

بسم الله الرحمن الرحيم  
بل یستوی الذین یعلمون والذین لا یعلمون

## فصل نامه‌ی اندیشه و رفتار

### در روان‌شناسی بالینی

دوره‌ی شانزدهم، شماره‌ی ۶۲

دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

زمستان ۱۴۰۰

صاحب امتیاز

دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

مدیر مسوول و سردبیر

دکتر فرح لطفی کاشانی

ویراستار تخصصی

دکتر شهرام وزیری

ویراستار فنی فارسی

مهرآ

ناشر

دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

ترتیب انتشار

فصلی

گستره‌ی انتشار

بین المللی

شماره‌ی مجوز سازمان مرکزی

۳/۲۹۱۰/۱۰۶۹

مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی ۱۲۴/۸۶۹ به تاریخ ۱۳۸۷/۳/۶

مجوز وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۷۰۰/۱۱۵۰ به تاریخ ۱۳۹۰/۳/۲

شمارگان

جلد ۱۰۰۰

نشانی

رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، ساختمان ۹، دفتر

مجله‌ی اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی

صندوق پستی

۱۸۹

تلفکس

۷۶۵۰۶۱۶۴ (۲۱) ۹۸+

<http://journals.riau.ac.ir>

چاپ دانشگاه آزاد اسلامی

این فصل نامه در پایگاه استنادی جهان اسلام ISC و پایگاه اطلاعات علمی SID نمایه می‌شود.

Email: jtbc@riau.ac.ir

این فصل نامه با همکاری انجمن علمی روان‌پزشکان ایران چاپ می‌شود

این فصل نامه برابر رای کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور رتبه‌ی علمی - پژوهشی دارد

## شورای نویسندگان

|                                                       |                         |
|-------------------------------------------------------|-------------------------|
| استاد دانشگاه علامه طباطبائی                          | دکتر حسن احدی           |
| استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی       | دکتر سیدعلی احمدی ابهری |
| دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و انستیتو روان پزشکی ایران | دکتر بهروز بیرشک        |
| استاد دانشگاه علامه طباطبائی                          | دکتر علی دلاور          |
| استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی              | دکتر حسن رفیعی          |
| استاد دانشگاه تهران                                   | دکتر زهره سرمد          |
| استاد دانشگاه علامه طباطبائی                          | دکتر علی اکبر سیف       |
| استاد دانشگاه علامه طباطبائی                          | دکتر عبدالله شفیع آبادی |
| دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن                | دکتر فرح لطفی کاشانی    |
| استاد دانشگاه کلمبیا                                  | دکتر جودی کوریانسی      |
| استاد دانشگاه علوم پزشکی                              | دکتر احمد محیط          |
| استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات         | دکتر مهرداد نوابخش      |
| دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن                | دکتر شهرام وزیری        |

## راهنمای نویسندگان

۱ فصل‌نامه‌ی اندیشه و رفتار، مقاله‌هایی را می‌پذیرد که در زمینه‌ی روان‌شناسی بالینی و برگرفته از یافته‌های پژوهشی باشد.

۲ مقاله‌های ارسالی، باید به ترتیب دارای چکیده‌ی فارسی و انگلیسی، واژه‌های کلیدی فارسی و انگلیسی، مقدمه، روش، یافته‌ها، بحث و فهرست منابع باشد.

چکیده‌ی فارسی و انگلیسی به ترتیب در حداکثر ۲۰۰ تا ۲۵۰ واژه، شامل زمینه و هدف، مواد و روشها، یافته‌ها، بحث و نتیجه‌گیری و واژه‌های کلیدی تنظیم شود.

واژه‌های کلیدی فارسی و انگلیسی متناسب با عنوان مقاله و منطبق با سیستم MeSH تنظیم شود.

مقدمه باید معرف مساله، مبانی نظری، پیشینه، هدف (ها)، پرسش (ها) و فرضیه (ها)ی پژوهش باشد.

روش باید به ترتیب و بدون درج تیتراهای فرعی شامل شرح دقیقی از نوع پژوهش، جامعه‌ی آماری، روش نمونه برداری، گروه نمونه، ابزار (با ذکر شناسنامه) و روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها و ذکر مفروضه‌های استفاده از این روشهای آماری باشد.

یافته‌ها معرف نتایج آماری، جدول‌ها (شماره و عنوان در بالا) و نمودارها (شماره و عنوان در پایین) باشد.

بحث و نتیجه‌گیری نشان دهنده‌ی ترکیب و پیوند یافته‌های پژوهش با پیشینه‌ها و تبیین علل، بیان محدودیت‌ها و پیشنهادها باشد.

- منبع ها (فارسی و لاتین) به ترتیب الفبا (نخست فارسی سپس انگلیسی) تنظیم شود.
- \* نام خانوادگی، نام. { اگر بیش از یک نویسنده وجود داشت، با گذاشتن یک ویرگول به همین ترتیب ادامه دهید و قبل از آخرین نام به جای ویرگول از "و" استفاده کنید } (تاریخ). عنوان. شهر: انتشارات.
- \* در صورتی که از یک کتاب ترجمه شده استفاده کردید به شیوه ی زیر گزارش کنید:
- نام خانوادگی، نام. { اگر بیش از یک نویسنده وجود داشت، با گذاشتن یک ویرگول به همین ترتیب ادامه دهید و قبل از آخرین نام به جای ویرگول از "و" استفاده کنید } (تاریخ چاپ اصلی) { اگر تاریخ اصلی در کتاب نوشته نشده بود از نشانه ی "بی تا" به جای تاریخ استفاده کنید } . عنوان. ترجمه ی : نام و نام خانوادگی. { اگر بیش از یک مترجم وجود داشت، با گذاشتن یک ویرگول به همین ترتیب ادامه دهید و قبل از آخرین نام به جای ویرگول از "و" استفاده کنید } (سال نشر). شهر: انتشارات.
- \* در صورتی که از یک مقاله استفاده کردید به شیوه ی زیر گزارش کنید:
- نام خانوادگی، نام. { اگر بیش از یک نویسنده وجود داشت، با گذاشتن یک ویرگول به همین ترتیب ادامه دهید و قبل از آخرین نام به جای ویرگول از "و" استفاده کنید } (تاریخ). عنوان مقاله. نام مجله یا نشریه، شماره، صفحه ی ... تا ....
- \* در صورت استفاده از پایگاه اینترنتی به شیوه ی زیر عمل کنید:
- نام خانوادگی، نام. { اگر بیش از یک نویسنده وجود داشت، با گذاشتن یک ویرگول به همین ترتیب ادامه دهید و قبل از آخرین نام به جای ویرگول از "و" استفاده کنید } (تاریخ). عنوان مقاله. تاریخ بازدید به روز، ماه و سال. نشانی اینترنتی.
- \* ارجاع به منبع ها، باید از طریق اشاره به نام نویسنده (گان) و سال انتشار در متن صورت گیرد و در همان صفحه پانویست داده شود. در صورت استفاده از ترجمه، نام مترجم را فقط در فهرست منابع بیاورید.
- \* ارسال مقاله به فصل نامه، به معنای واگذاری حق تالیف آن، به فصل نامه ی اندیشه و رفتار است. این مقاله ها نباید پیش از این در نشریه ای به چاپ رسیده یا به طور همزمان به نشریه ی دیگری ارسال شده باشد.
- \* مقاله ها بر روی یک طرف صفحه، با رعایت فاصله ی کافی میان سطرها، تایپ شده و همراه با سی دی مربوط به آن، با پست پیشتاز یا الکترونیکی به آدرس فصل نامه ارسال شود.
- \* در صفحه ی اول، تنها عنوان مقاله، نام و نام خانوادگی، رشته ی تحصیلی، رتبه ی علمی و وابستگی سازمانی نویسنده (گان) و نیز نشانی پستی، تلفن تماس و آدرس اینترنتی آن (ها) نوشته شوند.
- \* فصل نامه ی اندیشه و رفتار، در ویراستاری علمی و ادبی مقاله ها، آزاد است و مقاله های رسیده را باز نخواهد گرداند.
- \* نویسنده (گان) در برابر نوشته های خود مسوول هستند.
- \* پذیرش یا رد هر مقاله، در طول مدت دو ماه به نویسنده یا نویسندگان اعلام خواهد شد.
- \* مقاله های رسیده باز گردانده نخواهد شد.

## فرم اشتراک

علاقمندان برای مطالعه ی منظم این فصل نامه می توانند فرم زیر یا کپی آن را کامل و خوانا پر کرده و به نشانی دفتر فصل نامه ی اندیشه و رفتار ارسال نمایند.

متقاضیان می بایست برای اشتراک یک ساله مبلغ ۶۰۰۰۰ ریال بابت حق اشتراک و هزینه پستی به شماره ی حساب ۰۱۰۵۸۷۰۵۸۷۰۰۰ به نام معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی رودهن، نزد بانک ملی رودهن شعبه ی دانشگاه واریز و اصل فیش بانکی را همراه فرم اشتراک برای ما بفرستند.

هزینه ی اشتراک برای هر شماره ی تکی ۱۶۰۰۰ ریال است. در تمام پرداخت ها دانشجویان با فرستادن کپی کارت دانشجویی از ۵۰٪ تخفیف برخوردار خواهند بود.

دفتر فصل نامه ی اندیشه و رفتار

لطفا تعداد ..... نسخه ی فصل نامه ی اندیشه و رفتار را از شماره ی ..... تا شماره ی .....

دوره ی ..... به نشانی زیر ارسال دارید.

استان ..... شهر / روستا ..... خیابان ..... کوچه ی

..... پلاک .....

کد پستی ده رقمی .....

موسسه / سازمان .....

نام متقاضی .....

سمت .....

مدرک تحصیلی .....

شماره تماس .....

آدرس: رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، ساختمان ۹، دفتر مجله ی اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی

صندوق پستی ۱۸۹ تلفکس ۷۶۵۰۶۱۶۴ (۲۱) ۹۸+

سامانه ی اینترنتی <http://journals.riau.ac.ir/journals>

۷

**اثر نوسو در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر**

حمید نصیری ده سرخی، شهرام وزیری، احمد اسماعیل زاده و پیمان ادیبی

طراحی و تدوین بسته مداخلات روان شناختی خانواده - محور مبتنی بر تجربه ۱۷  
زیسته افراد مبتلا به سرطان

غلامعلی افروز، رضا پور حسین و فرح لطفی کاشانی

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تصویر بدنی و سبک‌های هویت دانش ۳۹  
آموزان دختر مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی روانی

مرضیه بابایی، محمد قمری و سیمین حسینیان

تأثیر مداخله شفقت به خود مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و ۵۱  
اضطراب ناشی از کرونا در زنان خانه دار

مجید یوسفی افراشته، سعیده محمدی

روابط ساختاری عامل‌های شخصیت با نشانگان شخصیت ضد اجتماعی به واسطه نقش ۶۳  
شادنفرو

نرگس یگانه، عباس بخشی‌پور رودسری و مجید محمود علیلو

اثربخشی درمان شناختی رفتاری همراه با وارونه‌سازی عادت بر کیفیت زندگی و ۷۷  
نشانگان اختلال وسواس موکنی

نجمه حمید، مریم بردبار، سیدعلی مرعشی

مقایسه اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ۸۹  
سندرم شناختی توجهی در بیماران مبتلا به افسردگی شهر اهواز

سحر امیری، پروین احتشام زاده، فریبا حافظی و محمدرضا برنا

مقایسه اثربخشی تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی بر نشانه‌های سوگ و امید به ۱۰۱  
زندگی زنان باتجربه فقدان

اصغر آقایی و پریسا طاهری پور

## سخن سردیر

حاشِ لَله این حکایت نیست، هین  
نقد حال ما و توست این، خوش ببین

فرح لطفی کاشانی

بهار ۱۳۹۹

## اثر نوسبو در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

حمید نصیری ده سرخی<sup>۱</sup>، شهرام وزیری<sup>۲</sup>، احمد اسماعیل زاده<sup>۳</sup>  
و پیمان ادیبی<sup>۴</sup>

سندرم روده تحریک پذیر یکی از شایع ترین بیماری ها در سراسر جهان است که بالقوه ناتوان کننده بوده و بار اجتماعی و اقتصادی قابل توجهی را به همراه دارد. هدف از این مطالعه شناسایی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در بانک داده های مطالعه جامع سپاهان، تهیه ملاکی برای تعیین اثر نوسبو در گروه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، بررسی رابطه سندرم روده تحریک پذیر با ویژگی های شخصیتی، عوامل روان شناختی و اجتماعی بود. برای این منظور طی یک مطالعه مقطعی از نوع همبستگی در بین کارکنان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی اصفهان، در مرحله اول، بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بر اساس ملاک های تشخیصی از جمعیت سپاهان انتخاب شدند. در مرحله دوم، بر اساس تعریف محقق ساخته از اثر نوسبو (عدم تحمل به چند غذا) و پرسشنامه نیمه کمی فروانی غذا، افرادی که دارای اثر نوسبو بودند در گروه بیماران سندرم روده تحریک پذیر دارای نوسبو قرار گرفتند. در نهایت، همبستگی پنج ویژگی بزرگ شخصیت بر اساس آزمون نو فرم کوتاه، مقیاس اضطراب-افسردگی بیمارستانی پریشانی روان شناختی، رویدادهای استرس زای زندگی و ویژگی های جمعیت شناختی با اثر نوسبو بررسی شد. یافته های مطالعه نشان داد که از ۴۷۶۳ نفر شرکت کننده در مطالعه سپاهان، ۷۴۸ نفر تشخیص سندرم روده تحریک پذیر دریافت کردند و از این گروه ۱۶۸ نفر دارای پدیده نوسبو و ۵۸۴ نفر فاقد پدیده نوسبو بودند. این دو گروه از لحاظ ویژگی های شخصیتی، عوامل روان شناختی، رویدادهای استرس زای زندگی و ویژگی های جمعیت شناختی مورد مقایسه قرار گرفتند. مطالعه حاضر فرصتی را برای تعریف و بررسی اثر نوسبو بین بیماران سندرم روده تحریک پذیر و نشان دادن ارتباط بین جنبه های روان شناختی و اجتماعی در این زمینه فراهم نمود.

**واژه های کلیدی:** اثر نوسبو، سندرم روده تحریک پذیر، اختلالات عملکردی دستگاه گوارش

### مقدمه

سندرم روده تحریک پذیر جزو اختلالات شایع عملکردی گوارش بوده و ۱۰ تا ۲۰ درصد افراد

۱ گروه روانشناسی بالینی، واحد روده، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران و مرکز تحقیقات گوارش و کبد اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲ دپارتمان روانشناسی بالینی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول) [vaziri@riau.ac.ir](mailto:vaziri@riau.ac.ir)

۳ دپارتمان تغذیه جامعه، دانشکده علوم تغذیه و رژیم شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
مرکز تحقیقات گوارش و کبد اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

بزرگسال دنیا را درگیر کرده و در زنان بزرگسال زیر ۵۰ سال شایعتر است (البتایش، الکرائینی، المخیطه و همکاران، ۲۰۲۰). علایم سندرم روده تحریک پذیر از لحاظ ناهنجاری های ساختاری و بیوشیمیایی قابل توجه کامل نیست (گاتری و تامپسون، ۲۰۰۲). مکانیزم های پاتوفیزیولوژیکی بسیاری برای سندرم روده تحریک پذیر پیشنهاد شده است. بنا بر مدل زیستی- روانی- اجتماعی حساسیت احشایی و حرکات روده ای در ترکیب با عوامل محیطی، تعامل والد و فرزند و آشفتگی پاسخ به استرس مطرح شده است (اسپیلر، عزیز، کرید و همکاران، ۲۰۰۷). به علاوه عوامل روان شناختی و اجتماعی می تواند عملکرد گوارشی، ادراک علایم، رفتار بیماری و پیامد های درمان را تحت شعاع قرار دهد (لانگستری، تامپسون، چپو ۲۰۰۶). صفات شخصیتی چندی نظیر روان رنجوری، وجدانی بودن و الکسی تایمیا رابطه نزدیکی با سندرم روده تحریک پذیر دارند (تالی، بويس و جونز، ۱۹۹۸). آشفتگی های روان شناختی و رویدادهای مهم زندگی در سابقه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر به کرات مشاهده می شود و مسوول بخش مهمی از مشکلات مربوط به این سندرم است (ساواس، وایت، واینمن و همکاران، ۲۰۰۸).

به دلیل تاثیر محدود درمان های دارویی (براندت، چی، فوکس اورنشتاینو همکاران، ۲۰۰۹؛ کوارتریو، مینش اسمیت، موريس و همکاران، ۲۰۰۵؛ شیلر، شوینفیلد و کوئیگلی، ۲۰۰۹؛ کوارتریو، مینش اسمیت، موريس و همکاران، ۲۰۰۵) در سندرم روده تحریک پذیر گرایش به درمان های روان شناختی جهت این سندرم ایجاد شده است (فلیک، باکر، لان و همکاران، ۲۰۱۷). هر مداخله دارویی یا غیر دارویی داری دو مولفه است که یکی بطور اختصاصی مربوط به اثر خود درمان است و دیگری بطور غیر اختصاصی مربوط به درک از درمان می شود (کلوکا و بنتی، ۲۰۰۵). هنگامی که اثر غیر اختصاصی درمان راز اثر بخشی آن باشد اثر پلاسبو یا دارونما خوانده می شود و زمانی همین اثرات غیر اختصاصی اثرات منفی ایجاد کند اثر نوسبو خوانده می شود (هاسر، هانسن و انک، ۲۰۱۲؛ پلانز، ویلر و مالارت، ۲۰۱۶).

انتظارات مثبت از درمان (پدیده پلاسبو) بخش عمده ای از موفقیت درمانی در مداخلات بالینی را تشکیل می دهد و انتظارات منفی از درمان (نوسبو) نیز دارای اثرات منفی عمده ای بر گستره درمان های دارویی و رواندرمانی محسوب می شود. در طی سالهای گذشته، هدف مداخلات بالینی کاهش اثرات پلاسبو بوده است. هرچند امروزه تمایل برای بهینه سازی اثرات پلاسبو (انتظارات مثبت از درمان) به منظور بهبود سیر درمان ها وجود دارد ولی تلاش می شود اثرات نوسبو بر نتایج درمان کاسته شود. مطالعات فراوانی در عرصه رواندرمانی و درمان های دارویی در بیماران نشان داده است که



انتظارات تاثیر عمیقی بر روند سلامتی دارند (پتری و ریف، ۲۰۱۹). بینگل وانیگاسکرا، ویچ و همکاران، ۲۰۱۱، بطور واضحی بر قدرت انتظارات که در تحقیقات آمده است و اینکه کدام گونه از اطلاعات می تواند بر کاهش درد تاثیر داشته باشد تاکید کرده اند. بر خلاف شناخت ها، انتظارات به عنوان شناخت های خاص درباره احتمال رویداد های آینده تعریف می شود (ریف، گلومبوسکی، گلویتزر و همکاران، ۲۰۱۵). در بافت مداخلات بالینی ممکن است گونه های مختلفی از انتظارات مشاهده گردد (پتری و همکاران، ۲۰۱۹). که این موضوع به انتظار بیمار نسبت به بیماری، پاسخ به درمان و احتمال عوارض جانبی و توانایی تاثیر گذاری بر پیامدها بر می گردد. کندی (۱۹۶۱) بیان کرده بود که اثر نوسبو اساساً به عنوان اثر منفی از یک درمان خنثی تعریف می شود. اثر نوسبو شکل مکملی از اثر پلاسبو به حساب می آید. اثر نوسبو تاثیرات چالش انگیز و قابل بحثی را در مراقبت های طبی فراهم می نماید. بیشترین میزان اثرات نوسبو به نتایج درمان های طبی مربوط می شود. که در آن کیفیت زندگی بیماران پائین و نیز پیروی از دستورات درمانی مناسب نیست و نیز مقاومت بالایی در پیگیری های درمانی دارند و هزینه های زیادی را بر فرد و نظام بهداشتی تحمیل می نماید (کارداس، لوک و متیجازیک، ۲۰۱۳). شواهدی نیز وجود دارد که اثرات منفی درمان می تواند اثرات درمان های بعدی را نیز کاهش دهد (کسنر، ویچ، فورکمن و همکاران، ۲۰۱۳).

بخش عظیمی از ادبیات پژوهش مربوط به اثر نوسبو بر عوارض جانبی گزارش شده قرار دارد. امروزه واژه نوسبو بر عوارض جانبی درمان هایی اطلاق می شود که نمی توان آنها را به دارو یا ترکیبات دارویی خاصی مستند کرد (بارسکی، سنت فورت، راجرز و همکاران، ۲۰۰۲). تحلیل اخیری که ماهر، گولمرد، فام و همکاران، (۲۰۱۷) بر گزارش های رسیده از عوارض جانبی داشته اند نشان داده که تقریباً ۷۰ تا ۸۰ درصد علایم گزارش شده از طرف بیماران قابل استناد به اثرات دارو ها نیست. گزارش کلارک و لوارتون (۱۹۹۴) نشان داد تقریباً ۲۵ درصد بیمارانی که بصورت تصادفی انتخاب شده بودند و دارو نما (پلاسبو) دریافت می کردند عوارض جانبی گزارش نموده اند. جالب آنکه وقتی از افراد در مورد شکایت احتمال شان سوال می شد، شکایات آنها افزایش می یافت (بارسکی و همکاران، ۲۰۰۲). پتری و وسلی (۲۰۰۲)، پتری، سیورتنس، هایسینگ و همکاران (۲۰۰۱)، ریف و گلومبوسکی (۲۰۱۲)، نشان دادند که واژه نوسبو صرفاً به گزارش علایم طبی محدود نمی شود و می تواند هر نوع مواجهه ای با وسایل تکنولوژیک، عوامل محیطی، محرک هایی که مردم باور دارند مشکلاتی به همراه داشته یا اثرات منفی سلامت دارند را در بر بگیرد. برای مثال: روبین، هیلرت، نیتو هرناندز و همکاران (۲۰۱۱)،

در مطالعه خود نشان دادند که حساسیت نسبت به وسایل الکترونیکی از جمله استفاده از تلفن همراه یا وای فای از موارد اثرات نوسبویی می تواند محسوب گردد.

پتری و همکاران، (۲۰۱۹) در مقاله خود آورده اند که اثر نوسبو تاثیر عمده ای بر مداخلات بالینی دارد ولی در مقایسه با اثر پلاسبو مورد مطالعه کمتری قرار گرفته و نسبتاً ناشناخته است. توجه به این موضوع و پیامدهای آن از مسائل جدید در حیطه دانش روان شناسی بالینی به شمار می رود. پژوهش های قبلی نشان داده است که اثرات نوسبویی می توانند بخش قابل توجهی از افت نتایج درمان اعم از دارویی و روان درمانی را تبیین نمایند. با توجه به جدید بودن حوزه پژوهشی مربوط به اثر نوسبو مطالعات نسبتاً اندکی (شلدوفسکی، اینک، ریف و همکاران، ۲۰۱۵) در این راستا انجام گرفته است، با این وجود به نظر می رسد بررسی افزون تر جنبه های روان شناختی و محیطی در ایجاد پدیده نوسبو ضروری باشد. از سویی مطالعه اثر نوسبو، روش و سنجه های لازم برای ارزیابی آن نیز از موضوعات حائز اهمیت به شمار می رود. مطالعه حاضر با رویکرد روش شناختی برآنست تا مروری بر جنبه های روش شناسانه رابطه ویژگی های شخصیتی، اضطراب، افسردگی، پریشانی روان شناختی، عوامل فشارزای زندگی در بروز اثر نوسبو در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر داشته باشد.

## روش

از حدود دو سال پیش از شروع مطالعه جلسات متعددی با حضور متخصصین حوزه های روان شناسی بالینی، روان پزشکی، فوق تخصص گوارش و پزشکی روان تنی با حضور متخصصین بین المللی در مرکز تحقیقات روان تنی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برگزار شده بود و اهمیت پرداختن به پدیده های پلاسبو و نوسبو به ویژه در بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارش مورد بحث و بررسی قرار گرفته بود. کد مصوبه اخلاقی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران IR.IAU.TMU.REC.1399.107 جهت اجرای مطالعه دریافت شد.

این مطالعه از نوع توصیفی، تحلیلی، مقطعی، همبستگی<sup>۱</sup> بود. در بخش تحلیلی مطالعه از داده های موجود در بانک داده های مطالعه جامع سپاهان<sup>۲</sup> (SEPAHAN) استفاده گردید. لازم به ذکر است، طرح پژوهشی سپاهان (بررسی جنبه های اپیدمیولوژیک اختلال عملکرد گوارش و ارتباط آن با سبک زندگی و عوامل روان شناختی) یک مطالعه توصیفی-تحلیلی مقطعی است در سال ۲۰۱۰ در دانشگاه

1. Correlational-Cross-Sectional

2. Study on the Epidemiology of Psychiatric Health and Nutrition

علوم پزشکی اصفهان به منظور بررسی جنبه های اپیدمیولوژیک اختلالات عملکردی گوارش و ارتباط آن با سبک زندگی و عوامل روان شناختی روی ۱۰۵۰۰ کارمند غیر هیات علمی و منفک از بخش درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی استان اصفهان انجام شده است. نمونه بررسی شده آن مطالعه، کارمندان شاغل در ۵۰ مرکز مختلف در سطح استان اصفهان بوده اند که عموماً در بیمارستان ها، پردیس دانشگاه و مراکز بهداشتی مشغول به کار بودند و هیچکدام به سرویس بهداشت و سلامت تعلق نداشتند.

مطالعه سپاهان در دو مرحله به اجرا درآمده است. در مرحله اول پرسش نامه اطلاعات جمعیت شناختی، عملکرد تغذیه ای، رفتارهای جستجوی سلامت و دریافت غذایی و در مرحله دوم با فاصله سه الی چهار هفته پرسشنامه های مربوط به بیماری های گوارشی و روان تنی، ویژگی های شخصیتی، و فشار های روانی از شرکت کنندگان پرسیده شده است. با استفاده از کد ملی تعداد ۴۷۶۳ پرسشنامه تکمیل شده کامل هر دو مرحله بدست آمده است.

با توجه به داده های موجود در بانک اطلاعات سپاهان پرسشنامه های زیر در مطالعه حاضر استفاده گردید که شامل پرسشنامه جمع آوری اطلاعات جمعیت شناختی و سوابق طبی؛ پرسشنامه ویژگی های شخصیتی پنج عاملی<sup>۱</sup> (NEO-FFI)؛ مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی<sup>۲</sup> (HADS)؛ پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۳</sup> (GHQ-12)، پرسشنامه رویدادهای استرس زای زندگی<sup>۴</sup> (SLE)؛ پرسشنامه بررسی نشانه های اختلال عملکردی گوارش<sup>۵</sup> بر اساس ROM-III؛ و پرسشنامه تغذیه<sup>۶</sup> DS-FFQ بود.

در مطالعه حاضر از داده های نهایی ۴۷۶۳ نفر از مطالعه جامع سپاهان شامل زنان و مردان بین سنین ۱۸ تا ۶۵ سال با تحصیلات کلاس هشتم یا سیکل استفاده شده است. از کل جمعیت مورد مطالعه و نتایج پرسشنامه بررسی نشانه های اختلال عملکردی گوارش بر اساس Rome III، افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر جدا شدند و با توجه به تعریف عملیاتی محقق ساخته از پدیده نوسو (بر اساس پرسشنامه DS-FFQ) افرادی از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر که دارای علائم نوسو بودند با سایر بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر که فاقد علائم نوسو بودند مورد مطالعه قرار گرفتند.

- 
1. NEO Five Factor Inventory
  2. Hospital Anxiety and Depression Scale
  3. General Health Questionnaire
  4. Stressful Life Event questionnaire
  5. A questionnaire to investigate symptoms of FGIDs
  6. Dish based Semi-Quantitative Food Frequency Questionnaire

به منظور تجزیه و تحلیل داده های مطالعه از میانگین، انحراف معیار، تحلیل واریانس ANOVA، آزمون Chi-Square، رگرسیون لجستیک باینری و نسبت شانس (OR) با بکارگیری نرم افزار SPSS-22 استفاده شد.

### یافته ها

در مرحله اول پژوهش، داده های جمعیت مورد مطالعه ۴۷۶۳ نفری بر اساس نتایج پرسشنامه بررسی نشانه های اختلال عملکردی گوارش مبتنی بر Rome III در طرح جامع سپاهان، در حجم نمونه ۷۴۸ نفری، کمتر از ۲۰ درصد (۷۴۸ نفر) مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بودند که بر اساس ملاک های ورود و خروج از مطالعه، ملاک های تشخیصی سندرم روده تحریک پذیر را داشتند انتخاب شدند. در مرحله دوم، افراد دارای تشخیص سندرم روده تحریک پذیر (۷۴۸ نفر)، بر اساس پرسشنامه DS-FFQ، پرسشنامه ای که جهت ارزیابی دریافت رژیم غذایی و به طور خاص برای بزرگسالان ایرانی طراحی و اعتبار سنجی شده بود و بر اساس تعریف عملیاتی پدیده نوسو (محقق ساخته) بیماران دارای سندرم روده تحریک پذیر به دو گروه افراد دارای پدیده نوسو (۱۶۵ نفر) و گروه فاقد پدیده نوسو (۵۸۴ نفر) تقسیم شدند.

در پرسشنامه تغذیه DS-FFQ با ۱۰۶ نوع غذا از آزمودنی ها پرسیده شده است که چه احساس یا تجربه ای نسبت به خوردن این غذا دارند که شامل: مشکلی ندارم؛ دوست ندارم؛ نفخ می کنم؛ اسهال می گیرم، ترش می کنم یا معده ام می سوزد است. در مطالعه حاضر اگر دلیل نخوردن غذا توسط فرد یکی از چند مورد نفخ، اسهال، ترش کردن یا سوزش معده بود برای فرد نمره ای جهت دارا بودن احتمالی پدیده نوسو مثبت در مورد آن غذا در نظر گرفته شد، و به آن غذا یک نمره داده شد، در غیر اینصورت نمره صفر می گرفت. نمره های همه اقلام غذایی برای یک نفر جمع زده شد (بین صفر تا ۱۰۶)، در نهایت فردی که نمره ۸ یا بالاتر دریافت می کرد، فردی با پدیده نوسو در نظر گرفته شد. به عبارتی حساسیت به چند ماده یا عدم تحمل چند غذا به گونه ای که به بیش از ۹۵ درصد غذا ها واکنش نامطلوب نشان داده باشند به عنوان گروه دارای پدیده نوسو تلقی شده اند. به عبارتی حساسیت به غذاهایی دارند که اکثر بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر با آنها مشکلی ندارند. به طور کلی، با توجه به نتایج پرسشنامه تغذیه DS-FFQ و دریافت غذایی افرادی که دارای حساسیت به چند ماده یا عدم تحمل چند غذا یا واکنش های ناخواسته و غیر قابل پیش بینی پس از دریافت غذا

-آن گونه که ذکر شد باشد-، به عنوان گروه دارای پدیده نوسبو تلقی شدند. در مطالعه حاضر دو گروه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر دارای اثر نوسبو و گروه فاقد اثر نوسبو از نظر ویژگی های شخصیتی شامل: روان رنجور خویی، برون گرایی، باز بودن به تجارب، توافق پذیری و وجدانی بودن و نیز علایم افسردگی و اضطراب و همینطور پریشانی روان شناختی و نیز فراوانی رویدادهای فشار زا و ادراک فرد از رویدادهای فشارزا مورد مقایسه قرار گرفتند. بعلاوه دو گروه بیماران دارای اثر نوسبو و فاقد آن از لحاظ ویژگی های جمعیت شناختی نیز که شامل سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تاهل، شاخص توده بدنی BMI، میزان فعالیت فیزیکی، اضافه وزن یا چاقی، مصرف فعلی سیگار، بُعد خانواده، دارا بودن منزل مسکونی، مصرف داروهای ضد افسردگی، مصرف مکمل های ویتامینی و بیماریهای زمینه ای مزمن بود مقایسه شدند.

### بحث و نتیجه گیری

پاسخ های نوسبو (نقطه مقابل پلاسبو) یکی از مهمترین عواملی است که می تواند تابلوی بیماری، فرایند تشخیص و تشخیص افتراقی و نیز مداخلات درمانی را در بیماران جسمی و روانی به ویژه بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارش با مشکلات پیچیده ای همراه سازد. این واکنش ها می تواند شامل: عدم پیروی درمانی، عدم تحمل درمان، واکنش های غیر قابل پیش بینی به مواد غذایی، مداخلات درمانی دارویی-رواندرمانی و یا نشانه های غیر قابل توضیح طبی را ایجاد نموده و تابلوی بالینی، سیر بیماری و پاسخ درمانی را با پیچیدگی و مشکلات فراوانی مواجه سازد. از اینرو، مطالعه حاضر مروری بر روش شناسی پرداختن به این پدیده مختل کننده تشخیصی و درمانی داشته است. مطالعه حاضر با در نظر گرفتن مفهوم پدیده نوسبو روشی را برای سنجش اثر نوسبو پیشنهاد کرد و آنرا به بوته پژوهش سپرد و بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر را دارای پدیده نوسبو بودند با همان بیماران بدون پدیده نوسبو، از جهت ویژگی های شخصیتی (روان رنجورخویی، برون گرایی، باز بودن به تجارب، توافق پذیری و وجدانی بودن) و نیز افسردگی، اضطراب، پریشانی روان شناختی و رویدادهای فشارزا چه از نظر فراوانی فشار و چه ادراک از فشار مورد مقایسه قرار داد. به نظر می رسد از نقاط قوت مطالعه حاضر، ارایه مدلی برای سنجش اثر نوسبو بر اساس پرسشنامه دریافت غذایی باشد. از سویی، پدیده نوسبو یکی از مباحث مهم و جدید در مطالعات بالینی به حساب می آید و تعداد مقالات مربوط به آن در مقایسه با سایر موضوعات بالینی بسیار اندک بوده و تعریف دقیق و ارزیابی های مشخص بسیار کمی در ادبیات پژوهشی مربوط به نوسبو موجود است. ماهیت پدیده نوسبو

احتمالاً می تواند انجام مطالعه را در بیماران واجد آن تحت شعاع قرار دهد و نیز کار با بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر با ویژگی هایی نظیر الکسی تایمیا، و علی الخصوص دارندگان پدیده نوسبو می تواند با چالش های فراوانی روبرو باشد.

