما، باند، ماسودا و لیلیز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). از دیگر فرآیندهایی که برای بهبود بخشیدن به زندگی افراد جهت دست یافتن به آرامش و کسب نتایج بهتری از عمر خود استفاده می‌شود؛ ذهن‌آگاهی است که مدتها برای کاستن و یا از بین بردن مشکلات زندگی و ناراحتی‌ها و پریشانی‌های روانشناختی به کار می‌رود (رستمی، جهانگیرلو، سهرابی و احمدیان، ۱۳۹۵). در ذهن‌آگاهی بر مفاهیمی مانند پذیرش، توجه، زمان اکنون و اینجا، ارزش‌ها، ارتباط ذهن و بدن تأکید می‌شود. ذهن‌آگاهی یعنی بودن در لحظه و زمان حال و توجه و تمرکز آگاهانه و غیرقضاوتی و آگاه بودن از رویدادهای در حال رخ دادن (دایننگ، گریفیث، کویکن، کرین، فولکر، پارکر و دالگلیش<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹).

ناباروری از مشکلاتی است که به تدریج و در صورت عدم درمان و رفع آن، منجر به مشکلات روانی بیشتر برای زنان می‌شود و آشفتگی‌های روانشناختی بیشتر را در افراد مبتلا به وجود می‌آورد. امروزه پیشرفت‌های نوین علم پزشکی توانسته است در بسیاری از موارد، در درمان این بیماری موفق شود و امیدواری زنان مبتلا به آن را بیشتر کند، اما مشکلات روانشناختی ممکن است حتی پس از درمان ناباروری نیز کم یا زیاد پابرجا بماند که این فرایند با توجه به اهمیت سلامت زنان نابارور در ابعاد مختلف روانی، هیجانی و اجتماعی، نیازمند توجه بیشتر همزمان با بحث درمان ناباروری است. با عنایت به نقش موثر عواملی مانند توانمندی مدیریت و مهار خویشتن و تعهد برای رسیدن به یک زندگی پویا و پر بار و نگاه غیر قضاوت‌آمیز به رویدادها و حضور در زمان حال بر کیفیت زندگی آدمی و نیز لزوم تمرکز بر کیفیت زندگی و عملکرد و سلامت روان زوجین نابارور به عنوان قشر قابل تاملی از جامعه، این پژوهش به دنبال پاسخدهی به این سوال است که آیا بین اثربخشی ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی و توجه معطوف به خود در زوجین نابارور شهر اصفهان تفاوت معنادار وجود دارد؟

## روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زوجین نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهر اصفهان در نیمه سال ۱۴۰۰ می‌باشد. از این میان ۴۵ زوج به صورت در دسترس به عنوان نمونه گزینش و با روش تصادفی در دو گروه به عنوان گروه آزمایش و یک گروه به

<sup>1</sup>. Hayes, Loma, Band, Masuda and Lilis

<sup>2</sup> Dunning, Griffiths, Kuyken, Crane, Foulkes, Parker, & Dalgleish

عنوان گروه گواه، (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود عبارتند از: رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، حضور هر دونفر زوجین، سن بالای ۲۰ سال، ناباروری نوع اولیه باشد، حداقل تحصیلات دیپلم. ملاک‌های خروج، عدم تمایل به شرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه بود.

### ابزار

**پرسشنامه کمال‌گرایی هیل و همکاران**<sup>۱</sup>: پرسشنامه کمال‌گرایی توسط هیل و همکارانش (۲۰۰۴) طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه شامل ۵۹ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت می‌باشد. این پرسشنامه شش بعد حساسیت بین فردی، تلاش برای عالی بودن، نظم و سازماندهی، ادراک فشار از سوی والدین، هدفمندی، استانداردهای بالا برای دیگران را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه توسط زارعی (۱۳۹۳) اعتباریابی شده و پایایی آلفای کرونباخ ۸۰/۵ به دست آمده است. دیکی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۲)، نیز پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

**پرسشنامه کانون توجه وودی و همکاران**<sup>۳</sup>: پرسشنامه کانون توجه به وسیله وودی، چامبلس و گلاس در سال ۱۹۹۷ ساخته شده و دارای دو زیر مقیاس با پرسش‌های مدرج پنج نمره‌ای است. این پرسشنامه ۱۰ گویه دارد. زیرمقیاس‌های پرسشنامه عبارتند از مقیاس کانون توجه متمرکز بر خود و مقیاس کانون پایه تصور تعامل اجتماعی. هر گویه شامل یک مقیاس ۵ نمره‌ای است که نشان می‌دهد تا چه اندازه کانون توجه آزمودنی با عبارت‌ها هماهنگ است. خیر و همکاران (۱۳۸۷) پایایی پرسشنامه را با آلفای کرونباخ برای مولفه توجه متمرکز بر خود ۰/۷۵٪ و برای کانون توجه بیرونی ۰/۸۶٪ بدست آورد. وودی و همکاران (۱۹۹۷) روایی سازه این مقیاس را تایید نمودند. پایایی آن را نیز بویراز و کهل<sup>۴</sup> (۲۰۱۵) ۰/۸۲ از طریق آلفای کرونباخ بدست آوردند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

### روش اجرا

با کسب معرفی نامه از واحد پژوهش دانشگاه پیام‌نور به مرکز ناباروری اصفهان مراجعه شد و با هماهنگی مسئولین مربوطه و همکاری مددکار مرکز ناباروری، برای زوجین نابارور مراجعه کننده جلسه‌ای توجیهی برگزار شد و اهداف پژوهش بیان شد. سپس از بین زوجینی که تمایل به همکاری در پژوهش داشتند ۴۵ نفر به صورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شد و با روش تصادفی در سه گروه آزمایش ۱، آزمایش ۲ و گروه گواه جایدهی شدند.

<sup>۱</sup> Hill et al.'s perfectionism questionnaire

<sup>۲</sup> Dickie

<sup>۳</sup> Focus of attention questionnaire Woody, Chambless, Glass

<sup>۴</sup> Boyraz & Kuhl

شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های کمال‌گرایی و توجه معطوف به خود به عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایش ۱ تحت درمان ذهن‌آگاهی و گروه آزمایش ۲ تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند اما گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را چه به صورت مستقیم و چه به صورت غیرمستقیم (مطالعه کتاب، تماشای تلوزیون، گوش دادن رادیو) در گستره‌های ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت نکردند و فقط برنامه‌های آموزشی معمولی خود را طی کردند. گروه‌های آزمایش، جلسات درمانی را در قالب ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در طول یک ماه (۲ جلسه در هفته) دریافت کردند. در پایان جلسات از هر سه گروه پس‌آزمون به عمل آمد، داده‌های حاصل از پژوهش با تحلیل کوواریانس تک متغیره و استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سرفصل‌های جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از پروتکل درمانی هیز و همکاران (۲۰۰۷)، در جدول ۱، ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوی
اول	برقراری رابطه درمانی، بستن قرارداد درمانی، آموزش روانی
دوم	بحث درباره تجربیات و ارزیابی آن‌ها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه
سوم	بیان کنترل به‌عنوان مشکل، معرفی تمایل به‌عنوان پاسخی دیگر، درگیرشدن با اعمال هدفمند
چهارم	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زیان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف
پنجم	مشاهده خود به‌عنوان زمینه، تضعیف خودمفهومی و بیان خود به‌عنوان مشاهده‌گر، نشان‌دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار
ششم	کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به‌عنوان فرایند.
هفتم	معرفی ارزش، نشان‌دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها

جلسات ذهن‌آگاهی در پژوهش حاضر از برنامه مداخله ذهن‌آگاهی کابات\_زین (۲۰۱۰) اقتباس شده است که محتوای جلسات به شرح ذیل می‌باشد.

جدول ۲: خلاصه جلسات گروهی درمان ذهن‌آگاهی

جلسه	محتوا
اول	معرفی و آشنایی و تبیین مفهوم هدایت خودکار: معرفی برنامه و شرح مختصری از ۸ جلسه، توضیح پیرامون هدایت خودکار و مراقبه خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مراقبه واریسی بدن و تنفس آگاهانه.
دوم	رویاریویی با موانع: موانع تمرین و راه‌حل‌های برنامه ذهن‌آگاهی برای آن و تمرین مراقبه ذهن‌آگاهی تنفس، بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات.
سوم	آگاهی از تنفس یا تنفس آگاهانه: تمرین دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی.
چهارم	ماندن در زمان حال: مراقبه نشسته همراه با توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار (که مراقبه نشسته چهاربعدی نیز نامیده می‌شود).
پنجم	اجازه / مجوز حضور (پذیرش افکار و احساسات): تبیین مفهوم پذیرش، انجام مراقبه نشسته (آگاهی و حضور ذهن از تنفس، صداها، افکار و احساسات)، ارائه و اجرای حرکات یوگا.
ششم	افکار حقایق نیستند: تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی، ارائه‌ی تمرینی با عنوان «خلق فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه» با این مضمون: محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستن، استفاده از شعر و استعاره و ارتباط آن با کیفیت ذهن‌آگاهی.
هفتم	مراقبه نشسته و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به‌هشیاری وارد می‌شود. تهیه لیستی از رویدادهای خوشایند و ناخوشایند زندگی، تجربه آگاهی و پذیرش بدون قضاوت (غیرانتخابی).

هشتم پذیرش و تغییر (استفاده از آنچه تاکنون یاد گرفته‌اید). روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مراقبه، گرفتن بازخورد از شرکت‌کنندگان و اخذ پس‌آزمون.

### یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که در گروه آزمایش درمان ذهن آگاهی ۶۷/۷ درصد شرکت‌کنندگان تحصیلات دیپلم و کمتر، در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۵۳/۳ درصد شرکت‌کنندگان تحصیلات فوق‌دیپلم و لیسانس و در گروه گواه ۶۷/۷ درصد شرکت‌کنندگان تحصیلات دیپلم و کمتر است. در گروه آزمایش درمان ذهن آگاهی ۵۳/۳ درصد شرکت‌کنندگان سن کمتر از ۲۵ سال، در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۶۰ درصد شرکت‌کنندگان سن کمتر از ۲۵ سال و در گروه گواه ۵۳/۳ درصد شرکت‌کنندگان سن ۲۶ تا ۳۰ دارند. در گروه آزمایش درمان ذهن آگاهی ۵۳/۳ درصد شرکت‌کنندگان مدت ازدواج ۵ سال و کمتر، در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۶۷/۷ درصد شرکت‌کنندگان مدت ازدواج ۶ تا ۱۰ سال و در گروه گواه ۵۳/۳ درصد شرکت‌کنندگان مدت ازدواج ۶ تا ۱۰ سال دارند.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات کمال‌گرایی، توجه معطف به خود زوجین نابارور در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون

شاخص‌های آماری مقیاس	آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)		آزمایش (درمان ذهن آگاهی)		نوع آزمون	میانگین	انحراف معیار
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
کمال‌گرایی	۱۹۲/۵۳	۱۲/۰۱	۱۹۲/۶۰	۱۰/۳۸	پیش‌آزمون	۱۹۳/۳۳	۱۲/۴۷
	۱۹۳/۸۰	۱۱۵/۵۳	۱۶۹/۶۰	۱۴/۴۹	پس‌آزمون	۱۶۷/۹۳	۱۲/۶۸
توجه معطف به خود	۱۷/۳۳	۷/۵۲	۱۷/۲۰	۳/۶۲	پیش‌آزمون	۱۶/۸۶	۴/۳۶
	۱۶/۸۳	۶/۱۰	۱۴/۶۶	۳/۶۸	پس‌آزمون	۱۱/۸۰	۳/۹۹

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین نمرات توجه معطف به خود و کمال‌گرایی زوجین نابارور در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایش کاهش یافته است. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نمرات کمال‌گرایی، توجه معطف به خود زوجین نابارور نشان داد که نمرات کمال‌گرایی، توجه معطف به خود در سطح  $p > 0/05$  معنی‌دار نیست. بنابراین داده‌های از توزیع نرمال برخوردار هستند. به منظور استفاده از آزمون‌های پارامتریک برای بررسی تساوی واریانس نمرات کمال‌گرایی، توجه معطف به خود زوجین نابارور از آزمون لوین استفاده شد که نتایج در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴: آزمون لوین در مورد همسانی واریانس نمرات کمال‌گرایی، توجه معطف به خود زوجین نابارور

مؤلفه‌ها	نسبت F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
کمال‌گرایی	۱/۴۹۶	۱	۴۲	۰/۲۷۴
توجه معطف به خود	۱/۰۷۶	۱	۴۲	۰/۳۵۰

نتایج جدول ۴ آزمون لوین تساوی واریانس‌های نمرات کمال‌گرایی، توجه معطف به خود زوجین نابارور را نشان می‌دهد. نتایج حاکی از آن است که برای نمرات کمال‌گرایی، توجه معطف به خود زوجین نابارور تساوی واریانس‌ها برقرار است. همچنین نتایج آزمون **Box M** نشان داد که ماتریس‌های کواریانس مشاهده شده برای متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مختلف برابرند. چون مقدار **F** در سطح خطای داده شده (۰/۵۸۴) معنی‌دار نیست، بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که پیش‌فرض تساوی کواریانس‌های نمرات متغیرهای وابسته برقرار می‌باشد.

جدول ۵: نتایج اثر پیلاهی تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) تفاوت دو گروه آزمایش و گواه کمال‌گرایی و توجه معطف به خود در مراحل پس آزمون

منبع	ارزش	F	سطح معنی‌داری	مقدار اتا	توان آماری
گروه	۰/۷۱۷	۱۱/۱۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۵۸	۱/۰۰۰

نتایج جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) تفاوت دو گروه آزمایش و گواه در نمرات کمال‌گرایی و توجه معطف به خود در مرحله پس آزمون زوجین نابارور شهر اصفهان را نشان می‌دهد. بر اساس داده‌های جدول بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیر کمال‌گرایی و توجه معطف به خود در مرحله پس آزمون زوجین نابارور در سطح  $p < ۰/۰۱$  تفاوت معناداری وجود دارد و مقدار اتا ۰/۳۵۸ است. یعنی ۱۷/۴ درصد تفاوت دو گروه را نمرات کمال‌گرایی و توجه معطف به خود در مرحله پس آزمون زوجین نابارور شهر اصفهان تبیین می‌کند. همچنین توان آزمون ۱ است و نشان دهنده کفایت حجم نمونه است.

جدول ۶: تحلیل کواریانس نمرات کمال‌گرایی و توجه معطف به خود در مرحله پس آزمون در سه گروه آزمایش و گواه

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معنی‌داری	مقدار اتا	توان آماری
پیش آزمون	کمال‌گرایی	۴۱۱۱/۰۰۴	۱	۴۱۱۱/۰۰۴	۴۸/۱۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۴۶	۱/۰۰۰
	توجه معطف به خود	۱۴۵/۲۷۲	۱	۱۴۵/۲۷۲	۷/۴۴۱	۰/۰۰۹	۰/۱۵۷	۰/۷۵۹
گروه	کمال‌گرایی	۶۵۳۲/۲۹۷	۲	۳۲۶۶/۱۴۸	۳۸/۲۸۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵۷	۱/۰۰۰
	توجه معطف به خود	۱۷۷/۳۰۸	۲	۸۸/۶۵۴	۴/۵۴۱	۰/۰۱۷	۰/۱۸۵	۰/۷۴۱
خطا	کمال‌گرایی	۳۴۱۲/۵۷۰	۴۰	۸۵/۳۱۴				
	توجه معطف به خود	۷۸۰/۹۰۹	۴۰	۱۹/۵۲۳				
کل	کمال‌گرایی	۱۴۲۶۴۷۸	۴۵					
	توجه معطف به خود	۶۱۳۹۹	۴۵					

همان‌طور که نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد بین گروه‌ها در نمرات کمال‌گرایی و توجه معطف به خود در مرحله پس آزمون زوجین نابارور در مرحله پس آزمون در سطح  $P < ۰/۰۵$  تفاوت معنی‌دار وجود دارد. تفاوت بین نمرات کمال‌گرایی و توجه معطف به خود در مرحله پس آزمون زوجین نابارور شهر اصفهان در گروه آزمایش و گواه در مرحله پس آزمون تفاوت معنی‌دار است.

جدول ۷: مقایسه زوجی نمرات کمال‌گرایی و توجه معطوف به خود گروه‌های آزمایش ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون

متغیر	آزمون	آزمون	تفاوت میانگین	معناداری
کمال‌گرایی	درمان ذهن آگاهی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۲/۴۰۱	۰/۴۸۱
توجه معطوف به خود	درمان ذهن آگاهی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲/۸۲۰	۰/۰۸۸

همان‌طور که جدول ۷ نشان می‌دهد نمرات کمال‌گرایی و توجه معطوف به خود در گروه‌های آزمایش ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنی‌داری ندارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی و درمان پذیرش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی و توجه معطوف به خود در زوجین نابارور شهر اصفهان بود. نتایج نشان داد، ذهن آگاهی و درمان پذیرش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی و توجه معطوف به خود در زوجین نابارور اثربخش است. این یافته با نتایج پژوهش‌های نظری و همکاران (۱۴۰۰)، سعادتخواه و همکاران (۱۳۹۹)، احمدی و همکاران (۱۳۹۸)، اونگ و همکاران (۲۰۲۱)، آپولینارو و همکاران (۲۰۲۰)، سئوآرت و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود.

در تبیین نتایج می‌توان گفت که ذهن آگاهی کمک می‌کند فرد بتواند به جای آنکه افکار و احساس‌های منفی را بخشی از خویشتن خود بداند، آنها را به عنوان وقایعی تجربه کند که در حال گذر از پرده ذهن هستند. ذهن آگاهی می‌تواند به عنوان تمرکز، گشودگی، حالت عدم قضاوت، توجه و آگاهی مفهوم‌ساز شود. بر این اساس ذهن آگاهی مهارتی است که به زوجین نابارور اجازه می‌دهد که در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت‌کننده‌اند، دریافت کنند. این فرایند باعث می‌شود تا آنها از هم‌درآمیزی با افکار کمال‌گرایانه خود جدا شده و آنها را تنها به عنوان یک فکر صادر شده از سیستم شناختی خود در نظر بگیرند نه واقعیت. همچنین وقتی اشخاص نسبت به زمان حال آگاه می‌شوند، دیگر توجه خود را روی گذشته یا آینده معطوف نکرده که این امر باعث کاهش کمال‌گرایی در آنها می‌شود (دانینگ و همکاران، ۲۰۱۹). درمان ذهن آگاهی در این مطالعه به زوجین نابارور کمک کرد تا در مسئولیت‌ها و چالش‌های روزمره زندگی، شایستگی و کارآمدی بیشتری داشته باشند و مهارت‌های افراد را در مدیریت استرس، حل مسئله و تصمیم‌گیری، حل تعارض، خود‌مدیریتی، رهبری، و مسئولیت‌پذیری افزایش یافت. پیامد به کارگیری آموزش ذهن آگاهی، کسب مهارت‌هایی است که اساساً بر کارکردهای آموزشی، شغلی و اجتماعی افراد تأثیر می‌گذارد و نقشی کلیدی در پیشرفت تحصیلی و موفقیت در زندگی دارد و به طور کلی به جای تعلل، کمال‌گرایی و اجتناب از مشکلات با آن رو در رو گردند. ذهن آگاهی به مطالعه محرک‌ها، شناخت‌ها و عواطف زیربنایی توجه دارد و موضوعات نهفته زندگی را در معرض آگاهی قرار می‌دهد. هنگامی که ذهن در عمل مشاهده می‌شود، افکار و احساسات خود به خود ناپدید می‌شوند. با کمک تکنیک‌های ذهن آگاهی، افراد مشاهده بدون قضاوت و انتقاد را همراه با شفقت برای خود و

دیگران می‌آموزند. آنها یاد می‌گیرند که الگوی افکار منفی را با مشاهده افکار و احساسات استرس‌زا و غمگین قبل از اینکه به یک چرخه معیوب کشیده شوند، شناسایی کنند (نظری و همکاران، ۱۴۰۰). از سویی درمان ذهن‌آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال افراد می‌شود و از اصول تقویت شرطی سود می‌برد. بدین ترتیب که افراد برای رفتن به گام بعدی تلاش می‌کنند تا خود را در گامی بالاتر ببینند و این تمایل به طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله فرد می‌شود و در عین آرامش و آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می‌دهد. همچنین، می‌توان گفت چون ذهن آگاهی باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌گونه که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند. بنابراین، می‌تواند در تعدیل نمرات توجه معطوف به خود نقش مهمی داشته باشد (لوفتوس، ۲۰۱۹).