## References

- Adibi P, Keshteli AH, Esmailzadeh A, Afshar H, Roohafza H, Bagherian-Sararoudi R, et al. (2012). The study on the epidemiology of psychological, alimentary health and nutrition (SEPAHAN): Overview of methodology. *J Res Med Sci*, 17(Spec 2): S291-S297.
- AlButaysh OF, AlQuraini AA, Almukhaitah AA, Alahmadi YM, Alharbi FS. (2020). Epidemiology of irritable bowel syndrome and its associated factors in Saudi undergraduate students. *Saudi J Gastroenterol*; 26:89-93.
- Barsky AJ, Saintfort R, Rogers MP, Borus FJ. (2002). Nonspecific medication side effects and the nocebo phenomenon. *JAMA* 287:622-27
- Bingel U, Wanigasekera V, Wiech K, et al. (2011). The effect of treatment expectation on drug efficacy: imaging the analgesic benefit of the opioid remifentanyl. *Sci Transl Med*. 3(70): 70ra14.
- Brandt LJ, Chey WD, Foxx-Orenstein AE, Schiller LR, Schoenfeld PS, Spiegel BM, Talley NJ, Quigley EM. (2009). An evidencebased position statement on the management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 104 Suppl 1: S1-S5
- Clark PI, Leaverton PE. (1994). Scientific and ethical issues in the use of the placebo control in clinical trials. *Annu. Rev. Public Health* 15:19-38
- Colloca L, Benedetti F (2005). Placebos and painkillers: is mind as real as matter? *Nat Rev Neurosci* 6: 545-552.
- Cuellar-Flores, I., Sánchez-López, M. P., Limiñana-Gras, R. M., & Colodro-Conde, L. (2014). The GHQ-12 for the assessment of psychological distress of family caregivers. *Behavioral Medicine*, 40(2), 65-70.
- Doustmohammadian, A., Amini, M., Esmailzadeh, A., Omidvar, N., Abtahi, M., Dadkhah-Piraghaj, M., ... & Neyestani, T. R. (2020). Validity and reliability of a dish-based semi-quantitative food frequency questionnaire for assessment of energy and nutrient intake among Iranian adults. *BMC research notes*, 13(1), 1-7.
- Esmailzadeh A, Barak F, Adibi P, Azadbakht L, Keshteli AH Fallahi E, et al. (2010). *Adherence to DASH diet in relation to obesity among Iranian female nurses*. [MSc Thesis]. Isfahan: Nutrition, Food Security Research Center, Isfahan University of Medical Sciences
- Flik CE, Bakker L, Laan W, van Rood YR, Smout AJPM, de Wit NJ. (2017). Systematic review: The placebo effect of psychological interventions in the treatment of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol*. 23(12): 2223-2233
- Guthrie E, Thompson D. (2002). Abdominal pain and functional gastrointestinal disorders. *BMJ*, 325: 701-703 [PMID:12351366]
- Häuser W, Hansen E, Enck P. (2012). Nocebo phenomena in medicine: their relevance in everyday clinical practice. *Dtsch Arztebl Int*. 109:459.
- Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. (2013). Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Front. Pharmacol*. 4:91.
- Kennedy WP. (1961). The nocebo reaction. *Med. World*. 95:203-5.
- Kessner S, Wiech K, Forkmann K, Ploner M, Bingel U. (2013). The effect of treatment history on therapeutic outcome: an experimental approach. *JAMA Intern. Med*. 173:1468-69
- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. (2006). Functional bowel disorders. *Gastroenterology*; 130(5): 1480-91.
- Mahr A, Golmard C, Pham E, Iordache L, Deville L, Faure P. (2017). Types, frequencies, and burden of nonspecific adverse events of drugs: analysis of randomized placebo-controlled clinical trials. *Pharmacoevidemol. Drug Saf*. 26:731-41.
- Namjoo, S., Shaghghi, A., Sarbaksh, P., Allahverdipour, H., & Pakpour, A. H. (2017). Psychometric properties of the General Health Questionnaire (GHQ-12) to be applied for the Iranian elder population. *Aging & mental health*, 21(10), 1047-1051.
- Nasiri-Dehsorkhi, H., Vaziri, S., Esmailzadeh, A., & Adibi, P. (2023). Psychological distress, perceived stress and nocebo effect (multifood adverse reaction) in irritable bowel syndrome patients. *Journal of Education and Health Promotion*, 12(1), 257.

- Petrie Keith J., Rief Winfried. (2019). Psychobiological Mechanisms of Placebo and Nocebo Effects: Pathways to Improve Treatments and Reduce Side Effects, *Annu. Rev. Psychol.* 70:12.1–12.27
- Petrie KJ, Sivertsen B, Hysing M, Broadbent E, Moss-Morris R, et al. (2001). Thoroughly modern worries: the relationship of worries about modernity to reported symptoms, health, and medical care utilization. *J. Psychosom. Res.* 51:395–401.
- Petrie KJ, Wessely S. (2002). Modern worries, new technology, and medicine. *BMJ* 324:690–91
- Planes Sara, Villier Celine & Mallaret Michel. (2016). The nocebo effect of drugs. *Pharma Res Per*, 4(2), e00208, doi: 10.1002/prp2.208
- Quarero AO, Meineche-Schmidt V, Muris J, Rubin G, de Wit N. (2005). Bulking agents, antispasmodic and antidepressant medication for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* (2): CD003460
- Rief W, Glombiewski JA, Gollwitzer M, Schub'o A, Schwarting R, et al. (2015). Expectations as core features of mental disorders. *Curr. Opin. Psychiatry* 28:378–85.
- Rief W, Glombiewski JA. (2012). The hidden effects of blinded, placebo controlled randomized trials: an experimental investigation. *Pain* 153:2473–77
- Roohafza H, Feizi A, Afshar H, Mazaheri M, Behnamfar O, Hassanzadeh-Keshteli A, Adibi P. (2016). Path analysis of relationship among personality, perceived stress, coping, social support, and psychological outcomes. *World J Psychiatr* 22; 6(2): 248-256
- Roohafza H, Ramezani M, Sadeghi M, Shahnam M, Zolfagari B, Sarafzadegan N. (2011). Development and validation of the stressful life event questionnaire. *Int J Public Health*; 56(4): 441-448.
- Roohafza H, Talaei M, Pourmoghaddas Z, Rajabi F, Sadeghi M. (2012). Association of social support and coping strategies with acute coronary syndrome: A case-control study. *J Cardiol*; 59(2): 154-159.
- Rubin GJ, Hillert L, Nieto-Hernandez R, van Rongen E, Oftedal G. (2011). Do people with idiopathic environmental intolerance attributed to electromagnetic fields display physiological effects when exposed to electromagnetic fields? A systematic review of provocation studies. *Bioelectromagnetics* 32:593–609.
- Savas, L. S., White, D. L., Wieman, M., Daci, K., Fitzgerald, S., Laday Smith, S., ... & EL-SERAG, H. B. (2009). Irritable bowel syndrome and dyspepsia among women veterans: prevalence and association with psychological distress. *Alimentary pharmacology & ther*, 29(1), 115-125.
- Schedlowski, M., Enck, P., Rief, W., & Bingel, U. (2015). Neuro-bio-behavioral mechanisms of placebo and nocebo responses: implications for clinical trials and clinical practice. *Pharmacological reviews*, 67(3), 697-730.
- Spiller R, Aziz Q, Creed F, Emmanuel A, Houghton L, Hungin P, Jones R, Kumar D, Rubin G, Trudgill N, Whorwell P. (2007). Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut*, 56: 1770-1798
- Talley NJ, Boyce PM, Jones M. (1998). Is the association between irritable bowel syndrome and abuse explained by neuroticism? A population-based study. *Gut*, 42: 47-53





## طراحی و تدوین بسته مداخلات روان شناختی خانواده - محور مبتنی بر تجربه زیسته افراد مبتلا به سرطان

غلامعلی افروز<sup>۱</sup>، رضا پور حسین<sup>۲</sup>، فرح لطفی کاشانی<sup>۳</sup>

مداخلات خانواده محور بر این ایده استوارند که خانواده یک سیستم پویا است و بهبود تعاملات خانوادگی می تواند به بهبود سلامت روانی اعضا کمک کند. هدف پژوهش حاضر شناسایی تجارب زیسته زنان مبتلا به سرطان در رابطه با ابعاد ارتقا دهنده سلامت در خانواده، طراحی مداخله روان شناختی خانواده محور با تاکید بر عوامل ارتقا دهنده سلامت بود. بدین منظور طی یک پژوهش کیفی با رویکرد پدیدارشناسانه ۱۲ نفر از زنان مبتلا به سرطان در استیج دو و سه، ۲۵ تا ۶۵ ساله که طی ۶ تا ۱۲ ماه گذشته تشخیص سرطان گرفته بودند، به صورت هدفمند و بر اساس قاعده اشباع انتخاب و مورد مصاحبه نیمه ساختار یافته قرار گرفتند. تحلیل داده ها با روش کلازی به ۱۸ مضمون منجر شد که بر اساس آنها برنامه ۸ جلسه ای مداخله روان شناختی خانواده محور طراحی شد. روایی صوری این برنامه توسط ده داور متخصص مورد تایید قرار گرفت و روایی محتوایی آن از طریق ضریب نسبی محتوایی برابر با ضریب ۰/۸۱ به دست آمد که نشان دهنده اعتبار محتوایی بالا است.

**واژه های کلیدی:** تجربه زیسته زنان مبتلا به سرطان، مداخله روان شناختی خانواده محور، ابعاد ارتقا دهنده سلامت، کیفیت زندگی

### مقدمه

ماهیت بیماری سرطان به گونه ای است که علاوه بر تاثیر در جنبه های مختلف زندگی فرد مانند وضعیت روان شناختی، اجتماعی و جنسی (اکبری، لطفی کاشانی و وزیری، ۲۰۱۷)، فرد مبتلا را به واسطه پیامدهای درمان، تغذیه خاص، و انجام آزمایشات منظم، نیازمند مراقبت می کند. معمولاً این مراقبت از طرف اعضای خانواده صورت می گیرد و به همین دلیل است که درگیری خانواده با بیماری، انتظارات خانواده، اختلافات بین فرد مبتلا و خانواده، احساسات خانواده و فرد مبتلا، رابطه

۱. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسوول) lotfi.kashani@gmail.com

خانواده با پزشک و درک خانواده و بیمار از بیماری از عوامل موثر در فرایند درمان و نیز از چالش‌های مشترک افراد مبتلا و تیم درمان است (لین، اسمیت، فدر، بیکل و همکاران، ۲۰۱۸). حمایت‌های خانوادگی می‌توانند هم به خودی خود و هم از طریق حفظ عوامل مربوط به سبک زندگی نقش بسزایی در پاسخگویی بهتر به درمان و طول عمر فرد (نومن، مورفی، سیتارمو، ۲۰۲۱) و نیز توانایی مقابله او با بیماری (آقا، تارار، ۲۰۱۹) داشته باشند. خانواده برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن به علت پیچیده بودن شرایط این بیماری‌ها، خاص بودن شرایط درمانی و نیز لزوم پیگیری‌های منظم، به عنوان منبع حمایت کننده، از امتیازهای مهم در دوره تشخیص، درمان و بعد از درمان است (لاته - ناور، سیدلو، سان، لی و همکاران، ۲۰۱۸). بخصوص اینکه خانواده علاوه بر اینکه ارتباط دایم با فرد مبتلا دارد دارای ارزش‌ها و معیارهای فرهنگی یکسان بوده و با ویژگی‌های روان شناختی، جسمانی و شخصیتی فرد مبتلا آشنا است (رزلند، ۲۰۰۹). اعضای کلیدی خانواده مانند والدین و مراقبین با توجه به اینکه در موقعیت قابل اعتمادی برای خانواده قرار گرفته اند می‌توانند با یادگیری اصول کلیدی ارتقا سلامت خانواده به منابع ارزشمندی جهت ارتقا سلامت تبدیل شوند (بارنس، هانسون، نوویلا، مگنوسون و همکاران، ۲۰۲۰). البته مراقبت خانواده از فرد مبتلا به سرطان، نیازمند آگاهی و دانش کافی در این زمینه و نیز شناخت نیازمندی‌های فرد مبتلا است. بدون آگاهی از ماهیت بیماری و نیاز افراد مبتلا، مراقبت می‌تواند نه تنها بی‌فایده بلکه فشارزا نیز باشد. منابع حمایتی خانواده زمانی موثر خواهد بود که در راستای شناخت نیازهای فرد مبتلا و ارضای آن نیازها باشد.

علیرغم یافته‌های فوق مبتنی بر اهمیت آگاهی و نقش خانواده در ارتقا سلامت افراد مبتلا به سرطان، یک تعریف جهانی از خانواده و نیز مداخلات خانواده محور ارتقا دهنده سلامت وجود ندارد و در این رابطه با مدل‌های مفهومی محدودی از خانواده ارتقا دهنده سلامت روبرو هستیم (پلاتو و دیویسون، ۲۰۲۱). یک دلیل این محدودیت و نبودن مدل‌های مفهومی، وابسته بودن مدل‌های خانواده ارتقا دهنده سلامت به فرهنگ و قدرت شخصی خانواده است. اگرچه ثبات خانواده و نیز داشتن روابط و ارتباطات سالم درون خانواده و تشویق رفتارهای سالم از ویژگی‌های خانواده ارتقا دهنده سلامت به شمار می‌روند اما، هیچ توافقی در مورد اینکه این رفتارهای سالم چگونه باشد بین این مدل‌ها وجود ندارد. این امر دلالت بر تنوع فرهنگی در این حیطه و اهمیت این تنوع دارد. می‌توان اینگونه استدلال کرد که رفتارهای انسان و پیامدهای سلامتی را نمی‌توان بدون در نظر گرفتن زمینه یا بافتی که در آن رخ می‌دهد درک کرد. این پژوهش با توجه به همین امر و وابسته بودن شرایط خانواده ارتقا دهنده سلامت به فرهنگ و بافتی که بیماری در آن رخ می‌دهد صورت گرفته است. هدف پژوهش کسب

اطلاعات جهت شناخت نیازهای فرد مبتلا به سرطان در خانواده و طراحی یک مداخله روان شناختی خانواده محور مبتنی بر تجربه زیسته مبتلایان و در بستر فرهنگ ایرانی است که می تواند در راستای کمک به خانواده در ارایه مراقبت های متناسب با نیازهای فرد مبتلا، بهبود سبک زندگی وی و در نهایت بهبود بیماری بدون ایجاد احساسات متناقض و دو سو گرا موثر باشد.

## روش

این پژوهش، یک پژوهش کیفی از نوع پدیدار شناسی است. پدیدارشناسی به عنوان یک روش تحقیقاتی، به درک و توصیف تجربیات زیسته افراد می پردازد و به محققان این امکان را می دهد که از زاویه دید شرکت کنندگان به مسائل نگاه کنند. جامعه پژوهش شامل زنان مبتلا به سرطان تحت درمان، در استیج ۲ و ۳ با دامنه سنی ۲۵ تا ۶۵ سال بود. نمونه گیری به صورت هدفمند انجام و حجم نمونه بر اساس معیار اشباع داده ها تعیین شد. برای اطمینان بیشتر جهت اشباع داده ها دو نمونه دیگر اضافه شد و اطمینان حاصل شد که داده ها تکرار یافته های قبلی هستند. در نهایت با ۱۲ مشارکت کننده اقدام پژوهشی انجام گرفت. ملاک های ورود مشارکت کنندگان به پژوهش شامل، ابتلا به بیماری سرطان و تحت درمان با استیج ۲ و ۳، زندگی در محیط خانواده، ایرانی بودن، توانایی درک و صحبت به زبان فارسی، فقدان سابقه اختلالات روانی موثر در عملکرد فرد بر اساس مصاحبه بالینی یا عدم بستری در بخش های روان پزشکی و نبودن تحت سایر مداخلات روان شناختی و ملاک های عدم ورود نیز شامل عدم علاقه به شرکت در پژوهش و قرار گرفتن در مراحل پایانی سرطان بود.

بعد از اتخاذ کد اخلاق با مشخصه IR.UT.PSYEDU.REC.1401.006 و با توجه به اهمیت و ضرورت رعایت نکات اخلاقی بر اساس اصل راز داری و محرمانه بودن تمامی ارزیابی ها محرمانه باقی ماند و به جای نام تمامی شرکت کنندگان عدد اختصاص یافت. جهت جلوگیری از سو گیری شرکت کنندگان بدون اشاره مستقیم به هدف از مطالعه، به تمامی آنها گفته شد که در پژوهشی شرکت می کنند که هدف آن آموزش خانواده در رابطه با افراد مبتلا به سرطان است، روند پژوهش برایشان توضیح داده شد و پس از جلب رضایت آنها فرم رضایت آگاهانه از آنها دریافت شد. حق انصراف از پژوهش در هر مرحله ای که مایل بودند به شرکت کنندگان داده شد.

اطلاعات از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته چهره به چهره و در فضای خصوصی گردآوری شد. مصاحبه ها با یک گفتگوی صمیمانه آغاز شده و بر اساس محورهای کلی از پیش تعیین شده پیش رفت. سوالات مصاحبه شامل انتظارات افراد مبتلا به سرطان از خانواده در رابطه با ابعاد ارتقاء دهنده

سلامت شامل تغذیه، ورزش، مسوولیت پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، حمایت بین فردی و خود شکوفایی (واکر، سگریست و پندر، ۱۹۸۷) بود.

### یافته ها

همانطور که در جدول ۱-۴ مشاهده می شود ۴۲ درصد شرکت کنندگان مجرد ۵۰ درصد متأهل و هشت درصد مطلقه، ۱۷ درصد دارای فوق لیسانس ۱۷ درصد لیسانس، ۲۵ درصد فوق دیپلم و ۲۵ درصد دیپلم و هشت درصد نیز سیکل بودند. در مجموع ۶۷ درصد شرکت کنندگان شاغل و ۳۳ درصد آنها خانه دار، ۲۵ درصد دارای وضعیت اقتصادی بالا، ۵۸ درصد متوسط و ۱۷ درصد شرکت کنندگان وضعیت اقتصادی ضعیف داشتند.

جدول ۱. ویژگی و ابعاد ویژگی های مشارکت کنندگان

| وضعیت تاهل |         | وضعیت اقتصادی |         | وضعیت شغلی |         | وضعیت خانگی |         |
|------------|---------|---------------|---------|------------|---------|-------------|---------|
| درصد       | فراوانی | درصد          | فراوانی | درصد       | فراوانی | درصد        | فراوانی |
| ۵          | ۴۲      | ۳             | ۲۵      | ۸          | ۶۷      | ۲           | ۳۳      |
| ۶          | ۵۰      | ۳             | ۲۵      | ۷          | ۵۸      | ۴           | ۳۳      |
| ۱          | ۸       | ۳             | ۲۵      | ۱          | ۸       | ۴           | ۳۳      |
| ۳          | ۲۵      | ۳             | ۲۵      | ۱          | ۸       | ۴           | ۳۳      |
| ۳          | ۲۵      | ۳             | ۲۵      | ۱          | ۸       | ۴           | ۳۳      |
| ۳          | ۲۵      | ۳             | ۲۵      | ۱          | ۸       | ۴           | ۳۳      |
| ۳          | ۲۵      | ۳             | ۲۵      | ۱          | ۸       | ۴           | ۳۳      |
| ۳          | ۲۵      | ۳             | ۲۵      | ۱          | ۸       | ۴           | ۳۳      |
| ۳          | ۲۵      | ۳             | ۲۵      | ۱          | ۸       | ۴           | ۳۳      |

با توجه به هدف پژوهش، جهت تحلیل داده های کیفی به دست آمده از مصاحبه نیمه ساختار یافته از روش کلایزی (۱۹۷۸) استفاده شد. بدین صورت که ابتدا متن مصاحبه ضبط شده ی شرکت کنندگان به طور مکرر گوش داده و اظهاراتشان کلمه به کلمه در نرم افزار MAXQDA به نگارش در آمد. سپس هر متن مصاحبه جهت درک احساس و تجارب شرکت کنندگان چندین بار توسط پژوهشگر خوانده شد. عبارات یا جملات مهم که به طور مستقیم به تجارب زیسته فرد مبتلا به سرطان در رابطه با خانواده مرتبط می شد، استخراج شد و از آنها، معانی صورت بندی شدند و در چارچوب مضامین مورد نظر مورد بررسی و کد گذاری قرار گرفتند. سپس تمامی عبارات و مفاهیم (کدهای) اختصاص داده

شده به آنها توسط سه فرد متخصص و صاحب نظر در مورد پدیده مورد مطالعه تحت ارزیابی و بازبینی قرار گرفت. نتیجه بررسی، باقی ماندن ۷۳ کد اولیه، تغییر نام ۴ کد اولیه و حذف یک مضمون بود. در گام بعد و بعد از توافق صاحب نظران در مورد تمامی مفاهیم و کدهای اختصاص داده شده، مفاهیم در قالب دسته هایی طبقه بندی شدند. سپس دسته هایی که منعکس کننده دیدگاهی خاص هستند با هم ادغام شده و مضامین اصلی استخراج شدند. این مضامین مجدداً توسط سه صاحب نظر از لحاظ ارتباط بین مفاهیم و مضامین استخراج شده مورد بررسی قرار گرفتند و این اطمینان حاصل شد که بین تدوین معانی و دسته های موضوعی ارتباط وجود دارد. در نهایت داده ها در ۱۸ مضمون زیر طبقه بندی شدند.

### ایجاد فضای شاد

بیماری سرطان با احساس تهدید و درد و رنج، ابهام از آینده و ترس از عود همراه است. فرایند درمان وقت گیر و طولانی است و خانواده برای مدت نسبتاً طولانی در گیر محیط پزشکی و مراقبت های پزشکی می شوند. بنابراین فرد مبتلا با دوره ای از غم و اندوه، اضطراب و افسردگی مواجه می شود. گاهی اطرافیان نیز جهت همدردی با فرد مبتلا یا به طور مستقل این غم و اندوه و آشفتگی را تجربه می کنند. یافته های این پژوهش نشان داد افراد مبتلا بیش از پیش خود را نیازمند محیط شادتر و به دور از فضای بیماری می بینند و کمک به تجربه شادمانی را یکی از عوامل موثر در ارتقا سلامت خود به شمار می آورند.

... او نقدر خندیدم و اونقدر برام نشاط داشت، خیلی مهمه ها، خیلی مهمه این نشاطه برای ما، یه چیز ساده شاید بنظر بیاد ولی برای ما خیلی مهمه، چون نزدیک یکسال و خورده ای همش توی غم و اندوه و درد و بیماری بودیم دوست داریم که اون نشاطه رو همیشه داشته باشیم...

... می تونه حتی، حتی این باشه که تو ماشین بیمار رو بشونن برن یه دوری بزنی یا برون توی پارکی، فضای بازی، طبیعتی یه جایی مثلاً ناهارشون رو ببرن اونجا بخورن و بنظر من اگر یه فضایی ایجاد بشه که مریض احساس افتادگی نکنه ...

... اگر شرایطش رو دارن تا می تونن مسافرت برن و بیمار رو از این فضای بقول معروف بیماری دور کنن. بهش نشون بدن که اتفاق خاصی نیوفتاده و این یه بخشی، یه پروسه ی کوچکی از زندگی تو هست که باید بگذره، سخته و بالاخره تموم میشه و بیمار غرق در اون مرحله نشه و تو اون مرحله نمونه و فکر کنه زندگیش یه زندگی عادی و خوب و پرانرژی...

## عدم پنهان کاری

تمایل خانواده به دور کردن استرس از فرد مبتلا می تواند موجب پنهان کردن رویدادهای ناخوشایند در خانواده یا اطرافیان شود. این امر موجب می شود که فرد مبتلا نسبت به امن بودن شرایط تردید کرده و احساس کند در جریان اتفاقات خانوادگی قرار نمی گیرد. این شرایط در فرد مبتلا احساس بی اعتمادی ایجاد می کند، در عین حال که ضعیف بودن یا متفاوت از یک فرد عادی بودن را به او القا می کند، فردی که توان مقابله با مشکلات زندگی را ندارد.

... از خانوادم خواستم گفتم از من چیزی رو قایم نکنین، خانواده می تونه نگه، مثلاً به چیزایی رو تنش نده اتفاقای دور و ور رو زیاد بازگو نکنن اخبار نذارن زیاد گوش کنه مثلاً، ولی بنظر من میگم من چون دوست دارم عادی زندگی کنم دوست ندارم چیزی رو از من پنهون کنن، دوست دارم منم با اونا باشم استرس کوتاه مدت میگیره ولی میگم آهان منم قوی ام به منم گفتنا، نگفتن این ضعیفه این بیماره این میمیره اگر بگیم، این حسه خیلی بدتره بنظر من اگر چیزی هست اون بیمارم بنظر من باید در جریان باشه، تو خانواده باشه...

... صداقت باشه، باور باشه باور...

... بهم خیلی دروغ گفتن بخاطر این بیماری، شوهرم دو روز تو بازداشتگاه بود من بعد از اون فهمیدم... تا این حد داغون شدم بدهی داشتیم به خانوادم، به من نگفته بود من بعد از اون متوجه شدم، بیماری من عود کرد انقدر که این فشار عصبی روم بود که چرا به من گفته نشه، بنظر من عادی برخورد کنن، اصلاً زندگی رو عادی برگزار کنن، همه چیش عادی میشه ولی به سری چیزا رو هی محدود میکنن، بیماری هم انگار تشدید میشه، مثلاً وای بهش نکینا، وای مریم نفهمه ها وای مریم اینجوری میشه ها، وقتی به همدیگه چشم و ابرو میان توی جمع، میگم وای خدایا چی شده چرا اینجوری میکنن؟ چرا اینکارو میکنن؟ ...

## دادن مسوولیت و ایجاد احساس ارزشمندی در فرد مبتلا

فرایند درمان سرطان به گونه ای است که فرد مبتلا را نیازمند مراقبت می کند. این امر موجب ایجاد حس وابستگی، ترس از بی مصرف شدن و از دست دادن استقلال در فرد می شود. این در حالی است که در تمام طول بیماری و درمان فرد معمولاً غیر از چند روز ابتدای درمان می تواند برخی از کارهای روزمره را انجام داده و حتی در برخی از موارد بسته به شرایط بیماری، مسوولیت های گذشته خود را داشته باشد. یادآوری توانمندی ها، درگیر کردن فرد مبتلا به انجام کارهایی که در حد توانش است

می تواند مانع از احساس بی مصرف شدن او شده و احساس ارزشمندی، قدرت و رضایت از خودش را حفظ نماید.

... مامان من همین که میاد حالم خوبه ها، یه متکا میندازه بخواب، و این حال من رو بد میکنه درحالیکه می تونم بایستم، می تونم راه برم، چرا مادرم همش فکر میکنه که باید بخوابم، باید درازکش باشم، ... نیاز به خیلی خواب و استراحتم نیست، نیاز به مراقبت بیش از حد هم نیست...

... به نظر من، کارهایی که مخصوصا قبلا توش هنر داشته و حالا تواناییشو داره رو باید توشون زنده کنن، باید براشون یادآوری کنن که یادت بیاد تو مثلا چجوری خیاطی میکردی، کارات چقد خوب بود. چجوری گلدوزی می کردی، میدونی یه ذره احساس کنه که آره چی بوده و هنوزم می تونه و هنوزم مثلا استفاده داره...

... اوایل بیماری یکم باید کمکش بکنیم که از اون شرایط در بیاد بعد کم کم که دیدیم یکم می تونه روی پا وایسه مسوولیت بهش بدیم...

... اگر مستقل باشم دوباره مثل گذشته این احساس رضایت رو از خودم دارم ...

### شناخت و آمادگی خانواده برای پیامدهای روانی و جسمانی درمان

تجربه زیسته فرد مبتلا در فرایند بیماری شامل تجربه های خاصی است که می تواند رد کننده حمایت و رسیدگی دیگران باشد. مانند عدم تمایل به ملاقات با افراد خاص، عدم تمایل به داشتن تغذیه سالم و کافی، عدم تمایل به تبعیت از درمان، احساس خشم، تحریک پذیری، احساس غم و بی حوصلگی، پر توقع شدن، احساس ناتوانی در برآورده کردن انتظارات اجتماعی و غیره. این امر می تواند موجب شود مراقبین و خانواده نسبت به رسیدگی های خود دلسرد شده و تغییر رفتار دهند. آشنایی با پیامدهای روانی و جسمانی روش های درمانی می تواند کمک کند تا خانواده حمایت های اجتماعی خود را که بسیار هم در پاسخدهی به درمان بیمار موثر است حفظ نماید.

... اولاً که باید در برابر اشخاصی که بیمار میشن صبور باشن، به شدت باید صبور باشن. مثلاً توی غذا درست کردن اول از لحاظ روانی بیمار رو تامین کنن، آروم کنن و زود از کوره در نرن اگر بیمار میلی به خوردن نداره...

... ما اخلاقمون، فکرمون دست خودمون نیست این داروها را که میزنن کلاً همه چی را از ما میگیره، مغزمون، اخلاقمون، اون آدمی که سابق بودیم نیستیم، یجورایی میخوایم با عصبانیت خودمون رو تخلیه کنیم...

... اون موقع ها یادم میاد به شدت عصبی میشدم، یعنی داد میزدم سر خواهرم، با اینکه رفتار من نادرست بود رفتار من خیلی چیزای اشتباه بود ولی میگفتن حرف حرف تو، میدونستن دیگه بخاطر داروهاست عصبی میشم...

### حمایت و همراهی

اقدامات پزشکی در درمان سرطان پیامدهای ناتوان کننده دارد. برای بیمار بسیار مشکل است به تنهایی بتواند این فرایند را بگذراند. جراحی، شیمی درمانی و رادیو تراپی و عوارض آنها بخصوص در ابتدای گرفتن درمان فرد را نیازمند مراقبت می کند. رفت و آمد به بیمارستان یا مراکز درمانی، هزینه بالای درمان و پیامدهای روان شناختی ابتلا به این بیماری و درمان آن مانند ترس از مرگ و ناتوانی، اضطراب، احساس افسردگی مواردی است که حمایت و همراهی فرد مبتلا را می طلبد.

... بعدش که میرم خونه نیاز دارم بهشون... چند روز حالم خیلی بد میشه من نزدیک ۱۰ روز کلا رو صورت میخوابم، تب شدید، دردی وحشتناک، بی حالی، نیاز دارم کسی کمکم کنه ولی تا بفهمم قوت تو پامه دیگه اجازه کمک به کسی رو نمیدم ...

... اونا باید سکوت کنن، تو دوران بیماری و بعد از بیماری و همه اینا خانواده باید سکوت کنه و فقط همراهی کنه، چون نمیدونه طرف مقابل داره چی میکشه، نمیدونه طرف مقابل داره چه چیز عظیمی رو تحمل میکنه ...

... بودن خانواده کنار آدم، اینکه میدونی یکی هست ازت حمایت کنه اون مهم ترین چیزه که هستش ...

### دور کردن استرس از فرد مبتلا

با توجه به رابطه و تعامل جسم و روان فشارهای روانی می توانند عامل مهمی در سلامتی افراد مبتلا و پاسخگویی آنها به درمان باشد. این امر در حالی است که خود بیماری سرطان به عنوان یک بیماری تهدید کننده زندگی و درمان دشوار با پیامدهای جسمانی و روانی متعدد منبع مهمی از استرس برای خانواده است. فشار اقتصادی، دشواری مراقبت از فرد مبتلا و تغییر در زندگی روزمره اعضای خانواده و فشار روانی ناشی از ابتلا یک عضو خانواده به بیماری سرطان می تواند زمینه وجود استرس و افکار



منفی را فراهم نماید. تجربه زیسته افراد مبتلا گویای نیاز جدی آنها به فضای آرام و عاری از استرس است.

... یعنی فقط آرامش دادن مهمه فقط اون بخشی که همراه هستند برای انتقال آرامش ...  
... برای شیمی درمانی میرفتم ... گاهی اوقات مادرم باهام میومد ولی با یه استرس زیاد، تو وقتی نگاش میکنی میبینی صورتش سراسر نگرانی و استرس، ناخودآگاه به من یه حس بد می داد، به من یه حس عدم راحتی، عدم داشتن آرامش رو منتقل می کرد، در صورتیکه برعکسش با پدرم که میرفتم اصلا احساس نمی کردم دارم زمانی رو از اون اشغال میکنم یا از اینکه توی این محیط قرار گرفته ناراحته یا حتی شنیده بودم بارها میگفتش که مثلا من الان تمام تلفن هایی که این مدت نزده بودم رو زدم...  
... بیمارستان خیلی مادر من میومد پیش من اما خیلی نگران بود ... اینجوری می تونم بگم که اون استرس رو خانواده نباید داشته باشن، البته دست خودشون نیست، ناگزیرن، ولی اون استرس را ناخودآگاه منتقل میکنن به حال من یا هر بیماری که هست، اون خیلی اذیت کننده است ...

### استفاده از باورهای معنوی فرد مبتلا

باورهای معنوی انسان یکی از عوامل مهم در گذر از دشواری ها و سخت رویی است. در بسیاری از موارد بیماری سرطان مانند هر ترومای دیگری می تواند موجب رشد پس از تروما و ایجاد تغییرات مثبت در دیدگاه و ویژگی های فرد مبتلا شود. این تغییرات به دشواری های بیماری معنی داده و فرد مبتلا آن را موجب رشد خود می پندارد. علاوه بر این، باور به یک نیروی برتر می تواند موجب شود فرد مبتلا سختی ها را نوعی حکمت به شمار آورده و در این تجربه سخت به دنبال جنبه های مثبت آن باشد. توکل به این نیروی برتر به فرد امید به درمان داده و ترس از مرگ را که از پیامدهای ابتلا به بیماری سرطان است کاهش دهد.

... آرامش و ریلکس بودن، توکل به خدا کردن، صحبت کردن از بزرگان، قوی بودن دیگران... از پیامدهای بیماری بود.

...به من می گفت تو خیلی قوی ای تو فرق میکنی با همه، تو بنده خاص خدایی این حرف می تونه معجزه کنه برای بیمار، تو بنده ی خاص خدایی خدا گلچین میکنه بنده های خاصش رو، و از جوشون به امتحان میکشه... اینا می تونه امید بده به یک بیمار، اینا می تونه از اون استرس و تنش کم کنه ... بعد مثبتش رو میاد خانواده بهت میگن، میگی آها من انسان بدی نیستم، خیلیم اتفاقا خوبم که خدا من رو برگزیده برای یه همچین امتحان بزرگی...

... دست از خدا سبب از دکتر میاد ...

### نداشتن توصیه های غیر تخصصی

با توجه به تفاوت های فردی جسمانی و روانی می توان گفت بیماری سرطان و نحوه پاسخدهی به آن برای هر فردی منحصر به فرد و متمایز است. یکی از مشکلات افراد مبتلا به سرطان در میان گذاشتن تجربیات و آموخته های خودشان با دیگر افراد مبتلا است. علاوه بر این، بودن در گروه های مجازی نه تنها افراد مبتلا بلکه خانواده های آنان را نیز در معرض اطلاعات غیر تخصصی قرار می دهد. این توصیه های غیر تخصصی می تواند موجب سردرگمی بیمار در تبعیت از درمان و حتی تردید نسبت به پزشک یا اقدامات پزشکی شود.

... مثلاً یکی به سیر اصلاً حساسه، حالا میگن این سیر خوبه و توی اینستاگرام و فضای مجازی ازش زیاد اسم میرن، اصلاً عین شکنجه می مونه، خب این شکنجه حتماً از لحاظ روانی آنقدر که ضرر میزنه دیگه خوردن سیر اثری نداره، در برابر این شکنجه خاصیت سیر آنقدر نیست ...  
... گاهی مادر من اصرار میکرد آب هویج، آب هویج، آب هویج، حالا بعداً من رفتم مقاله خوندم که اصلاً آب هویج ضرر داره و اصلاً برای شیمی درمانی خوب نیست به علت قندی که داره ...

### همدلی

تجربه ابتلا به سرطان مانند هر تجربه تروماتیک دیگری تجربه ای خاص است. نیازهای بیماران مبتلا به سرطان با توجه به ویژگی های جسمانی و روانی متفاوت از فردی به فرد دیگر متفاوت است. در مقابل مراقبین و خانواده نیز با دیدگاه و احساسات خاص خودشان با این بیماری مواجه می شوند. این تفاوت دیدگاه بین بیمار و خانواده می تواند منبع تعارض و تنش برای بیمار و همچنین خانواده باشد. تلاش جهت شناخت نیازهای بیمار و مطابق با آن نیازها رفتار کردن، داشتن روابط صمیمانه و ایجاد فرصت برای در میان گذاشتن احساسات با یکدیگر، دیدن از دید بیمار، درک سخت بودن بیماری و فرایند درمان از عوامل مهم و مورد تأکید بسیاری از بیماران در رابطه با خانواده است.

...بدون اینکه به من بگه می گفت بریم پارک، من شب حالم خوب نبود، نه از لحاظ جسمی، از لحاظ روانی حالم خوب نبود، چندین بار پیش اومد باغ مارو دعوت کردند، بخاطر اینکه روحیه من عوض بشه من ۱ ماه بود فهمیده بودم، آنقدر این قضیه من رو عذاب می داد، اصلاً نمی تونستم تو جمع باشم، ... احساس می کردم من با همه فرق می کنم، چقدر من بدبختم، چرا این اتفاق برای من افتاده، اون موقع اینجوری فکر می کردم خیلی بیشتر اذیت می شدم ...

... من دوست ندارم کسی تو این شرایط شیمی درمانی بیاد خونه‌ام، خیلی وقتا میان یا منو میبینن یا تلفن میزنن، همش میگن خیلی قوی باش، تو قوی‌تر از بیماری هستی یا حالا جمله‌هایی مثل این، من به آدم خیلی معمولی‌ام، به جوری برخورد میکنن که آدم احساس میکنه اگه قوی نباشه گناه میکنه...  
... بهتره بشینن حرف من رو گوش کنن، اصلا نیاز نیست راهکار بدن، اصلا نیاز نیست که من رو دلداری بدن...

### راحت گذاشتن بیمار در روابط

درمان‌های سرطان مانند قطع یک عضو از بدن، شیمی درمانی و رادیو تراپی می‌تواند منجر به تغییر تصویر بدن، ریزش مو، احساس خستگی مفرط و نیز پیامدهای روان شناختی و جسمانی داشته باشد که مانع از آمادگی فرد برای حفظ همه روابط اجتماعی سابق او شود. از طرف دیگر بخصوص در فرهنگ جمع‌گرای ایران توصیه به عیادت و رسیدگی به اقوام موجب می‌شود که فرد مبتلا مجبور به رعایت شرایطی شود که نه تنها در آن احساس راحتی نمی‌کند بلکه می‌تواند استرس‌زا و آزارنده نیز باشد.  
... بیمار اگر کسی رو نخواهد ببینه اصرار نکنن، تو روحیه بیمار خیلی تاثیر میذاره، چون اون موقع آدم دست خودش نیست بد اخلاقه، آدم‌ها پر توقع میشن تو این بیماری ...

... مادر همسر که خونمون بود، ۴ روز بود اونقدر حرف میزد که حالم بد میشد، من دارو گرفته بودم و تحت تاثیر داروها بودم و واقعا حوصله‌ی حرف زدنش رو نداشتم، تلویزیون رو با صدای زیاد می‌دید، نمی‌تونستم بخوابم، از شوهرم توقع داشتم اون به مادرش بگه که صدای تلویزیون رو کم بکنه که بگذاره من بخوابم...

... بینن خود اون بیمار چی دوست داره، شلوغی رو دوست داره یا خلوتی رو، من خلوتی رو دوست دارم تا ۳ روز ۴ روز خلوتی رو دوست دارم بعد از اون دیگه نه، دوست دارم مهمونی باشه برم بیرون بگردم، کسانی رو که دوست دارم دورم باشن، کسانی که ظاهر من براشون مهم نیست دورم باشن، نه کسانی که اون نگاه بده رو دارن ...

... باید به سری آدم‌ها رو خانواده حذف کنن، من به مادرم گفتم به خواهرت بگو به من زنگ نزنه، هر وقت خودم مساعد بودم خودم زنگ میزنم حالشون رو میپرسم ...

### مضمون اصلی ۱۱: غیر مشروط کردن مطلوبیت فرد مبتلا

تغییرات ظاهری ناشی از درمان می‌تواند موجب کاهش عزت نفس فرد مبتلا، احساس خواستنی نبودن، و نگرانی از قضاوت از طرف اطرافیان شود. دادن اطمینان به اینکه ظاهر فرد عامل مهمی در

ارزشمندی و مطلوبیت او نیست، می تواند یکی از منابع مهم استرس و احساسات ناخوشایند فرد مبتلا را کاهش دهد.

... مثلا، تو جذابیت هایی برای من داری که این بخش اصلا برای من مهم نیست، از اولم نبوده، چه باشه چه نباشه، من وجود تورو میخوام، این رو هر روز باید به این مریض دیکته کنه یا نشونش بده یا حتی به زیون بیاره... که خیالش راحت شه از این بابت که مثلا این کمبود، در خواستنی بودن اون تاثیر نداره...

... نشان بدن که تورو قبل می خواستیم الان هم می خوایم و هیچ چیزی تغییر نکرده، چون ببینید بعضیا یکیش مثل خود من احساس ضعف می کنم، زمانی که نمی تونم ۹ ساعت در روز که قبلا کار می کردم، کار کنم، بقیه خانوادم و مادری که همش ازش مراقبت می کردم حالا باید اون از من مراقبت کنه، اینا برای من ضعف بود و من همش نگران این بودم که بقیه خسته بشن، نکنه من زمین گیر بشم، نکنه، همش این فکر و خیال و ناراحتی ای بود که من داشتم و نکنه نتونم کار کنم و دیگه من از زندگیم عقب بیوفتم... اگر خانواده خانوادگی خوبی باشه باید با انرژی دادن ها بیمار را به خودش برگردونه، نشون بده که ما تو رو دوست داریم و هرکاری می کنیم تو خوب باشی، تو همه شرایط خسته نشن، یعنی کاری نکنن که مریض احساس کنه که دیگه اینا خسته شدن یا دیگه نمی خوانش یا این دیگه یه آدم بی مصرف شده...

..... درمان سرطان باعث می شه آدم ظاهرش متفاوت بشه، روحیه آدم آسیب پذیرتر میشه، یه وقتایی فکر می کنم دخترم و پسر من مثلا پیش خودشون فکر نکنن چرا مامان ما اینجوریه یا همسرم، ولی مطمئنم، اونقدی به من اطمینان داده همسرم که تقریبا این فکر در موردش صفره، اون خیال من رو خیلی راحت کرده ...

### افزایش روابط اجتماعی مطلوب

با توجه به اجتماعی بودن انسان، روابط اجتماعی و حمایت های اجتماعی یکی از مهمترین عوامل مهم سلامت روان است. روابط اجتماعی فرد مبتلا را از فضای بیماری دور می کند احساس تنهایی را کاهش داده و به او احساس ارزشمندی می دهد. اما با توجه به شرایط خاص فرد مبتلا به سرطان که در مضمون اصلی ۱۱ نیز به آن اشاره شد، فرد مبتلا فقط نیازمند روابط اجتماعی است که در آن احساس امنیت کرده و برایش مطلوب است.

... همه رو جمع بکنیم دور هم اونایی که دوست داره رو بیشتر ببینم و صحبت کنه باهاشون و در ارتباط باشه، خب این خودش خیلی تاثیر داره...

... با این وضعیت ظاهریم بعضی جاها دوست ندارم برم همسر من رو وادار می کنه که بریم اینم خیلی اذیتم می کنه، دوست دارم یک ظاهر خوب داشته باشم، ولی توی دوره درمان آدم صورتش، هیكلش، موهاش به هم می ریزه، دوست ندارم بعضی ها من رو ببینن، ولی اون من رو وادار می کنه و فکر میکنه داره کار خوب میکنه ها، فکر می کنه شاید من رو ببره به زور یه جا روحیم عوض میشه ولی روحیم عوض نمیشه، خراب میشه ...

... به روحیه ام خیلی میرسیدن، میرفتن، میومدن، دورم به حدی شلوغ بود... برای من خوب بود آره برای من خوب بود، خوشحال میشدم، احساس میکردم تنها نیستم، شایدم همونا باعث شد که من بیماری رو یه بازی میدیدم ...

... بینن اون بیمار چی دوست داره، شلوغی رو دوست داره یا خلوتی رو، من خلوتی رو دوست دارم تا ۳ روز ۴ روز خلوتی رو دوست دارم بعد از اون دیگه نه، دوست دارم قشنگ مهمونی باشه برم بیرون بگردم کسانی رو که دوست دارم دورم باشن ...

### تغذیه

بدیهی است تغذیه سالم یکی از عوامل مهم در سلامت بخصوص در دوره بیماری است، اما درمان می تواند قابلیت های حسی بیمار را در حواس بخصوص بویایی و چشایی تغییر دهد (کوهن، ای ویکفیلد و لینگ، ۲۰۱۶، یوشیموتو، ایناگاک، سکیگوچی، تومیشیما و همکاران، ۲۰۲۰) و این امر می تواند رفتار و کیفیت زندگی بیمار را تحت تاثیر قرار داده، تحریک پذیری و خلق پایین ایجاد کند. به تحت تاثیر قرار گرفتن حس چشایی در این بیماران که به نظر می رسد به واسطه شیمی درمانی ایجاد می شود "دهان فلزی" گفته می شود که با کاهش لذت از غذا و اشتهای فرد (ریس و اسپنس، ۲۰۲۰) خود موجب کاهش وزن و در نتیجه تضعیف بدن در مبارزه با بیماری می شود. اهمیت تغذیه در دوره درمان موجب می شود خانواده و مراقبین بابت بی اشتهایی فرد مبتلا احساس نگرانی کرده و به فرد جهت داشتن تغذیه مناسب فشار آورند. در عین حال رژیم غذایی فرد مبتلا موجب جدا شدن تغذیه او از تغذیه خانواده می شود که این امر اگر فرد مبتلا مسوول فراهم کردن خورد و خوراک باشد امکان رسیدگی فرد مبتلا به خود را محدودتر می کند.

... خورد و خوراک خیلی مهمه تو این مریضی، بالاخره باید مثلاً غذای مقوی بخوری ... اما یه حالتیه شیمی درمانی که وقتی انجام می شه دست خودت نیست، نمی تونی چیزی بخوری، حالت تهوع بهت دست میده، استفراغ میکنی، بیوست داری، هزارتا مشکل پیش میاد، اون موقع ها هیچی دلم نمیخواد، ما از خدامونه مثلاً غذای مقوی بخوریم که، اما نمی تونیم... باید بینن چی میلون می کشه...

... فکر می کنم اصلاً کار خوییه که همه خانواده نحوه غذا خوردنشون رو عوض کنن و در جهت خوردن چیزای تازه قدم بردارن... میشه گفت خانواده تنها نقش رو در تغذیه سالم داره...

... صبور باشن، به شدت باید صبور باشن، یعنی این رو سرلوحه کارشون حداقل تو این دوران قرار بدن که صبور باشن و اگر بیمار با توصیه های غذایی آنها کنار نیاد زود از کوره در نرن...

... این بهترین زمانی هست که زیر نظر یک دکتر تغذیه، یک خانواده سبک تغذیه خودشون رو عوض کنن و بهبود بدن، ... وقتی هیچ کس توی خانواده نوشابه نمیخوره وقتی بیشتر همه دارن از سبزیجات استفاده میکنن طبعاً خیلی سخت نیست برای بیمار، اما شما تصور کنین بخوان غذای بیمار رو جدا کنند، خوب این نه حس خوبی میده نه جلوی اون وسوسه رو میگیره، بنظرم وظیفه‌ی اینکه تغذیه مناسب داشته باشیم دقیقاً به دوش خانوادست...

### حفظ رابطه عاطفی با همسر

رابطه صمیمی با همسر و اطمینان بخشی جذابیت از طرف همسر از عوامل امید بخش و دلگرم کننده ای است که موجب می شود افراد متاهل بتوانند جنبه های مثبت زندگی زناشویی خود را دیده، احساس ارزشمندی کنند و برای بهبودی خود تلاش مضاعف داشته باشند. این عامل تاثیر پيامدهای منفی ظاهری را تعدیل می کند و احساس عدم امنیت از طرد شدن و خواستنی نبودن را از بین می برد. ارایه برنامه های افزایش آگاهی جهت ایجاد یک سیستم حمایت اجتماعی یکپارچه به ویژه از طرف همسر می تواند به طور قابل توجهی برای زنان مبتلا به سرطان موثر باشد (آقا و همکاران، ۲۰۱۹). ارتباط قابل توجهی بین رابطه زناشویی ضعیف با افسردگی، اضطراب، افکار خودکشی و مشکل خواب وجود دارد، عواملی که نقش موثری در بهزیستی جسمی و روانی - اجتماعی فرد دارند (رویز-مارین، مولینا-بارا، اسلیم و کلندر، ۲۰۲۱).

... به نظر من همسر خیلی می تونه تو این مرحله کمک باشه و انگیزه بده، یعنی من فکر می کنم یه بخش عمده ای این کمک می تونه رابطه ای عاطفی شخص باشه چون تو این شرایط شخص بسیار حساس می شه... همین خودش یه نگرانی هستش که نکته زندگی من بخاطر این مسئله بهم بخوره. برای همین بنظر من نقش همسر بسیار بسیار مهمه...

...یا خیلی وقتا میگه الان خیلی قشنگ تر شدی یا زمانی که من مو داشتم کسی رو می دید که شیمی درمانی کرده بود میگفت میدونی از دید من اینا چه شکلی میشن؟ مرد و زنم نداره فرق نمیکنه، بنظر من اینا میشن معصوم، خیلی قیافه ی معصومی می گیرن ... به قول دخترم عین فرشته ها میشن، مثلاً دخترم خیلی وقتا به من میگه تو فرشته ای الان. همین باعث شده من از سمت همسرم حس بد بهم دست نده ... بیماری خیلی بده ولی در کنارش متوجه یه چیزای خیلی خوبی هم شدم از جمله دوست داشتن واقعی رو از طرف همسرم ...

### دادن امید

بیماری سرطان تهدید کننده زندگی است و تغییرات نسبتاً پایداری را در طول عمر و زندگی فرد ایجاد می کند. درمان سرطان سخت است، به گونه ای که برخی بیماران آن را نفرت بارتر از خود بیماری می دانند. بنابراین تن دادن به این فرایند دشوار درمان و تحمل پیامدهای آن و تبعیت از درمان پرهزینه هم از لحاظ اقتصادی و هم از لحاظ روانی و اجتماعی و نیز طولانی آن نیازمند امید به درمان است. ...بیایم یک سری ویدیوها، یک سری فیلم های انگیزشی، یک سری بقول معروف پادکست های انگیزشی حالا از کسانی که شرایط بیمار ما رو دارن که بهبود پیدا کردند و شرایط سخت رو گذروندن، اینا رو براشون بذاریم، بذاریم فقط انگیزه بگیرن، امید بگیرن، نیرو بگیرن ... گفتن اینکه ما نمیداریم تو ناتوان بشی توی این مسیر ...

... مثلاً که، خوب این درمان داره، الان خیلیا به این مسئله تو دنیا دچار میشن ... همسرم خیلی برای سلامتی من تلاش کرده، الان از صبح تهران بود تا ساعت ۴ یه دونه برای من دارو بگیره، پس گفتم این، این همه عذاب کشید، نامردیه من اگه بخوام کم بیارم، دوباره بلند شدم و همین بلند شدنه باعث شد این دوز دوم اذیتم نکنه. ... با یک بیمار جووری برخورد کنن که این فقط به صورت موقت توی زندگی اوآمده ...

وقتی همسرم می گه دمت گرم! اون همه درد رو گذاشتی پشت سرت بخاطر من، همسرم این رو به من بگه کافیه، میجنگم برای اون ...

### از بین بردن احساس سربار بودن

در ابتدای ابتلا و دوره درمان فرد مبتلا به سرطان می تواند احساس گناهی را ناشی از دو عامل تجربه کند. یک عامل نداشتن سبک زندگی سالم و رسیدگی نکردن به سلامتی خود و عامل دیگر احساس

سربار بودن به خاطر نیاز به مراقبت از طرف دیگران. گاهی و در برخی از خرده فرهنگ ها نیز این تصور وجود دارد که فرد گناهی مرتکب شده که به سرطان مبتلا شده است. داشتن انتظارات غیر واقع بینانه از بیمار در واکنش به بیماری می تواند احساس گناه مبتنی بر ضعیف بودن در فرد ایجاد نماید. ... سرزنشی در کار نباشه... چون دست خود آدم که نیست سرزنشم بشنوه خوب بدتره ... وقتی می بینم همسر الان داره به خودش می رسه، الان فکرش درگیر هیچی نیست، فقط درگیره لذت یا دخرتم رو مبینم که با دوستاش برنامه گذاشته، خیلی خوبه، چون در کنار این که من رو دارن همراهی می کنن به زندگی شخصی و لذت های شخصی خودشون هم می رسن... ... بیمار احساس دین به کسی نداره، احساس عذاب وجدان و گناه نداره، وقتی می بینه همه دارن روند عادی زندگیشون رو پیش می برن، اونم حتما بیشتر همراه اونا خواهد شد و سعی میکنه در جهت بهبود خودش قدم برداره... ... مامانم تمام کار و زندگیش رو ول کرده بود، برادر، پدرم و زندگی رو ول کرد و اومده بود ۶، ۷ ماه پیش من تمام کارهارو اون میکرد ولی من اذیت بودم..

### کمک به زندگی در لحظه

ابتلا به بیماری سرطان فرایندی مبهم دارد. نگرانی در رابطه با چگونگی اثر بخشی درمان و آینده یکی از دغدغه های فرد مبتلا است. در افراد مبتلا این تمایل وجود دارد که از افکار منفی دور باشند و کمتر به بیماری فکر کنند. ایجاد فعالیت هایی که به آنها کمک کند در لحظه حال زندگی کنند می تواند در گذر راحت تر از بیماری موثر باشد. ... بیرون بریم، موزیک گوش کنیم و رقصیدن با موزیک ... ... شوهرم یه وقتایی صبح، میگه پاشو بریم بزیم جاده،... می تونم برم خرید می تونم برم کوه... می تونم برم بچرخم، اینا خودش کمک میکنه، ... نمیدارن زیاد تو خونه بمونم به بهونه های مختلف...

### کمک به پذیرش بیماری

ابتلا به بیماری سرطان مانند سایر بیماری های مزمن تغییرات و محدودیت های پایداری را در زندگی فرد ایجاد می کند. فرد مبتلا بعد از درمان هم، دیگر فرد سابق نیست. ایجاد نقص عضو، عدم باروری و نیز پیامدهای دیگر درمان این بیماری می تواند اثرات پایداری در طول زندگی فرد ایجاد کند. ترس



از عود تا سالها می تواند برای فرد دغدغه قابل توجهی باقی بماند. لذا کمک به فرد مبتلا جهت پذیرش محدودیت های ایجاد شده و عادی تر برخورد کردن با بیماری و پیامدهایش می تواند به افزایش کیفیت زندگی او کمک نماید.

... اگر دوست داشتن برن و بیان پیشم، دورم باشن حرف بزمن، حرفای عادی، حرفای روزمره زندگی، زندگی بکنن خب؟ انگار که منم حالیمه که مریض شدم، اما خوب اینم جزو زندگیه دیگه، داریم باهاش زندگی میکنیم، حالا هرچی میخواد پیش بیاد.

... آدم های خوب دور و برم اونقدر باهام عادی برخورد میکردن که تا الان هیچکس از این آدما از من نپرسیدن که مثلاً چرا عمل نمیکنی، پروتز نمی ذاری...

... پدر من تو اون تایم گفت بین درسته که تو ورزشکار حرفه ای هستی ... خیلیا ورزشکار حرفه ای هم هستن با شرایط خاص، اما دارن ورزششون رو میکنن، یعنی همه جوهره داشت ذهن من رو آماده میکرد که اون اتفاقی که قراره بیوفته رو بپذیرم ...

... بپذیرن این اتفاقی که افتاده جزو زندگیه دیگه، مثل الان که خیلی روزا میایم بیرون برای پیاده روی، داریم میایم بیرون ولی خاکه، هوا آلوده هست ... زندگی هم همینجوریه دیگه، همه خوبیا و بدی ها در کنار هم هستن. اون نقص ها پیش اون چیزای خوبه، حالا من فکر میکنم آدم پذیره یا همراهها بپذیرن خیلی راحت تر میشه...

بعد از استخراج کامل مضامین، مصاحبه گر برای بار دوم به طور تصادفی به افراد مبتلا مراجعه و میزان اعتبار مضامین استخراج شده را واریسی کرد.

در گام بعد، بر اساس محتوا و مضامین بدست آمده، بسته مداخله ای خانواده محور به همراه محتوای آموزشی و تکالیف هر جلسه با نظر سه نفر از متخصصین دست اندر کار به گونه ای که آموزش هر جلسه در ۱۲۰ دقیقه صورت گیرد تدوین شد.

به منظور ارزیابی روایی محتوایی و روایی صوری از ضریب نسبی روایی محتوا استفاده گردید. بدین منظور پروتکل طراحی شده در اختیار ۱۰ نفر متخصص روان درمانگر قرار داده شد و از آنها درخواست شد تا هر آیتم را بر اساس طیف سه قسمتی "ضرورتی ندارد"، "مفید است ولی ضرورتی ندارد" و "ضروری است" بررسی نمایند. سپس بر اساس پاسخ ها و مطابق با فرمول ضریب نسبی روایی محتوا مورد مقدار این ضریب برابر با ۰/81 به دست آمد. برای تفسیر نسبت روایی محتوایی از جدول لاوشه و همکاران (۱۹۷۵) استفاده شد (باغستانی، احمدی، تنها و مشکات، ۲۰۱۹). حداقل

مقدار ضریب قابل قبول برای ۱۰ داور، ۰/۶۲ است. با توجه به اینکه در مطالعه حاضر، مقدار این ضریب برابر با ۰/۸۱ به دست آمده است می توان گفت پروتکل طراحی شده از روایی محتوایی مطلوبی برخوردار است.

جهت بررسی روایی صوری نیز نظر ۱۰ داور فوق در مورد اینکه آیا ظاهر راهنمای عملی به صورت مناسب برای هدف مورد نظر طراحی شده است یا خیر و نیز سادگی و قابلیت فهم آن، بررسی و اصلاحات لازم انجام شد. در جدول ۱-۳ محتوای جلسات آموزشی خانواده محور افراد مبتلا به سرطان با توجه به مولفه های مستخرج از پژوهش، ارایه شده است.

## جدول ۲. محتوای جلسات آموزشی خانواده محور با توجه به مولفه های مستخرج از پژوهش

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| هفته  | بیان دلایل تشکیل گروه و قوانین؛ آشنایی اعضای گروه با یکدیگر؛ اشاره به پیامدهای جسمانی و روانی مبتلا به بیماری سرطان و تاثیر آن بر جنبه های مختلف زندگی فرد مبتلا و خانواده؛ توضیح لزوم مراقبت های جسمانی و روانی و اهمیت آن در روند درمان؛ ارایه شواهد علمی مبتنی بر تاثیرات مداخله خانواده محور بر سلامت و بهزیستی فرد مبتلا به سرطان؛ جمع بندی جلسه؛ ارایه تکلیف.                                                                                                                                                                                                                |
| دوم   | مرور جلسه ی گذشته و گرفتن بازخورد از اعضای گروه؛ درخواست از اعضای گروه در بیان تجارب خود؛ ادامه روشن سازی تاثیر بیماری بر فرد مبتلا و پیامدهای روان شناختی و جسمانی آن؛ فراهم ساختن دورنمایی از مشکل موجود و کشف موضع فرد مبتلا نسبت به مشکلش توسط خانواده؛ آموزش نحوه پذیرش فرد مبتلا و چگونگی انتقال درک پیامدهای جسمانی و روان شناختی درمان از طرف خانواده به فرد مبتلا (همدلی)؛ روشن سازی نحوه ارایه حمایت و همراهی با فرد مبتلا بدون نادیده گرفتن استقلال و توانمندی های او؛ آموزش نحوه مدیریت استرس خانواده و فرد مبتلا و آموزش تنفس عمیق و شکمی جمع بندی جلسه؛ ارایه تکلیف. |
| سوم   | بررسی تکالیف جلسه گذشته؛ درمیان گذاشتن تجارب از هفته گذشته تا کنون؛ لایه برداری از اندیشه و احساسات ناخوشایند خانواده و فرد مبتلا و نحوه از بین بردن احساس سربار بودن فرد مبتلا، فهم چرایی و دلایل تمایل اطرافیان در ارایه توصیه های غیر تخصصی و آموزش نحوه جلوگیری از این تمایل؛ بدست آوردن انگیزه برای تغییر روش برخورد با فرد مبتلا و فهم استرس های موجود در دنیای روانی فرد مبتلا و خانواده؛ تاکید بر دور کردن فرد مبتلا از نگرانی های جانبی؛ جمع بندی جلسه؛ ارایه تکلیف.                                                                                                      |
| چهارم | بررسی تجربه و برداشت خانواده در طول هفته گذشته از روند مداخله و تاثیر آن بر احساسات و رفتار بیمار؛ بررسی رفتار در راحت گذاشتن بیمار در روابط و کمک به درک بیمار در این رابطه؛ تاکید بر ایجاد محیطی شاد و فراهم کردن سرگرمی های مطلوب فرد مبتلا؛ ایجاد انگیزه برای همکاری بین اعضای خانواده در تعیین اهداف جدید بر اساس توانمندی های قبلی و فعلی فرد مبتلا؛ درک توان جسمی و روانی بیمار برای مقابله با موانع موجود و رسیدن به احساس شادمانی                                                                                                                                         |

- پنجم بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از مطالب گذشته؛ در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه (ایجاد امید و انتظار درمان)، آموزش روشهای بهبود افزایش روابط اجتماعی مطلوب؛ آموزش شیوه های کاهش استرس و خشم در روابط بین فردی و زندگی روزمره خانواده با تمرکز بر آموزش همدلی؛ تاکید بر اهمیت رابطه عاطفی با همسر و آموزش چگونگی برقراری این رابطه عاطفی مبتنی بر صمیمیت عاطفی؛ جسمی؛ جنسی و عملی؛ جمع بندی جلسه؛ ارایه تکلیف جهت اجرا.
- ششم بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از آموزش های گذشته؛ در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه (ایجاد امید و انتظار درمان)؛ تاکید بر اهمیت داشتن امید و انتقال آن به فرد مبتلا؛ آموزش چگونگی مدیریت افکار ناخوشایند از طریق آموزش نحوه زندگی در لحظه و بدست آوردن آرامش؛ بیان منطق تکنیک توجه آگاهی؛ آموزش توجه آگاهی و تمرین چگونگی زندگی در حال با استفاده از حواس پنجگانه؛ آموزش آرمیدگی؛ ارایه تکلیف و تاکید بر انجام آن در طی هفته.
- هفتم بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد؛ شناخت و تغییر رفتارهای انعکاسی خانواده؛ بررسی نشخوارهای فکری اعضای خانواده و افزایش اطلاعات در رابطه با سرطان و نشخوارهای فکری و نیز در رابطه با نحوه فعالیت ها و تغذیه؛ تاکید بر پذیرش غیر مشروط فرد مبتلا؛ آموزش چگونگی تقویت احساس ارزشمندی در فرد مبتلا؛ پذیرش واقعیت ها و تجربه تماشای آنچه در حال رخ دادن است؛ تجربه کامل احساسات؛ یادگیری مسیریابی نابهنجار اضطراب؛ خنثی سازی واکنش های دفاعی ناسالم و خود تبرئه ساز؛ جمع بندی جلسه؛ ارایه تکلیف.
- هشتم بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از مطالب گذشته؛ در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه (ایجاد امید و انتظار درمان)؛ شناخت ارزش های معنوی فرد مبتلا و خانواده؛ آموزش چگونگی سوق دادن فرد مبتلا به استفاده از معنویت و ارزش ها در تبیین بیماری و دیدن پیامدهای تاثیر گذار آن در رشد و تعالی فرد؛ دیدن جنبه های مثبت زندگی؛ تاکید بر اهمیت تکیه بر اعتقادات معنوی و مذهبی؛ ارایه تکلیف
- نهم: اختتامیه: مرور تمامی مطالب جلسه اول تا هشتم با خانواده؛ توضیح زمان پس آزمون و پیگیری و ارایه خط آزاد آنلاین برای رفع و رجوع مشکلات احتمالی.

## بحث و نتیجه گیری

مساله مراقبت خانواده از بیمار امری جهانی و بدیهی به نظر می رسد. بیمار در خانواده زندگی می کند و در خانواده بیمار می شود. در واقع می توان گفت خانواده خط اول حمایت از بیمار است (بارنس و همکاران، ۲۰۲۰). به اهمیت نقش خانواده در ارتقای سلامت تاکید می نمایند. خانواده علاوه بر اینکه سیستم ارزشی و فرهنگی مشترک با بیمار دارد، ارتباطش با فرد مبتلا بیشتر از پزشک و کادر درمان بوده و می تواند ترجیحات و نیازهای فرد مبتلا را بهتر از هر فرد دیگری شناخته و به آنها پاسخگویی متناسب داشته باشد. یافته های پژوهشی حاکی از تاثیر حمایت های خانوادگی بر درمان و بهبود و بقا

افراد مبتلا به سرطان است (لاته-ناور و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین می توان گفت خانواده حمایت کننده می تواند انتظار فرد مبتلا را از بهبودی افزایش داده و فرد انگیزه و مسوولیت بیشتری در مورد سلامت خود پیدا کند. انسجام و حمایت خانوادگی می تواند افسردگی و اضطراب فرد مبتلا را کاهش دهد (پارک و همکاران، ۲۰۱۸). این خانواده است که بر پیگیری درست تجویزات پزشکی نظارت دارد و کمک می کند برنامه های درمانی منظم و درست اجرا شوند. همین تعهد اعضای خانواده نسبت به بیمار است که موجب می شود به سرعت تبدیل به متخصصانی شوند که به واسطه رسیدگی به بیمار و مراقبت از او، اطلاعات غنی و کاربردی از بیماری و بیمار کسب کرده اند، به گونه ای که مشاهدات و گزارش های آنها معمولا داده های قابل اعتمادی را برای متخصصان سلامت فراهم می کند. بنابراین می توان گفت بین بیماری، میزان رشد شخصی و عملکردهای خانواده اثر دو سویه و متقابل وجود دارد.

وابسته بودن یافته های این پژوهش مانند سایر پژوهش های کیفی به دانش و مشاهدات پژوهشگر، محدودیت پژوهش حاضر به شمار می رود. پیشنهادات پژوهشگران برای مطالعات آتی شامل به کار گیری بسته آموزش خانواده - محور تدوین شده در رابطه با افراد مبتلا به سرطان توسط کارشناسان آموزش دیده و متخصصین روان سرطان شناس، انجام پژوهش با تمرکز بر جنسیت و دامنه های سنی متفاوت و انجام پژوهش با تفکیک نوع و استیج سرطان به ویژه سرطان پستان و پروستات با توجه به شیوع آنها در کشور است.

نویسندگان از دپارتمان روان سرطان شناسی کلینیک مشاوره و خدمات روان شناسی یاریگر، موسسه های خیریه مهر سهیلا و محمد حسین رضوی که جهت انجام این پژوهش همکاری کردند تشکر می نمایند.

#### References

- Agha, N., & Tarar, M. G. (2019). Battling Breast Cancer: Women's Narratives of Struggle, Family Support and Survival from Rural Sindh, Pakistan.. *Pakistan Journal of Women's Studies: Alam-e-Niswan*, 26(1).
- Akbari, M., Lotfi Kashani, F., & Vaziri, S. (2017). The efficacy of four-factor psychotherapy on increasing sexual self-esteem in breast cancer survivors. *Iranian Journal of Breast Diseases*, 10(1), 48-60.
- Akbari, M., Lotfi Kashani, F., & Vaziri, S. (2017). The efficacy of four-factor psychotherapy on increasing sexual self-esteem in breast cancer survivors. *Iranian Journal of Breast Diseases*, 10(1), 48-60.
- Baghestani, A. R., Ahmadi, F., Tanha, A., & Meshkat, M. (2019). Bayesian critical values for Lawshe's content validity ratio. *Measurement and Evaluation in counseling and Development*, 52(1), 69-73.
- Barnes, M. D., Hanson, C. L., Novilla, L. B., Magnusson, B. M., Crandall, A. C., & Bradford, G. (2020). Family-centered health promotion: perspectives for engaging families and achieving better health outcomes. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 57, 0046958020923537.
- Cohen, J., E Wakefield, C., & G Laing, D. (2016). Smell and taste disorders resulting from cancer and chemotherapy. *Current pharmaceutical design*, 22(15), 2253-2263.
- Cohen, J., E Wakefield, C., & G Laing, D. (2016). Smell and taste disorders resulting from cancer and chemotherapy. *Current pharmaceutical design*, 22(15), 2253-2263.

- Kashani, F. L., Vaziri, S., Akbari, M. E., Far, Z. J., & Far, N. S. (2014). Sexual skills, sexual satisfaction and body image in women with breast cancer. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 206-213.
- Kashani, F. L., Vaziri, S., Akbari, M. E., Zeinolabedini, N., Sanaei, H., & Jamshidifar, Z. (2014). The effectiveness of creating hope on distress of women with breast cancer. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 201-205.
- Lin, J. J., Smith, C. B., Feder, S., Bickell, N. A., & Schulman-Green, D. (2018). Patients' and oncologists' views on family involvement in goals of care conversations. *Psycho-Oncology*, 27(3), 1035-1041.
- Neumann, M., Murphy, N., & Seetharamu, N. (2021). Impact of family and social network on tobacco cessation amongst cancer patients. *Cancer Control*, 28, 10732748211056691.
- Park, Y. Y., Jeong, Y. J., Lee, J., Moon, N., Bang, I., Kim, H., ... & Jeon, T. H. (2018). The influence of family adaptability and cohesion on anxiety and depression of terminally ill cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 26, 313-321.
- Pilato, K. A., & Davison, C. M. (2021). Family as a health promotion setting: A scoping review of conceptual models of the health-promoting family.
- Reith, A. J., & Spence, C. (2020). The mystery of “metal mouth” in chemotherapy. *Chemical senses*, 45(2), 73-84.
- Rosland, A. M. (2009). *Sharing the care: The role of family in chronic illness*. California Healthcare Foundation.
- Ruiz-Marin, C. M., Molina-Barea, R., Slim, M., & Calandre, E. P. (2021). Marital Adjustment in Patients with Cancer: Association with Psychological Distress, Quality of Life, and Sleep Problems. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7089.
- Vaziri, S., & Lotfi Azimi, A. (2012). The effect of empathy training in decreasing adolescents aggression. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 8(30), 167-175
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing research*, 36(2), 76-81.
- Yoshimoto, N., Inagaki, M., Sekiguchi, Y., Tomishima, Y., & Masuko, K. (2020). Chemotherapy alters subjective senses of taste and smell but not dietary patterns in Japanese lung cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 28, 1667-1674.



## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تصویر بدنی و سبک‌های هویت دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی روانی

مرضیه بابایی<sup>۱</sup>، محمد قمری<sup>۲</sup>

و سیمین حسینیان<sup>۳</sup>

هویت نامتعهد و تصویر بدنی منفی، احتمالا اساس اختلال‌های خوردن از جمله بی‌اشتهایی عصبی را تشکیل می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تصویر بدنی و سبک‌های هویت دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی روانی انجام گرفت. برای این منظور طی یک پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختر مبتلا به بی‌اشتهایی روانی در سال تحصیلی ۹۹-۱۴۰۰ استان البرز به صورت در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کاربندی شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد ولی گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. گروهها پیش، پس و در مرحله پیگیری، با پرسشنامه نگرش‌های خوردن، پرسشنامه سبک‌های هویت برزنوسکی و پرسشنامه تصویر بدنی مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره و تحلیل واریانس آمیخته نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به پیدایش تصویر بدنی مثبت و سبک تعهد هویت در دانش‌آموزان می‌شود ( $P < 0/01$ ). نتایج پیگیری نشان داد که اثربخشی روش مداخله ماندگار است. با توجه به یافته‌ها، می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اختلال بی‌اشتهایی، منجر به پیدایش تصویر بدنی مثبت و سبک هویت متعدهانه در دانش‌آموزان می‌شود.