در درمان پذیرش و تعهد از فرآیندهای پذیرش و ذهن آگاهی و فرآیندهای تعهد و تغییر رفتار برای ایجاد انعطاف‌روانی استفاده می‌شود. این رویکرد درمانی به زوجین کمک می‌کند تا به جای تلاش برای کنترل یا اجتناب از آنها، برای افزایش تماس با زمان حال و پذیرش افکار، احساسات و احساسات مرتبط با آزمون (مثلاً افکار کمال‌گرا، افکار منفی و ارزیابی‌های بدبینانه از آزمون) تلاش کنند؛ به عبارت دیگر، آنها یاد می‌گیرند که از هرگونه تلاش غیرضروری برای تغییر شکل یا تکرار تجارب درونی ناخواسته مانند افکار، خاطرات، عواطف و احساسات بدنی دست بکشند. همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آن‌ها کمک می‌کند تا از طریق تکنیک‌هایی مانند نارسایی شناختی، تعامل یا ارتباط با افکار، احساسات و عواطف بدنی را در لحظه حال به روش‌های انعطاف‌پذیر و همچنین بدون ایجاد مجموعه‌ای از قوانین سفت و سخت جدید بیاموزند (ولی زاده و همکاران، ۱۴۰۰). از آنجایی که هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد بوده است و توجه به این نکته که عدم انعطاف و پریشانی روان‌شناختی ناشی از آن، پیامد اصلی کمال‌گرایی به شمار می‌رود، بنابراین می‌توان استنباط کرد که کل برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در راستای هدف غایی‌اش که همانا افزایش انعطاف‌پذیری است گام بر می‌دارد (حسن زاده و همکاران، ۱۳۹۸).

علاوه بر این زوجین، رهایی از افکار، احساسات و رفتارها را تمرین می‌کنند و خود را از مشکلات خود منزوی می‌یابند. در نهایت، درمانگران به آنها کمک می‌کنند تا ارزش‌های خود را شناسایی کرده و رفتارهایی را که در خدمت آن ارزش‌ها هستند، تمرین کنند. به عبارت دیگر، آنها متعهد می‌شوند که به گونه‌ای عمل کنند که با ارزش‌های انتخابی آنها همخوانی داشته باشد یا مطابق با آنها باشد. به طور کلی، تمام اصول و فرآیندهای درگیر در این درمان منجر به کاهش تلاش برای اجتناب از افکار و موقعیت‌های اضطراب‌آور و ناخوشایند، کاهش الگوهای توجه مشکل‌زا به حل مسئله برای کاهش خطاهای شناختی مانند نشخوار فکری می‌شود (احمدی و همکاران، ۱۳۹۸). به عبارتی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، منابع توجهی با ارزش را از سوگیری‌ها خالی کرده، و در نتیجه مانع از درگیری مکرر در فرایند نگرانی می‌شود. بدین ترتیب نیرومندی پاسخ‌های عادت‌یافته؛ آگاهی فرد از فعالیت‌ها افزایش می‌یابد و کنترل بر فرایندهای ذهنی حاصل می‌شود. این کنترل افزایش یافته در سیستم شناختی-توجهی به فرد اجازه می‌دهد تا محرک



تهدید کننده را با عینیت بیشتر و بدون تحریک تمرکز بر خود و نگرانی پردازش کند و این چرخه منجر به تعدیل نمرات توجه معطوف به خود می شود (روبرتسون، ۲۰۱۷).

این پژوهش در شهر اصفهان انجام شد و در تعمیم نتایج آن به شهرهای دیگر باید دقت شود. همچنین به دلیل محدودیت زمانی، امکان انجام دوره پیگیری وجود نداشت. در این راستا پیشنهاد می شود این پژوهش در شهرها و فرهنگ‌های دیگر نیز انجام شود. پیشنهاد می شود در پژوهش‌های آینده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با رویکردهای درمانی دیگر موج سوم مقایسه شود. در سطح کاربردی، با توجه به یافته‌های بحث شده درباره اثربخشی هر دو درمان بر کمال‌گرایی و توجه معطوف به خود، پیشنهاد می شود زمینه و بستر اجرای این دوره‌های آموزشی در مراکز درمان ناباروری فراهم شود. همچنین، پیشنهاد می شود برای پایداری اثربخشی این آموزش‌ها، تدابیری در راستای ادامه انجام تمرینات آموزش داده شده پس از مرحله پس‌آزمون، اندیشیده و استفاده شود.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از کلیه مشارکت‌کننده در این مطالعه قدردانی می‌کنند.

### منابع

- استرآبادی، مریم؛ امیرفخرایی، آزیتا؛ کرامتی، کرامت؛ سماوی، عبدالوهاب. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس نابوری و افسردگی زوجین نابارور. *پژوهش‌نامه زنان*، ۱۱(۳۱)، ۱۸-۱.
- احمدی، اکرم؛ قائمی، فاطمه؛ فرخی، نورعلی. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی مردان مبتلا به سرطان اصفهان. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸(۸۳)، ۲۱۹۲-۲۱۸۵.
- امیر، سید محمد بصیر؛ قمری، حسین؛ کیانی چلمردی، احمدرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعلق‌پذیری خشی و ادراک سربار بودن افراد معتاد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۳(۵۳)، ۲۶۸-۲۵۳.
- اسفندیاری بیات، داریوش؛ اسدپور، اسماعیل؛ محسن زاده، فرشاد؛ کسای، عبدالرحیم. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد عقلانی - هیجانی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان بخشودگی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۲۰(۹۷)، ۱۴۸-۱۳۹.
- رستمی، چنگیز؛ جهانگیر لو، اکرم؛ احمدیان، حمزه؛ سهرابی، احمد. (۲۰۱۶). نقش انعطاف‌پذیری شناختی و ذهن آگاهی در پیش‌بینی اهمال کاری دانشجویان. *مجله علوم پزشکی زنانکو*، ۱۷(۵۳)، ۶۱-۵۰.
- زارعی، سحر؛ غرایق زندی، حسن؛ بشارت، محمدعلی؛ حومنیان شریف آبادی، داود؛ باقرزاده، فضل‌الله. (۱۳۹۹). مدل یابی کیفیت رابطه مربی ورزشکار بر اساس کمال‌گرایی مریبان: نقش واسطه‌ای بخشش و رفتار کنترل‌لی. *مطالعات روانشناسی ورزشی*، ۹(۳۴)، ۳۳۰-۳۰۵.
- جعفری شالکوهی، عطیه؛ اسدی مجره، سامره؛ اکبری، بهمن. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر تاب‌آوری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان زنان باردار. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۱(۲)، ۵۳-۴۳.
- سعیدفر، پروانه. (۱۳۹۹). پیش‌بینی الگوی ارتباطی خانواده بر اساس کمال‌گرایی و تنظیم هیجانی زوجین، دومین کنگره تازه یافته‌ها در حوزه خانواده، بهداشت روان، اختلالات، پیشگیری و آموزش، تهران.