**واژگان کلیدی:** تصویر بدنی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سبک‌های هویت

### مقدمه

بی‌اشتهایی روانی نوعی ترس مرضی از وزن گرفتن و از انواع مهم اختلالات خوردن است. معیارهای تشخیصی بی‌اشتهایی روانی بر اساس طبقه‌بندی اختلالات روانی DSM-5 شامل خودداری از حفظ وزن طبیعی متناسب با سن و قد، وحشت از افزایش وزن حتی وقتی که وزن پایین‌تر از حد طبیعی

۱. دپارتمان مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. دانشیار گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران (نویسنده مسؤل) counselor\_ghamari@yahoo.com

۳. دپارتمان مشاوره، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

باشد، اختلال در تصویر بدن یا شکل آن در ارزیابی فرد از خود یا انکار وخامت وزن پایین فعلی می باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). همچنین این اختلال با حالت مرضی و مرگ و میر قابل توجه، اغلب در اواخر کودکی و نوجوانی شروع و بعدها به صورت اختلالی مزمن درمی آید (چو، کلی، تای و همکاران، ۲۰۲۰). به طور غالب در زنان و دختران دیده می شود (مانتیلا، برگستون و برگگارد، ۲۰۱۴).

ظاهر فیزیکی بخش اصلی تصویر بدنی بوده و در برقراری تعاملات اجتماعی با دیگران تأثیر دارد (قاسمی و جبلعلمی، ۲۰۲۰) علاوه براین، تصویر بدنی منفی می تواند پیامدهای نامطلوب روان شناختی همچون خوردن بیمارگونه را به همراه داشته باشد (کش، ملینک و رابوسکی، ۲۰۰۴). به این ترتیب پژوهش ها اثربخشی روش های مختلف مثل یک فیلم آموزشی بر ایجاد تصویر بدنی را مورد مطالعه قرار دادند (فرناندو و شارپ، ۲۰۲۰) همچنین طرح واره درمانی در بی اشتها بی روانی، نگرانی های مربوط به تصویر بدن و باورهای اختلالی خوردن را کاهش می دهد (انصاری، عسگری، مکوندی و همکاران، ۲۰۲۰). در پژوهشی دیگر روش درمان پذیرش و تعهد برای بهبود ویژگی های روان شناختی، به ویژه بهبود انعطاف پذیری تصویر بدن و کنترل بر روی زنان دارای اختلال خوردن توصیه کردند (استادیان، حسنی، سپاه منصور و همکاران، ۲۰۲۰). بدری باقجان، علی بخشی و همکاران (۲۰۲۰) به این نتیجه رسیدند که پروتکل مداخله برای بهبود تغذیه و تصویر بدن تأثیر قابل توجهی داشت. دایدریچز، اتکینسون، گارب و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه ای میزان اثربخشی مداخلات تصویر بدن را تایید کردند. تصویر بدنی بخشی از هویت فرد است. همچنین نوجوانی یک دوره رشدی بحرانی شامل تشکیل هویت و بالا رفتن خودآگاهی است (مانتیلا و همکاران، ۲۰۰۷). برزونسکی (۱۹۹۰) مدلی فرایندی از تشکیل هویت و سه نوع سبک هویتی، اطلاعاتی، سبک هنجاری و سبک سردرگم مشخص کرده است (وزیری، کاشانی، جمشیدفر و همکاران، ۲۰۱۳). پژوهش ها نتیجه گرفتند که اختلالات خوردن از اختلالات اساسی در هویت ناشی شده که از تحریفات در تصویر بدنی و ناخشنودی بدنی برای تمرکز در صفات منحصر به فرد جمع شده در هویت که به عنوان خود تعریف می شوند، گسترش یافته است (استین، لی، کورت و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهش دیگری نشان داد که زنان با یک اختلال خوردن کمتر در فرایندهای رشد هویت موفق، متعهد و سالم هستند (ورشون، لویک، کافمن و همکاران، ۲۰۱۷). به علاوه در بررسی دیگری این نتیجه به دست آمد که نوع رفتارهای خوردن یک مکانیسم فعال و هدفمند مقابله برای موضوعات هویت اجتنابی است (لاقی، لیگا، بومگارتنر و همکاران، ۲۰۱۲). از تأثیر درمان بر خودکارآمدی و سبک های هویت، برای حرکت



از رفتارهای بی اثر به سمت رفتارهای موثر، از انتخاب‌های مخرب به انتخاب‌های سازنده، از یک سبک زندگی ناخوشایند به یک شیوه رضایت‌بخش استفاده کردند (نوروز پور، وکیلی و رضاخانی، ۲۰۲۰).

پژوهش‌های مختلف تاثیر درمان اکت را نیز در خودانگاره نشان داده‌اند. این درمان ترکیبی از استعاره، جمله‌های متناقض‌نما، مهارت‌های توجه‌آگاهی و طیف گسترده‌ای از تمرینات تجربه‌گرایانه و مداخلات رفتاری هدایت شده توسط ارزش‌ها است و کمک می‌کند تا انسان دریابد که واقعاً چه چیزی برای او مهم و معنادار است. این نوع درمان می‌تواند در اختلال بی‌اشتهایی روانی، نشانه‌های اختلال را کاهش داده و تغییراتی در پذیرش به وجود آورده است (تیمکو، زوکر، هربرت و همکاران، ۲۰۱۵؛ فلوجاز و گرمز، ۲۰۱۸). درمان پذیرش و تعهد مستقیماً با هدف قرار دادن احساسات غیر موثر و فرایند خودتنظیمی، عملکرد روزانه را بهبود می‌بخشد (هیز، استروزال و ویلسون، ۲۰۱۲). یافته‌ها درمان ACT را به عنوان درمان مفیدی برای مشکلات اختلال‌های خوردن پیشنهاد می‌کنند (جاراسیو، ماناس، اسکوماچز و همکاران، ۲۰۱۷؛ هیل، ماسودا، ملچر و همکاران، ۲۰۱۵).

اکت افسردگی، اضطراب، استرس و ترس را کاهش می‌دهد و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد (لی، اسمیت، توهیگ و همکاران، ۲۰۱۷)، در ارتقا فعالیت بدنی (پیرز و ساتن، ۲۰۲۰)، برای ارتقا آگاهی در مدیریت وزن (آفری، گوونو، هربرت و همکاران، ۲۰۱۹)، بهبود روابط خانوادگی (فلوجاز و همکاران، ۲۰۱۸) بهبود نشانگان اختلال خوردن، کیفیت زندگی افراد مبتلا به خوردن (جاراسیو، اسکاماچز، شاوو و همکاران، ۲۰۱۵)، ایجاد چارچوبی برای تنظیم وزن (فورمن و بوتترین، ۲۰۱۵)، بهتر شدن کیفیت زندگی و کاهش اختلال‌های خوردن (هیل و همکاران، ۲۰۱۵) موثر است. با توجه به پیشینه پژوهشی، این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تصویر بدنی و سبک‌های هویت دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی روانی اثربخش است؟

## روش

این تحقیق پژوهشی نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. برای نمونه‌گیری، از مدارس دخترانه دوره دوم متوسطه ناحیه ۳ شهرستان کرج اساس اطلاعات نمودارهای طرح کوچ مدارس (طرح سراسری) و پایش وزن که از مربیان بهداشت جمع‌آوری شد، دانش‌آموزان کم وزن شناسایی و با پرسشنامه نگرش‌های خوردن مورد ارزیابی قرار گرفتند، ۳۰ نفر که بالاترین نمره را گرفته

بودند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. قبل از مداخله، پیش‌آزمون تست تصویر بدنی و سبک‌های هویت اجرا شد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از پایان جلسات درمانی (۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) و جلسات آموزشی، از گروه‌ها پس‌آزمون گرفته شد و در نهایت بعد از گذشت سه ماه از پایان مداخله، پیگیری (اجرای مجدد آزمون‌ها) برای پایداری نتایج درمان انجام شد.

پرسشنامه نگرش‌های خوردن (EAT)<sup>۱</sup> در سطح وسیعی به عنوان ابزار غربال‌گری خودسنجی برای نگرش‌ها و رفتارهای بیمارگونه خوردن و شناسایی بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی به کار می‌رود (گرنر و گرینکل، ۱۹۷۹). این پرسشنامه رفتارهای کم‌خوری، اشتغال ذهنی با غذا، بی‌اشتهایی و پراشتهایی و نگرانی در مورد چاق بودن را اندازه‌گیری می‌کند. برای ارزیابی می‌توان دو نوع فرم ۴۰ آیتمی را به کار برد که دارای ۶ گزینه پاسخ (همیشه-بیشتر اوقات-خیلی اوقات-گاهی-به ندرت، هرگز) می‌باشد. فاکتورهای این پرسشنامه شامل پرخوری، نگرانی بیش از اندازه در مورد وزن و فرم بدن، رفتارهای کنترل وزن است. در این پژوهش نیز برای هر ۴ شاخص ضریب پایایی آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۱۶، ۰/۷۷۹ و ۰/۸۳۵ به دست آمد.

پرسشنامه هویت برزونسکی<sup>۲</sup> توسط برزونسکی (۱۹۸۹) در آمریکا ساخته شد و دارای ۴۰ سوال است و سه سبک هویت و میزان تعهد فرد را هنگام اجرای پرسشنامه مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه یک مقیاس ۴۰ سوالی است که ۱۱ سوال آن مربوط به مقیاس اطلاعاتی و ۹ سوال آن مربوط به مقیاس هنجاری و ۱۰ سوال آن مربوط به مقیاس سردرگم یا اجتنابی و ۱۰ سوال دیگر مربوط به مقیاس تعهد است که برای تحلیل ثانویه استفاده می‌شود و یک سبک هویتی محسوب نمی‌شود. پاسخ آزمودنی‌ها به سوالات به شکل طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد که شامل کاملاً مخالف= ۱ تا کاملاً موافق= ۵ است. برزونسکی (۱۹۹۲) پایایی درونی (ضریب آلفا) مقیاس اطلاعاتی را ۰/۶۲= آلفا، مقیاس هنجاری ۰/۶۶= آلفا و مقیاس سردرگم اجتنابی را ۰/۷۳= آلفا گزارش کرده است. در این پژوهش ضریب پایایی آلفا برای سبک‌های اطلاعاتی، هنجاری، سردرگم، تعهد به ترتیب ۰/۷۹۴، ۰/۷۵۵، ۰/۷۱۲ به دست آمد.

پرسشنامه چندبعدی نگرش فرد در مورد تصویر بدنی خود<sup>۳</sup> از ۶۹ گویه و ۱۰ خرده مقیاس شامل ارزیابی ظاهر (۷ سوال)، گرایش ظاهر (۱۲ سوال)، ارزیابی تناسب (۳ سوال)، گرایش تناسب (۱۳ سوال)، ارزیابی سلامت (۶ سوال)، گرایش سلامت (۸ سوال)، گرایش بیماری (۵ سوال)، رضایت بدنی (۲ سوال)، وزن ذهنی (۲ سوال) و دلمشغولی با (اضافه وزن (۴ سوال) تشکیل شده است. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۵ نقطه ای می باشد که برای گزینه های «خیلی ناراضیم»، «تاحدودی ناراضیم»، «نظری ندارم»، «تاحدودی راضیم» و «خیلی راضیم» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ در نظر گرفته می شود. پایایی پرسشنامه در این پژوهش ۰/۷۹۷ گزارش به دست آمد.

برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طرح پیشنهادی هیل و همکاران (۲۰۱۵) استفاده شد. در جدول شماره ۱ شرح جلسات درمان ارایه شده است.

#### جدول ۱. شرح جلسات درمان ACT (هیل و همکاران، ۲۰۱۵)

| جلسات      | محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه اول   | ایجاد یک قرارداد درمانی، ACT ارزیابی این است که آیا شرکت کنندگان درگیر این رفتارهای مشکل ساز هستند تا بتوانند مثلاً احساس خشم، ناامیدی و تنهایی را کنترل کنند. تمرین ذهن آگاهی مختصر (شرکت کنندگان به طور عمدی احساسات فیزیولوژیکی و یا عملکرد تنفس را به مدت ۱ یا ۲ دقیقه تحت نظر دارند).                                                                                                                |
| جلسات ۲-۴  | تمرین ذهن آگاهی (کشمش) چشم انداز تغییر، تنظیم آگاهی در رابطه با عملکردشان و اثرات منفی بلند مدت رفتارهای مشکل ساز، تمرین ذهن آگاهی مختصر، استفاده از تمرین های تجربی و استعاره ها                                                                                                                                                                                                                         |
| جلسات ۵-۷  | تمرین ذهن آگاهی، پذیرش و ذهن آگاهی، آگاهی از بیهودگی تلاش ها برای کنترل رویدادهای داخلی ناخواسته، آموزش مهارت های پذیرش و ذهن آگاهی (به عنوان مثال، افزایش آگاهی و تماس با رویدادهای داخلی آنگونه که هستند، بطور کامل و بدون تلاش برای از بین بردن آنها) به عنوان گزینه های رفتاری برای کنترل تلاش ها. تمرین ها مثل استفاده از کارت با هدف ایجاد فاصله از آنها و نگاه به افکار به جای اینکه از آنها باشد. |
| جلسات ۸-۱۰ | تمرین ذهن آگاهی، تعهد به زندگی ارزشمند، روشن کردن ارزش ها و تعهد در اقدام به روش های سازگار با آن ارزش ها افزایش توانمندی شرکت کنندگان برای تعقیب اهداف زندگی و زندگی کامل تر و مؤثر تر، تمرین هایی مثل شناسایی ارزش ها و استعاره "مسافران در اتوبوس" برای کمک آنها.                                                                                                                                      |
| پیگیری     | شرکت کنندگان در واقع اقدامات متعهد خود و روش های مختلفی که می توانند به موقعیت های مشکل ساز نزدیک شوند را بررسی و اعمالی را که در عین حال هنوز مایل به انجام و عهده گرفتن مطابق با مقادیر مشخص شده خود هستند، متعهد می شوند.                                                                                                                                                                              |

داده ها با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره و تحلیل واریانس آمیخته مورد تحلیل قرار گرفت. مفروضات تحلیل واریانس مختلط، آزمون کولموگرووف-اسمیرنوف برای نرمال بودن داده ها و آزمون

لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در ارزیابی برابری ماتریس‌های کوواریانس آزمون M باکس استفاده شد. برای تحلیل از نسخه ۱۹ نرم افزار SPSS استفاده شد.

## یافته‌ها

جدول ۲ مولفه‌های توصیفی میزان نگرش فرد در مورد تصویر بدنی خود و سبک‌های هویت را در سه مقطع پیش آزمون، پی آزمون و پیگیری ارائه کرده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرها به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

| متغیر                           | گروه  | شاخص | پیش آزمون | پس آزمون | پیگیری |
|---------------------------------|-------|------|-----------|----------|--------|
| نگرش فرد در مورد تصویر بدنی خود | ACT   | M    | ۲/۵۳      | ۳/۲۷     | ۳/۵۱   |
|                                 |       | sd   | ۱/۱۹      | ۰/۸۰     | ۰/۰۸   |
| سبک اطلاعاتی                    | ACT   | M    | ۲/۴۰      | ۲/۳۲     | ۲/۵۷   |
|                                 |       | sd   | ۰/۷۴      | ۰/۷۲     | ۰/۷۲   |
| سبک هنجاری                      | ACT   | M    | ۲/۲۰      | ۳/۰۰     | ۳/۲۴   |
|                                 |       | sd   | ۱/۴۲      | ۱/۱۳     | ۱/۱۳   |
| سبک سردرگم                      | ACT   | M    | ۲/۰       | ۲/۱۳     | ۲/۳۷   |
|                                 |       | sd   | ۰/۹۳      | ۱/۱۹     | ۱/۱۹   |
| سبک تعهد                        | ACT   | M    | ۳/۱۳      | ۴/۰۰     | ۴/۴۲   |
|                                 |       | sd   | ۱/۹۲      | ۰/۹۳     | ۰/۹۳   |
|                                 | کنترل | M    | ۲/۲۰      | ۲/۰۷     | ۲/۳۱   |
|                                 |       | sd   | ۱/۱۵      | ۱/۳۹     | ۱/۳۹   |
|                                 | ACT   | M    | ۳/۲۰      | ۳/۸۰     | ۴/۰۴   |
|                                 |       | sd   | ۱/۸۲      | ۱/۰۱     | ۱/۰۱   |
|                                 | کنترل | M    | ۳/۲۰      | ۲/۸۰     | ۳/۰۴   |
|                                 |       | sd   | ۱/۸۲      | ۱/۰۸     | ۱/۰۸   |
|                                 | ACT   | M    | ۲/۴۰      | ۳/۴۰     | ۳/۶۴   |
|                                 |       | sd   | ۱/۵۰      | ۰/۸۳     | ۰/۸۳   |
|                                 | کنترل | M    | ۳/۰۰      | ۳/۱۳     | ۳/۳۷   |
|                                 |       | sd   | ۱/۳۱      | ۰/۷۴     | ۰/۷۴   |

ابتدا مفروضات تحلیل واریانس مختلط مورد آزمون قرار گرفت. پاسخ های آزمودنی ها به سوالات تحت تأثیر آزمودنی های دیگر نبود. با انجام آزمون کولموگروف-اسمیرنوف ( $p > 0/05$ )، نرمال بودن داده ها و با آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ها در پیش آزمون گروه های آزمایش و کنترل، فرض تساوی واریانس ها تایید شد ( $p > 0/05$ ). در ارزیابی برابری ماتریس های کوواریانس آزمون M باکس ( $F = 1/417$ ،  $Box's M = 75/333$ ،  $p > 0/05$ ) فرض برابری ماتریس های کوواریانس برقرار شد. پس از استخراج با توجه به برقرار بودن شرط آزمون های پارامتریک، داده های این پژوهش قابلیت ورود به تحلیل واریانس مختلط را دارا بوده و تفاوت های بین گروهی در متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج آزمون فرضیه با استفاده از تحلیل کوواریانس در جدول نشان می دهد پس از حذف اثر پیش آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی دار برای عامل گروه «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می دهد که حداقل بین یکی از متغیرهای نگرش فرد در مورد تصویر بدنی خود و سبک های هویت دانش آموزان دختر دوره متوسطه دوم مبتلا به اختلال بی اشتها بی روانی که تحت روش درمانی بوده اند، با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد.

**جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نمرات نگرش فرد در مورد تصویر بدنی خود و سبک های هویت**

| آزمون             | ارزش | F     | df1 | df | Sig.  | ضریب ایثا |
|-------------------|------|-------|-----|----|-------|-----------|
| اثربیایی          | ۰/۷۴ | ۱۰/۸۲ | ۶   | ۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۳۸     |
| لاندا ی ویکس      | ۰/۲۶ | ۱۰/۸۲ | ۶   | ۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۳۸     |
| اثرهتلینگ         | ۲/۸۲ | ۱۰/۸۲ | ۶   | ۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۳۸     |
| بزرگترین ریشه روی | ۲/۸۲ | ۱۰/۸۲ | ۶   | ۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۳۸     |

نتایج جدول زیر نشان می دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون، فرضیه مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیرهای پژوهش تحت روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل، تایید می گردد.

**جدول ۴. آزمون اثرات بین گروهی**

| منبع          | متغیر                | SS   | df | MS   | F     | Sig.  | ضریب ایثا |
|---------------|----------------------|------|----|------|-------|-------|-----------|
| مدل تصحیح شده | نگرش فرد در مورد ... | ۶/۵۳ | ۱  | ۶/۵۳ | ۱۱/۲۵ | ۰/۰۰۲ | ۰/۲۹      |

|                   |                      |        |        |        |        |      |
|-------------------|----------------------|--------|--------|--------|--------|------|
| اطلاعاتی          | ۵/۶۳                 | ۱      | ۵/۶۳   | ۶/۱۸   | ۰/۱۷   | ۰/۱۳ |
| هنجاری            | ۲۸/۰۳                | ۱      | ۲۸/۰۳  | ۲۰/۱۶  | ۰/۰۱   | ۰/۴۲ |
| سردرگم یا اجتنابی | ۷/۵۰                 | ۱      | ۷/۵۰   | ۶/۸۲   | ۰/۱۴   | ۰/۲۰ |
| تعهد              | ۳/۵۳                 | ۱      | ۳/۵۳   | ۵/۸۶   | ۰/۱۲   | ۰/۰۳ |
| عرض از مبدأ       | نگرش فرد در مورد ... | ۲۳۵/۲۰ | ۱      | ۲۳۵/۲۰ | ۴۰۴/۸۵ | ۰/۹۴ |
| اطلاعاتی          | ۱۹۷/۶۳               | ۱      | ۱۹۷/۶۳ | ۱۴۶/۶۵ | ۰/۰۱   | ۰/۸۴ |
| هنجاری            | ۲۷۶/۰۳               | ۱      | ۲۷۶/۰۳ | ۱۹۸/۵۲ | ۰/۰۱   | ۰/۸۸ |
| سردرگم یا اجتنابی | ۳۲۶/۷۰               | ۱      | ۳۲۶/۷۰ | ۲۹۷/۰۰ | ۰/۰۱   | ۰/۹۱ |
| تعهد              | ۳۲۰/۱۳               | ۱      | ۳۲۰/۱۳ | ۵۱۷/۱۴ | ۰/۰۱   | ۰/۹۵ |
| گروه              | نگرش فرد در مورد ... | ۶/۵۳   | ۱      | ۶/۵۳   | ۱۱/۲۵  | ۰/۲۹ |
| اطلاعاتی          | ۵/۶۳                 | ۱      | ۵/۶۳   | ۶/۱۸   | ۰/۱۷   | ۰/۱۳ |
| هنجاری            | ۲۸/۰۳                | ۱      | ۲۸/۰۳  | ۲۰/۱۶  | ۰/۰۱   | ۰/۴۲ |
| سردرگم یا اجتنابی | ۷/۵۰                 | ۱      | ۷/۵۰   | ۶/۸۲   | ۰/۱۴   | ۰/۲۰ |
| تعهد              | ۳/۵۳                 | ۱      | ۳/۵۳   | ۵/۸۶   | ۰/۲۱   | ۰/۰۳ |

آزمون بونفرونی برای مقایسه‌های دوتایی مداخله‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرها استفاده شده است. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که در همه آنها، بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و بین پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. اما، بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد.

## بحث

با توجه به یافته‌های پژوهش تفاوت در میانگین نمرات گروه آزمایش که درمان اکت دریافت کرده بودند، نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون به لحاظ آماری معنادار است و فرضیه پژوهش تایید و نتیجه گرفته می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) در تصویر بدنی و سبک‌های هویت دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی روانی اثربخش است. در مورد اثربخشی مداخلات اکت، نتایج پژوهش با پژوهش مرادی و همکاران (۲۰۲۰)، استادیان و همکاران (۲۰۲۰) و با پژوهش لی و همکاران (۲۰۲۱)، پیرز و ساتن (۲۰۲۰)، آفری و همکاران (۲۰۱۹)، فلوجاز و همکاران (۲۰۱۸)، روچه و همکاران (۲۰۱۷)، جارسو و همکاران (۲۰۱۵)، فورمن و بوترین (۲۰۱۵)، هیل و همکاران (۲۰۱۴)، جارسو و همکاران (۲۰۱۳) همسو است.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۱۲)، یک درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و توجه آگاهی است که ممکن است به طور خاص برای افرادی که اختلال‌های خوردن دارند مناسب باشد زیرا آنها هیجانات و رفتارهای ناسازگار را هدف می‌گیرد تا عملکرد روزانه را بهبود بخشد. به طور خاص اکت برای بالا بردن سطح زندگی حیاتی و کامل، با باز بودن به افکار مشکل و احساسات در اعمال ارزش‌گذاری شده است. این هدف با تضعیف تلاش‌های فراگیر برای تنظیم تجربیات هیجانی ناخواسته (شامل رفتارهای مشکل‌ساز خوردن یا روش‌های غیر کاربردی برای تنظیم تجربیات درونی) انجام می‌شود رفتارهای جایگزین برای تجربه کردن زمان حال را به طور باز و آزاد بالا می‌برد.

در ادامه می‌توان گفت که تصویر بدنی یعنی اینکه فرد بدن خود را چطور می‌بیند و چه احساسی در مورد این درک بدنی دارند از آنجایی که بی‌اشتهایی عمدتاً در انتهای نوجوانی و جوانی شروع می‌شود و در ضمن به عقیده اریکسون کار بنیادی نوجوان به دست آوردن هویت است. یعنی پاسخی برای این پرسش که من که هستم و چه می‌کنم. آسیب‌پذیری و اختلال‌های خوردن در این دوره رشدی اتفاق می‌افتد که افراد به نحوه‌ای که دیگران آنها را برداشت می‌کنند، دل مشغول می‌شوند، مفهومی که خوداجتماعی نامیده می‌شود. آنهایی که احساس می‌کنند ظاهر نامناسبی دارند خود اجتماعی را پرورش می‌دهند که بیش از حد بر عدم تناسب بدنشان متمرکز است. رابطه بین کسب هویت و نارضایتی از تصویر بدن و اضطراب اجتماعی و اختلال‌های خوردن تایید شده است.

افراد و خانواده‌ها درون یک سیستم هیجانی زندگی می‌کنند که نقش مهمی در کیفیت روابط بین فردی ایفا می‌کند. همانطور که گفته می‌شود هویت و تصویر بدنی مخدوش (تمرکز در وزن بدنی به عنوان یک منبع مهم از تعریف خود) برگرفته از تأثیرات محیطی و خود اجتماعی، احتمالاً اساس اختلال‌های خوردن از جمله بی‌اشتهایی عصبی را تشکیل می‌دهد همچنین برعکس آن نیز صادق است (استین، لی، کورته و همکاران، ۲۰۱۹).. بنابراین فرد دچار اختلال بی‌اشتهایی روانی در تصویر بدنی از خود و کسب هویت سالم، آسیب‌پذیر است.

بنابراین می‌توان گفت اکت اشتباهات افراد را با مشکل تصویر بدنی هدف قرار می‌دهد. مثل اجتناب از وضعیت که افکار مربوط به تصویر بدنی را فرا می‌خواند و احساساتش را (مثال وضعیت‌های اجتماعی که غذا سرو می‌شود) و درجه‌ای که تجربیات روان‌شناختی مربوط به تصویر بدنی به طور منفی بر شخص اثر می‌گذارد. به علاوه اکت ابتدا در تصویر بدنی یا هویت فرد تمرکز نمی‌کند اما به اشتغال داشتن افراد در اعمال با ارزش‌های پایدار استوار بدون در نظر گرفتن آن متغیرها می‌پردازد. در ادبیات

اکت این جایگزینی و الگوهای رفتاری تطبیقی در زمینه اختلال‌های خوردن و نارضایتی بدنی «انعطاف پذیری تصویر بدنی» نامگذاری شده است (هیل و همکاران، ۲۰۱۳). این درمان با انجام مداخلاتی برای پذیرش و افزایش آگاهی می‌تواند در افراد دچار بی‌اشتهایی موثر واقع شود زیرا این افراد با تصویر بدنی منفی، آگاهی نسبت به خود ندارند و خودشان را آن گونه که هستند نمی‌پذیرند. همچنین در این درمان با هدف قرار دادن ارزش‌ها و اولویت‌بندی دوباره آنها می‌تواند در کسب هویت، راهنما و اثر گذار باشد. در این پژوهش نیز درمان اکت توانست به تصویر بدنی مثبت و کسب هویت متعهدانه منجر شود.

### References

- Afari, N., Cuneo, J. G., Herbert, M., Miller, I., Webb-Murphy, J., Delaney, E., ... & Wisbach, G. (2019). Design for a cohort-randomized trial of an acceptance and commitment therapy-enhanced weight management and fitness program for Navy personnel. *Contemporary clinical trials communications*, 15, 100408. doi:10.1016/j.conctc.2019.100408
- Akbari, M., Lotfi Kashani, F., & Vaziri, S. (2017). The efficacy of four-factor psychotherapy on increasing sexual self-esteem in breast cancer survivors. *Iranian Journal of Breast Diseases*, 10(1), 48-60.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
- Ansari, S., Asgari, P., Makvandi, B., Heidari, A., & Seraj Khorrami, N. (2020). Effectiveness of Schema Therapy in Psychological Distress, Body Image, and Eating Disorder Beliefs in Patients with Anorexia Nervosa. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 7(3), 184-189.
- Badri Bageh Jan, S., Alibakhshi, S. Z., & Karami Baghtifuni, Z. (2020). Effectiveness of an Intervention Protocol to Improve Disordered Eating Behavior and Body Image in the Treatment of Body Image Disturbance and Eating Behaviors among Women. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 7(4), 236-241.
- Berzonsky, M. D. (1989). Identity style: Conceptualization and measurement. *Journal of adolescent research*, 4(3), 268-282.
- Berzonsky, M. D. (1990). Self construction across the life-span: A process view of identity development. *Advances in personal construct psychology*, 1, 155-186.
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. E. (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. Guilford Press.
- Cash, T. F., Melnyk, S. E., & Hrabosky, J. I. (2004). The assessment of body image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. *International Journal of eating disorders*, 35(3), 305-316.
- Chew, C. S. E., Kelly, S., Tay, E. E., Baeg, A., Khaider, K. B., Oh, J. Y., ... & Davis, C. (2021). Implementation of family-based treatment for Asian adolescents with anorexia nervosa: A consecutive cohort examination of outcomes. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.23429>
- Daneshvar Fard, M. (2018). Predicting self-esteem based on body image and identity styles in high school adolescent girls in Tehran, Quds Free University.
- Diedrichs, P. C., Atkinson, M. J., Garbett, K. M., & Leckie, G. (2021). Evaluating the "Dove Confident Me" Five-Session Body Image Intervention Delivered by Teachers in Schools: A Cluster Randomized Controlled Effectiveness Trial. *Journal of Adolescent Health*, 68(2), 331-341.
- Epstein, L. H., Kilanowski, C., Paluch, R. A., Raynor, H., & Daniel, T. O. (2015). Reducing variety enhances effectiveness of family-based treatment for pediatric obesity. *Eating behaviors*, 17, 140-143.
- Fernando, A. N., & Sharp, G. (2020). Genital Self-Image in Adolescent Girls: The Effectiveness of a Brief Educational Video. *Body Image*, 35, 75-83.
- Flujas-Contreras, J. M., & Gómez, I. (2018). Improving flexible parenting with acceptance and commitment therapy: A case study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 8, 29-35.
- Forman, E. M., & Butryn, M. L. (2015). A new look at the science of weight control: how acceptance and commitment strategies can address the challenge of self-regulation. *Appetite*, 84, 171-180.
- Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*. 1982 May 1;9(2):273-9.



- Gharabaghi, F, Besharat, M A, Rostami, R, Gholam Ali Lavasani, M. (2018). The effectiveness of Bowen systemic therapy on chronic anxiety and lifestyle. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 13 (50), 37-46.
- Ghasemi L, Jabal Ameli Sh (2019). The effectiveness of acceptance and commitment treatment on body image in women with breast cancer after mastectomy. *Journal of Health System Research*; 15 (4), 261-255.
- Guimarães, J. S., Cardoso, F. B., & de Lima, A. P. (2020). Effectiveness of a Yoga program in improving self-esteem and self-image of the elderly: English. *Motricidade*, 16(2), 170-175.
- Harlowe, J., Farrar, S., Stopa, L., & Turner, H. (2018). The impact of self-imagery on aspects of the self-concept in individuals with high levels of eating disorder cognitions. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 61, 7-13.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Hill, M. L., Masuda, A., Melcher, H., Morgan, J. R., & Twohig, M. P. (2015). Acceptance and commitment therapy for women diagnosed with binge eating disorder: A case-series study. *Cognitive and behavioral practice*, 22(3), 367-378.
- Izkan, S, Mirzaeian, B, Hosseini, S. H. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on emotional dysregulation and compassion for self-harming students. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 14 (53), 17-26.
- Jamshidifar, M (2017). Structural Relationships of Metacognitive Beliefs with Symptoms of Anorexia Nervosa and Physical Deformity due to Physical Examination Behaviors, Tabriz University.
- Juarascio, A. S., Manasse, S. M., Schumacher, L., Espel, H., & Forman, E. M. (2017). Developing an acceptance-based behavioral treatment for binge eating disorder: Rationale and challenges. *Cognitive and behavioral practice*, 24(1), 1-13.
- Juarascio, A. S., Schumacher, L. M., Shaw, J., Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2015). Acceptance-based treatment and quality of life among patients with an eating disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 42-47.
- Kaplan and Zadok (2015) Summary of Psychiatry and Behavioral Sciences Farzin Rezaei, Volume 2, Tehran: Arjmand Publications.
- Laghi, F., Liga, F., Baumgartner, E., & Baiocco, R. (2012). Identity and conformism among Italian adolescents who binge eat and drink. *Health, risk & society*, 14(4), 361-376.
- Lee, E. B., Smith, B. M., Twohig, M. P., Lensegrav-Benson, T., & Quakenbush-Roberts, B. (2017). Assessment of the body image-acceptance and action questionnaire in a female residential eating disorder treatment facility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 21-28. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.11.004>,
- Mantilla, E. F., Bergsten, K., & Birgegård, A. (2014). Self-image and eating disorder symptoms in normal and clinical adolescents. *Eating behaviors*, 15(1), 125-131.
- Moradi, F., Ghadiri-Anari, A., Dehghani, A., Vaziri, S. R., & Enjezab, B. (2020). The effectiveness of counseling based on acceptance and commitment therapy on body image and self-esteem in polycystic ovary syndrome: An RCT. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 18(4), 243.
- Murray, K., Rieger, E., & Byrne, D. (2013). A longitudinal investigation of the mediating role of self-esteem and body importance in the relationship between stress and body dissatisfaction in adolescent females and males. *Body image*, 10(4), 544-551.
- Nowruzpoor, E., Vakili, P., & Rezakhani, S. D. (2020). The effectiveness of Reality therapy on Self-efficacy and Identity Styles of Female Students in the second district of Tehran during the academic year 2018-19. *International Journal of Pediatrics*.
- Ostadian Khani, Z., Hasani, F., Sepahmansour, M., & Keshavarzi Arshadi, F. (2020). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Body Image Flexibility and Affect Control in Women with Binge Eating Disorder. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*, 6(3), 94-102.
- Pears, S., & Sutton, S. (2020). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) interventions for promoting physical activity: a systematic review and meta-analysis. *Health psychology review*, 1-26., DOI:10.1080/17437199.2020.1727759
- Roche, L., Dawson, D. L., Moghaddam, N. G., Abey, A., & Gresswell, D. M. (2017). An Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention for Chronic Fatigue Syndrome (CFS): a case series approach. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 178-186.