- فرنام، علی؛ مقصدولو، فاطمه؛ محمدی، رویا. (۱۳۹۸). مقایسه کیفیت زندگی و بهزیستی اجتماعی در زنان نابارور تحت درمان لقاح آزمایشگاهی و زنان بارور. *نشریه علمی روانشناسی اجتماعی*، ۶(۵۰)، ۱-۱۰.
- محمدی، علیرضا؛ روشن چسلی، رسول. (۱۳۹۹). ارتباط کمال‌گرایی و نشانه‌های اضطراب اجتماعی با میانجی‌گری شفقت‌به‌خود در دانشجویان دانشگاه شاهد. *دوفصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری*، ۸(۱۵)، ۱۸۱-۱۶۱.
- نظری، گلستان؛ امیری، حسن؛ افشاری‌نیا، کریم؛ کاکابرابی، کیوان. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترس از ارزیابی منفی و اضطراب در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در شهر ایلام. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۹(۲): ۹۵-۱۰۶.
- ولی‌زاده، حدیث؛ احمدی، وحید. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و اضطراب مرگ سالمندان. *مجله روانشناسی پیری*، ۷(۲)، ۱۶۶-۱۵۳.
- همتی‌کلورزی، ژیلا؛ حسین‌پور، کمال؛ ارفع، فاطمه. (۱۳۹۸). *رابطه کمال‌گرایی و اشتیاق تحصیلی دانش‌آموزان دوره اول متوسطه نظری سنگر*. پنجمین همایش ملی روان‌شناسی مدرسه.
- Antoine, J., & Mandelbaum, J. (2019). Initial evaluation of the infertile couple. *Encyclopedia of Endocrine Diseases*, 2(1): 490-497.
- Apolinário-Hagen J., Drüge M., & Fritsche L. (2020) Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Acceptance Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Integrating Traditional with Digital Treatment Approaches. In: Kim YK. (eds) Anxiety Disorders. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 119(1): 187-195.
- Dunning, D. L., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J., & Dalgleish, T. (2019). Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents—a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(3): 244-258.
- Dickie, L., Surgenor, L. J., Wilson, M., & McDowall, J. (2012). The structure and reliability of the Clinical Perfectionism Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 52(8): 865-869.
- Gilbert, Olivia H. (2020). *The Path to Pregnancy: Fertility Services and Assisted Reproductive Technologies*. Scripps Senior Theses. 1517.
- He, T. Su, J. Jiang, Y. Qin, S. Chi, P. & Lin, X. (2020). Parenting Stress and Depressive Symptoms Among Chinese Parents of Children with and Without Oppositional Defiant Disorder: A Three-Wave Longitudinal Study. *Child Psychiatry & Human Development*, 16(3): 1-13.
- Hayes, S. (2013). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35(4): 639-665.
- Hayes, C., Luoma, B., Bond, W., Masuda, A., & Lillis, J. (2016). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1): 1-25.
- Hewitt, P. L., Smith, M. M., Deng, X., Chen, C., Ko, A., Flett, G. L., & Paterson, R. J. (2020). The perniciousness of perfectionism in group therapy for depression: A test of the perfectionism social disconnection model. *Psychotherapy*, 57(2): 206-218.
- Loftus, E. (2019). *The Ethical and Emotional Benefits of Reducing Self-Focus Through Mindfulness*. Scripps Senior Theses. 1247.
- Lichtenberg, J. (2019). Psychological illness, and subscription to Ellis's irrational beliefs. *Journal Counseling Development*, 71(2): 157-163.
- Ong, C. W., Lee, E. B., Krafft, J., Terry, C. L., Barrett, T. S., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2019). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22(1): 100-114.
- Robertson, L. (2017). *A Meditation on Meditation: Exploring Perceptions of Mindfulness and Meditation in the Claremont Community*. Scripps Senior Theses. 1062.

- Senapati, S. (2018). Infertility: a marker of future health risk in women. *Fertility and Sterility*, 110(5): 783-789.
- Schmidt, L. (2017). Infertility and assisted reproduction in Denmark. *Dan Med Bull*, 53(4): 390- 417.
- Sewart, A. R., Niles, A. N., Burklund, L. J., Saxbe, D. E., Lieberman, M. D., & Craske, M. G. (2019). Examining Positive and Negative Affect as Outcomes and Moderators of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy for Social Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, 50(6): 1112–1124.
- Wiweko, B., Anggraheni, U., Elvira, S. D., & Lubis, H. P. (2017). Distribution of stress level among infertility patients. *Middle East Fertility Society Journal*, 22(2): 145-148.

## اثربخشی طرحواره درمانی بر وابستگی بین فردی و نارسایی هیجانی در زنان با اختلال شخصیت وابسته *The effectiveness of schema therapy on interpersonal dependency and alexithymia in women with dependent personality*

Mitra Karimae (corresponding Aauthor)

Ph.D Student. Department Of Psychology and Counseling, Khomain Branch, Islamic Azad University, Khomain, Iran.

Email: karimae96@gmail.com

Dr. Seyed Ali Aleyasin

Assistant Professor, Department Psychology, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran

### Abstract

**Aim:** The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of schema therapy on interpersonal dependence and emotional inadequacy of women with dependent personality. **Method:** The present study was a semi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up phase. The statistical population of the study included women suffering from dependent personality disorder who referred to psychological and counseling centers in the 2nd district of Tehran, who were randomly assigned to two experimental and control groups (15 people in each group). The experimental group received schema therapy intervention during 8 sessions of 70 minutes. Structured Clinical Interview (SCI), Toronto Emotional Dysfunction Scale (TAS-20), Revised Dependent Personality Disorder Questionnaires (DPI-R) and Interpersonal Dependency Questionnaire (IDI) were used to collect data. And the data obtained from the research was analyzed by the method of mixed variance analysis with repeated measurements. **Results:** The results showed that schema therapy has a significant effect on reducing personal dependence and emotional failure of people with dependent personality disorder ( $P < 0.01$ ). **Conclusion:** Based on the findings of the present research, it can be concluded that schema therapy using techniques such as teaching coping style and communicating between current problems and schemas and prioritizing and specifying the most problematic behavior and providing appropriate methods to improve the dependence between Individual and reduction of emotional failure in women with dependent personality disorder should be used

**Keywords:** Interpersonal dependency; Alexithymia; Dependent personality disorder; Schema therapy.

میترا کریمایی (نویسنده مسئول)

دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

Email: karimae96@gmail.com

سیدعلی آل یاسین

استادیار روان شناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران.

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر وابستگی بین فردی و نارسایی هیجانی زنان دارای شخصیت وابسته انجام گرفت. **روش:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مبتلا به اختلال شخصیت وابسته مراجعه کننده به مراکز روان شناسی و مشاوره منطقه ۲ تهران بودند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند (در هر گروه ۱۵ نفر). گروه آزمایش مداخله طرحواره درمانی را در طی ۸ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. جهت جمع آوری اطلاعات از مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCI)، مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو (TAS-۲۰) و پرسشنامه های تجدیدنظر شده اختلال شخصیت وابسته (DPI-R) و پرسشنامه وابستگی بین فردی (IDI) استفاده شد و داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش وابستگی فردی و نارسایی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته اثربخشی معناداری دارد ( $P < 0.01$ ). **نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که طرحواره درمانی با استفاده از تکنیک‌هایی مانند آموزش سبک مقابله‌ای و برقراری ارتباط بین مشکلات فعلی و طرحواره‌ها و اولویت‌بندی و مشخص کردن مشکل‌سازترین رفتار و ارائه شیوه‌های مناسب جهت بهبود وابستگی بین فردی و کاهش نارسایی هیجانی در زنان با اختلال شخصیت وابسته مورد استفاده قرار بگیرد.

**کلمات کلیدی:** اختلال شخصیت وابسته، طرحواره درمانی، نارسایی هیجانی، وابستگی بین فردی.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۰۶

مقدمه

اختلالات شخصیت از مهمترین مشکلات اجتماعی و پزشکی بوده و متخصصان بهداشت روان به این اختلالات توجه زیادی دارند (کاپلان و سادوک ۲۰۱۵، ترجمه فرزین رضاعی ۱۳۹۷). اختلال شخصیت وابسته اولین بار در نسخه سوم کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-III<sup>۳</sup> به عنوان طبقه تشخیصی مجزا مطرح شد (انجمن روانپزشکی آمریکا ۱۹۸۰) و در DSM-V این گونه تعریف می‌شود که اختلال مزمن است با نیاز فراگیر و بیش از حد به مراقبت شدن. این الگوی دیرپا در نهایت به رفتارهای سلطه‌پذیری، متکی بودن و ترس از جدایی منجر می‌گردد و از اوایل بزرگسالی شروع شده و در زمینه‌های گوناگون به چشم می‌آید (انجمن روانپزشکی آمریکا ۲۰۱۳). اختلال شخصیت وابسته به شکل همزمان و همبسته عامل خطر انواع متفاوتی از مشکلات روانشناختی است (مورگان و کلارک ۲۰۱۷) و با تعدادی از رفتارهای مشکل‌زای بالینی از جمله اضطراب، افسردگی، ترس از ارزیابی منفی و اختلالات روان ارتباط دارد.

یکی از مشکلاتی که افراد با اختلال شخصیت وابسته دارند وابستگی بین فردی می‌باشد. وابستگی بین فردی مجموعه‌ای از نشانه‌های شخصیتی است که با تمایل به وابستگی یا اعتماد مفرط به دیگران برای کسب مراقبت، حمایت، راهنمایی و هدایت تعریف می‌شود (مک کلیتون و اندرسون ۲۰۱۵). فرد وابسته به دیگران تکیه می‌کند و از توانایی فکر و اندیشه خود استفاده نمی‌کند و بدون فکر از تمامی امور زندگی از دیگران تقلید و فرمانبرداری می‌کند (مظاهری نژاد فرد، حسین ثابت و برجعلی ۱۳۹۸). وابستگی در کل به عنوان تکیه افراطی در روابط بین فردی و شامل درگیری ذهنی با روابط بین فردی و نگرانی درباره اطمینان و عشق است.

در همین راستا نتایج تحقیقات مختلف نشان داده است که وابستگی با عزت نفس پایین، ترس از ارزیابی منفی، مشکل در ابراز خود و خجالت همبسته بوده و سطوح شدید وابستگی بین فردی نقشی مهمی در سبب‌شناسی بسیاری مشکلات روانشناختی بازی می‌کند. از سوی دیگر وابستگی خطر ابتلا به افسردگی، فوبیا، اختلال سوء مصرف مواد مخدر و اختلالات خوردن را افزایش می‌دهد. علاوه بر آن سطوح بالاتر وابستگی می‌تواند نقشی در بروز مشکلات جسمانی مانند زخم معده، تصلب شرایین و آلرژی‌ها داشته باشد (شهامت ۱۳۸۹). اگر وابستگی بین فردی را یک مشکل بین فردی در نظر بگیریم نتایج پژوهش (بومبر و مک‌هاین ۲۰۱۲) نشان دادند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه موجب افزایش مشکلات بین فردی می‌شود. (۱۴۰۱). همچنین پژوهش (رضایی نسب، عباسی، نظیری وبرزگر، ۱۳۹۲)

<sup>2</sup> Kaplan & Sadock

<sup>3</sup> Diagnostic and statistical of mental disorder: DSM

<sup>4</sup> American Psychiatric Association

<sup>5</sup> Morgan & Clorck

<sup>6</sup> Mac kilinton & Anderson

<sup>7</sup> Bomber & Machain

نشان داد که زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه دارای طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی و وابستگی هستند که این طرحواره‌ها در افراد با اختلال شخصیت وابسته وجود دارد. همچنین در پژوهش (ناصری، سهرابی، برجعلیوفلسفی نژاد، ۱۳۹۴) با عنوان "کارآمدی طرحواره درمانی دو وجهی در کاهش شدت وابستگی" نشان داده شد که طرحواره درمانی در کاهش شدت وابستگی بین فردی نقش موثری دارد.

مشکل مهم دیگری که افراد وابسته با آن روبرو هستند نارسایی هیجانی است. نارسایی هیجانی علاوه بر اختلال شخصیت اجتنابی در افراد با اختلال شخصیت وابسته به اثبات رسیده است (لوواس و کورمیر ۲۰۰۹، لواس و همکاران ۲۰۱۴، جوس و همکاران ۲۰۱۳ و نیکولو و همکاران ۲۰۱۰).<sup>۸</sup> یافته‌های تحقیق (مطلبی مقدم و بشرپور ۱۳۹۹ به نقل از کلهرنیا ۱۳۹۰) نشان داد که تعدادی از طرحواره‌ها با علائم شخصیت وابسته نیز همبستگی مثبت و معنادار دارد و برخی از طرحواره‌ها می‌توانند علائم اختلال شخصیت وابسته را پیش‌بینی کنند. بین طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی، نقص/شرم، وابستگی/بی‌کفایتی، اطاعت، خود تحول نیافته/گرفتار و نمرات علائم اختلال شخصیت وابسته همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد.

همچنین در یافته‌های پژوهش (پیرانی ۱۳۹۶) با عنوان "اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس ترک شدن و بی‌ثباتی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شهر اراک" نیز نشان داده شده که این افراد با نوشتن نامه به افراد مهم زندگی خویش که در دوران کودکی به آنها آسیب رسانده‌اند توانستند که با شناخت هیجان‌ات و احساسات خود به بیان حقوقشان بپردازند و با متعادل کردن طرحواره‌ها، به‌ویژه طرحواره محرومیت هیجانی، بر نارسایی هیجانی غلبه پیدا کنند. در پژوهش (علیرضایی، فتحی اقدم، قمری و بزازیان ۱۳۹۹) با عنوان "مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان در زنان دارای تعارض زناشویی" نیز مطرح گردیده که دشواری در تنظیم هیجان می‌تواند ناشی از عدم مسئولیت‌پذیری، منبع کنترل بیرونی و ناتوانی در خودارزیابی باشد. از طرفی ناتوانی در تنظیم هیجان می‌تواند در نتیجه اختلال هیجانی و شناختی بروز نماید که سبب کاهش انتخاب رفتارهای موثر و راهبردی مناسب می‌شود که طرحواره درمانی در کاهش آن موثر است. همچنین در پژوهش (قاسم خانلو، عطادخت و صبری ۱۴۰۰) نتایج نشان دادند که طرحواره درمانی هیجانی، بدتنظیمی هیجانی در بیماران مبتلا به افسردگی را کاهش می‌دهد. علاوه بر این در نتایج (ادواردز، میک، موتارلا و واپرم ۲۰۱۷)<sup>۹</sup> نشان داده شد که طرحواره درمانی در افزایش راهبردهای تنظیم هیجانی در بیماران با نارسایی هیجانی نقش موثری دارند.

طرحواره درمانی، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده است و اصول و مبانی مکتب‌های شناختی رفتاری، دلبستگی گشتالت، روابط شی، سازنده‌گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است (سجادی و همکاران ۲۰۱۳). مفهوم کلیدی در طرحواره درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه است (سمپترگوی، کارمن، آرنتز و بکر

<sup>8</sup> Loas & Kormir and Loas & et al. and Jos & et al. and Nicolo & et al.

<sup>9</sup> Edwards, Micek, Mottarella & Wupperman

۲۰۱۳). طرحواره درمانی با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، تجربی، هیجانی و رفتاری افراد را در غلبه بر های مذکور یاری می‌دهد (پاگ ۲۰۱۵).

از آنجا که افراد با اختلال شخصیت وابسته به دلیل عدم برقراری روابط بین فردی صحیح و تعاملات اجتماعی مناسب و عدم ابراز هیجان صحیح هم برای خود و هم برای اطرافیان‌شان در خانواده و در اجتماع مشکلات عدیده‌ای را ایجاد می‌کنند، ضرورت شناسایی طرحواره‌های ناسازگارانه در این افراد و درمان این طرحواره‌ها می‌تواند نقش بسیار موثری در سلامت روان این افراد داشته باشد. هدف اصلی از انجام این پروژه ضرورت حل مشکل چنین افرادی می‌باشد.

#### روش

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه است. جامعه آماری این پژوهش شامل ۳۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته مراجعه کننده به کلینیک‌های روان‌درمانی خصوصی منطقه ۲ شهر تهران می‌باشد. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند استفاده شد؛ به این صورت که افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته مراجعه کننده به کلینیک‌های روان‌درمانی خصوصی منطقه ۲ شهر تهران که در پرسشنامه تجدید نظر شده اختلال شخصیت وابسته هویر و همکاران نمره بالاتر از میانگین کسب نموده و براساس مصاحبه ساختاریافته بالینی، از جانب روانشناس بالینی تشخیص اختلال شخصیت وابسته دریافت کرده‌اند، ۳۰ نفر انتخاب شده و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه درگروه‌های ۱۵ نفره جایگذاری شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از مایل بودن به شرکت در پژوهش، دارا بودن ملاک‌های شخصیت وابسته بر اساس DSM-V<sup>۱۲</sup>، مصاحبه بالینی ساختار یافته (داشتن پنج ملاک یا تعداد بیشتری از هشت ملاک تشخیص (ملاک الف تاح) ویژگیهای اصلی اختلال شخصیت وابسته)، نمره بالاتر از میانگین پرسشنامه تجدید نظر شده اختلال شخصیت وابسته (DPI-R<sup>۱۳</sup> ۲۰۰۴) و پرسشنامه نارسایی هیجانی (TAS-20) و پرسشنامه وابستگی بین فردی (IDI)، سن بالاتر از ۱۸ سال و حداقل تحصیلات دیپلم. ملاک‌های حذفی عبارت بودند از: (۱) غیبت بیش از دو جلسه آموزشی، (۲) بیماران مبتلا به اختلال خلقی و (۳) انجام ندادن تکالیف مشخص شده.

#### ابزار

<sup>10</sup> Sempértégui, Karreman, Arntz, Bekker

<sup>11</sup> Pugh

<sup>12</sup> Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5

<sup>13</sup> Dependent Personality Inventory-Revised (DPI-R)

پرسشنامه تجدید نظر شده اختلال شخصیت وابسته (DPI-R): پرسشنامه شخصیت وابسته در سال ۲۰۰۴ توسط هوبر<sup>۱۴</sup> به منظور ارزیابی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وابسته ساخته شده است. این آزمون در ابتدا دارای ۸۱ عبارت بود که نسخه تجدید نظر شده آن در سال ۲۰۰۷ به ۵۵ عبارت کاهش یافت. در پژوهشی که هوبر در سال ۲۰۰۷ انجام داد، ضریب آلفای کرونباخ کل آزمون ۰/۹۰ و برای همه زیرمقیاس‌ها بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۲ به دست آمد. به منظور بررسی اعتبار، از زیرمقیاس درونگرایی اجتماعی پرسشنامه شخصیتی مینه‌سوتا استفاده شد. ساختار دو عاملی پرسشنامه شخصیت وابسته براساس همبستگی آن با زیرمقیاس درونگرایی اجتماعی پرسشنامه مینه‌سوتا به اثبات رسید و اعتبار سازه این آزمون را تأیید کرد. عامل اول اتکا به دیگران که شامل معیارهای ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی بوده و عامل دوم، نیاز به روابط شامل معیارهای ۶، ۷ و ۸ است (پوره و هوبر ۲۰۰۷<sup>۱۵</sup>). در پژوهش حاضر میزان پایایی و ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۶۶ به دست آمد.

پرسشنامه وابستگی بین فردی هرشفیلد و همکاران ۱۶ (۱۹۷۷): این پرسشنامه در سال ۱۹۷۷ توسط هرشفیلد و همکاران ساخته شده و یکی از پرکاربردترین آزمون‌ها جهت ارزیابی وابستگی است. این ابزار با هدف ارزیابی افکار، رفتار و احساسات مربوط به داشتن رابطه صمیمی با افراد مهم زندگی ساخته شده است. این پرسشنامه بر اساس نظریات روان تحلیل‌گری، یادگیری اجتماعی و دلبستگی که بر نقش وابستگی افراطی در پدید آمدن طیف گسترده‌ای از اختلالات عاطفی و رفتاری تأکید دارند تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۴۸ سؤال است که در یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت بصورت اصلا=۱، کمی=۲، تقریباً=۳ و کاملاً=۴ نمره‌گذاری می‌شود. تحقیقات مربوط به «پرسشنامه، وابستگی به دیگران» روی سه گروه نمونه به عمل آمده است. افراد گروه نمونه در اولین تحقیق را ۸۸ مرد دانشگاهی و ۱۳۲ زن دانشگاهی با میانگین سنی ۲۴ سال تشکیل می‌داد. نمونه دومین تحقیق ۷۶ مرد و ۱۰۴ زن اکثراً سفید پوست از بین بیماران روانی بودند. سومین گروه نمونه تحقیق را ۱۹ مرد و ۴۷ زن (با میانگین سنی ۳۱ سال) از بیماران روانی و ۶۴ مرد و ۵۷ زن (با میانگین سنی ۴۱ سال) تشکیل می‌دادند. دامنه میانگین این گروه‌ها در «پرسشنامه وابستگی به دیگران» از ۱۷۶/۳ تا ۲۱۰/۳ بوده است. در هر صورت، روش نمره‌گذاری جدیدی برای این پرسشنامه به کار گرفته شده است که میانگین آن برای آزمودنیهای «بهنجار» حدود ۵۰ است. پرسشنامه وابستگی به دیگران از همسانی درونی خوبی با دامنه اعتبار دو نیمه کردن ۰/۷۲ تا ۰/۹۱ برخوردار است. اطلاعاتی از منابع خارجی درباره بازآزمایی این پرسشنامه در اختیار نیست اما نتایج بازآزمایی آن با فاصله یک هفته در پژوهش (ثنایی و امینی ۱۳۷۹) برای کل مقیاس و خرده مقیاسهای «اتکاء عاطفی به دیگران»، «فقدان اعتماد به خود» و «تأیید خود مختاری» به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۱، ۰/۸۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۴ به دست آمد. پرسشنامه وابستگی به دیگران با توجه به اینکه دو خرده مقیاس اول آن همبستگی معناداری با مقیاس‌های روان رنجور خوئی (پرسشنامه شخصیت مادل) و اضطراب، حساسیت بین اشخاصی و افسردگی (چک لیست نشانگان-۹۰) دارند، از روایی همزمان خوبی برخوردار است. «پرسشنامه وابستگی به دیگران»