- Stein, K. F., Lee, C. K., Corte, C., & Steffen, A. (2019). The influence of identity on the prevalence and persistence of disordered eating and weight control behaviors in Mexican American college women. *Appetite*, 140, 180-189.
- Timko, C. A., Zucker, N. L., Herbert, J. D., Rodriguez, D., & Merwin, R. M. (2015). An open trial of Acceptance-based Separated Family Treatment (ASFT) for adolescents with anorexia nervosa. *Behaviour research and therapy*, 69, 63-74.
- Vaziri, S., & Lotfi Azimi, A. (2012). The effect of empathy training in decreasing adolescents aggression. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*. 8(30). 167-175
- Vaziri, S., Kashani, F. L., Jamshidifar, Z., & Vaziri, Y. (2014). Brief report: The identity style inventory-validation in Iranian college students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 128, 316-320.
- Verschuere, M., Luyckx, K., Kaufman, E. A., Vansteenkiste, M., Moons, P., Sleuwaegen, E., ... & Claes, L. (2017). Identity processes and statuses in patients with and without eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(1), 26-35.
- Zeinali Davarani S(2017). The effectiveness of ACT treatment on test anxiety and stress coping styles. Bahonar University of Kerman

## تأثیر مداخله شفقت به خود مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب ناشی از کرونا در زنان خانه دار

مجید یوسفی افرشته<sup>۱</sup>، سعیده محمدی<sup>۲</sup>

بیماری کووید-۱۹ به یک همه‌گیری تبدیل شد و بر همه‌ی جنبه‌های زندگی انسان‌ها تأثیر گذاشت. زنان خانه‌دار یکی از گروه‌هایی هستند که مستعد مبتلا به انواع اختلالات روانی در دوران شیوع این بیماری هستند، در همین راستا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر بخشی مداخله شفقت به خود مبتنی بر-ذهن آگاهی به عنوان برنامه‌ای راهبردی بر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب زنان خانه‌دار انجام شد. برای این منظور طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس‌آزمون و گروه کنترل ۴۶ زن -خانه‌دار (۲۳ نفر گروه کنترل؛ ۲۳ نفر گروه آزمایش) به شیوه در دسترس انتخاب و از نظر اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایشی طی ۸ و ۶ جلسه به‌ترتیب تحت مداخله شفقت به خود مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌های پژوهش از طریق تحلیل کواریانس تک متغیری مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند، نتایج نشان داد که بین اثر بخشی درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب ناشی از کرونا در گروه‌های آزمون و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F=22/0, 21p< 0/05$ ) و ( $F=42/83$ ) و مداخله شفقت به خود مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند در کاهش اضطراب و افزایش بهزیستی روان‌شناختی در دوران شیوع کرونا موثر باشد.

**کلیدواژه‌ها:** مداخله شفقت به خود مبتنی بر ذهن آگاهی، بهزیستی روان‌شناختی، کووید-۱۹، زنان-خانه‌دار

### مقدمه

سازمان بهداشت جهانی بیماری همه‌گیری کرونا را به عنوان یک نگرانی بین‌المللی اعلام کرده است (سیمبا، انکوبو، ۲۰۲۰). در دو دهه اخیر شاهد پنج وضعیت همه‌گیری بوده ایم که جدیدترین آن‌ها ویروس کرونا در سال ۲۰۱۹ است (پانیک، مجی، ۲۰۲۰). در حالی که توجه جهانی تا حد زیادی بر اثرات ویروس کرونا بر سلامت جسمی متمرکز است ویروس کرونا می‌تواند سلامت روانی

۱ دپارتمان روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران (نویسنده مسوول) yousefi@znu.ac.ir

۲ دپارتمان روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران Saedeh.mohmdy@yahoo.com

افراد را نیز تحت تاثیر قرار دهد (سایتچی، تکین، دنیز، سایتچی، ۲۰۲۰). همه گیری کووید-۱۹ که پدیده ای جهانی است زندگی هر فرد را تهدید می کند و زنان خانه دار از این امر مستثنی نیستند. یک زن خانه دار مهم ترین فرد در خانواده و تعیین کننده چگونگی سازگاری، رشد و حل کننده مشکلات خانواده است (سوتیکنو، ۲۰۱۱).

ادبیات موجود تعاریف متفاوتی از زنان خانه دار ارائه می دهد. یکی از معیار-های مهمی که دانش پژوهان از آن استفاده می کنند هویت است و دیگری میزان زمانی را که مردم صرف کار داخلی می کنند در نظر می گیرند. به طور خاص گروه زنان خانه دار شامل زنانی است که مراقبت از خانوار را به عنوان فعالیت اصلی خود گزارش می دهند (کیتروود و رونسن، ۲۰۱۳). برای مقابله با کووید-۱۹ اکثر کشورها قرنطینه موقت را به عنوان یک استراتژی برای مهار گسترش آن اعمال کردند. اثرات قرنطینه برای همه افراد مخرب بوده و بار اضافی بر دوش زنان خانه دار قرار می دهد (ارگون، بیچن، ارسوی، ۲۰۲۰؛ کارا، ۲۰۲۰). وظایف دشوار زنان خانه دار، مانند فعالیت-های خانگی، برآوردن نیازهای آموزشی و عاطفی کودکان و مراقبت از اعضای سالمند و بیمار خانواده که قبل از قرنطینه نیز وجود داشت به طور فزاینده ای افزایش می یابد (کارا، ۲۰۲۰؛ لیو و همکاران، ۲۰۲۰) و تعهدات جدید مانند مراقبت های بهداشتی، تهیه وعده های غذایی بیشتر و سالم تر، حفظ نظم در محیط شلوغ خانه و رسیدگی به آموزش آنلاین کودکان به وظایف زنان خانه دار اضافه می-شود (تانگ و همکاران، ۲۰۲۰). این مسوولیت های سنگین و گذراندن مدت زمان طولانی در خانه و محروم بودن از روابط اجتماعی برای سلامت جسمی و روانی زنان خانه دار خطرات جدی ایجاد می-کند (کاپلان، ۲۰۲۱).

یکی از مهمترین متغیرهای روانشناختی که تحت تاثیر این ویروس قرار می گیرد بهزیستی روانشناختی است. با توجه به ماهیت جدید و قدرت عفونی ویروس کرونا ممکن است افراد واکنش های روانی و مرتبط با استرس را نشان دهند. در برابر شیوع ویروس کرونا برخی از ممنوعیت ها و محدودیت ها مانند انزوای اجتماعی، قرنطینه و محدودیت های سفر اعمال شد که این اقدامات بر بهزیستی روانشناختی افراد تاثیر می گذارد (اکدنیز و همکاران، ۲۰۲۰). بهزیستی روانشناختی به عنوان تلاشی برای بهبود خود و تحقق توان بالقوه فرد تعریف می شود که مربوط به داشتن هدف در زندگی، احساس زندگی و مقابله با چالش ها و تلاش برای دستیابی به اهداف ارزشمند است (لوپز و همکاران، ۲۰۲۰). از نظر ریف (۱۹۸۹، ۱۹۹۵) بهزیستی روانشناختی به عنوان رشد یافتگی استعداد های واقعی فرد تعریف می شود و دارای شش مولفه زندگی هدفمند، رابطه مثبت با دیگران، رشد

شخصی، پذیرش خود، استقلال و تسلط بر محیط است. به دلیل ناشناخته بودن ویروس کرونا، مردم در برابر اطلاعات جدید از منابع مختلف از جمله اطلاعات تایید نشده قرار می گیرند، دسترسی به این منابع اطلاعاتی برای مدت زمان طولانی اضطراب و هیستری را افزایش داده و بر بهزیستی روان شناختی افراد تاثیر منفی می گذارد (اوتو، چارلز، یایا، ۲۰۲۰؛ الفواز و همکاران، ۲۰۲۱) و ممکن است باعث اختلال استرس پس از سانحه، خودکشی و خشونت خانگی شود (الفواز و همکاران، ۲۰۲۱).

در همه گیری کووید-۱۹، اضطراب یکی از مشکلات روانی است که در انسان ها دیده می شود چرا که همه گیری را می توان به عنوان رویدادی تلقی کرد که باعث ایجاد نگرانی می شود (اکدنیز و همکاران، ۲۰۲۰). اضطراب به معنای یک احساس ناخوشایند و مبهم آمیخته با هراس و با منشا ناشناخته و برانگیختگی فیزیولوژیکی تعریف می شود (انسانی، تایلر، مک کان، براون و زنگ، ۲۰۲۰). همچنین اضطراب کرونا ناشی از اضطراب مبتلا شدن به ویروس کرونا است که بیشتر به دلیل ناشناخته و مبهم بودن ویروس ایجاد می شود (علیپور، قدمی و عبدالله زاده، ۲۰۲۰). تعداد زیادی از گزارشات در مورد پیامدهای روانی همه گیری ویروس کرونا وجود دارد چندین مطالعه مقطعی (گایدان، ۲۰۲۰؛ عبدالقانی، مهدی، ال گوهری، ۲۰۲۱) و طولی (یوپان و همکاران، ۲۰۲۱؛ سوما و همکاران، ۲۰۲۱) سطح بالایی از پریشانی روانی و اضطراب را در نتیجه قرنطینه نشان داده است.

در شرایط کنونی که همه گیری بیماری و قرنطینه وجود دارد مداخله های مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی مانند مداخله شفقت به خود ممکن است برای تسکین حالت عاطفی پریشانی موثر باشد (گوتیرز-هرناندز و همکاران، ۲۰۲۰) و نقش مهمی در نحوه برخورد افراد با این رویداد استرس زا داشته-باشد (بتو، گوستا و نوگرا، ۲۰۲۱). شفقت به خود یک شیوه ارتباطی سازگار با خود است که شامل آگاهی فرد از تجربیات دشوار خود، مهربانی باخود در هنگام رنج و ظرفیت مواجه شدن با چالش ها به-عنوان بخشی از تجربه مشترک انسانی است (جونز، شی، هوانگ، سینگ چوما و گو، ۲۰۱۸). افرادی که سطوح بالایی از خودشفقتی دارند خود را همانطور که هستند می پذیرند و از خود مراقبت می کنند. بنابراین در این رویداد منفی همه گیری کووید-۱۹، خودآگاهی در برابر مشکلات و سختی ها نقش حفاظتی به خود می گیرد و از گرفتار شدن افراد در احساسات منفی مانند ترس و اضطراب جلوگیری می کند (بتو و همکاران، ۲۰۲۱؛ الن، ۲۰۱۰).

پژوهش های پیشین مزایای عاطفی مداخله شفقت به خود را از دیدگاه های متفاوت بررسی کرده اند. مطالعاتی در زمینه تاثیر مداخلات شفقت به خود بر کاهش آسیب های روانی (ویلسون، مکینتاش، پاور و جان، ۲۰۱۸)، افسردگی، اضطراب، استرس (فرستادوتیر و دورجی، ۲۰۱۹) و دلبستگی ناایمن (مارین

و همکاران، ۲۰۲۰) انجام گرفته است. در تحقیقات انجام گرفته تمرکز جهانی تا حد زیادی بر اثرات ویروس کرونا بر سلامت جسمانی متمرکز است و تحقیقات کمی در رابطه با تاثیر کرونا بر سلامت روان زنان خانه دار انجام گرفته است. از طرف دیگر اغلب پژوهش ها با رویکرد توصیفی انجام شده اند و تعیین اثربخشی مداخلات روان شناختی کمتر مورد توجه پژوهشگران بوده است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله خودشفقت بخش مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان شناختی و اضطراب ناشی از کرونا در زنان خانه دار تنظیم شده است.

## روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، جز پژوهش های کاربردی است و از آنجا که هدف این پژوهش بررسی اثر مداخله شفقت به خود مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان شناختی و اضطراب ناشی از شیوع کرونا بود نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان خانه دار دارای فرزند شهر زنجان در سال ۱۴۰۰ بودند که از بین آن ها تعداد ۴۶ نفر به طور در دسترس انتخاب شدند و پس از جلب رضایت آگاهانه و مشارکت در دو گروه ۲۳ نفری به عنوان گروه آزمایش و گروه کنترل قرار گرفتند. آزمودنیها پیش و پس از مداخله با پرسشنامه های پرسشنامه اضطراب سلامت سالکوسکیس و وارویک<sup>۱</sup> و پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف<sup>۲</sup> مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسشنامه اضطراب سلامت برای سنجش اضطراب سلامت استفاده می شود؛ فرم بلند آن برای اولین بار توسط سالکوسکیس و وارویک در سال ۱۹۸۹ طراحی شد که براساس مدل شناختی اضطراب سلامتی و خودبیمارپنداری تدوین شده است. فرم کوتاه آن که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت، شامل ۱۸ اitem است و هر اitem چهار گزینه دارد و هر یک از گزینه ها شامل توصیف فرد از مولفه های سلامتی و بیماری به صورت یک جمله خبری است که آزمودنی بایستی یکی از جملات را که بهتر او را توصیف می کند انتخاب کند. نمره گذاری برای هر اitem از صفر تا ۳ نمره می باشد و نمره بالا در آن نشانه اضطراب سلامت می باشد. پرسشنامه دارای سه عامل بخش اصلی، نگرانی کلی سلامتی و پیامد های منفی می باشد. در پژوهش داودی، نرگسی و مهربایی زاده هنرمند (۲۰۱۲) ضریب الفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۷ به دست آمد که حاکی از پایایی رضایت بخش پرسشنامه اضطراب سلامت

1 health anxiety Inventory

2 Ryyf Psychological well-being Questionnaire

است. سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲) برای سنجش روایی از پرسشنامه مقیاس باور های بیماری (IAS) استفاده کردند و روایی پرسشنامه اضطراب سلامتی را ۰/۶۳ بدست آوردند و ابراموویتز و همکاران (۲۰۰۷) ضریب روایی آن را ۰/۹۴ محاسبه کردند.

پرسشنامه ریف در سال ۱۹۸۹ و با هدف سنجش میزان بهزیستی روان شناختی در هیجده گویه با طیف لیکرت ساخته شده است. نمره گذاری با طیف لیکرت شش درجه ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) انجام می شود و دامنه نمرات بین ۱۸ تا ۱۰۸ را در نمره کل دربرمی گیرد. این پرسشنامه شامل ۶ مولفه و یک نمره کل می باشد. نمره بالا نشان دهنده بهزیستی روان شناختی بالا است. مطالعات متعددی ویژگی های روانسنجی نسخه های کوتاه از مون ریف را بررسی کرده اند. در بررسی انجام شده توسط بیانی و همکاران (۲۰۰۸) ضریب پایایی به روش باز آزمایی برای مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰، ۰/۷۸ به دست آمد که از نظر آماری معنی دار بود. لیندفورس و همکاران (۲۰۰۶) نیز دامنه ضریب ثبات درونی را برای ابعاد مختلف ریف را بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۰ گزارش نمودند.

محتوای برنامه درمانی شفقت به خود متمرکز بر ذهن آگاهی در این پژوهش برگرفته از نف و ریس و اشعار پنج دفتر مولانا بود که در پژوهش شهبازی و همکاران (۲۰۲۰) مورد استفاده قرار گرفته بود. این پروتکل در هشت جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه اجرا شد. این محتواها به صورت گروهی و توسط پژوهشگر اجرا شد.

### جدول ۱. محتوای جلسات درمان گروهی شفقت به خود متمرکز به ذهن آگاهی زنان خانه دار

| جلسات | محتوا                                                                                                                                                                                     |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | آشنایی با گروه، بیان قوانین، ایجاد رابطه درمانی آشنایی با شفقت و ذهن آگاهی و شروع فرایند عملی با تمرین خوردن یک کشمش و توضیح منطق آن.                                                     |
| دوم   | تمرین هدایت توجه و توضیح اینکه چگونه افکار بر احساسات و علایم بدنی تاثیر می گذارند و در ادامه تمرین تنفس با ریتم ارامبخش                                                                  |
| سوم   | تمرین وارسی بدنی با تمرکز شفقت آمیز و تمرین وقفه تنفس (چه احساسی در بدن و متوجه چه هیجاناتی می شوم) و در ادامه چه افکاری از ذهنم می گذرد و توجه آگاهانه از ناحیه شکم به کل بدن گسترش یابد |
| چهارم | توضیح ویژگی های خودمشفق، تصویر سازی مکان امن با حال و هوای شفقت، رنگ شفقت ورزشی، توسعه خود مشفق، تمرکز بر خود مشفق: شفقت برای شخص خودمان، کنار آمدن با خود پردردسرمان                     |
| پنجم  | تمرین ایینه، تمرین دو صندلی، تمرین نوشتن نامه مشفقانه، راهنمایی هایی برای نوشتن نامه مشفقانه.                                                                                             |

|      |                                                                                                                                            |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ششم  | خوداصلاحی مشفقانه و تفاوت آن با خودانتقادی مبتنی بر شرم، شفقت باخود در برابر بی ارادگی، تمرین از خودسرزنشگری به سمت شفقت به خود            |
| هفتم | آواز خواندن، تمرین حالات چهره، خواندن شعر، آموزش قلاب های توجه دزد و رهایی از زندان ذهن.                                                   |
| هشتم | یکپارچه سازی مسائل مطرح شده، خلاصه سازی و گرفتن فیدبک از گروه و تحلیل شعر هست مهمان خانه این تن ای جوان هر صبحی ضعیف نواید دوان از مولانا. |

شیوه اجرا به صورتی بود که ابتدا بر اساس معیارهای ورود افراد به طور در دسترس انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی در گروه ها گمارش و در نهایت یکی از گروه ها به عنوان گروه آزمایش انتخاب شد. قبل از انجام مداخله از اعضای دو گروه پیش آزمون گرفته شد. گروه آزمایش به مدت هشت جلسه در معرض برنامه درمانی قرار گرفت. در این مدت گروه کنترل برنامه ای دریافت نکرد. در پایان از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد.

با توجه به استفاده از پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد. داده ها با نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت. قبل از انجام تحلیل های اصلی دو مفروضه مهم همگنی واریانس با آزمون لوین و همگنی ضرایب رگرسیون بررسی شد. هر دو مفروضه هر دو متغیر اضطراب ناشی از کرونا و بهزیستی روان شناختی تایید شد.

### یافته ها

از بین ۲۳ نفر گروه آزمایش ۲ نفر و از ۲۳ نفر گروه کنترل ۳ نفر سرپرست خانوار بودند. میانگین سنی گروه کنترل ۳۴/۷۳ و میانگین گروه آزمایش ۳۳/۲۳ سال بود. از نظر تحصیلات در گروه کنترل، ۴ نفر دیپلم، ۲ نفر کاردانی، ۱۲ نفر کارشناسی، ۵ نفر کارشناسی ارشد بودند. در گروه آزمایش ۲ نفر دیپلم، ۳ نفر کاردانی، ۱۳ نفر کارشناسی، ۵ نفر کارشناسی ارشد بودند. جدول ۲ مولفه های توصیفی اضطراب ناشی از کرونا و بهزیستی روان شناختی را به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد.

همانطور که در جدول ۲ مشخص است در گروه کنترل میانگین کل نمرات اضطراب ناشی از کرونا در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب دارای مقادیر ۶۳/۱۳ و ۶۲/۶۱ بودند و نمرات انحراف استاندارد اضطراب ناشی از کرونا در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب مقادیر ۹/۲۲ و ۸/۳۴ را داشتند. در این گروه، میانگین نمرات بهزیستی روان شناختی در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب دارای مقادیر ۵۵/۱۷ و ۵۵/۲۶ و مقادیر نمرات انحراف استاندارد آن به ترتیب ۲۹/۹ و ۸/۷۵ بودند. در گروه آزمایش میانگین کل نمرات اضطراب ناشی از کرونا در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب دارای



مقادیر ۶۲/۲۶ و ۵۷/۰۰ بودند و نمرات انحراف استاندارد اضطراب ناشی از کرونادر پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب مقادیر ۸/۴۵ و ۸/۷۱ را داشتند. در این گروه، میانگین نمرات بهزیستی روان شناختی در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب دارای مقادیر ۵۵/۱۷ و ۵۹/۹۵ و نمرات انحراف استاندارد آن به ترتیب ۹/۲۷ و ۱۰/۱۸ بودند.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی برای متغیرهای پژوهش

| گروه   | متغیر                | پیش آزمون |       | پس آزمون |       |
|--------|----------------------|-----------|-------|----------|-------|
|        |                      | sd        | M     | sd       | M     |
| آزمایش | اضطراب ناشی از کرونا | ۸/۴۵      | ۶۲/۲۶ | ۸/۷۱     | ۵۷/۰۰ |
|        | بهزیستی روان شناختی  | ۹/۲۷      | ۵۵/۱۷ | ۱۰/۱۸    | ۵۹/۹۵ |
| کنترل  | اضطراب ناشی از کرونا | ۹/۲۲      | ۶۳/۱۳ | ۸/۳۴     | ۶۲/۶۱ |
|        | بهزیستی روان شناختی  | ۹/۲۹      | ۵۵/۱۷ | ۸/۷۵     | ۵۵/۲۶ |

نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای تعیین اثربخشی مدیتیشن خودشفقت بخش بر بهزیستی روان شناختی در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس برای تعیین اثر مدیتیشن خودشفقت بخش بر بهزیستی روان شناختی

| منبع تغییرات | SS      | df | MS      | F      | Sig.  | اندازه اثر |
|--------------|---------|----|---------|--------|-------|------------|
| پیش آزمون    | ۳۴۷۶/۲۸ | ۱  | ۳۴۷۶/۲۸ | ۳۰۵/۶۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۷۷      |
| گروه         | ۲۵۳/۵۶  | ۱  | ۲۵۳/۵۶  | ۲۲/۲۹  | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۴۱      |
| خطا          | ۴۸۹/۱۰  | ۴۳ | ۱۱/۳۷   |        |       |            |
| مجموع        | ۱۵۶۸۸۲  | ۴۶ |         |        |       |            |

همانطور که از جدول ۳ مشخص است متغیر کنترل، پیش از ازمون بهزیستی روان شناختی، با مقدار  $F_{305/61}$  در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ معنی دار است. این نتیجه بر انتخاب درست آن به عنوان متغیر کمکی در این پژوهش دلالت دارد چرا که واقعاً قسمتی از تغییرات متغیر وابسته (بهزیستی روان شناختی) را توضیح می دهد. همچنین اثر متغیر مستقل، خودشفقت بخشی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر بهزیستی روان شناختی معنی دار شده است. در واقع گروهی که آموزش خودشفقت بخشی در آن اتفاق

افتاده است بهزیستی روان‌شناختی بیشتری از گروه کنترل نشان داده است. به این ترتیب فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای تعیین اثربخشی مداخله خودشفقتی بر اضطراب ناشی از شیوع کرونا در جدول ۴ گزارش شده است.

**جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی مدیتیشن خودشفقت بخش اضطراب ناشی از شیوع کرونا**

| منبع تغییرات | SS      | df | MS      | F      | Sig.  | اندازه اثر |
|--------------|---------|----|---------|--------|-------|------------|
| پیش آزمون    | ۲۹۳۳/۵۳ | ۱  | ۲۹۳۳/۵۳ | ۴۷۴/۳۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۱۷      |
| گروه         | ۲۶۴/۹۳  | ۱  | ۲۶۴/۹۳  | ۴۲/۸۳  | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۹۹      |
| خطا          | ۲۶۵/۹۴  | ۴۳ | ۶/۱۸    |        |       |            |
| مجموع        | ۱۶۸۰/۸۳ | ۴۶ |         |        |       |            |

همانطور که از جدول ۴ مشخص است متغیر کنترل، پیش از مزمون اضطراب، با مقدار  $F(۴۷۴/۳۲)$  در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار است. این نتیجه بر انتخاب درست آن به عنوان متغیر کمکی در این پژوهش دلالت دارد چرا که واقعاً قسمتی از تغییرات متغیر وابسته (اضطراب ناشی از کرونا) را توضیح می‌دهد. همچنین اثر متغیر مستقل، خودشفقت بخشی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب ناشی از کرونا معنی‌دار شده است. در واقع گروهی که آموزش‌های خودشفقت بخشی مبتنی بر ذهن آگاهی در آن اتفاق افتاده است اضطراب ناشی از کرونا کمتری از گروه کنترل نشان داده است. به این ترتیب فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

### بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی این مطالعه تعیین اثربخشی مداخله شفقت به خود مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب سلامت ناشی از شیوع ویروس کرونا بود. یافته‌های این مطالعه نشان داد که این مداخله در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش اضطراب در دوران شیوع کرونا موثر بود. تاثیر مداخله شفقت به خود بر بهبود وضعیت روانی افراد در مطالعات متعددی تأیید شده است (ویلسون و همکاران، ۲۰۱۸؛ فراستادوتیر و همکاران، ۲۰۱۹). در از مزمون فرضیه اول نتایج تحلیل کواریانس نشان داد گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری بهزیستی روان‌شناختی بالاتری نسبت به گروه کنترل داشت. نتایج این پژوهش با پژوهش‌هایی که مداخله شفقت به خود را بر بهبود وضعیت روانی افراد مثبت گزارش کرده بودند همسو است. نتایج پژوهش نگوین و هوانگ (۲۰۲۱) که به بررسی تاثیر شفقت به خود بر

بهزیستی روان‌شناختی در نمونه های ویتنامی پرداخته‌اند نشان‌دهنده تاثیر مثبت مداخله شفقت به‌خود بر بهزیستی روان‌شناختی در دوران شیوع کرونا است. طبق پژوهش یلا و همکاران (۲۰۲۰) مداخله شفقت به‌خود با تغییرات بهزیستی روان‌شناختی ارتباط معنی‌داری دارد و راهی امیدوارکننده برای توسعه شایستگی‌های فردی و افزایش بهزیستی افراد است. همچنین مطالعه الفینستون، وایتهد و یانگ (۲۰۲۱) نشان می‌دهد که شفقت به‌خود با بهزیستی روان‌شناختی بهتر در افراد غیر بالینی مرتبط است، علاوه براین مشخص شد مداخله شفقت به‌خود ممکن است در افرادی که علائم خفیف افسردگی دارند مفید تر از سایر روش‌های درمانی باشد. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت قدردانی به‌عنوان بخشی از مداخله شفقت به‌خود باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد می‌شود.

نتایج تحلیل کواریانس نشان داد گروه آزمایش، اضطراب سلامتی کمتری نسبت به گروه کنترل داشت. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دیگر که تاثیر مداخله شفقت به‌خود را بر اضطراب مثبت گزارش کرده‌اند همسو است. نتیجه مطالعه ویس، ری و کوهن (۲۰۲۰) نشان می‌دهد که دانش‌آموزان در دوران شیوع کرونا پس از دریافت برنامه مداخله‌ای شفقت به‌خود اضطراب کمتری را نشان دادند. مطالعه فراری و همکاران (۲۰۱۹) نشان می‌دهد که مداخله شفقت به‌خود منجر به بهبود قابل‌توجهی در پیامد‌های روانی اجتماعی مانند رضایت از زندگی، نشخوار فکری، انتقاد از خود و اضطراب می‌شود. همچنین اضطراب در افراد مبتلا به بیماری‌های جسمی مزمن شایع است، مداخله شفقت به‌خود و انگیزه برای کاهش درد و رنج شخصی با کاهش اضطراب و سلامت روان افراد همراه است (هیوز، براون، کمپبل، دندی و چری ۲۰۲۱).

در تبیین نتایج فوق می‌توان به پژوهش رفاهی و همکاران (۲۰۲۱) پرداخت که عنوان می‌کند از طریق بازسازی‌شناختی که در طی مداخله شفقت به‌خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی اتفاق می‌افتد افراد می‌توانند عوامل و موقعیت‌هایی را که باعث اضطراب می‌شوند را شناسایی کرده و برنامه‌ها و استراتژی‌های مقابله‌ای مناسب را در نظر بگیرند همچنین همانطور که نف (۲۰۰۳) اظهار داشت شفقت به‌خود مستلزم فعالیت‌های فراشناختی است، فرد با تقویت مهارت‌های ذهن‌آگاهی و فراشناختی می‌تواند از شفقت به‌خود به عنوان عامل حفاظتی در برابر مشکلات عاطفی مانند اضطراب استفاده کند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش بررسی تاثیر مداخله شفقت به‌خود در نمونه زنان خانه‌دار است که تعمیم‌پذیری نتایج را به سایر زنان با مشکل مواجه می‌کند. براساس یافته‌های این پژوهش توصیه می‌شود سیاست‌گذاران کشور علاوه بر بهداشت و مشکلات جسمانی که در اثر ویروس کرونا به وجود آمده است به بهداشت روانی افراد نیز توجه بیشتری کنند. در این راستا از طریق روان‌شناسان و

مشاوران می‌توان برای سلامت روان و کاهش اضطراب افراد برنامه مداخله‌ای شفقت به خود را در ابعاد وسیع‌تر و برای گروه‌هایی که به شدت تحت‌تاثیر این بیماری قرار دارند مانند پرستاران و پزشکان، بکار برد.

## References

- Abdelghani, M., Mahdy, R., & El-Gohari, H. (2021). Health anxiety to COVID-19 virus infection and its relationship to quality of life in a sample of health care workers in Egypt: a cross-sectional study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 23(1), 19-28.
- Abramowitz, J. S., & Moore, E. L. (2007). An experimental analysis of hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 413-424.
- Akdeniz, G., Kavakci, M., Gozugok, M., Yalcinkaya, S., Kucukay, A., & Sahutogullari, B. (2020). A survey of attitudes, anxiety status, and protective behaviors of the university students during the COVID-19 outbreak in Turkey. *Frontiers in psychiatry*, 11.
- Alipour, A., Ghadami, A., Alipour, Z., & Abdollahzadeh, H. (2020). Preliminary validation of the Corona Disease Anxiety Scale (CDAS) in the Iranian sample. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 8(32), 163-175.
- Allen, A. B., Goldwasser, E. R., & Leary, M. R. (2012). Self-compassion and well-being among older adults. *Self and Identity*, 11(4), 428-453.
- Al-Refae, M., Al-Refae, A., Munroe, M., Sardella, N. A., & Ferrari, M. (2021). A Self-Compassion and Mindfulness-Based Cognitive Mobile Intervention (Serene) for Depression, Anxiety, and Stress: Promoting Adaptive Emotional Regulation and Wisdom. *Frontiers in psychology*, 12, 839.
- Asnaani, A., Tyler, J., McCann, J., Brown, L., & Zang, Y. (2020). Anxiety sensitivity and emotion regulation as mechanisms of successful CBT outcome for anxiety-related disorders in a naturalistic treatment setting. *Journal of affective disorders*, 267, 86-95.
- Bayani, A. A., Mohammad, K., & Ashour, B. A. (2008). Validity and reliability of the Reef psychological well-being scale. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14(2), 151-146.
- Beato, A. F., da Costa, L. P., & Nogueira, R. (2021). "Everything Is Gonna Be Alright with Me": The Role of Self-Compassion, Affect, and Coping in Negative Emotional Symptoms during Coronavirus Quarantine. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 2017.
- Ergönen, A. T., Biçen, E., & Ersoy, G., (2020). The Hidden Side of COVID-19 Pandemic: Domestic Violence. *The Bulletin of Legal Medicine*, 25, 48-57.
- Finlay-Jones, A., Xie, Q., Huang, X., Ma, X., & Guo, X. (2018). A pilot study of the 8-week mindful self-compassion training program in a Chinese community sample. *Mindfulness*, 9(3), 993-1002.
- Frostadottir, A. D., & Dorjee, D. (2019). Effects of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and compassion focused therapy (CFT) on symptom change, mindfulness, self-compassion, and rumination in clients with depression, anxiety, and stress. *Frontiers in psychology*, 10, 1099.
- Gaidhane, S., Khatib, N., Zahiruddin, Q. S., Gaidhane, A., Telrandhe, S., & Godhiwal, P. (2020). Depression, anxiety and stress among the general population in the time of COVID-19 lockdown: A cross-sectional study protocol. *Int. J. Res. Pharm. Sci.*, 360-364.
- Ghaderi, M., Ahi, Q., Vaziri, S., Mansouri, A., & Shahabizadeh, F. (2020). The mediating role of emotion regulation and intolerance of uncertainty in the relationship between childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury in adolescents. *International Archives of Health Sciences*, 7(2), 96-103.
- Gutiérrez-Hernández, M. E., Fanjul, L. F., Díaz-Megolla, A., Reyes-Hurtado, P., Herrera-Rodríguez, J. F., Enjuto-Castellanos, M. D. P., & Peñate, W. (2021). Covid-19 lockdown and mental health in a sample population in Spain: the role of self-compassion. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 2103.
- Hughes, M., Brown, S. L., Campbell, S., Dandy, S., & Cherry, M. G. (2021). Self-compassion and anxiety and depression in chronic physical illness populations: A systematic review. *Mindfulness*, 12(7), 1597-1610.
- Kaplan, V. (2021). The Burnout and Loneliness Levels of Housewives in Home-Quarantine during Covid-19 Pandemic. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 3(2), 115-122.
- Kara, E. (2020). The function of the social service workforce during the COVID-19 pandemic in disadvantaged groups. *Turkish Journal of Social Work Research*, 4(1), 28-34.

- Kashani, F. L., Vaziri, S., Akbari, M. E., Zeinolabedini, N., Sanaei, H., & Jamshidifar, Z. (2014). The effectiveness of creating hope on distress of women with breast cancer. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 201-205.
- Kitterød, R. H., & Rønsen, M. (2013). Opting out? Who are the housewives in contemporary Norway?. *European sociological review*, 29(6), 1266-1279.
- Lindfors, P., Berntsson, L., & Lundberg, U. (2006). Factor structure of Ryff's psychological well-being scales in Swedish female and male white-collar workers. *Personality and individual differences*, 40(6), 1213-1222.
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., ... & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry research*, 287, 112921.
- López, J., Perez-Rojo, G., Noriega, C., Carretero, I., Velasco, C., Martinez-Huertas, J. A., ... & Galarraga, L. (2020). Psychological well-being among older adults during the COVID-19 outbreak: A comparative study of the young-old and the old-old adults. *International psychogeriatrics*, 32(11), 1365-1370.
- Montero-Marin, J., Van Gordon, W., Shonin, E., Navarro-Gil, M., Gasi6n, V., López-del-Hoyo, Y., ... & Garcia-Campayo, J. (2020). Attachment-based compassion therapy for ameliorating fibromyalgia: mediating role of mindfulness and self compassion. *Mindfulness*, 11(3), 816-828.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.
- Otu, A., Charles, C. H., & Yaya, S. (2020). Mental health and psychosocial well-being during the COVID-19 pandemic: The invisible elephant in the room. *International Journal of Mental Health Systems*, 14, 1-5.
- Pan, K. Y., Kok, A. A., Eikelenboom, M., Horsfall, M., Jörg, F., Luteijn, R. A., ... & Penninx, B. W. (2021). The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 121-129.
- Patnaik, N. M., & Maji, S. (2020). Psychological issues and stress on people in the purview of COVID-19 pandemic lockdown. *Food and Scientific Reports*, 1, 36-40.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current directions in psychological science*, 4(4), 99-104.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C., & Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*, 32(5), 843-853.
- Satici, B., Gocet-Tekin, E., Deniz, M. E., & Satici, S. A. (2020). Adaptation of the Fear of COVID-19 Scale: Its association with psychological distress and life satisfaction in Turkey. *International journal of mental health and addiction*, 1-9.
- Shahbazi, J., Khodabakhshi-Koolaei, A., Davodi, H., & Heidari, H. (2020). The comparison of the effectiveness of two patterns of self-compassion pattern focused on mindfulness and attachment-based therapy on feeling shame in male adolescents with addiction readiness. *Iranian journal of pediatric nursing*, 7(1), 12-20.
- Simba, H., & Ngcobo, S. (2020). Are pandemics gender neutral. *Women's Health and COVID-19. Frontiers in Global Women's Health*, 1(8).
- Somma, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Gialdi, G., Colanino, M., Ferlito, D., ... & Fossati, A. (2021). A longitudinal study on clinically relevant self-reported depression, anxiety and acute stress features among Italian community-dwelling adults during the COVID-19 related lockdown: Evidence of a predictive role for baseline dysfunctional personality dimensions. *Journal of Affective Disorders*, 282, 364-371.
- Sutikno, E. (2011). Relationship between Family Function and Quality of Life in Elderly. *Indonesian Medical Journal*, 2(1), 73-79.
- Tang, K., Gaoshan, J., Ahonsi, B., Ali, M., Bonet, M., Broutet, N., ... & Thwin, S. S. (2020). Sexual and reproductive health (SRH): a key issue in the emergency response to the coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Reproductive Health*, 17(1), 1-3.
- Vaziri, S., & Lotfi Azimi, A. (2012). The effect of empathy training in decreasing adolescents aggression. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*. 8(30). 167-175
- Weis, R., Ray, S. D., & Cohen, T. A. (2021). Mindfulness as a way to cope with COVID-19-related stress and anxiety. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(1), 8-18.