<sup>14</sup> Hooper

<sup>15</sup> Poure & Hooper

<sup>16</sup> Hirschfeld et al



می‌تواند اشخاص بهنجار را از بیماران روانی متمایز کند. در عین حال دو خرده مقیاس اول این پرسشنامه با مقیاس مطلوبیت اجتماعی MMPI<sup>۱۷</sup> همبستگی دارند، بدین معنا که تمایل پاسخ‌دهندگان بر این است که پاسخی بدهند که به نظر آنها از مطلوبیت اجتماعی برخوردار است. نمره‌گذاری پرسشنامه وابستگی به دیگران با پاسخهای هر یک از سه جمع زدن خرده مقیاس برای به دست آوردن نمره هر یک از آنها محاسبه می‌شود. نمره پرسش‌های شماره ۱۰، ۲۳ و ۴۴ خرده مقیاس «اعتماد به خود» معکوس محاسبه می‌شود. نمره کل با جمع نمرات سه خرده مقیاس به دست می‌آید. روش نمره‌گذاری جدید و پیچیده‌تری برای نمره کل با استفاده از نمرات وزنی و میانگینی حدود ۵۰ برای نمونه‌های «بهنجار» موجود است که در اختیار تهیه‌کننده پرسشنامه قرار دارد (ثنایی و امینی ۱۳۷۴).

مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو (TAS<sup>۱۸-۲۰</sup>): مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو از نسخه اصلی پرسشنامه نارسایی هیجانی بزرگسالان (بگبی، پارکر و تیلور ۲۰۰۶)<sup>۱۹</sup> گرفته شده و توسط ریف<sup>۲۰</sup>، استروالد<sup>۲۱</sup> و میرام<sup>۲۲</sup> ساخته شده است. این پرسشنامه ۲۰ سوال دارد که به صورت ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالفم) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) پاسخ داده می‌شود و سه عامل ناتوانی در شناسایی احساسات، ناتوانی در توصیف احساسات و سبک تفکر عینی را می‌سنجد و ضریب آلفا کرونباخ آن ۰/۷۴ می‌باشد. در نسخه فارسی مقیاس نارسایی هیجانی، ضرایب آلفای کرونباخ برای نارسایی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ بدست آمد. پایایی بازآزمایی مقیاس نارسایی هیجانی، در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از  $r = 0.80$  تا  $r = 0.87$  برای نارسایی هیجانی کل و خرده مقیاسهای مختلف تایید شد؛ همچنین پایایی مقیاس، به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه‌ای از ۴۴۳ دانش آموز دبیرستانی شامل ۲۱۳ پسر و ۲۳۰ دختر مشغول به تحصیل در رشته‌های تحصیلی علوم انسانی، علوم تجربی و علوم ریاضی مدارس شهر تهران سنجیده و برای کل مقیاس ۰/۸۵ و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و برای تفکر با جهت‌گیری خارجی ۰/۷۲ بدست آمد. همچنین ثبات به روش بازآزمون نیز در نمونه ۶۷ تن از جامعه فوق در ۲ نوبت با فاصله ۴ هفته ۰/۷۰ و ۰/۷۷ بدست آمد (بشارت ۲۰۰۷).

## روش اجرا

<sup>17</sup> Minnesota Multiphasic Personality Inventory

<sup>18</sup> Toronto Alexithymia Scale

<sup>19</sup> Bagb, Parker & Taylor

<sup>20</sup> Rieffe

<sup>21</sup> Oosterveld

<sup>22</sup> Meerum

بعد از این که حجم نمونه برای پژوهش حاضر انتخاب گردید با رضایت کتبی و گمارش افراد در گروه‌های آزمایش و گواه، پرسشنامه‌های پژوهش به صورت گروهی بر روی افراد حاضر در پژوهش اجرا گردید. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت شرکت‌کنندگان برای شرکت در برنامه مداخله کسب شد و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرآیند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. در نهایت، بر روی گروه آزمایش مداخله طرحواره درمانی در ۸ جلسه آموزشی ۷۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه در طی دو ماه مطابق با جدول یک انجام شد در حالی که گروه گواه مداخله طرحواره درمانی را دریافت نکرده و در انتظار دریافت مداخله حاضر بودند. پس از دوره‌ای دو ماهه مرحله پیگیری نیز اجرا شد. پروتکل جلسات طرحواره درمانی: شیوه مداخله در این پژوهش درمان متمرکز بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه بود. این شیوه درمانی با فعالیت‌های پژوهش یانگ و همکاران (۲۰۰۳) طراحی شد و طی ۸ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای در ۸ هفته پیاپی به صورت گروهی اجرا شد. در جدول ۱ محتوای جلسات به تفکیک ارائه شده است.

جدول ۱- خلاصه جلسات طرحواره درمانی

جلسه	عنوان جلسات	اهداف جلسات
یکم	ایجاد ارتباط	آشنایی اعضای گروه و معرفی طرحواره درمانی و طرح قوانین و بیان اهداف و آموزش مفهوم طرحواره درمانی
دوم	آشنایی با مفهوم نارسایی هیجانی و اختلال سازگاری	توضیح مدل طرحواره درمانی و شناخت و برانگیختن طرحواره‌های اعضا
سوم	آموزش استدلال در مقابل طرحواره‌ها با به کارگیری فنون شناختی	معرفی، آموزش و به کارگیری تکنیک‌های شناختی چالش با طرحواره‌ها و یادگیری تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی
چهارم	آموزش زیر سوال بردن سطح منطقی و اعتبار طرحواره	گفتگو بین جنبه سالم و ناسالم طرحواره و تدوین کارت آموزشی و فرم ثبت طرحواره و ساخت کارت آموزشی
پنجم	آموزش مهارت جهت مقابله با طرحواره‌ها	گفتگوی خیالی تصویرسازی وقایع آسیب‌زا و به کار بردن تکنیک صندلی خالی در منزل
ششم	آموزش بی اعتقادی اعضا به شواهد حمایت کننده طرحواره	معرفی و آموزش تکنیک‌های هیجانی و سازگاری پیدا کردن احساس رهایی از سبک‌های خورگرفته شده تفکر ناسالم، یادداشت ناراحتی‌های دوران زندگی

هفتم	آموزش تغییر رفتار، انگیزه آفرینی، بازنگری و مزایا و معایب	الگوشکنی رفتاری رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد درک ارتباط سبک دلبستگی ناایمن یا طرحواره‌های ناسازگار و تهیه لیستی از رفتارهایی که تمایل به جذب آنها از زندگی هست
هشتم	تمرین رفتارهای سالم و جمع بندی و مرور	انگیزه تغییر رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها استفاده شده است. سپس داده‌ها با استفاده از نرم افزار spss25 و تحلیل واریانس آمیخته تجزیه و تحلیل شدند.

#### یافته‌ها

در نمونه مورد بررسی ۱۵ نفر در گروه گواه و ۱۵ نفر در گروه آزمایش قرار داشتند. تمامی افراد در هر دو گروه دارای جنسیت مؤنث و سطح تحصیلی کارشناسی بوده و وضعیت ایشان به لحاظ تأهل، مجرد بود. میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش به ترتیب ۲۰/۲۲ و ۱/۹۲ و میانگین و انحراف استاندارد سن گروه کنترل به ترتیب ۲۱/۳۳ و ۲ بود.

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که دو گروه پژوهش از نظر میانگین و انحراف استاندارد در تمامی متغیرهای مورد مطالعه در مرحله پیش آزمون تفاوت چشم‌گیری با یکدیگر نداشته‌اند؛ اما در مرحله پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش در متغیرهای وابستگی بین فردی و نارسایی هیجانی تغییرات محسوسی داشته است. با توجه به طرح پژوهشی حاضر از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای تجزیه نتایج استفاده شد.

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات اختلالات سازگاری و نارسایی هیجانی

متغیر	گروه آزمایش	گروه گواه
میانگین	انحراف معیار	میانگین
پیش آزمون	۶۲/۳۹	۱۲/۲۰
وابستگی بین فردی	پس آزمون	۴۱/۲۹
پس آزمون	۱۲/۶۹	۵۷/۸۷
پیگیری	۵۱/۲۸	۱۱/۹۱
نارسایی هیجانی	پیش آزمون	۵۸/۴۱
پیش آزمون	۶/۱۵	۵۶/۱۹
انحراف معیار	۱۲/۱۴	۱۰/۰۹
انحراف معیار	۱۱/۳۱	۵/۶۷

۱۰/۱۳	۵۵/۰۵	۴/۵۹	۴۵/۴۵	پس آزمون
۷/۹۵	۵۵/۱۲	۱۲/۸۷	۴۶/۰۲	پیگیری

برای مشخص کردن معناداری تفاوت بین متغیرهای فوق از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد و برای بررسی تفاوت مشاهده شده، ابتدا مفروضه‌های لازم برای انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بررسی شد. آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که مفروضه نرمال بودن متغیرها رعایت شده است. همچنین بررسی نتایج آزمون ام-باکس برای وابستگی بین فردی (۱۳/۹۷۰) و برای نارسایی هیجانی (۱۴/۸۰۷) درباره تساوی ماتریس‌های کوواریانس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس-کوواریانس برقرار است و ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده وابستگی بین فردی ( $F=۲/۰۲۴, P=۰/۰۵۴$ ) و نارسایی هیجانی ( $F=۱/۹۰۲, P=۰/۰۷۷$ ) در تمامی گروه‌ها مساوی است. همچنین با بررسی آزمون لوین تساوی واریانس‌ها رعایت شده و واریانس وابستگی بین فردی و نارسایی هیجانی در تمام گروه‌ها مساوی بود.

جدول ۳- آزمون برابری واریانس‌ها براساس آزمون لوین برای متغیر وابستگی بین فردی و نارسایی هیجانی

متغیر وابسته	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
پیش آزمون وابستگی بین فردی	۰/۰۱۷	۱	۲۸	۰/۸۹۸
پس آزمون وابستگی بین فردی	۰/۰۰۱	۱	۲۸	۰/۹۷۲
پیگیری وابستگی بین فردی	۰	۱	۲۸	۰/۹۸۸
پیش آزمون نارسایی هیجانی	۰/۰۲۱	۱	۲۸	۰/۸۸۶
پس آزمون نارسایی هیجانی	۰/۷۰۴	۱	۲۸	۰/۴۱۲
پیگیری نارسایی هیجانی	۳/۳۰۲	۱	۲۸	۰/۰۸۶

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد اندازه‌گیری‌های نمرات وابستگی بین فردی و نارسایی هیجانی ( $P < ۰.۰۱$ ) در سه زمان تفاوت معناداری با هم دارند. این نتایج بیان‌کننده تأثیر طرحواره درمانی بر وابستگی بین فردی و نارسایی هیجانی است. بنابراین، آزمون چند مقایسه‌ای نشان داد که در پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون میزان وابستگی بین فردی و نارسایی هیجانی، در گروه آزمایش به طور معناداری پایدار مانده بود.

بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی (Mauchlys Test) نشان داد که وابستگی بین فردی ( $P=0/467$ ) و نارسائی هیجانی ( $P=0/618$ ) می‌باشد، لذا مفروضه کرویت برای اثرهای مربوط به زمان و گروه رعایت شده است.

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات بین گروه و تعامل

متغیرها	تأثیرات بین گروهی	ارزش $F$	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
وابستگی	زمان لامبدای ویلکز	۵/۱۹۶	۲	۱۷	۰/۰۱۷	۰/۳۷۹	۰/۷۵۴
بین فردی	زمان*گروه لامبدای ویلکز	۳/۲۵۴	۲	۱۷	۰/۰۴۴	۰/۲۷۷	۰/۵۴۰
نارسائی	زمان لامبدای ویلکز	۴/۴۶۳	۲	۱۷	۰/۰۲۸	۰/۳۴۴	۰/۶۸۵
هیجانی	زمان*گروه لامبدای ویلکز	۳/۱۴۷	۲	۱۷	۰/۰۴۹	۰/۲۷۰	۰/۵۲۶

همانطور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات وابستگی بین فردی و نارسایی هیجانی معنادار است، به طوری که می‌توان بیان کرد، بین نمره‌های عامل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در متغیرهای فوق تفاوت معناداری به دست آمد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنادار است؛ به طوری که تفاوت میانگین نمرات متغیرها در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیرهای گروه متفاوت است. از سویی دیگر تأثیر گروه نیز بر نمرات تمام متغیرها معنادار است. بنابراین اثر طرحواره درمانی بر وابستگی بین فردی و نارسایی هیجانی در مرحله پس آزمون و هم در مرحله پیگیری تأیید شد. برای مشخص کردن تفاوت بین میانگین نمرات وابستگی بین فردی و نارسائی هیجانی گروه‌های آزمایش و گواه، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که در مرحله پس-آزمون و پیگیری، میانگین نمرات وابستگی بین فردی و نارسائی هیجانی ( $P < 0,05$ ) به طور معناداری بیشتر از گروه گواه است.

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر طرحواره درمانی بر ناسازگاری و نارسایی هیجانی

متغیرها	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
وابستگی بین فردی	درون	۱۳۸۳/۸۴۲	۲	۹۲۱۶۹۱	۴/۵۶۸	۰/۰۱۷	۰/۲۰۲	۰/۷۴۰
	گروهی	۸۸۳/۷۷۲	۲	۴۴۱/۸۸۶	۲/۹۱۷	۰/۰۴۷	۰/۱۳۹	۰/۵۳۴
	خطا	۵۴۵۲/۷۱۰	۵۶	۱۵۱/۴۶۴				
نارسایی هیجانی	بین	۹۱۷/۵۲۸	۱	۹۱۷/۵۲۸	۸/۲۲۹	۰/۰۱۰	۰/۳۱۴	۰/۷۷۴
	گروهی	۲۰۰۷/۰۱۵	۲۸	۱۱۱/۵۰۱				
	خطا							
نارسایی هیجانی	درون	۶۳۳/۶۹۱	۲	۸۴۶/۳۱۶	۳/۸۹۹	۰/۰۲۹	۰/۰۱۸	۰/۶۶۷
	گروهی	۴۴۷/۱۴۷	۲	۲۲۳/۵۷۴	۲/۷۵۱	۰/۰۷۷	۰/۱۳۳	۰/۵۰۹
	خطا	۲۹۲۵/۵۳۰	۵۶	۸۱/۲۶۵				
نارسایی هیجانی	بین	۴۵۲/۵۲۰	۱	۴۵۲/۵۲۰	۹/۲۹۱	۰/۰۰۷	۰/۳۴۰	۰/۸۲۲
	گروهی	۸۷۶/۶۸۱	۲۸	۴۸/۷۰۴				
	خطا							

### بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش وابستگی بین فردی و نارسایی هیجانی در زنان با اختلال شخصیت وابسته انجام شد. یافته اول پژوهش بیانگر آن بود که طرحواره درمانی توانسته باعث کاهش وابستگی بین فردی در افراد با اختلال شخصیت وابسته شود. نتایج پژوهش با یافته‌های پژوهش (ناصری، سهرابی، برجعلی و فلسفی نژاد ۱۳۹۴) و (رضایی‌نسب، عباسی، نظیری و برزگر ۱۳۹۲) و (بومبر و مک هاین ۲۰۱۲) هم‌راستا می‌باشد. یافته‌ها نشان داد که بین طرحواره‌های ناکارآمد و وابستگی بین فردی رابطه مثبتی وجود دارد و وجود طرحواره‌های ناکارآمد باعث افزایش وابستگی بین فردی می‌شود. طرحواره‌ها نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری احساس ما نسبت به دیگران و محیط دارند. افراد با اختلال شخصیت وابسته به دلیل وجود طرحواره وابستگی/بی‌کفایتی بر این باورند که

قادر نیستند مسئولیت‌های روزمره (مانند مراقبت از دیگران، حل مشکلات روزانه، تلاش برای قضاوت خوب، از عهده تکالیف جدید برآمدن و تصمیم‌گیری صحیح) را بدون کمک قابل ملاحظه دیگران به طور قابل قبولی انجام دهند. این حالت اغلب به صورت درماندگی ظاهر می‌شود و افراد شدیداً به وابستگان خود وابستگی پیدا می‌کنند و از امور عادی زندگی خود عاجز می‌شوند. طرحواره ناکارآمد دیگر در این افراد طرحواره رهاشدگی و بی‌ثباتی است که فرد به دلیل تزلزل و بی‌اعتمادی نسبت به اطرافیانش ترس از رهاشدگی دارد و فکر می‌کند که هر لحظه امکان دارد این افراد فوت کنند یا اینکه او را رها کنند و یا به فرد دیگری علاقه‌مند شوند. طرحواره درمانی با آماج قراردادن طرحواره‌های ناسازگار و با استفاده از تکنیک‌های رفتاری کمک می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری مخرب، سبک مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین سازد. طرحواره درمانی از طریق تغییرات شناختی، هیجانی، رفتاری و اتخاذ سبک مقابله‌ای کارآمدتر کمک می‌کند تا به سطح پایین‌تری از وابستگی بین فردی برسد.

دومین یافته این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر نارسایی هیجانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وابسته مؤثر بوده است. نتایج یافته‌ها نشان دادند که این درمان توانسته نارسایی هیجانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وابسته را کاهش دهد. نتایج پژوهش حاضر با یافته (خاشو و همکاران ۲۰۱۹)<sup>۲۳</sup> و (پیرانی ۱۳۹۶) و (علیرضایی، فتحی اقدم، قمری و بزازیان ۱۳۹۹) و (قاسملو، عطادخت و صبری ۱۴۰۰) و (مطلبی مقدم و بشرپور ۱۳۹۹) به نقل از کلهرنیا (۱۳۹۰۰) و (ادواردز، میک، مورتارلاو و واپرمن ۲۰۱۷) همسو بود. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت رویکرد طرحواره محور به دلیل کار کردن بر درون مایه‌های روان‌شناختی یا همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیمارانی که دید منفی نسبت به خود، توانایی‌ها، عواطف و هیجانات خود دارند، در اصلاح باورها و افکار آن‌ها مفید است. بر همین اساس در بعد عاطفی و بیان عواطف، طرحواره درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی باورشناختی را به چالش می‌کشد که به باور هیجانی گرده خورده است، تا تخلیه هیجانی، نیازهای هیجانی ارضا نشده را بشناسد که به شکل-گیری طرحواره‌های ناسازگار منجر شده است. این آگاهی سبب می‌شود تا بیماران دارای شخصیت وابسته با بهره‌گیری از طرحواره درمانی بتوانند به شکلی بهتر عواطف خود را مدیریت کرده و در بیان آن نیز توانمندتر شوند. توانمند بودن افراد از نظریه‌ی هیجانی روبرو شدن آنها را با چالش‌های زندگی آسان می‌کند و آنها از سلامت روانی بیشتری برخوردار می‌شوند. با وجود نقش مثبت و سازنده هیجان‌ها در زندگی بشر بعد دیگری برای آنها در نظر گرفته شده است که جنبه مخرب هیجان‌ها در زندگی افراد است. در واقع یک هیجان زمانی مشکل‌آفرین و آسیب‌زا است که به سبک نادرستی ابراز شود، دریافت نامتناسبی رخ دهد، بسیار شدید باشد و در مدت زمان زیادی بر زندگی فرد اثر