- Whitehead, R., Bates, G., Elphinstone, B., & Yang, Y. (2021). The relative benefits of nonattachment to self and self-compassion for psychological distress and psychological well-being for those with and without symptoms of depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*.
- Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. (2019). Effectiveness of self-compassion related therapies: a systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 10(6), 979-995.
- Yela, J. R., Gómez-Martínez, M. Á., Crego, A., & Jiménez, L. (2020). Effects of the Mindful Self-Compassion programme on clinical and health psychology trainees' well-being: A pilot study. *Clinical Psychologist*, 24(1), 41-54.

## روابط ساختاری عاملهای شخصیت با نشانگان شخصیت ضد اجتماعی به واسطه نقش شادنفرو

نرگس یگانه<sup>۱</sup>، عباس بخشی پور رودسری<sup>۲</sup>

مجید محمود علیلو<sup>۳</sup>

عوامل شخصیتی مختلفی می‌توانند بطور مستقیم یا با واسطه با بروز نشانه‌های روان‌شناختی مرتبط باشند. شادنفرو، هیجانی است به معنی لذت بردن از درد و رنج دیگران، و همانند تمام هیجانات دیگر می‌تواند در اکثر افراد تجربه شود. با این حال، شادنفرو می‌تواند در افرادی با ویژگیهای شخصیتی خاص و در حضور ماشه چکان‌های مخصوصی بیشتر ظاهر شود و نماینده احتمالی بعضی نشانه‌های اختلالات شخصیتی باشد. هدف از این پژوهش، بررسی مدل یابی معادلات ساختاری عامل‌های شخصیت با نشانه‌های اختلال شخصیت ضد اجتماعی با میانجی‌گری شادنفرو بود. برای این منظور، عاملهای شخصیت به عنوان متغیر برون‌زا، نشانه‌های اختلال شخصیت ضد اجتماعی به عنوان متغیر درون‌زا و شادنفرو به عنوان متغیر میانجی در نظر گرفته شد. ۲۸۵ نفر از دانشجویان دانشگاه تبریز با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با پرسشنامه‌های میلیون<sup>۳</sup> و سناریوهای فرضی شادنفرو مورد ارزیابی قرار گرفتند. ارزیابی مدل فرضی پژوهش با استفاده از شاخص‌های برازندگی نشان داد که مدل اندازه‌گیری شده برازش دارد. نتایج نشان داد که دلپذیری از میان عاملهای بزرگ شخصیت با واسطه‌گری شادنفرو بر روی نشانه‌های اختلال شخصیت ضد اجتماعی اثر معنی‌داری دارد. نتایج حاصل از این پژوهش در کنار حمایت از مدل فرضی برای نشانه‌های اختلال شخصیت ضد اجتماعی، چهارچوب مناسبی برای سبب‌شناسی این اختلال شخصیت ارائه می‌دهد.

**کلمات کلیدی:** شادنفرو، شخصیت ضد اجتماعی، پنج عامل بزرگ شخصیت، هیجان، روابط ساختاری

### مقدمه

شخصیت، الگوی صفات نسبتاً دایمی و ویژگی‌های منحصر به فرد است که به رفتار شخص ثبات و فردیت می‌بخشد (رابرت و رازک، ۲۰۰۸). بهنجاری و نابهنجاری در شخصیت را نمی‌توان به طور عینی از هم تفکیک کرد. تمام این تمایزات، از جمله مقوله‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری

۱ دپارتمان روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده مسؤل) nargesi.ygn@gmail.com

۲ دپارتمان روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۳ دپارتمان روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

اختلالات روانی، بخشی از ساخت‌های اجتماعی و مصنوعات فرهنگی هستند. به این ترتیب، آسیب با رفتارهایی تعریف می‌شود که غیر معمول، بی‌ربط، یا مغایر با گروه مرجع فرد هستند (میلون، میلون، میگرو همکاران ۲۰۱۲). در این جا معضلی که در ارتباط با اختلالات شخصیت مطرح می‌شود این است که آیا اختلالات شخصیت، صورت شدید گونه‌های شخصیت بهنجارند (ابعاد)، یا شیوه‌هایی ارتباطی هستند که به لحاظ روان‌شناختی با رفتار سالم فرق دارند (مقولات) (ویدیگر و ترول، ۲۰۰۷).

بسیاری از محققان و درمانگران این حوزه، اختلالات شخصیت را صورت‌های افراطی و شدید یک یا چند بُعد شخصیتی می‌دانند. اما به خاطر شیوه‌ی تشخیص‌گذاری در DSM-5، به اختلالات شخصیت-مثل اکثر اختلالات دیگر-نگاهی مقوله‌ای می‌شود (بارلو و دوراند، ۲۰۱۴). در این راستا، اختلالات شخصیت در DSM-5 به سه گروه یا خوشه تقسیم می‌شوند که مبنای خوشه‌بندی، شباهت است. خوشه A، خوشه‌ی اختلالات عجیب یا نامتعارف است و شامل اختلال شخصیت پارانویید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال می‌شود. خوشه B، خوشه‌ی اختلالات نمایشی، هیجانی یا دمدمی است و شامل اختلال شخصیت ضد اجتماعی، مرزی، نمایشی و خودشیفته می‌شود. خوشه C هم خوشه‌ی اختلالات مضطربانه و ترس‌آلود است و شامل اختلال شخصیت اجتنابی، وابسته و وسواسی-اجباری می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵).

با وجود این سبک از طبقه‌بندی اختلالات شخصیت، بخش ۳ از DSM-5 نیز شامل یک مدل پنج دامنه است که با FFM همخوانی دارد؛ هر دامنه‌ی گسترده به ویژگی‌های اختصاصی‌تر که در چارچوب تشخیصی برای مقوله‌های اختلال شخصیت گنجانده شده‌اند، متناسب با تشخیص FFM از اختلالات شخصیت متمایز می‌شود. پنج عنصر مدل پنج عاملی (FFM) عبارتند از برونگرایی (پر حرفی، ابراز وجود و فعال بودن در مقابل کم حرفی، انفعال و تودار بودن)؛ دلبذیری (مهربانی، همدلی، اعتماد و گرمی در مقابل خصومت، خودخواهی و بی‌اعتمادی)؛ با وجدان بودن (سازمان-یافتگی، دقیق بودن و پایایی در مقابل بی‌دقتی، بی‌توجهی و موثق نبودن)؛ روان‌رنجورخویی (عصبی بودن، دمدمی بودن و تندخویی در برابر خونسردی و آرامی)؛ و گشودگی به تجربه (تخیل، کنجکاوی و خلاقیت در برابر درآک یا زیرک نبودن و سطحی بودن) (مک کری و کاستا، ۲۰۰۸).

یکی از عوامل روان‌شناختی که با اختلالات شخصیت خوشه‌ی B مخصوصاً ضد اجتماعی ارتباط دارد، شادنفروود است. شادنفروود، واژه‌ای آلمانی به معنی تجربه‌ی لذت بردن از بدبختی دیگران است (فیدر و نایرن، ۲۰۰۵). ویژگی‌های پیشنهادی برای تاثیرگذاری بر شادنفروود عبارتند از تنفر (فیدر و نایرن، ۲۰۰۵)، سزاواری (فیدر، ۲۰۰۸؛ فیدر و نایرن، ۲۰۰۵، فن دایک، اورکرک و



گاسلینا، ۲۰۰۹؛ فن دایک، اور کرک، گاسلینا و همکاران، ۲۰۰۵)، حسادت (فیدر، ۲۰۰۸)، دوست داشتنی بودن (هارلی و وینر، ۲۰۰۲)، عزت نفس (فن دایک، فن کانینگسبروگن، اور کرک و همکاران ۲۰۱۱) و رقابت (اسمیت و پاول، ۲۰۰۹).

مطالعات درباره ی ویژگی های شخصیتی مرتبط با شادنفروود کمتر صورت گرفته است. در واقع، مطالعه در مورد رابطه ی تفاوت های فردی و شادنفروود، به دنبال پاسخ به این پرسش است که آیا افراد با ویژگی های شخصیتی خاصی، بیشتر مستعد تجربه شادنفروود هستند؟ (گرینیر، ۲۰۱۷). نتایج موجود نشان می دهند که افراد با نمرات بالاتر در سه گانه ی تاریک (سایکوپات، خودشیفته و ماکیاویلیسم)، بیشتر درگیر فعالیت های ضد اجتماعی می شوند و رضایت بیشتری را از بدبختی دیگران تجربه می کنند (جیمز، کاواناق، جانسون، چونودی و اسکروتون، ۲۰۱۴). سه گانه ی تاریک، نمایان گر خودمحوری و سردی هیجانی نسبت به دیگران است، بنا بر این، ارتباطش با شادنفروود جای تعجب ندارد. یک فرضیه ی معکوس که می تواند از این یافته حاصل شود این است که آن چه که به عنوان هیجان های گرم و جهت یافته به سوی دیگران نام می گیرد، با شادنفروود رابطه ی منفی خواهد داشت. کاندیداهای احتمالی برای این هیجان ها می توانند همدلی و دلپذیری باشند (گرینیر، ۲۰۱۷). بعضی از پژوهشگران، همبستگی منفی بین همدلی و شادنفروود را گزارش کرده اند (جیمز و همکاران، ۲۰۱۴؛ پورتر، بهانور، وودورث و همکاران، ۲۰۱۴؛ سوادا و هایاما، ۲۰۱۲). در این راستا، ارتباط بین دلپذیری (یکی از صفات پنج بزرگ که مشخصه ی آن گرمی عاطفی نسبت به دیگران است) با شادنفروود در کنار سایر صفات مدل پنج عاملی شخصیت، مطالعه کمی را به خود دیده اند. گرینیر (۲۰۱۷)، در مطالعه ی خود مشاهده کرد که هم پای نمرات بالاتر در شادنفروود، به طور معناداری سطوح پایین تری از همدلی و دلپذیری تجربه می شود.

با بررسی شواهد، به نظر می رسد که قبلاً رابطه ی مستقیم بین اغلب متغیرها انجام شده است. بنا بر این، موضوعی که جای سوال و بحث دارد علاوه بر تکمیل رابطه ی تک تک متغیرهایی که هنوز نحوه ی ارتباط آن ها روشن نشده، بررسی رابطه ی غیرمستقیم و میانجی بین مدل پنج عامل شخصیت و اختلالات شخصیت خوشه ی B، مخصوصاً شخصیت ضد اجتماعی به واسطه ی نقش شادنفروود می باشد که تا به حال انجام نگرفته است. از آن جایی که رابطه ی مستقیم بین هر کدام از متغیرها نسبی است، در این مطالعه، برای این که مشخص شود شادنفروود چقدر در این رابطه سهم دارد، در قالب مدل آسیب شناسی مطرح شده است که پنج عامل بزرگ شخصیت از طریق شادنفروود چقدر بر نشانه های اختلال شخصیت ضد اجتماعی تاثیرگذار است. به این ترتیب هدف از پژوهش حاضر، آزمون روابط

ساختاری بین مدل پنج عاملی شخصیت، شادنفروود و نشانه‌های اختلال شخصیت ضد اجتماعی است که در آن، ویژگی‌های شخصیتی مستعد (عامل آسیب‌پذیری) به واسطه‌ی عوامل بیرونی و احتمالی برانگیزاننده‌ی شادنفروود (عامل استرس)، منجر به بروز نشانه‌های اختلال شخصیت ضد اجتماعی می‌شوند. این مطالعه قادر است در تخصصی‌تر شدن سبب‌شناسی، پیش‌گیری و درمان نشانه‌های اختلال شخصیت ضد اجتماعی راهگشای مسیر باشد. از طرفی دیگر، به دلیل محدود بودن مطالعات این چینی، مخصوصاً عدم مطالعه‌ی شادنفروود در هیچ‌یک از حیطه‌های مطالعاتی روان‌شناسان ایرانی تا کنون، می‌توان این پژوهش را دروازه‌ای جهت ورود این سازه به ادبیات پژوهشی روان‌شناسی ایران دانست.

## روش

این تحقیق یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش، همه دانشجویان دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود. از این جامعه ۲۸۵ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از کسب رضایت از افراد، با پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دانشجوی و عدم سابقه دریافت خدمات روانپزشکی و ملاک‌های خروج شامل دانشجوی نبودن و در حین درمان بودن و یا داشتن سابقه دریافت درمان‌های روانپزشکی بود.

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش شامل پرسشنامه‌ی پنج عاملی روانرنجوری-برونگرایی-گشودگی<sup>۱</sup>، پرسشنامه‌ی بالینی چند محوری میلون<sup>۲</sup> و سناریوهای شادنفروود<sup>۳</sup> بود.

پرسشنامه‌ی پنج عاملی روانرنجوری-برونگرایی-گشودگی برای سنجش ویژگی‌های شخصیتی در این پژوهش، از پرسشنامه‌ی ۵ عاملی شخصیت نئو فرم کوتاه NEO-FFI، که شامل ۶۰ سوال است، استفاده شده است. این پرسشنامه ۵ بعد بزرگ عمده‌ی شخصیت را اندازه می‌گیرد. برای هر عبارت پرسشنامه یک مقیاس درجه بندی پنج رتبه‌ای (لیکرت) وجود دارد که نمره‌گذاری از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم به ترتیب ۰ تا ۴ تعلق می‌گیرد و برای برخی دیگر برعکس. نمرات مقیاس با جمع بستن ۱۲ آیتم برای هر بعد به دست می‌آید (فحی آشتیانی، ۲۰۰۸). تحقیق روشن چسلی و همکاران نشان داد که تنها عوامل روانرنجوری و مسوولیت‌پذیری در تمام آزمودنی‌ها، ثبات درونی قابل قبولی دارند

1 Neuroticism-Extraversion-Openness-Five-Factor Inventory

2 Millon Clinical Multiaxial Inventory-III

3 Schadenfreude Scenarios

(بالا تر از ۰/۷۰) که البته آلفای کرونباخ عوامل برون گرایی و دلپذیری نیز، از سطح توصیه شده برای مقایسه های گروهی، بالاتر است (ملازاده، ۲۰۰۰؛ به نقل از فتحی آشتیانی، ۲۰۰۸).

پرسشنامه ی بالینی چند محوری میلون ۳ (۱۹۹۷)، شامل ۱۷۵ جمله کوتاه خود توصیفی با پاسخ های بلی و خیر می باشد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده میشود. میلون ۳ شامل ۲۸ مقیاس است. این مقیاس ها در چهار گروه الف) الگوهای بالینی شخصیت، ب) الگوهای بالینی شدید، ج) نشانگان بالینی و د) نشانگان بالینی شدید، دسته بندی شده اند. مطالعه توسط خواجه موگهی (۱۳۷۲)، به منظور هنجاریابی میلون ۳ در تهران صورت گرفته است. در مطالعات وی، ضریب پایایی مقیاس های میلون ۲ به روش باز آزمایی با فاصله ی ۷-۱۰ روز از دامنه ی ۰/۷۸ (نمایشی) تا ۰/۸۷ (اختلال هذیانی) به دست آمده است. میلون (۱۹۹۴)، میزان اعتبار آزمون را ۰/۷۸ ذکر کرده است (فتحی آشتیانی، ۲۰۰۸).

سناریوهای شادنفروود برای سنجش شادنفروود، در اغلب مطالعات از سناریوهای محقق ساخته و گاهی نیز از نمایش ویدیویی به فراخور موضوع مورد بررسی استفاده شده است. در این مطالعه از ادغام دو گروه از سناریوهایی که در دو پژوهش مشابه معرفی شده استفاده شده است. در واقع، سناریوهایی که جیمز و همکارانش (۲۰۱۴) معرفی کرده اند، در سایر پژوهش ها نیز به مقدار بیشتری مورد استفاده قرار گرفته است. با این حال، به نظر می رسد سناریوهایی که جیمز و همکارانش (۲۰۱۴) به کار برده اند بیشتر با روحیات مردانه سازگار است و تصور آن موقعیت ها در مردان، بهتر می تواند عواطف و هیجان های برانگیزاننده ی شادنفروود را زنده کنند. بنا بر این، در اینجا علاوه بر سناریوهای مذکور، دو سناریو نیز از مطالعه ی ایبل و بروئر (۲۰۱۷) مربوط به زنان هم گنجانده شد. یعنی، یکی از سه سناریوی جیمز و همکارانش (۲۰۱۴) در هر دو جنس زن و مرد احتمالاً به شکل مشابهی برانگیزاننده ی هیجان شادنفروود (سناریوی پیشرفت طلبی). با این حال، احتمال می رود که زنان نسبت به موقعیت های مقایسه ای خود، همچون فضای عاشقانه و یا ویژگی های ظاهری هم تیان خود (دوست، همکار و ...) حساسیت بیشتری داشته باشند، در حالی که مردان نسبت به موقعیت هایی که از لحاظ مالی و رقابتی مورد ارزیابی قرار می گیرند از لحاظ شدت شادنفروود بیشتر برانگیخته شوند. بنابراین، مجموعاً پنج سناریو از این دو مطالعه دریافت شد.

از آزمودنی ها خواسته شد بعد از مطالعه ی هر یک از سناریوها، موافقت خود را با میزان هریک از احساسات سه گانه (سرگرم کننده و جالب یافتن موقعیت، احساس رضایت خاطر، و احساس خوشحالی) که در آن ها ایجاد شده است را در یک مقیاس لیکرته ی از ۱ (بشدت مخالف) تا ۷ (بشدت موافق) اعلام کنند. در بررسی جیمز و همکارانش (۲۰۱۴)، در سناریوی تاجر ثروتمند، آلفای کرونباخ ۰/۷۴، میانه

۵/۵۰ و انحراف استاندارد ۱/۱۰؛ در سناریوی رقابت ورزشی، آلفای کرونباخ ۰/۸۲، میانه ۴/۲۰ و انحراف استاندارد ۱/۳۲؛ و در سناریوی پیشرفت طلبی، آلفای کرونباخ ۰/۸۲، میانه ۴/۵۸ و انحراف استاندارد ۱/۲۰ بود. گرینیر (۲۰۱۷) نیز در پژوهش خود از سناریوهای جیمز و همکارانش (۲۰۱۴) بهره برده که آلفای کرونباخ را به ترتیب گفته شده مذکور ۰/۷۶، ۰/۸۱ و ۰/۷۳ بدست آورد. در پژوهش ایبل و بروئر (۲۰۱۷) نیز سناریوی توانمندی دارای آلفای کرونباخ ۰/۸۲، میانه ۱۰/۸۳ و انحراف استاندارد ۵/۵۱؛ سناریوی موقعیت عاشقانه آلفای کرونباخ ۰/۸۲، میانه ۶/۶۲ و انحراف استاندارد ۳/۸۹ و در سناریوی ویژگی‌های ظاهری آلفای کرونباخ ۰/۸۷، میانه ۱۰/۳۸ و انحراف استاندارد ۴/۹۹ گزارش شده است.

جهت طبقه‌بندی، پردازش و تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه‌های پژوهش از بیست و چهارمین ویرایش نرم‌افزارهای آماری SPSS و Amos استفاده شد. برازش مدل فرضی با کاربرد روش مدلیابی معادلات ساختاری (SEM) مورد آزمون قرار گرفت.

### یافته‌ها

مولفه‌های توصیفی متغیرهای مکنون پژوهش در جدول ۱ دیده می‌شود. همانگونه که مندرجات این جدول نشان می‌دهند تمامی همبستگی‌ها در حد متوسط هستند ( $0/566 \leq r \leq 0/560$ ). و همبستگی تمامی متغیرها با شادنفرد معنی‌دار است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای مکنون و میانگین و انحراف استاندارد متغیرها

| متغیرها           | ۱        | ۲        | ۳        | ۴        | ۵        | ۶       | ۷ | M     | sd    |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------|---|-------|-------|
| ۱ روان‌رنجوری     | ۱        |          |          |          |          |         |   | ۲۷/۸۹ | ۸/۳۵  |
| ۲ برون‌گرایی      | -۰/۵۶۰** | ۱        |          |          |          |         |   | ۳۲/۲۹ | ۸/۰۷  |
| ۳ با وجدان بودن   | -۰/۲۹۳** | ۰/۴۲۵**  | ۱        |          |          |         |   | ۳۳/۵۸ | ۶/۸۶  |
| ۴ موافق بودن      | -۰/۴۹۴** | ۰/۳۳۳**  | ۰/۱۶۵**  | ۱        |          |         |   | ۳۶/۳۰ | ۶/۳۲  |
| ۵ گشودگی به تجربه | ۰/۰۰۳    | -۰/۰۴۱** | ۰/۰۵۷**  | ۰/۰۲۸**  | ۱        |         |   | ۳۴/۴۸ | ۵/۷۶  |
| ۶ شادنفرد         | ۰/۳۱۶**  | -۰/۲۰۹** | -۰/۳۱۱** | -۰/۳۶۶** | -۰/۲۳۷** | ۱       |   | ۴۵/۳۷ | ۱۷/۷۲ |
| ۷ ضد اجتماعی      | -۰/۳۲۰** | -۰/۲۰۶** | -۰/۳۰۰** | -۰/۳۱۵** | ۰/۰۹۹    | ۰/۲۷۳** | ۱ | ۵۰/۸۶ | ۸۲/۲۳ |

\*\*  $P < 0/01$  \*  $P < 0/05$

شاخص‌های برازش، امکان بررسی مدل را فراهم کرد که در جدول ۲ آورده شده است. با توجه به اعداد درج شده می‌توان نتیجه گرفت که مدل از برازش مطلوبی برخوردار است. همچنین، برای بررسی

مفروضات تحلیل مسیر (روابط خطی بین متغیرها، همبستگی بین متغیرهای پژوهش، مقیاس فاصله ای متغیرها و نرمال بودن) نشان داد که روابط خطی بین متغیرها و همبستگی بین متغیرهای پژوهش در ماتریس همبستگی وجود دارد.

جدول ۳. شاخص های برازش مدل اندازه گیری

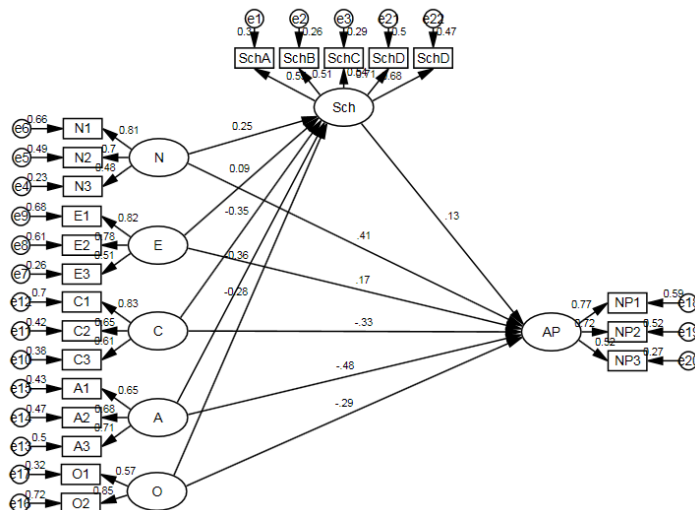
| شاخص برازندگی                                       | دامنه قابل پذیرش | مقدار   |
|-----------------------------------------------------|------------------|---------|
| خی دو ( $\chi^2$ )                                  | -                | ۱۱۴۵/۳۲ |
| درجه آزادی (DF)                                     | -                | ۳۱۲     |
| نسبت خی دو به درجه آزادی                            | کم تر از ۵       | ۳/۶۷    |
| شاخص برازندگی هنجار شده (NFI)                       | بزرگتر از ۰/۹۰   | ۰/۹۳    |
| شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)                          | بزرگتر از ۰/۹۰   | ۰/۹۴    |
| شاخص برازندگی فزاینده (IFI)                         | بزرگتر از ۰/۹۰   | ۰/۹۴    |
| ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)          | کم تر از ۰/۰۸    | ۰/۰۶۹   |
| ریشه میانگین مربعات باقی مانده استاندارد شده (SRMR) | کم تر از ۰/۰۸    | ۰/۰۶۲   |

پس از انجام تحلیل، برازش کلی مدل مفهومی بررسی شد. شاخص های برازش مدل مفهومی پژوهش که در جدول ۳ گزارش شده است، نشانگر برازش مطلوب مدل است. بنابراین، مدل ساختاری عامل-های شخصیت با نشانه های اختلال شخصیت ضداجتماعی با میانجی گری شادنفروود با داده های تجربی برازش مطلوبی دارد.

جدول ۳. شاخص های برازش مدل ساختاری پژوهش

| شاخص برازندگی                                       | دامنه قابل پذیرش | مقدار    |
|-----------------------------------------------------|------------------|----------|
| خی دو ( $\chi^2$ )                                  | -                | ۱۷۶۷/۶۲۲ |
| درجه آزادی (df)                                     | -                | ۳۸۰      |
| نسبت خی دو به درجه آزادی                            | کم تر از ۵       | ۴/۶۵     |
| شاخص برازندگی هنجار شده (NFI)                       | بزرگتر از ۰/۹۰   | ۰/۹۱     |
| شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)                          | بزرگتر از ۰/۹۰   | ۰/۹۲     |
| شاخص برازندگی فزاینده (IFI)                         | بزرگتر از ۰/۹۰   | ۰/۹۲     |
| ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)          | کم تر از ۰/۰۸    | ۰/۰۷۶    |
| ریشه میانگین مربعات باقی مانده استاندارد شده (SRMR) | کم تر از ۰/۰۸    | ۰/۰۵۹    |

شکل ۱ مدل ساختاری مفهومی را به همراه ضرایب استاندارد به تصویر می کشد.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش همراه با ضرایب استاندارد مدل

نتایج ارایه شده در شکل ۱ نشان می دهد که تعدادی از مسیرهای مدل دارای ضرایب معناداری هستند. ضرایب تعیین متغیرهای درونزای مدل نیز در حد مطلوبی هستند. به طور کلی، این نتایج نشان می دهد که متغیرهای برون زای مدل قادر به تبیین ۴۱ درصد از شادنفروود است. همچنین، متغیرهای مستقل و میانجی قادر به تبیین ۵۱ درصد از ضد اجتماعی هستند؛ بنابراین، برازش مدل ساختاری پژوهش در حد مطلوب است.

نتایج نشان می دهند روانرنجورخویی، با وجدان بودن، دلپذیری و گشودگی به تجربه به عنوان متغیر برون زای، به ترتیب با ضریب استاندارد ۰/۲۵ (t-values = ۲/۵۱)، ۰/۳۵ (t-values = -۴/۱۸)، و ۰/۳۶ (t-values = -۳/۹۴) و ۰/۲۷ (t-values = -۳/۷۹) بر شادنفروود اثر می گذارند. یعنی با افزایش روان-رنجوری شادنفروود نیز افزایش می یابد اما با افزایش با وجدان بودن، دلپذیری و گشودگی به تجربه شادنفروود کاهش پیدا میکند. درحالی که، برون گرایی با ضریب استاندارد ۰/۰۹ (t-values = ۱/۰۷) اثر معنی داری بر شادنفروود ندارد. همچنین، شادنفروود نیز به عنوان متغیر درون زای میانجی، با ضریب استاندارد ۰/۱۳ (t-values = -۳/۷۹) بر متغیر ضد اجتماعی تاثیر معنی داری دارد. یعنی با افزایش شادنفروود، احتمال بروز نشانه های اختلال شخصیت ضد اجتماعی افزایش می یابد. در میان پنج عامل شخصیت، تنها دلپذیری با ضریب استاندارد ۰/۴۸- در سطح  $p < 0.05$  بر نشانه های ضد اجتماعی معنی

دار است. یعنی با افزایش دلپذیری، نشانه های شخصیت ضد اجتماعی کاهش می یابد. در مطالعه حاضر برای ارزیابی روابط واسطه ای از آزمون بوت استرپ استفاده شد. همان گونه که مندرجات جدول ۴ نشان میدهد مسیر دلپذیری به متغیر نشانه های شخصیت ضد اجتماعی با واسطه گری شادنفروود با ضریب استاندارد  $-0/048$  در سطح  $0/05 < p$  معنی دار است. یعنی با افزایش دلپذیری، میزان شادنفروود و در نتیجه نشانه های اختلال شخصیت ضد اجتماعی کاهش می یابد.

**جدول ۴. نتایج آزمون بوت استرپ برای اثرات واسطه ای  
(متغیر وابسته اختلال شخصیت ضد اجتماعی)**

| متغیر مستقل     | متغیر واسطه ای | ضریب استاندارد | خطای استاندارد | دامنه پایین | دامنه بالای | Sig.  |
|-----------------|----------------|----------------|----------------|-------------|-------------|-------|
|                 |                |                |                | ۹۵٪         | ۹۵٪         |       |
| روانرنجوری      | شادنفروود      | ۰/۰۳۳          | ۰/۰۴۱          | -۰/۰۴۰      | ۰/۱۳۲       | ۰/۴۳۵ |
| برون گرایی      | شادنفروود      | ۰/۰۱۳          | ۰/۰۲۳          | -۰/۰۱۳      | ۰/۰۹۳       | ۰/۶۸۳ |
| با وجدان بودن   | شادنفروود      | -۰/۰۴۷         | ۰/۰۶۵          | -۰/۱۸۴      | ۰/۰۷۹       | ۰/۴۳۵ |
| دلپذیری         | شادنفروود      | -۰/۰۴۸         | ۰/۰۶۶          | -۰/۱۸۵      | ۰/۰۸۵       | ۰/۰۰۱ |
| گشودگی به تجربه | شادنفروود      | -۰/۰۳۷         | ۰/۰۴۸          | -۰/۱۴۹      | ۰/۰۵۷       | ۰/۴۳۷ |

### بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با استفاده از مدل ساختاری فرضی، رابطه روابط ساختاری عامل های شخصیت با نشانه های اختلال شخصیت ضد اجتماعی با میانجی گری شادنفروود را مورد آزمون قرار داد. نتایج حاصل از مطالعه، بیانگر این بود که روان نژندی بر شادنفروود تاثیر دارد. اگر چه در پژوهش گربنیر (۲۰۱۷) این فرضیه مورد تایید قرار نگرفت اما شادنفروود و همدلی دو روی یک سکه هستند. هر دوی آن ها در شرایط مشاهده ی بدیاری دیگران برانگیخته می شوند. در شادنفروود، ما از دیدن بدیاری دیگران احساس لذت می کنیم (هیجانی با کیفیت مثبت)، در حالیکه در همدلی، ما از تماشای رنج دیگران رنج می بریم (هیجانی با کیفیت منفی) (شیندلر، کرنر، بور و همکاران، ۲۰۱۵). بنا بر این، می توان این چنین استدلال کرد که هر آنچه که با همدلی رابطه مثبت یا منفی دارد، متقابلاً به شکل وارونه می تواند با شادنفروود رابطه داشته باشد. در یک مطالعه (ون، زنگ، جیانگ و همکاران، ۲۰۱۹).

همدلی بطور منفی با روان نژندی در پرستاران بالینی رابطه داشت. همچنین در مطالعه دیگری (کلاکستون اولفیلد و بنزن، ۲۰۱۰) نیز همدلی بیشتر با نمرات پایین تر روان رنجورخویی ارتباط داشت. به این ترتیب تاثیر مستقیم روان نژندی بر شادنفروود تعجبی نخواهد داشت. در این راستا می توان چنین

اظهار کرد که چون مضطرب، تندمزاج، دلسوز برای خود، خودآگاه، هیجانی و نسبت به اختلالات مرتبط با استرس آسیب پذیرند (فیست، فیست و رابرتس، ۲۰۱۳)، بنا بر این، از تماشای بدیاری دیگران احساس تسکین نسبت به شرایط خود را خواهند داشت.

یافته دیگری در این مطالعه نشان داد که با وجدان بودن بر شادنفروند اثرگذار است. یعنی با وجدان بودن با میزان کمتری از شادنفروند ارتباط دارد. در مطالعه ون و همکاران (۲۰۱۹) نیز، با وجدان بودن با همدلی (که نقطه عکس شادنفروند است) رابطه مثبت داشت. در این مطالعه بیان می شود که پرستاران با وجدان بیشتر، در قبال کار خود وظیفه شناسند، در پروسه کاری خود دقیقند، شرایط بیماران را به ذهن می سپارند و مایلند فشار تحمیل شده بر بیماران را کاهش دهند. پیرو همین استدلال قابل درک خواهد بود که افراد دارای خصوصیت با وجدانی بالا، در سایر عرصه های زندگی نیز به همین نسبت مسوولیت پذیرترند و کمتر تمایل به لذت بردن از درد و رنج دیگران دارند. در مطالعه ملچرز، لی، هاس و همکاران (۲۰۱۶) نیز با وجدانی بطور مثبت پیش بینی کننده ی همدلی بود. با این حال این مولفه نیز در مطالعه گرینیر (۲۰۱۷) مورد تایید قرار نگرفت.

همچنین در این مطالعه دیده شد که دلپذیری بر شادنفروند اثر دارد؛ یعنی با افزایش دلپذیری میزان کمتری از شادنفروند بروز پیدا می کند. این فرضیه دارای قوی ترین پشتوانه ی مطالعه شده است. اشخاص با نمره بالا در دلپذیری، افرادی دلرحم، زودباور (اهل اعتماد)، بخشنده، مطیع، پذیرا و مهربان هستند (فیست، فیست و رابرتس ۲۰۱۲). دور از انتظار نیست که چنین افرادی در مقابل رنج دیگران نمی توانند احساس لذت و رضایت کنن. بلکه احساس همدلی در آن ها برانگیخته می شود. در مطالعه ی سونگ و شی (۲۰۱۷)، ون و همکاران (۲۰۱۹)، گنزالز، باتالا، فورنه، و همکاران (۲۰۱۹) دلپذیری ارتباطی قوی با همدلی داشت. دلپذیری همچنین در دانشجویان پزشکی پرتغالی با همدلی بیشتر ارتباط داشت (ماگاللز، کاستا و کاستا، ۲۰۱۲؛ کاستا، الوز، نتو و همکاران، ۲۰۱۴). دلپذیری همچنین پیش بینی کننده ی مهم همدلی در میان فرهنگ ها بود (کاستا، ترکسیانو، و مک کری، ۲۰۰۱) به نظر می رسد که دلپذیری اساسا با همدلی ارتباط دارد، مخصوصا با نگرانی همدلانه، که بیانگر هیجانی معطوف به کمک به دیگران یا احساس مسوولیت و نگرانی در مورد بهزیستی دیگران است (مورادیان، دیویس و ماترلر، ۲۰۱۱). این فرضیه در پژوهش گرینیر (۲۰۱۷) مورد تایید قرار گرفت. در مطالعه ی او مشخص شد که با افزایش میزان دلپذیری، شادنفروند کاهش می یابد. از طرفی دیگر مشاهده شد که گشودگی به تجربه بر شادنفروند نیز تاثیر دارد؛ هر قدر گشودگی به تجربه افزایش یابد، شادنفروند کاهش پیدا میکند. در مطالعه گرینیر (۲۰۱۷)، این فرضیه مورد تایید قرار نگرفت. اما در پژوهش های دیگری که رابطه



همدلی و پنج بزرگ مورد بررسی شده است، ارتباط مثبت بین همدلی و گشودگی به تجربه مورد تایید قرار گرفته (ماگاللز و همکاران، ۲۰۱۲؛ کاستا و همکاران، ۲۰۱۴؛ ترین، لایرتر، شمیت و همکاران، ۲۰۱۳؛ کلاکستون و بنزن، ۲۰۱۰).