بگذارد. این کارگرد دوگانه هیجان‌ها به فرآیند تنظیم هیجان اشاره دارد. زنان دارای اختلال شخصیت وابسته دارای دشواری در تنظیم هیجان هستند و احساساتشان برایشان واضح و شفاف نیست و از آن‌ها اطلاعی ندارند و نمی‌دانند دقیقاً چه احساسی دارند و در مورد آن‌ها دچار سردرگمی هستند. طرحواره درمانی به این افراد کمک می‌کند که ابتدا هیجان‌ات خود را بشناسند و نامگذاری کنند؛ سپس آن‌ها را به طور سالم مدیریت کنند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی اثربخشی طرحواره درمانی بر افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته، بر مردان و زنان به طور جداگانه و در دوره‌های درمانی طولانی‌تر انجام شود. همچنین اثربخشی درمان مذکور در مورد دیگر اختلالات شخصیت به طور جداگانه نیز بررسی شود. نتایج پژوهش حاضر شواهد بالینی در خصوص کارآمدی درمان طرحواره محور برای مشکلات وابستگی بین فردی و پردازش هیجانی در شخصیت وابسته فراهم نمود. بنابراین، به مراکز مشاهده و کلینیک‌های درمانی پیشنهاد می‌شود تا برای درمان افراد مبتلا به اختلالات شخصیت، به ویژه اختلالات شخصیتی با نشانه‌های اصلی وابستگی بین فردی و مشکلات هیجانی، از درمان طرحواره محور استفاده نمایند.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله بر خود لازم می‌دانیم از تمامی زنان شرکت‌کننده در این پژوهش کمال سپاسگزاری و تشکر را ابراز نماییم.

### منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. (ترجمه یحیی سید محمدی، ۱۴۰۰). ویراست پنجم. تهران: روان.
- پیرانی، ذبیح. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس ترک شدن و بی‌ثباتی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شهر اراک. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره. ۱۷(۱): ۷۷-۸۸.
- ثنایی، باقر؛ امینی، فریده. (۱۳۷۹). مقایسه عملکرد خانواده در دو گروه دانش‌آموزان دختر مستقل و وابسته به دیگران. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره. جلد دوم شماره ۷ و ۸ (پرسش‌نامه وابستگی بین فردی).
- رضایی نسب، فرشته؛ عباسی، ایمان؛ نظیری، قاسم؛ برزگر، مجید. (۱۳۹۲). تعیین طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به روابط اعتیادگونه. فصلنامه علمی پژوهشی زن و جامعه. ۴(۲): ۸۳-۱۰۸.
- سجادی نسب، نسیم؛ گل محمدیان، محسن؛ حجتخواه، سیدمحسن. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی بر انگیزش تحصیلی دانش‌آموزان دختر دوره دوم دبیرستان. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی. ۱۷(۱): ۳۵-۴۲.
- شهامت، فاطمه. (۱۳۸۹). پیش‌بینی سلامت عمومی (جسمانی سازی، اضطراب، افسردگی) بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز. ۱۰۷(۲۰): ۱۲۸.
- سادوک، جیمز بنجامین، سادوک، ویرجینیا آلکوت، روییز، پدرو. (۲۰۱۵). خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک. (ترجمه فرزین رضاعی). جلد اول ویراست یازدهم. تهران: آرجمند (۱۳۹۷).
- علیرضایی، مالک؛ فتحی اقدم، قربان؛ قمری، محمد؛ بزازیان، سعیده. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان در زنان دارای تعارض زناشویی. ۹(۳): ۱۶۵-۱۷۲.



قاسمخانلو، آرزو؛ عطادخت، اکبر؛ صبری، وحید. (۱۴۰۰). تاثیر طرحواره‌هایی درمانی هیجانی بر شدت افسردگی، بدتنظیمی هیجانی و طرحواره‌های هیجانی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت* ۸(۳): ۷۶-۸۸.

کلهرنیا گلکار، مهدی. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش علائم و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی وابست و پارانویید. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه محقق اردبیلی

مطلبی مقدم، مریم؛ بشرپور سجاد. (۱۳۹۹). رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلالات شخصیت، مقاله مروری. اولین همایش ملی آسیب شناسی روانی دانشگاه محقق اردبیلی

مظاهری نژادفرد، گلناز؛ حسین ثابت، فریده؛ برجعلی، احمد. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر وابستگی بین فردی و کنترل عمل در افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته. پژوهش‌های کاربردی روانشناختی. ۱۰(۳): ۱۸۳-۱۹۹

ناصری، اسماعیل؛ سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد؛ فلسفی نژاد، محمدرضا. (۱۳۹۴). روانشناسی سلامت. ۱۳: ۱۱۳-۱۰۰

یانگ، جفری؛ کلوکسو، ژانت؛ ویشار، مارجوری. (۲۰۰۳). طرحواره درمانی (ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز) تهران: ارجمند (۱۳۹۷)

یانگ، جفری. (۱۹۹۹). شناخت درمانی اختلالات شخصیت رویکرد طرحواره محور (ترجمه علی صاحبی و حسن حمیدپور) تهران: ارجمند (۱۴۰۱)

- Baljí, A., Greeven, A., van Giezen, A., Korrelboom, K., Arntz, A., & Spinhoven, P. (2016). Group schema therapy versus group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder with comorbid avoidant personality disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17, 1-13.
- Baker, J. D., Capron, E. W., & Azorlosa, J. (1996). Family environment characteristics of persons with histrionic and dependent personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 10(1), 82-87.
- Besharat, M. A., Rostami, R., Pourhossein, R., & Mirzamani, M. (2006). Assessing reliability and validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale-20 in a sample of opioid substance use disordered patients.
- Besharat, M. A., Granmaye Pour, S., Pour Naghdali, A., Ofoghi, Z., Habib Nezhad, M., & Aghaei Sabet, S. S. (2014). Relationship between alexithymia and interpersonal problems: Moderating effect of attachment styles. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*, 9(1), 3-16.
- Bomber, M., & McMahon, R. (2008). The role of maladaptive schemas at work. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 96-112.
- Corral, C., & Calvete, E. (2014). Early maladaptive schemas and personality disorder traits in perpetrators of intimate partner violence. *The Spanish journal of psychology*, 17, E1.
- Edwards, E. R., Micek, A., Mottarella, K., & Wupperman, P. (2017). Emotion ideology mediates effects of risk factors on alexithymia development. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 35, 254-277.
- Grabe, H. J., Rainermann, S., Spitzer, C., Gänssicke, M., & Freyberger, H. J. (2000). The relationship between dimensions of alexithymia and dissociation. *Psychotherapy and psychosomatics*, 69(3), 128-131.
- Hopwood, C. J., & Thomas, K. M. (2014). Schema therapy is an effective treatment for avoidant, dependent and obsessive-compulsive personality disorders. *Evidence-based mental health*, 17(3), 90-91.
- Huber, N. M. (2007). Dependent personality inventory (DPI): a scale to assess dependent personality subtypes based on DSM-IV-TR criteria.
- Khasho, DA., Van Alphen, S.P.G., Heijnen-Kohl, S.M.J., Ouwens, M.A., Arntz, A., Videler, A.C.(2019). The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemporary Clinical TrialsCommunications*, 14: 321-330. doi.org/10.1016/j.conctc.2019.100330

- Körük, S., & Ahmet, K. A. R. A. Maladaptive Interpersonal Dependency in Relations: A Case Study. *Osmangazi Journal of Educational Research*, 5(2), 71-77.
- Kvarstein, E. H., Antonsen, B. T., Klungsøyr, O., Pedersen, G., & Wilberg, T. (2021). Avoidant personality disorder and social functioning: A longitudinal, observational study investigating predictors of change in a clinical sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 12(6), 594.
- Lee, Y. J., Yu, S. H., Cho, S. J., Cho, I. H., Koh, S. H., & Kim, S. J. (2010). Direct and indirect effects of the temperament and character on alexithymia: a pathway analysis with mood and anxiety. *Comprehensive Psychiatry*, 51(2), 201-206.
- Loas, G. (2012). Alexithymia and dependent personality disorder. *Psychiatry research*, 196(2-3), 325-6.
- Loas, G., Baelde, O., & Verrier, A. (2015). Relationship between alexithymia and dependent personality disorder: a dimensional analysis. *Psychiatry research*, 225(3), 484-488.
- Lorenz, L., Bachem, R. C., & Maercker, A. (2016). The adjustment disorder–new module 20 as a screening instrument: Cluster analysis and cut-off values. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 7(4), 215.
- MacDonald, K., Berlow, R., & Thomas, M. L. (2013). Attachment, affective temperament, and personality disorders: A study of their relationships in psychiatric outpatients. *Journal of affective disorders*, 151(3), 932-941.
- Morgan, T.A, Clark, L.A. (2017). Dependent Personality (Disorder). *Reference Module in Neuroscience and Biobehaviour Psychology*.
- Nordahl, H. M., Holthe, H., & Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 142-149.
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*, 39, 30-41.
- Rieffe, C., Oosterveld, P., & Terwogt, M. M. (2006). An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. *Personality and individual differences*, 40(1), 123-133.
- Sempertegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical psychology review*, 33(3), 426-447.