در پژوهش ون و همکاران (۲۰۱۹) بیان میشود که پرستاران با تمایل به گشودگی، تخیل غنی دارند، احساساتی هستند، تمایل دارند دائماً مفاهیم قدیمی را آزمایش کنند، از نظر نوآوری بالینی، خوب هستند و مستعد حل مشکلات پرستاری با استفاده از روشهای مختلف برای بهبود تجربه بیماران هستند. همچنین کسانی که نمرات بالایی در گشودگی به تجربه دارند، در معرض روشهای جدید تفکر و تغییر در محیط خود قرار می گیرند، بنابراین از این حساسیت و بصیرت برای درک سایر افراد و توانایی درک شرایط عاطفی و شخصی دیگران برخوردار هستند (کاستا و همکاران، ۲۰۱۴). با این استنباط می توان بیان کرد که افراد با گشودگی بالا در سایر موارد زندگی نیز خصوصیات مشابهی دارند میزان همدلی افزایش و متعاقباً میزان شادنفروود کاهش می یابد.

از سویی دیگر، ملاحظه شد که دلپذیری بر نشانه های اختلال شخصیت ضد اجتماعی تاثیر دارد. یعنی با افزایش میزان دلپذیری، بروز نشانه های اختلال شخصیت ضد اجتماعی کاهش می یابد. در این راستا می توان بیان داشت که دلپذیری، با سبک روابط بین فردی اشخاص ارتباط دارد. افراد با دلپذیری بالا، میزان بیشتر اعتمادکننده، روراست و همدل هستند، در حالیکه افراد با دلپذیری پایین، خودبین، دستکاری کننده و بی تفاوت نسبت به دیگرانند. افراد ضد اجتماعی نیز بطور بیمارگونه ای دروغ میگویند، فقدان ندامت و پشیمانی و نیز فقدان همدلی دارند. همچنین تکانشگر و بی مسوولیت اند. به این ترتیب همخوانی قابل توجهی میان کمبود دلپذیری و افزایش نشانه های شخصیت ضد اجتماعی به چشم میخورد.

و آخرین یافته بیانگر آن است که دلپذیری بر نشانه های اختلال شخصیت ضد اجتماعی با میانجی گری شادنفروود نقش دارد. یعنی با افزایش دلپذیری، میزان کمتری از شادنفروود و در نتیجه شدت کمتری از نشانه های اختلال شخصیت ضد اجتماعی محتمل خواهد بود. سهم زیادی از مطالعات بالینی به ارتباط میان سایکوپاتی و کمبود همدلی پرداخته اند. لازم به ذکر است که مفهوم سایکوپاتی از توصیف رفتاری مبتنی بر اختلال شخصیت ضد اجتماعی در DSM-5 متمایز است اما به آن مربوط می شود، که شامل «الگوی فراگیر بی توجهی به و نقض حقوق دیگران» است (میلر، لینام، ویدیگر و همکاران، ۲۰۰۱). پروژه هر (هر، ۱۹۹۱) که بهترین پروژه عملیاتی سازی سایکوپاتی است (لایلنفلد، ۱۹۹۸)، استنباط هایی در مورد ویژگیهای شخصیتی شامل می شد (برای مثال دروغگویی پاتولوژیک، عدم

پشیمانی، عدم همدلی، تکانشگری و بی مسوولیتی) که به عنوان مشکلات رفتاری و تطبیق پذیری جنایی در مشکلات رفتاری ضد اجتماعی شناخته می شود (میلر و همکاران، ۲۰۰۱). بنابراین، احتمالاً می توان اختلال شخصیت ضد اجتماعی را شکل شدیدتری از سایکوپاتی دانست.

از سویی دیگر، ارتباط میان سه گانه تاریک (ماکیاولیسم، خودشیفته و سایکوپاتی) با شادنفرو در مطالعات پیشین ملاحظه شده است (جیمز و همکاران، ۲۰۱۴؛ پورتر و همکاران، ۲۰۱۴). پورتر (۲۰۱۴) در مطالعه خود نشان داد که افراد سایکوپات از میان سه گانه تاریک، بطور خاص بیشتر مستعد جستجوی فعالانه برای فیلمهایی بودند که افراد آسیب دیده در زندگی روزمره را به تصویر می کشد. جیمز و همکاران (۲۰۱۴) نیز ملاحظه کردند که افراد با ویژگی سایکوپاتی بالاتر، برخلاف سایر سه گانه تاریک، در تمام سناریوهای مطرح شده اش هیجان شادنفرو را تجربه میکردند. در این مسیر می توان چنین بیان داشت که چون یکی از ویژگیهای اصلی دلپذیری، همدلی است، و همدلی و شادنفرو دو سر یک طیف هستند، با کاهش دلپذیری و متعاقب آن کاهش همدلی، به طور خودکار میزان شادنفرو افزایش می یابد. و قابل انتظار خواهد بود افرادی که از رنج و بدبیری دیگران بیشتر لذت می برند، بیشتر مستعد حامل بودن برای ویژگی های سایکوپاتی و شکل شدیدتر آن یعنی نشانه های ضد اجتماعی باشند.

#### references

- Abell, L., & Brewer, G. (2017). Machiavellianism and schadenfreude in women's friendships. *Psychological reports*, 121(5), 909-919.
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological bulletin*, 103(3), 411.
- Barlow, D., & Durand, V. (2014). *Abnormal psychology: An integrative approach*. Stanford: Nelson Education.
- Claxton-Oldfield, S., & Banzen, Y. (2010). Personality characteristics of hospice palliative care volunteers: the "big five" and empathy. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 27(6), 407-412.
- Costa Jr, P. T., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: robust and surprising findings. *Journal of personality and social psychology*, 81(2), 322.
- Costa, P., Alves, R., Neto, I., Marvao, P., Portela, M., & Costa, M. J. (2014). Associations between medical student empathy and personality: a multi-institutional study. *PloS one*, 9(3), e89254.
- Fathi Ashtiani, A. (2005). psychological assessment. Tehran: Be'sat. (Persian)
- Feather, N. T. (2008). Effects of observer's own status on reactions to a high achiever's failure: Deservingness, resentment, schadenfreude, and sympathy. *Australian Journal of Psychology*, 60(1), 31-43.
- Feather, N. T., & Nairn, K. (2005). Resentment, envy, schadenfreude, and sympathy: Effects of own and other's deserved or undeserved status. *Australian journal of psychology*, 57(2), 87-102.
- Feist, J., Feist, G.J., & Ann Roberts, T. (2013). *Theories of personality*. Boston, MA: McGraw Hill Higher Education.
- First, M. B., Regier, D. A., & Kupfer, D. J. (2002). A Research Agenda for DSM-V. *American Psychiatric Association*, 123-199.
- Ghaderi, M., Ahi, Q., Vaziri, S., Mansouri, A., & Shahabizadeh, F. (2020). The mediating role of emotion regulation and intolerance of uncertainty in the relationship between childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury in adolescents. *International Archives of Health Sciences*, 7(2), 96-103.
- Greenier, K. D. (2018). The relationship between personality and schadenfreude in hypothetical versus live situations. *Psychological reports*, 121(3), 445-458.

- Guilera, T., Batalla, I., Forné, C., & Soler-González, J. J. B. m. e. (2019). Empathy and big five personality model in medical students and its relationship to gender and specialty preference: a cross-sectional study. *19*(1), 57.
- Hare, R. D., Neumann, C. S., & Widiger, T. A. (2012). *Psychopathy* (T. A. Widiger Ed.). New York: Oxford University Press.
- Hareli, S., & Weiner, B. (2002). Dislike and envy as antecedents of pleasure at another's misfortune. *Motivation and emotion*, *26*(4), 257-277.
- James, S., Kavanagh, P. S., Jonason, P. K., Chonody, J. M., & Scrutton, H. E. (2014). The Dark Triad, schadenfreude, and sensational interests: Dark personalities, dark emotions, and dark behaviors. *Personality and Individual Differences*, *68*, 211-216.
- Johnson, E. N., Kuhn Jr, J. R., Apostolou, B. A., & Hassell, J. M. (2013). Auditor perceptions of client narcissism as a fraud attitude risk factor. *Auditing: A Journal of Practice & Theory*, *32*(1), 203-219.
- Krizan, Z., & Johar, O. (2012). Envy divides the two faces of narcissism. *Journal of personality*, *80*(5), 1415-1451.
- Lynam, D. R., & Vachon, D. D. (2012). Antisocial personality disorder in DSM-5: Missteps and missed opportunities. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *3*(4), 483.
- Magalhães, E., Costa, P., & Costa, M. J. (2012). Empathy of medical students and personality: evidence from the Five-Factor Model. *Medical teacher*, *34*(10), 807-812.
- McCrae, R., & Costa, P. (2008). *The five-factor theory of personality* (O. P. John, RW Robins, & L. Pervin Eds. 3rd ed.). New York: NY: Guilford.
- Melchers, M. C., Li, M., Haas, B. W., Reuter, M., Bischoff, L., & Montag, C. (2016). Similar personality patterns are associated with empathy in four different countries. *Frontiers in psychology*, *7*, 290.
- Millon, T. (1997). Millon Clinical Multiaxial Inventory-III [Manual Second Edition]. In: Bloomington, MN: Pearson Assessments.
- Mooradian, T. A., Davis, M., & Matzler, K. (2011). Dispositional empathy and the hierarchical structure of personality. *The American journal of psychology*, *124*(1), 99-109.
- Paulhus, D. L., & Williams, K. M. (2002). The dark triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Journal of research in personality*, *36*(6), 556-563.
- Porter, S., Bhanwer, A., Woodworth, M., & Black, P. J. (2014). Soldiers of misfortune: An examination of the Dark Triad and the experience of schadenfreude. *Personality and Individual Differences*, *67*, 64-68.
- Roberts, B. W., & Mroczek, D. (2008). Personality trait change in adulthood. *Current directions in psychological science*, *17*(1), 31-35.
- Sadock, B. J. (2015). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry.
- Saffari Nia, M., Dehestani, M., & Fetri, A. (2018). The mediating effect of empathy, rumination, and anger on the relationship between narcissism and lack of interpersonal forgiveness. *Social Cognition*, *6*(2), 143-154.
- Sawada, M., & Hayama, D. (2012). Dispositional vengeance and anger on schadenfreude. *Psychological reports*, *111*(1), 322-334.
- Schindler, R., Körner, A., Bauer, S., Hadji, S., & Rudolph, U. (2015). Causes and consequences of schadenfreude and sympathy: A developmental analysis. *PloS one*, *10*(10), e0137669.
- Smith, R. H., Powell, C. A., Combs, D. J., & Schurtz, D. R. (2009). Exploring the when and why of schadenfreude. *Social and Personality Psychology Compass*, *3*(4), 530-546.
- Song, Y., & Shi, M. (2017). Associations between empathy and big five personality traits among Chinese undergraduate medical students. *PloS one*, *12*(2), e0171665.
- Tran, U. S., Laireiter, A. R., Neuner, C., Schmitt, D. P., Leibetseder, M., Szente-Voracek, S. L., & Voracek, M. (2013). Factorial structure and convergent and discriminant validity of the E (Empathy) Scale. *Psychological reports*, *113*(2), 441-463.
- Van Dijk, W. W., Ouwerkerk, J. W., & Goslinga, S. (2009). The impact of deservingness on schadenfreude and sympathy: Further evidence. *The Journal of Social Psychology*, *149*(3), 390-392.
- Van Dijk, W. W., Ouwerkerk, J. W., Goslinga, S., & Nieweg, M. (2005). Deservingness and Schadenfreude. *Cognition and Emotion*.
- Van Dijk, W. W., van Koningsbruggen, G. M., Ouwerkerk, J. W., & Wesseling, Y. M. (2011). Self-esteem, self-affirmation, and schadenfreude. *Emotion*, *11*(6), 1445.
- Wan, Q., Jiang, L., Zeng, Y., & Wu, X. (2019). A big-five personality model-based study of empathy behaviors in clinical nurses. *Nurse education in practice*, *38*, 66-71.
- Widiger, T. A. (2012). *Big Five Model and personality disorders. Encyclopedia of Human Behavior (Second Edition)*, 330-337



اثر بخشی درمان شناختی رفتاری همراه با وارونه سازی عادت بر کیفیت زندگی و نشانه‌گان اختلال وسواس مוכنی

نجمہ حمید<sup>۱</sup>، مریم بردبار<sup>۲</sup>، سید علی مرعشی<sup>۳</sup>

اختلال وسواس موکنی یا تریکوتیلومانیا از جمله اختلالات روانی است که به‌رغم اهمیت آن و شیوع نسبتاً بالایی که دارد تا بیست سال پیش کمتر مورد توجه متخصصان بهداشت روانی قرار گرفته بود. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان وارونه‌سازی عادت بر کیفیت زندگی و نشانگان اختلال وسواس موکنی بود. برای این منظور، طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه، تعداد ۲۴ نفر از بیماران زن مبتلا به وسواس موکنی مشهود به صورت نمونه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گواه (۱۲ نفر) قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایش طی ۸ جلسه یک ساعته مورد مداخله درمان وارونه‌سازی عادت قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را طی این مدت دریافت نکرد. آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله با مقیاس وسواس موکنی و پرسشنامه کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ کیفیت زندگی و نشانگان اختلال وسواس موکنی وجود دارد ( $P < 0.001$ ). نتایج نشان داد که درمان وارونه‌سازی عادت تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی و علائم وسواس موکنی داشته است. نتایج پژوهش از این امر حمایت می‌کند که درمان شناختی رفتاری همراه با وارونه‌سازی عادت، تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی و نشانگان اختلال وسواس موکنی بیماران دارای وسواس موکنی دارد.

رواژه های کلیدی : وسواس مو کنی، درمان شناختی رفتاری همراه با وارونه سازی عادت، کیفیت زندگی

## مقدمه

افرادى كه تشخيص اختلال وسواس مو كنى را دريافت مى كنند، بيماراني هستند كه بخش زيادي از موهائى سر، ابرو، مژه و ساير قسمت هاى بدنشان را به دليل مو كنى از دست داده اند و در نهايت رنج و درماندگي، به دنبال درمان مى روند (گران و چامبرلين، ۲۰۱۶). اختلال وسواس مو كنى، براساس

۱ دیار تمان روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسئول): n.hamid@scu.ac.ir

۲. دیار تمان روان شناسی، بالنی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۳ دیارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم، از دسته اختلالات وسواس فکری- عملی طبقه بندی شده است. اختلال وسواس مو کنی یک اختلال روانپزشکی است که ویژگی اصلی آن کندن مو در قسمت های مختلف بدن است و به طور مزمن این اختلال با پیامدهای اجتماعی- روانی منفی در ارتباط است (گرسنبلیت، جارامیلوهوف، روتینن و همکاران، ۲۰۱۹). این بیماران به خودشان صدمه می زنند و رنج می کشند، اما نمی توانند از رفتار خود تخریب گرشان دست بردارند و نشانه های منفی این اختلال و عوارض ناشی از آن منجر به کاهش کیفیت زندگی در این بیماران می شود و این افراد کمتر از زندگی لذت می بردند.

کیفیت زندگی امروزه یکی از پیامدهای مهم سلامتی به شمار می آید. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایشان است. با توجه به پیامدهای منفی اختلال وسواس مو کنی به نظر می رسد کیفیت زندگی از جمله متغیرهایی است که در وهله اول در این بیماران کاهش می باید و بر سایر جنبه های زندگی تأثیر می گذارد (جین و ماهور، ۲۰۱۶)؛ اما اختلال وسواس مو کنی، به رغم داشتن عوارض متعدد جسمانی، روان شناختی و اجتماعی، کمتر مورد تشخیص و درمان قرار گرفته است، به همین دلیل نیاز است تحقیقات متعددی در جهت شناخت عوامل مؤثر بر آن و همچنین شیوه های نوین درمانی آن انجام گیرد.

یکی از شیوه های نوین درمان های روان شناختی که امروزه برای درمان تعدادی از بیماری های وسواس و اختلال تیک مورد توجه قرار گرفته است، درمان شناختی رفتاری همراه با وارونه سازی عادت می باشد (گران، ردن، لپینک و همکاران، ۲۰۱۷). این درمان روش مناسبی برای کاهش دادن مشکلات اختلالات رفتاری و در نهایت رفع آنهاست. برای به کار بستن این تکنیک، تنها کاری که لازم است انجام شود این است که به بیمار کمک شود تا تغییرات شناختی در طرحوار های ذهنی وی ایجاد شود و موقعیت هایی که موجب تنش و پناه آوردن وی به کندن مو به عنوان مقابله ای در برابر استرس است شناسایی شده و طرق دیگری که موجب آرامش وی می شود اتخاذ کند و مسئله ای که قصد حلش وجود دارد، برعکس انجام شود و رفتارهای جدید جایگزین رفتارهای قبلی شود.

این درمان اگر چه جنبه رفتاری دارد، اما تحقیقات نشان داده است که در ذهنیت افراد نیز تغییراتی پس از انجام آن ایجاد می شود. اثربخشی این درمان در بسیاری از اختلالات نشان داده شده است و به نظر می رسد یکی از درمان های مؤثر برای شدت نشانه ها و علائم اختلال وسواس مو کنی نیز باشد. روش وارونه سازی عادت چهار مؤلفه اصلی دارد. در مؤلفه اول، فرد مبتلا به این اختلال از موقعیت های

موکنی آگاهی پیدا کند، رفتاری را که بدان عادت کرده توصیف نماید و زمان‌هایی که عادت رخ می‌دهد یا نزدیک است رخ دهد شناسایی کند. مؤلفه دوم، آموزش پاسخ جایگزین یا مغایر است که در آن مراجع یاد می‌گیرد تا یک وابسته ناکامل رفتاری برای موکنی یا پیشایندهای آن به کار گیرد. به عبارتی مراجع، رفتاری ناهماهنگ با رفتار عادت را می‌آموزد که از آن برای جلوگیری از بروز رفتار مختل استفاده می‌کند. مؤلفه سوم، حمایت اجتماعی می‌باشد که طی آن فرد مهم یا نزدیک‌ترین فرد به مراجع کمک می‌کند تا به شکل موفقیت‌آمیز از پاسخ‌ها یا رفتارهای جایگزین برای کنترل موکنی بهره جوید. درنهایت، درمانگر با فرد، تمام موقعیت‌هایی که عادت در آن اتفاق می‌افتد و این که چطور عادت ممکن است برای او ناراحتی و شرمساری به بار آورد را بررسی می‌کند که مؤلفه راهبردهای انگیزشی نامیده شده است (گرانث و همکاران، ۲۰۱۷).

تحقیقات نشان می‌دهد که اختلال وسواس موکنی زودتر از اختلالات اضطرابی آغاز می‌شود و موکنان در بعضی از افراد منجر به کاهش احساسات ناخوشایند و اضطراب‌آور می‌شود (فالکنسفین، موتن-اودوم، مانسیوتو و همکاران، ۲۰۱۶). بزرگسالان مبتلا به تریکوتیمالیا اغلب گزارش می‌دهند که در طول دوره‌های اضطراب‌کننده موی آن‌ها افزایش می‌یابد و در عوض کردن مو برای بسیاری از این افراد منجر به احساس شرم و خجالت و در نهایت اجتناب از فعالیت‌های اجتماعی می‌شود که این شرایط منجر به اضطراب در موقعیت‌های نزدیک و اجتماعی می‌شود (چامبرلین و همکاران، ۲۰۱۸). در زمینه ارزیابی کیفیت زندگی برخی بر این باورند که شاخص‌های ذهنی در مقایسه با شاخص‌های عینی بهتر می‌توانند آسایش و رفاه بیماران را تعیین کنند (تولد، دی، بریتو و همکاران، ۲۰۱۵). مطالعات حاکی از این است که افسردگی همراه با اختلال‌کننده مو پیش‌بینی‌کننده پایین بودن کیفیت زندگی در افراد مبتلا به این اختلال می‌باشد (فوننتل دوس سانتوس-ریپرو، کالاف و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به پیشینه‌های پژوهشی و در این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال بودیم که آیا درمان وارونه‌سازی عادت بر کیفیت زندگی و نشانگان اختلال وسواس موکنی اثربخش است؟

## روش

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران زن مبتلا به وسواس موکنی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمانی شهرستان مشهد در سال ۱۳۹۷ بود. از بین این افراد، تعداد ۲۴ نفر به شیوه در دسترس که دارای ملاک‌های

اختلال وسواس مو کتی بودند، در دامنه سنی ۱۰ تا ۳۵ سال انتخاب و به شرط تمایل آگاهانه به شرکت در پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. این افراد به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه یکساعته در مداخله آموزشی وارونه سازی عادت شرکت کردند و در طی این مدت گروه گواه هیچگونه مداخله ای دریافت نکردند. ملاک های خروج از پژوهش داشتن بیماری جسمانی و روانی حاد؛ تمایل به خروج از پژوهش، مصرف داروهای روانگردان و سایکوتروپیک بود. همه آزمودنی های پژوهش پیش از شروع دوره آموزشی و پس از آن با استفاده از پرسشنامه مو کتی دانشگاه ماساچوست<sup>۱</sup> و پرسشنامه کیفیت زندگی<sup>۲</sup> مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسشنامه کندن مو بیمارستان ماساچوست یک ابزار خود گزارشی ۷ ماده ای است که به صورت ۵ گزینه ای نمره گذاری می شود و نمره بالا در آن نشانگر وجود اختلال است. این مقیاس، فراوانی فشار برای مو کتی، شدت فشار، کنترل فشار، فراوانی مو کتی، مقاومت در برابر مو کتی، کنترل مو کتی، تنش و ناراحتی را می سنجد. حداقل نمره اکتسابی، صفر و حداکثر آن، ۲۸ است. این مقیاس پایایی درونی مناسبی دارد (آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹) و در سنجش با آزمون های دیگر مثل اضطراب و افسردگی، پایایی آزمون - باز آزمون خوب (۰/۹۷) داشته است (هاقتون، مک فارلند، فرانکلین و همکاران، ۲۰۱۶). این مقیاس در نمونه بالینی ایرانی اجرا و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ گزارش شده است (گران و همکاران، ۲۰۱۶). در پژوهش حاضر میزان پایایی با استفاده از روش آلفای دهنده پایایی مناسب پرسشنامه می باشد. در پژوهش حاضر میزان پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی توسط سازمان جهانی بهداشت به منظور ارزیابی کیفیت زندگی طراحی شده است (گران، ۲۰۱۹). فرم کوتاه این پرسشنامه دارای ۲۶ سوال است و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سوال (ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سوال می باشند) مورد ارزیابی قرار می دهد. ۲ سوال اول نیز صرفاً حیطه کلی کیفیت زندگی را ارزیابی می کند. پس از انجام محاسبه های لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۴-۲۰ برای هر حیطه به تفکیک، به دست خواهد آمد که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. این امتیاز قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۰-۱۰۰ می باشد و امتیاز بالاتر نشان دهنده

1 Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale

2 WHOQOL-BREF



کیفیت زندگی بهتر است (شارما ، ۲۰۱۹). در ایران (نجات و همکاران، ۲۰۰۶) این مقیاس را هنجاریابی کرده‌اند و اعتبار این آزمون به روش همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ را برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ به دست آورده‌اند و اعتبار به روش باز آزمایی را پس از دو هفته ۰/۷ گزارش کرده‌اند. همچنین اعتبار مقیاس کیفیت زندگی را در ایران (رحیمی، ۱۳۹۷) سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸، برای سلامت جسمی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۶۵ و کیفیت محیط زندگی برابر با ۰/۷۷ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۹۴ به دست آمد که نشان می‌دهد این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است. در پژوهش حاضر میزان پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

### شیوه ی اجرا

در این پژوهش گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۱ ساعته و در هفته ای ۲ بار با استفاده از پروتکل آموزشی مورد آموزش وارونه‌سازی عادت قرار گرفت (ایزوبی و همکاران، ۲۰۱۸). در جدول شماره ۱ خلاصه پروتکل و جلساتی که آزمودنی‌های گروه آزمایش مورد آموزش قرار گرفتند ارائه شده است:

#### جدول ۱. خلاصه پروتکل پروتکل آموزشی مورد آموزش وارونه‌سازی عادت

| جلسه  | محتوای جلسه                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | جلسه اول شامل معرفی افراد حاضر در طرح درمانی، ایجاد ارتباط مناسب، آموزش دهی روانی - اجتماعی در مورد ماهیت اختلال با استفاده از زبان متناسب با سطح افراد و به دست آوردن درک کلی از بیماری بود.                                                                                                                                                                                                                       |
| دوم   | در جلسه دوم که افراد از سوی درمانگر راجع به جزئیات رفتارهایی که هدف درمان هستند اطلاعات بیشتری کسب کردند. در این جلسات هر نشانه گزارش شده، توسط آزمودنی به شکل عملیاتی به منظور ایجاد یک تصویر رفتاری دقیق تعریف شد. سپس از نظر شدت و عملکرد برای تمرکز درمان بر روی آن طبقه‌بندی شد.                                                                                                                               |
| سوم   | در این جلسه آموزش تن آرامی انجام شد                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| چهارم | این جلسه با آموزش پاسخ متضاد ادامه خواهد یافت. افراد مبتلا به اختلال، رفتارهایی را یاد می‌گیرند که مخالف با رفتار هدف در درمان است. به گونه ای که آزمودنی یاد می‌گیرد رفتاری ناسازگار را برای حدود ۱ دقیقه (تا زمانی که نیاز به فرونشانی دارد) انجام دهد، مشروط به اینکه بتواند وقوع نشانه‌ها را پیش‌بینی کند. پاسخ رقیب ابتدا توسط درمانگر و سپس آزمودنی انجام می‌شود و این پاسخ‌ها باید مورد علاقه آزمودنی باشند. |
| پنجم  | در این جلسه تمرین هایی به افراد داده می‌شود تا بتوانند آنچه در یادگیری پاسخ متضاد آموخته اند را در منزل با عنوان تکالیف خانگی انجام دهند.                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| ششم   | در این جلسه روند انگیزشی افراد بررسی می‌شود. درمانگر باید انگیزه لازم در افراد مبتلا را ایجاد کرده و آن                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

را با کمک خود افراد افزایش دهد. عنصر اصلی این جلسه حمایت اجتماعی سایر اطرافیان مخصوصا اعضای خانواده است که در این زمینه نیز باید آموزش ببینند.

در جلسه هفتم چگونگی تعمیم دهی فنون آموخته شده به افراد آموزش داده می شود. این کار می تواند با ایفای نقش توسط درمانگر و یا سایر افراد حاضر انجام شود. مراجع باید تصویری از توان کنترل خود بر سایر موقعیت های زندگی پیدا کنند.

در جلسه پایانی، بار دیگر مروری بر تکنیک های آموزش داده شده می شود و سپس مشکلات و مسائلی که ممکن است در طی اجرای فنون برای آزمودنی های افراد حاضر در طرح درمانی پیش آمده باشد بررسی می شود و به سوالات آن ها پاسخ داده خواهد شد.

داده های با آزمون تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفت. داده ها با استفاده از نسخه ۲۴ نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، پیش فرض های آن بررسی شد، اولین پیش فرض نرمال بودن توزیع بود. بررسی نرمال بودن نمرات متغیر وابسته در این پژوهش تأیید شد. دومین پیش فرض بررسی شده، پیش فرض همگنی (برابری) واریانس بود که با استفاده از آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن نشان داد که برای همه متغیرها پیش فرض همگنی واریانس ها برای متغیر وابسته تأیید گردید.

## یافته ها

جدول شماره ۲ مولفه های توصیفی نمرات مو کنی و کیفیت زندگی برای آزمودنی های دو گروه را نشان می دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات مو کنی و کیفیت زندگی  
برای آزمودنی های دو گروه

| گروه        |           | گروه آزمایش (n=۱۲) |       | گروه گواه (n=۱۲) |       |
|-------------|-----------|--------------------|-------|------------------|-------|
|             |           | M                  | sd    | M                | sd    |
| مو کنی      | پیش آزمون | ۲۳/۰۸              | ۳/۵۸  | ۲۲/۷۵            | ۲/۷۳  |
|             | پس آزمون  | ۱۶/۹۲              | ۲/۱۵  | ۲۱/۰۱            | ۳/۲۶  |
| کیفیت زندگی | پیش آزمون | ۴۷/۰۸              | ۱۶/۱۳ | ۴۹/۱۶            | ۱۶/۱۹ |
|             | پس آزمون  | ۶۸/۷۵              | ۱۴/۲۴ | ۵۱/۷۵            | ۱۶/۹۲ |

نتایج آزمون باکس برای بررسی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ( $F = 0.74, p > 0.05$ ). بررسی پیش فرض شیب رگرسیون خطی هم برای بررسی تعامل کووریت‌ها (پیش آزمون‌ها) با متغیر مستقل (گروه) نشان داد که این رابطه معنادار نبود و پیش فرض شیب رگرسیون خطی در داخل گروه‌ها رعایت شده است ( $F = 1.05, p > 0.05$ )؛ با توجه به رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره، از شاخص‌های مندرج در جدول ۳ برای بررسی معناداری اثرهای چندمتغیری استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۳ نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیر جدیدی که از ترکیب خطی متغیرهای وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد. در این تحلیل، گروه (گروه آزمایش و گروه گواه) به عنوان عامل بین آزمودنی، نمرات کیفیت زندگی در پیش‌آزمون به عنوان متغیر کووریت و نمرات کیفیت زندگی در پس‌آزمون به عنوان متغیر وابسته وارد مدل شدند. نتایج این تحلیل در جدول ۳ ارائه شده است.

### جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری مربوط به نمرات کیفیت زندگی

| منبع تغییرات | SS       | df | MS      | F     | Sig.  | مجدور اتا<br>(اندازه اثر) |
|--------------|----------|----|---------|-------|-------|---------------------------|
| پیش‌آزمون    | ۷۵۰۴/۱۹  | ۱  | ۷۵۰۴/۱۹ | ۵۵/۹۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۸                      |
| گروه         | ۲۲۱۰/۳۶  | ۱  | ۲۲۱۰/۳۶ | ۱۶/۴۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۴                      |
| خطا          | ۲۸۱۴/۹۷  | ۲۱ | ۱۳۴/۰۴  |       |       |                           |
| کل           | ۹۳۶۴۰/۰۰ | ۲۴ |         |       |       |                           |

قبل از ارائه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری باید یادآور شد که مقدار شاخص کجی و کشیدگی برای نمره کیفیت زندگی در پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۰/۰۷- و ۱/۱۷- بود که نشان دهنده نرمال بودن این متغیر است؛ همچنین آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض همگنی (برابری) واریانس‌ها از لحاظ آماری معنادار نبود ( $F = 0.004, p > 0.05$ ) و این به معنای برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها می‌باشد. همچنین برای بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون نتایج نشان داد این رابطه معنادار نیست و پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون خطی در داخل گروه‌ها رعایت شده است ( $F = 5.23, p > 0.05$ )؛ بنابراین استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری به منظور مقایسه دو گروه در نمرات کیفیت زندگی بلامانع بود. نتایج این تحلیل در جدول ۳ نشان می‌دهد

که اثر نمرات پیش آزمون معنادار می باشد ( $F = 55/98, p < 0/001$ ). بدین معنا که بین نمرات پیش آزمون کیفیت زندگی و نمرات پس آزمون این متغیر رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج مندرج در جدول فوق نشان می دهد پس از کنترل نمرات پیش آزمون، اثر گروه بر نمرات پس آزمون کیفیت زندگی نیز معنادار می باشد ( $F = 16/49, p < 0/001$ ). به عبارت دیگر، بین آزمودنی های دو گروه آزمایش و گواه در میانگین نمرات کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به شاخص های توصیفی در جدول ۴-۵، این تفاوت ها به گونه ای است که نمرات پس آزمون کیفیت زندگی برای آزمودنی های گروه آزمایش ( $68/75$ ) به طور معناداری بیشتر از نمرات آزمودنی های گروه گواه ( $51/75$ ) می باشد. به عبارتی این نتایج حاکی از تأیید فرضیه دوم پژوهش می باشد و درمان وارونه سازی عادت منجر به افزایش معنادار کیفیت زندگی بیماران اختلال وسواس موکنی می شود.

### جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری مربوط به نمرات موکنی

| منبع تغییرات | SS      | df | MS    | F    | Sig. | مجدوراتا<br>(اندازه اثر) |
|--------------|---------|----|-------|------|------|--------------------------|
| پیش آزمون    | ۴/۱۴    | ۱  | ۴/۱۴  | ۰/۵۳ | ۰/۴۷ | ۰/۰۲                     |
| گروه         | ۶۱/۲۰   | ۱  | ۶۱/۲۰ | ۷/۸۵ | ۰/۰۱ | ۰/۲۷                     |
| خطا          | ۱۶۳/۶۹  | ۲۱ | ۷/۷۹  |      |      |                          |
| کل           | ۸۴۴۲/۰۰ | ۲۴ |       |      |      |                          |

قبل از ارایه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری باید یادآور شد که مقدار شاخص کجی و کشیدگی برای نمره موکنی در پس آزمون به ترتیب برابر با  $0/57$  و  $-0/92$  بود که نشان دهنده نرمال بودن این متغیر است؛ همچنین آزمون لوین جهت بررسی فرض همگنی (برابری) واریانس ها از لحاظ آماری معنادار نبود ( $F = 2/15, p > 0/05$ ) و این به معنای برقراری مفروضه همگنی واریانس ها می باشد. بررسی پیش فرض شیب رگرسیون خطی نیز نشان داد که بررسی تعامل کووریت (موکنی) با متغیر مستقل (گروه) نشان داد که این رابطه معنادار نیست و پیش فرض همگنی شیب های رگرسیون خطی در داخل گروه ها رعایت شده است ( $F = 3/02, p > 0/05$ )؛ بنابراین استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری به منظور مقایسه دو گروه در نمرات موکنی بلامانع بود. نتایج این تحلیل در

جدول ۳ نشان می دهد که اثر نمرات پیش آزمون معنادار نمی باشد ( $F = 0.53$ ,  $p = 0.47$ ). بدین معنا که بین نمرات پیش آزمون موکنی و نمرات پس آزمون این متغیر رابطه معناداری وجود ندارد. همچنین، نتایج مندرج در جدول فوق نشان می دهد پس از کنترل نمرات پیش آزمون، اثر گروه بر نمرات پس آزمون موکنی معنادار می باشد ( $F = 7.85$ ,  $p = 0.01$ ). به عبارت دیگر، بین آزمودنی های دو گروه آزمایش و گواه در میانگین نمرات موکنی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به شاخص های توصیفی در جدول ۲، این تفاوت ها به گونه ای است که نمرات پس آزمون موکنی برای آزمودنی های گروه آزمایش ( $16/92$ ) به طور معناداری بیشتر از نمرات آزمودنی های گروه گواه ( $21/01$ ) می باشد.

### بحث و نتیجه گیری

در واقع نتایج نشان داد که آزمودنی های گروه آزمایش که درمان وارونه سازی عادت دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه که این آموزش را دریافت نکرده بودند از را می توان همسو با نتایج پژوهش هایی دانست که نشان داده اند این روش درمانی بر کاهش مشکلات عاطفی و تکانه ای بیماران وسواس موکنی مؤثر است (الکساندر و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج نشان داد که آزمودنی های گروه آزمایش که درمان وارونه سازی عادت را دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه که این آموزش را دریافت نکرده بودند از کیفیت زندگی بیشتری برخوردار بودند.

نتایج این یافته را می توان نزدیک با نتایج پژوهش های دیگری در این زمینه همخوان دانست (لی و همکاران، ۲۰۱۸؛ ایزوبی و همکاران، ۲۰۱۸) که نشان داده اند آموزش وارونه سازی عادت منجر به کاهش مشکلاتی نظیر اضطراب، افسردگی و بهبود عملکرد اجتماعی این بیماران می شود. در تبیین یافته های حاضر می توان به این نکته اشاره نمود که فنون وارونه سازی عادت می تواند در کنار کاهش علائم موکنی به کاهش اضطراب، رفتارهای مخرب و افزایش عملکرد اجتماعی منجر شود. با افزایش عملکرد اجتماعی، کاهش اضطراب و رفتارهای مخرب، کیفیت زندگی فرد نیز افزایش پیدا می کند. علاوه بر این نتایج این پژوهش نشان داد که درمان وارونه سازی عادت منجر به کاهش علائم این بیماری می گردد. به بیان دیگر، هر چه فرد از حمایت اجتماعی بیشتری در طی درمان و بعد از درمان برخوردار باشد میزان بهبودی بالاتری به دست خواهد آورد.

حمایت اجتماعی و برنامه های تقویتی می توانند فنون یاد داده شده مانند تن آرامی و پاسخ متضاد در فرد را تثبیت کنند و فرد علاوه بر بهره مندی از درمان در جهت کاهش موکنی، شرایط روانی بهتری نیز

کسب کند. همچنین نتایج حاصل نشان داد که درمان وارونه سازی عادت منجر به کاهش معنادار علایم بیماران اختلال وسواس موکنی می شود. بر اساس نتایج به دست آمده از تحلیل داده ها این فرضیه پژوهشی تأیید می شود که درمان وارونه سازی عادت منجر به کاهش معنادار علایم بیماران اختلال وسواس موکنی می شود. این یافته همسو با نتایج پژوهش های بسیاری در این زمینه است که نشان داده اند درمان وارونه سازی عادت تأثیر مثبتی بر کاهش علایم بیماران اختلال وسواس موکنی می شود (برگ، ۲۰۱۷، چاندران و همکاران، ۲۰۱۵).

در تبیین اثربخشی درمان وارونه سازی عادت بر علایم اختلال وسواس موکنی باید به این نکته اشاره نمود که مهمترین ویژگی های درمان وارونه سازی عادت، ایجاد خودآگاهی در فرد مبتلا به وسواس موکنی نسبت به عادت مختل، آموزش مهارت های مقابله ای مؤثر جایگزین، حفظ انگیزه و افزایش تعمیم پذیری رفتارهای جدید آموخته شده است. به ویژه ایجاد آگاهی و استفاده از پاسخ مغایر، نقش مؤثری در کاهش عادات مختل دارند (رحم و همکاران، ۲۰۱۹). آموزش آگاهی، مراجع را وامیدارد تا نمونه های عادت نامطلوب را برای اجرای پاسخ مغایر شناسایی نماید. استفاده از پاسخ مغایر، دو کنش را به دنبال دارد، نخست جلوگیری از رفتار عادت و فراهم کردن رفتار مقابل برای جایگزین کردن آن است، کنش دوم این است که پاسخ مغایر ممکن است مانند تنبیه کننده عمل نموده و مانع بروز رفتار گردد (تیونگ و همکاران، ۲۰۱۵).

نویسندگان مقاله، مراتب سپاس خود را از مراکز درمانی شهر مشهد و بیماران شرکت کننده در این پژوهش و سایر همکاران در مرکز پژوهش دانشگاه فردوسی مشهد اعلام می دارند.

## References

- Alexander, J. R., Houghton, D. C., Twohig, M. P., Franklin, M. E., Saunders, S. M., Neal-Barnett, A. M. & Woods, D. W. (2017). Clarifying the relationship between Trichotillomania and anxiety. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 13, 30-34.
- Berg, C. (2017). My Life with Trichotillomania. In *Critical Storytelling in Uncritical Times* (pp. 67-69). Sense Publishers, Rotterdam.
- Chamberlain, S. R., Harries, M., Redden, S. A., Keuthen, N. J., Stein, D. J., Lochner, C., & Grant, J. E. (2018). Cortical thickness abnormalities in trichotillomania: international multi-site analysis. *Brain imaging and behavior*, 12(3), 823-828.
- Chandran, N. S., Novak, J., Iorizzo, M., Grimalt, R., & Oranje, A. P. (2015). Trichotillomania in children. *Skin appendage disorders*, 1(1), 18-24.
- Falkenstein, M. J., Mouton-Odum, S., Mansueto, C. S., Golomb, R. G., & Haaga, D. A. (2016). Comprehensive behavioral treatment of trichotillomania: a treatment development study. *Behavior modification*, 40(3), 414-438.
- Fontenelle, L. F., dos Santos-Ribeiro, S., Kalaf, J., & Yücel, M. (2019). Electroconvulsive therapy for trichotillomania in a bipolar patient. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 83(1), 97-104.
- Gerstenblith, T. A., Jaramillo-Huff, A., Ruutiainen, T., Nestadt, P. S., Samuels, J. F., Grados, M. A., & Rasmussen, S. A. (2019). Trichotillomania comorbidity in a sample enriched for familial obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 94, 152123.

- Ghaderi, M., Ahi, Q., Vaziri, S., Mansouri, A., & Shahabizadeh, F. (2020). The mediating role of emotion regulation and intolerance of uncertainty in the relationship between childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury in adolescents. *International Archives of Health Sciences*, 7(2), 96-103.
- Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2016). Trichotillomania. *American Journal of Psychiatry*, 173(9), 868-874.
- Grant, J. E., Redden, S. A., Leppink, E. W., & Chamberlain, S. R. (2017). Trichotillomania and co-occurring anxiety. *Comprehensive psychiatry*, 72, 1-5.
- Grant, J. E., Redden, S. A., Leppink, E. W., Odlaug, B. L., & Chamberlain, S. R. (2016). Psychosocial dysfunction associated with skin picking disorder and trichotillomania. *Psychiatry research*, 239, 68-71.
- Houghton, D. C., McFarland, C. S., Franklin, M. E., Twohig, M. P., Compton, S. N., Neal-Barnett, A. M., & Woods, D. W. (2016). DSM-5 Trichotillomania: Perception of adults with trichotillomania after psychosocial treatment. *Psychiatry*, 79(2), 164-169.
- Isobe, M., Redden, S. A., Keuthen, N. J., Stein, D. J., Lochner, C., Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2018). Striatal abnormalities in trichotillomania: A multi-site MRI analysis. *NeuroImage: Clinical*, 17, 893-898.
- Jain, R., & Mahor, D. (2016). Trichobezoar in the absence of trichotillomania: a consequence of occupational hazard. *International Surgery Journal*, 3(3), 1630-1633.
- Lee, E. B., Homan, K. J., Morrison, K. L., Ong, C. W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2020). Acceptance and commitment therapy for trichotillomania: A randomized controlled trial of adults and adolescents. *Behavior modification*, 44(1), 70-91.
- Lochner, C., Keuthen, N. J., Curley, E. E., Tung, E. S., Redden, S. A., Ricketts, E. J., & Stein, D. J. (2019). Comorbidity in trichotillomania (hair-pulling disorder): A cluster analytical approach. *Brain and behavior*, 9(12), e01456.
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakouee, N., Mohammad, S. R. (2006). Standardization of the World Organization Questionnaire, Iranian Translation and Psychometric Questionnaire. *Journal of School of Health and Institute of Health Research*, 4, 12-1.
- Rahimi, M. (2015). The Influence of Family Communication Patterns on the Quality of Life of a Group of Students, M.Sc. in Educational Psychology, Shiraz University, (Persian).
- Rehm, I. C., Nedeljkovic, M., Moulding, R., & Thomas, A. (2019). The Beliefs in Trichotillomania Scale (Bi TS): Factor analyses and preliminary validation. *British Journal of Clinical Psychology*, 58(4), 384-405.
- Sharma, V. (2019). Treatment of trichotillomania and subthreshold bipolar disorder with lithium. *Bipolar disorders*, 21(8), 803-805.
- Stein, D. J., Grant, J. E., Franklin, M. E., Keuthen, N., Lochner, C., Singer, H. S., & Woods, D. W. (2010). Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V. *Depression and anxiety*, 27(6), 611-626.
- Toledo, E. L., De, E. T. M., Brito, A. M., & Tavares, H. (2015). Group treatment for trichotillomania: cognitive-behavioral therapy versus supportive therapy. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(4), 447-455.
- Tung, E. S., Flessner, C. A., Grant, J. E., & Keuthen, N. J. (2015). Predictors of life disability in trichotillomania. *Comprehensive psychiatry*, 56, 239-244.





## مقایسه اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سندرم شناختی توجهی در بیماران مبتلا به افسردگی شهر اهواز

سحر امیری<sup>۱</sup>، پروین احتشام زاده<sup>۲</sup>، فریبا حافظی<sup>۳</sup>

محمد رضا برنا<sup>۴</sup>

اختلال افسردگی با نشانه‌هایی نظیر احساس غمگینی، پوچی و ناامیدی و به دلیل پیامدهای روانی، جسمانی و اجتماعی شناخته می‌شود. هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سندرم شناختی توجهی در بیماران مبتلا به افسردگی شهر اهواز بود. برای این منظور طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیگیری و گروه گواه ۴۵ نفر از افراد افسرده مراجعه کننده به مراکز روان شناسی و مشاوره شهر اهواز به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره یعنی گروه آزمایش ۱ (درمان فعال سازی رفتاری)، گروه آزمایش ۲ (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گروه گواه گمارده شدند. گروه‌ها در سه مقطع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از نظر کارکردهای اجرایی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) نشان داد که فعال سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش سندرم شناختی توجهی و مؤلفه‌های آن اثربخش بودند اما، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرانی و تهدید یابی و باورهای فراشناختی برانگیزاننده نگرانی، بیشتر از فعال سازی رفتاری بود. همچنین، در مرحله پیگیری فقط اثربخشی فعال سازی رفتاری بر کاهش سندرم شناختی توجهی و مؤلفه‌های آن پایدار بود. این پژوهش از انجام فعال سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کاهش سندرم شناختی توجهی در بیماران مبتلا به افسردگی حمایت می‌کند. واژه‌های کلیدی: درمان فعال سازی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سندرم شناختی توجهی، افسردگی

### مقدمه

افسردگی نوعی اختلالی روانی می‌باشد که با نشانه‌هایی نظیر احساس غمگینی، پوچی ناامیدی، کاهش علاقه یا لذت در فعالیت‌ها در بخش عمده روز و از حیث جسمانی با نشانه‌هایی همچون سردرد،

۱ دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. اهواز ایران

۲ دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. اهواز ایران (نویسنده مسؤل) P\_ehtesham85@yahoo.com

۳ دپارتمان روان شناسی، استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز ایران

۴ دپارتمان روان شناسی، استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز ایران

خستگی پذیری، پراشتهایی و کم اشتهایی، بی خوابی، یبوست، کاهش فشارخون و جزء آن نمایان می شود (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این در حالی است که بیماران افسرده به کرات گزارش نموده اند احساسات منفی و ارزیابی خود منفی نسبت به خود داشته (بورک هووس و همکاران، ۲۰۱۷) و عموماً کنترلی بر افکار و رفتارشان ندارند (بدایت و عسکری، ۲۰۲۰) که با فعال شدن مکرر سندرم شناختی-توجهی در ارتباط است (بورک هووس و همکاران، ۲۰۱۷). زیرا افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، افسردگی و وسواس جبری تحت تأثیر سندرم شناختی-توجهی، تفکرشان دچار تحریف و سوگیری و کنترل آن دشوار می شود و همین امر موجب بدتر شدن و تداوم مشکل هیجانی می شود (ولز، ۲۰۰۹). در واقع، سندرم شناختی-توجهی شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی یا رفتارهای مقابله ای ناسازگارانه ای است که فرد آن ها را مفید می داند، اما نتیجه ی معکوس دارند و به تداوم مشکلات هیجانی منجر می شوند (ویسکو، ۲۰۰۹). سندرم شناختی-توجهی ریشه در رویکرد فراشناختی به اختلالات روانشناختی دارد (جنوریو و همکاران، ۲۰۱۰) و حذف آن از طریق کمک به بیمار در کسب راه های جدید برای کنترل توجه، برقراری رابطه با افکار و باورهای منفی، و تغییر باورهای فراشناختی ایجادکننده الگوهای تفکر ناسازگارانه ضروری است (ولز، ۲۰۰۹).

فعال سازی رفتاری از انواع مداخلات غیردارویی است که بر پایه الگوی روانشناختی مدنظر اسکینر درباره تغییر رفتار موسوم به تحلیل تابعی رفتار قرار دارد (دیمیجیان و همکاران، ۲۰۰۶). فرض اصلی فعال سازی رفتاری این است که نبود تقویت های محیطی کافی یا تنبیه های محیطی زیاد موجب افسردگی می شود و هدف این مداخله آن است که تقویت های محیطی را افزایش و تنبیه های محیطی را کاهش دهد (پرهون، مرادی، حاتمی و مشیرپناهی، ۲۰۱۴). همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از درمان های موج سوم روانشناختی است که نه تنها در حوزه روانشناسی مثبت گرا بلکه در درمان آسیب ها و اختلالات روانشناختی نظیر افسردگی و اضطراب مورد توجه قرار گرفته است. این درمان مبتنی بر هشیاری فراگیر (حضور ذهن) است (زتل و هیس، ۲۰۰۲). اصل هشیاری فراگیر عبارت است از آوردن هشیارانه آگاهی به تجربه اینجا و اکنون، همراه با گشودگی، علاقه و پذیرش (زتل، ۲۰۰۷). هنگامی که تجربیات خصوصی (افکار و احساسات) را با گشودگی و پذیرش مشاهده کنند، حتی دردناک ترین آن ها کمتر تهدیدکننده و قابل تحمل تر به نظر می رسند (هاریس، ۲۰۰۶).

اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری بر کاهش نشانه های افسردگی در پژوهش های بدایت و عسکری (۲۰۲۰)، انصارحسین، ابوالقاسمی، میکائیلی و حاجلو (۲۰۱۸)، پرهون، مرادی، حاتمی و مشیرپناهی

(۲۰۱۴)، سوزانی و اوتا (۲۰۲۰)، راینز و همکاران (۲۰۲۰) و وانگ (۲۰۲۰)، و بر سندرم شناختی-توجهی در پژوهش باباخان زاده و همکاران (۲۰۱۹)، درگاهیان و محمدخانی (۲۰۱۴) و ملی، بیلی، کارارسی و پولی (۲۰۱۸) به تأیید رسید. همچنین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه های افسردگی در پژوهش های عزیزی و قاسمی (۲۰۱۷)، کاظمینی، بختیاری و نوری (۲۰۱۸)، ۱-تاجک و همکاران (۲۰۲۰)، و استرگارد و همکاران (۲۰۱۹) نیز به تأیید رسید. با این وجود، اینکه کدام مداخله می تواند تأثیرات مثبت بیشتری سندرم شناختی-توجهی افراد افسرده برجای گذارند، مشخص نیست. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سندرم شناختی-توجهی در بیماران مبتلا به افسردگی انجام شد.

## روش

طرح پژوهش حاضر، تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش، شامل افرادی بود که در سال ۲۰۱۹ به خاطر افسردگی به مراکز روان شناسی و مشاوره شهر اهواز مراجعه کرده و توسط روان درمانگران این مراکز و بر اساس ملاک های تشخیص افسردگی راهنمای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی ویرایش پنجم تشخیص افسردگی گرفته بودند. از این جامعه ۴۵ نفر که از پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۸) نمره ۲۰ تا ۲۸ به عنوان افسردگی متوسط را کسب کردند، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره یعنی گروه آزمایش ۱ (درمان فعال سازی رفتاری)، گروه آزمایش ۲ (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گروه گواه کاربندی شدند. ملاک های ورود برای شرکت کنندگان داشتن افسردگی متوسط، تحت درمان دارویی نبودن بخاطر افسردگی و داوطلب بودن برای درمان غیردارویی بود. آزمودنی ها به غیر از آزمون افسردگی بک، در سه مقطع پیش، پس و پیگیری، با پرسشنامه سندرم شناختی توجهی ولز (۲۰۰۹) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۷۱) توسط بک، براون و استیر در سال ۱۹۷۱ ساخته شد و دارای ۲۵ ماده است (۲۳). هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود و درجات مختلفی از افسردگی از خفیف تا شدید را تعیین می کند (ساعتچی، عسکریان و پاشایی، ۲۰۱۹). حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۷۵ است. نمره بین ۰-۱۳ بیانگر افسردگی جزئی، نمره بین ۱۹-۱۴ افسردگی خفیف، نمره بین ۲۸-۲۰ افسردگی متوسط و نمره بین ۷۵-۲۹ بیانگر افسردگی شدید است (ساعتچی، عسکریان و پاشایی، ۲۰۱۹). بک و همکاران ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و

ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و برای گروه غیربیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند دابسون و محمدخانی ضریب آلفای کرونباخ را برای بیماران سرپایی ۰/۹۲، برای دانشجویان ۰/۹۳ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۳ به دست آوردند (ساعتچی، عسکریان و پاشایی، ۲۰۱۹). نجاریان اعتبار این پرسشنامه را ۰/۷۳ و آلفای کرونباخ را ۰/۷۸ گزارش نمود در تحقیق حاضر ضریب پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ و تنصیف برابر با ۰/۸۴ و ۰/۸۰ بدست آمد.

پرسشنامه سندرم شناختی توجهی ولز (۲۰۰۹) در سال ۲۰۰۹ ساخته شد و شامل ۱۶ ماده و سه مؤلفه نگرانی و تهدید یابی ماده های ۱ و ۲، راهبردهای مقابله ای اجتنابی (درد سر ساز) ماده های ۳ تا ۸ و باورهای فراشناختی برانگیزاننده نگرانی ماده های ۹-۱۶ است (ساعتچی، عسکریان و پاشایی، ۲۰۱۹). پاسخ به ۸ ماده اول براساس مقیاس ۹ درجه ای لیکرتی از ۰ تا ۸ و ۸ ماده ی بعدی میزان اعتقاد فرد به هر یک از باورهای فراشناختی درباره سندرم شناختی توجهی را براساس مقیاس ۰ تا ۱۰۰ درجه بندی می کند، نمره کلی سندروم شناختی توجهی از مجموع تمام ۱۶ ماده به دست می آید. نمره به معنای بیشتر بودن سندرم شناختی توجهی فرد می باشد (ساعتچی، عسکریان و پاشایی، ۲۰۱۹). پایایی این پرسشنامه در پژوهش فرگوس، باردین و اورکات (۲۰۱۲) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و در پژوهش سلمانی و حسنی (۱۳۹۲) نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمد (ساعتچی، عسکریان و پاشایی، ۲۰۱۹). در پژوهش حاضر ضریب پایایی این پرسشنامه با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف برای کل سندرم شناختی توجهی ۰/۷۰ و ۰/۶۸، در مؤلفه نگرانی و تهدید یابی ۰/۷۲ و ۰/۶۸، راهبردهای مقابله ای اجتنابی ۰/۷۰ و ۰/۷۰ و برای باورهای فراشناختی برانگیزاننده نگرانی ۰/۶۸ و ۰/۶۸ بدست آمد که بیانگر ضرایب پایایی خوب پرسشنامه یاد شده می باشد. در این پژوهش مداخله گروه درمانی فعال ساز رفتاری به شیوه کانتر، بوش و راش (۲۰۰۵) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای یک جلسه در هفته برای گروه آزمایش ۱ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه باند و هیس (۲۰۰۵) طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای یک جلسه در هفته برای گروه آزمایش ۲ صورت پذیرفت که خلاصه آن در جدول ۱ و ۲ ارایه شده است.

### جدول ۱. شرح جلسات درمان فعال سازی رفتاری

| جلسه | شرح مختصر                                                                      |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|
| اول  | برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان اهداف و معرفی دوره و آموزش قراردادهای رفتاری |
| دوم  | تمرکز فعال سازی رفتاری بر تعامل بین فرد و محیط                                 |

## شناسایی و تغییر رفتارهای آشکار

- سوم آموزش روانی فرایندهای شفابخش گروهی با چهار موضوع: توجه های در مورد زمینه کلی بیماری، انتخاب روش های درمانی مناسب، وضعیت فرد، موضوعات انگیزشی
- چهارم تمرکز بر جنبه های استرس، اضطراب و استفاده از تقویت کلامی مثبت از طریق امید درمانی (استفاده از تقویت مثبت کلامی از طریق بیان جملات مثبت به همدیگر و امیدبخش بر پیشرفت های کوچک درمان بیمار)
- پنجم تمرکز بر جنبه های افسردگی و تغییر حالات خلقی و روانی از طریق استفاده از تمثیل
- ششم تمرکز بر حالات رفتاری (ملزومات رهایی از اضطراب و افسردگی) و قضاوت های شناختی و کنترل آن ها (توانایی حل مسئله و رهایی از استرس و طریقه استفاده از مقابله هیجان مدار)
- هفتم آموزش افراد در خصوص اجزای روانی و اجتماعی وضعیت موجود، آموزش مهارت های مقابله ای و بازسازی رفتاری
- هشتم ارایه خلاصه درمان به شکل کوتاه و راهکارهای پیگیرانه و نظر خواهی از اعضای گروه

## جدول ۲. شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسات | موضوع جلسه                                                                                               | تغییر رفتار مورد انتظار                                  |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| اول   | معرفی اعضا، بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره                                                          | کسب اطلاعات درباره ACT                                   |
| دوم   | آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی ACT از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روان                           | عدم تلاش جهت اجتناب از هیجان های منفی                    |
| سوم   | اجرای فنون درمانی ACT مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خودتجسمی                                        | پذیرش رفتار و هیجان های منفی                             |
| چهارم | آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود)                                    | توجه به تجارب کنونی و لحظه به لحظه                       |
| پنجم  | آموزش فنون درمانی خود به عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن آگاهی و آموزش تحمل پریشانی                         | پذیرش هیجان ها و افکار منفی بدون پیشداوری و قضاوت        |
| ششم   | آموزش فنون درمانی ارزش های شخصی و روشن سازی ارزش ها و آموزش تنظیم هیجان ها، (استعاره فنجان بد)           | تلاش در جهت انعطاف پذیری روان شناختی و ارزش ها           |
| هفتم  | آموزش فنون درمانی ارزش های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین فردی (استعاره صحنه شطرنج)            | کسب انعطاف پذیری روانشناختی                              |
| هشتم  | مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده با تأکید بر تنظیم هیجان ها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی | رهایی از هیجان ها و افکار منفی و انعطاف پذیری روانشناختی |

تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار کامپیوتری «SPSS» نسخه ۲۴ صورت پذیرفت و برای کلیه فرضیه‌ها سطح معنی داری  $\alpha=0/05$  در نظر گرفته شد. آزمون فرضیه‌ها با تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی بود. همچنین، سطح معنی داری آزمون‌های تساوی واریانس‌ها (لوین)، نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه (کلموگروف - اسمیرنوف) و آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیبهای رگرسیون متغیرهای تحقیق سه گروه در جامعه تایید نگردید ( $p>0/05$ ) و کلیه مفروضه‌های استفاده از تحلیل کواریانس تایید شد.

### یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای بر اساس گروههای آزمایشی و گروه گواه در سه مقطع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای بر اساس گروههای آزمایشی و گروه گواه

| متغیر                          | مرحله گروه | پیش آزمون |       | پس آزمون |       | پیگیری |       |
|--------------------------------|------------|-----------|-------|----------|-------|--------|-------|
|                                |            | sd        | M     | sd       | M     | sd     | M     |
| نگرانی و تهدید یابی            | آزمایش ۱   | ۱۲/۸۶     | ۱/۶۴  | ۸/۴۰     | ۱/۵۴  | ۸/۵۳   | ۱/۵۳  |
|                                | آزمایش ۲   | ۱۲/۲۰     | ۱/۲۶  | ۶/۲۰     | ۱/۰۸  | ۱۲/۲۰  | ۱/۷۲  |
|                                | گواه       | ۱۲/۹۳     | ۱/۲۲  | ۱۲/۷۳    | ۱/۰۳  | ۱۲/۸۶  | ۱/۴۸  |
| راهنمادهای مقابله ای اجتنابی   | آزمایش ۱   | ۳۷/۸۶     | ۱/۳۸  | ۲۱/۴۶    | ۱/۵۹  | ۲۱/۶۰  | ۱/۶۳  |
|                                | آزمایش ۲   | ۳۷/۸۰     | ۱/۳۵  | ۲۲/۸۰    | ۱/۸۲  | ۳۷/۵۳  | ۲/۱۳  |
|                                | گواه       | ۳۸/۱۳     | ۱/۵۳  | ۳۷/۵۳    | ۲/۵۵  | ۳۷/۸۶  | ۲/۵۵  |
| باورهای فراشناختی برانگیزاننده | آزمایش ۱   | ۵۶۸/۵۳    | ۲۵/۱۳ | ۳۱۷/۲۶   | ۱۹/۱۶ | ۳۱۷/۵۳ | ۹/۷۶  |
|                                | آزمایش ۲   | ۵۷۴/۰۰    | ۱۳/۷۵ | ۲۲۱/۲۶   | ۱۷/۸۱ | ۵۷۲/۸۶ | ۱۴/۲۲ |
|                                | گواه       | ۵۶۷/۸۶    | ۱۵/۰۸ | ۵۶۲/۴۶   | ۱۹/۸۰ | ۵۶۸/۵۳ | ۲۵/۱۳ |
| سندرم شناختی توجهی             | آزمایش ۱   | ۶۱۹/۲۶    | ۲۷/۴۱ | ۳۴۷/۱۳   | ۹/۰۶  | ۳۴۷/۶۶ | ۹/۶۸  |
|                                | آزمایش ۲   | ۶۲۴/۰۰    | ۱۳/۷۹ | ۲۵۰/۲۶   | ۱۸/۰۲ | ۶۲۲/۶۰ | ۱۴/۲۹ |
|                                | گواه       | ۶۱۸/۹۳    | ۱۷/۱۵ | ۶۱۲/۷۳   | ۱۹/۴۶ | ۶۱۹/۲۶ | ۲۷/۴۱ |

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته پژوهش در گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ و گواه با کنترل پیش آزمون نشان داد در مراحل پس آزمون و پیگیری با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری هر چهار آزمون چندمتغیری (اثر پیلای)،

لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی) معنادار است ( $p < 0.05$ ). توان آماری برای هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری ۱ بود.

#### جدول ۴. خلاصه تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا (آنکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته پژوهش در گروه آزمایش ۱ و ۲ و گواه با کنترل پیش آزمون

| مرحله               | متغیر     | پس آزمون   |         |       |           | پیگیری  |       |
|---------------------|-----------|------------|---------|-------|-----------|---------|-------|
|                     |           | منبع       | SS      | F     | df        | MS      | Sig.  |
| نگرانی و تهدید یابی | پیش آزمون | ۱/۴۷       | ۰/۹۵    | ۰/۳۳۵ | ۲۵/۳۵     | ۱۵/۶۲   | ۰/۰۰۱ |
|                     | گروه      | ۳۱۰/۸۱     | ۱۰۰/۴۰  | ۰/۰۰۱ | ۱۷۲/۷۶    | ۵۳/۲۴   | ۰/۰۰۱ |
|                     | خطا       | ۶۳/۴۵      | —       | —     | ۶۶/۵۱     | —       | —     |
| راهبردهای مقابله ای | پیش آزمون | ۱۱/۸۲      | ۲/۹۹    | ۰/۰۹۱ | ۱۰۸/۱۵    | ۵۲/۲۲   | ۰/۰۰۱ |
|                     | گروه      | ۲۳۵۶/۲۲    | ۲۹۸/۰۹  | ۰/۰۰۱ | ۲۵۶۹/۵۰   | ۶۲۰/۳۴  | ۰/۰۰۱ |
|                     | اجتنابی   | ۱۶۲/۰۳     | —       | —     | ۸۴/۹۱     | —       | —     |
| باورهای فراشناختی   | پیش آزمون | ۱۱۰۵/۹۵    | ۴/۵۳    | ۰/۰۰۳ | ۱۹۸۹/۴۳   | ۷/۳۹    | ۰/۰۰۱ |
|                     | گروه      | ۹۲۳۳۹۷/۳۵  | ۱۸۹۲/۲۷ | ۰/۰۰۱ | ۶۳۳۹۸۲/۸۹ | ۱۱۷۸/۹۶ | ۰/۰۰۱ |
|                     | خطا       | ۱۰۰۰۳/۶۴   | —       | —     | ۱۱۰۲۳/۷۶  | —       | —     |
| سندرم شناختی        | پیش آزمون | ۱۲۹۴/۹۴    | ۵/۴۷    | ۰/۰۲۴ | ۲۸۷۲/۱۶   | ۹/۹۵    | ۰/۰۰۳ |
|                     | گروه      | ۱۰۵۴۸۹۷/۴۲ | ۲۲۲۸/۳۵ | ۰/۰۰۱ | ۷۳۹۷۸۹/۶۶ | ۱۲۸۲/۲۱ | ۰/۰۰۱ |
|                     | توجهی     | ۹۷۰۴/۶۶    | —       | —     | ۱۱۸۲۷/۷۰  | —       | —     |

مطابق جدول ۴ با کنترل پیش آزمون در مراحل پس آزمون و پیگیری بین حداقل یکی از گروه های آزمایشی ۱ و ۲ و گروه گواه بطور جداگانه از لحاظ سندرم شناختی توجهی و مؤلفه های آن تفاوت معنی داری وجود داشت ( $p < 0.05$ ). در مراحل پس آزمون و پیگیری، درجه آزادی در پیش آزمون ها، گروه و خطا به ترتیب ۱، ۲ و ۴۱ بود.

نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی بر روی میانگین پس آزمون متغیرهای وابسته پژوهش در گروه های آزمایش ۱ و ۲ با کنترل پیش آزمون نشان داد در مرحله پس آزمون، تفاوت میانگین گروه گواه با هر دو گروه آزمایش ۱ و ۲ در کلیه متغیرهای وابسته معنی دار بود ( $p < 0.05$ ). به عبارتی، درمان فعال سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش در سندرم شناختی توجهی و مؤلفه های نگرانی و تهدید یابی، راهبردهای مقابله ای اجتنابی و باورهای فراشناختی برانگیزاننده نگرانی اثربخش

بودند ( $p < 0/05$ ). مقایسه میانگین گروه آزمایش ۱ و ۲ نیز نشان داد که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش سندرم شناختی توجهی و مؤلفه های نگرانی و تهدید یابی و باورهای فراشناختی برانگیزاننده نگرانی بیشتر از درمان فعال سازی رفتاری بود ( $p < 0/05$ ). اما بین اثربخشی دو مداخله بر مؤلفه راهبردهای مقابله ای اجتنابی تفاوتی مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ). همچنین در مرحله پیگیری دو ماهه، تفاوت میانگین گروه گواه با گروه آزمایشی ۱ در سندرم شناختی توجهی و مؤلفه های آن معنی دار بود ( $p < 0/05$ ). به عبارتی، در مرحله پیگیری، اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری بر کاهش سندرم شناختی توجهی و مؤلفه های نگرانی و تهدید یابی، راهبردهای مقابله ای اجتنابی و باورهای فراشناختی برانگیزاننده نگرانی در گروه آزمایش ۱ پایدار بود. تفاوت میانگین گروه گواه با گروه آزمایشی ۲ در هیچکدام از متغیرهای وابسته معنی دار نبود ( $p > 0/05$ ). به عبارتی، در مرحله پیگیری، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش سندرم شناختی توجهی و مؤلفه های آن پایدار نبود.

### بحث و نتیجه گیری

یافته این پژوهش حاکی از اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش سندرم شناختی توجهی و مؤلفه های نگرانی و تهدید یابی، راهبردهای مقابله ای اجتنابی و باورهای فراشناختی برانگیزاننده نگرانی بیماران مبتلا به افسردگی شهر اهواز بود که با یافته های پژوهش های باباخان زاده و همکاران (۲۰۱۹)، در گاهیان و محمدخانی (۲۰۱۴) و ملی، بیلی، کارارسی و پولی (۲۰۱۸) مبنی بر تأثیر درمان فعال سازی رفتاری و پژوهش ا-تاجک و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش سندرم شناختی توجهی بیماران مبتلا به افسردگی همسو بود. در تبیین این یافته می توان گفت یک چرخه افسردگی تحت مقابله ناکارآمد و موقتی نظیر اجتناب، انزوا، سوء مصرف مواد مخدر و .. عود و در دراز مدت افسردگی را افزایش می دهد (گرون ولد، ۲۰۱۹). سندرم شناختی - توجهی نیز بازتاب باورهای فراشناختی ناکارآمد، نشخوار فکری توأم با نگرانی و گوش به زنگی است (کووالاسکی و دراگان، ۲۰۱۹) که حکم الگوهای ناکارآمد مقابله را داراست و بر بیشتر شدن افسردگی دامن می زند (جئورجیو و همکاران، ۲۰۱۰). از سویی، درمان فعال سازی رفتاری شامل پنج مرحله ارزیابی رفتار و خلق، انتخاب پاسخ جایگزین، انجام پاسخ های جایگزین، یکپارچه کردن این جایگزین ها، مشاهده نتایج و ارزیابی کردن آن ها می باشد (کانتر و راش، ۲۰۰۵) و طی آن بیمار می آموزد بر نگرانی و حس تهدید بیمارگونه خود، آگاه گشته و با



تقویت توانایی حل مسئله و مقابله هیجان مدار مثبت به پاسخ های جایگزین به جای اجتناب موقتی نظیر خمودگی، انزواء، سوء مصرف مواد مخدر و .. دست یابد و بدین ترتیب سندرم شناختی توجهی در آنها فروکش یافت. از طرفی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز با آموزش مهارت هایی نظیر در لحظه حال زیستن، توجه و تمرکز به تجارب کنونی، تقویت آگاهی هیجانی و پذیرش هیجان های منفی و افکار منفی بدون پیشداوری و قضاوت (هاریس، ۲۰۰۶) سبب تقویت انعطاف پذیری روان شناختی و فروکش هیجان ها و افکار منفی نظیر نشخوار فکری، نگرانی، گوش به زنگی نسبت به تهدیدات و مجموعاً بر هم زدن چرخه سندرم شناختی توجهی منجر شد.

نتایج نشان داد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش سندرم شناختی توجهی و مؤلفه های نگرانی و تهدید یابی و باورهای فراشناختی برانگیزاننده نگرانی نسبت به اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری بیشتر است. در تبیین این یافته می توان اظهار داشت حجم بالایی از نشخوار فکری و ادراک هیجانان منفی در اثر فعالیت عصبی قوی در آمیگدال، هیپوکامپ و قشر سینگولات و پشتی مغز در بیماران افسرده اثبات شده است (ریول، هاپکینسون، کلارکسمیل و لان، ۲۰۱۸). مکانیسم اثر قوی تر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه های نگرانی و تهدید یابی و باورهای فراشناختی برانگیزاننده نگرانی در خاصیت مسکن فوری بودن نسبت به دردهای هیجانی این بیماران از نشخوار و نگرانی نهفته است (باند و هیس، ۲۰۰۴). در واقع، در مقایسه با فرآیند ۵ مرحله ای ساختارمند درمان فعال سازی رفتاری که هیجانان، شناخت ها و رفتارها را هدف قرار می دهد؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر داشتن حال و حس خوب و بر بعد هیجانی بیماران تأکید بیشتری دارد و با فوننی نظیر آگاهی و پذیرش هیجانان منفی، آوردن تمرکز و هوشیاری به زمان حال و اکنون، به نوعی موجب انحراف ذهن و حس بیماران افسرده از غم، اندوه، حس پوچی، نگرانی و نشخوار در باب تهدیدات موهوم گردید و به مثابه نوعی تسکین دهنده قوی عمل نموده و اثر قوی تری نسبت به درمان فعال سازی رفتاری بر فروکش نگرانی و تهدید یابی و باورهای فراشناختی برانگیزاننده نگرانی داشته باشد.

در مرحله پیگیری دو ماهه، حاکی از پایداری اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری بر کاهش متغیر سندرم شناختی توجهی و مؤلفه های آن یعنی نگرانی و تهدید یابی، راهبردهای مقابله ای اجتنابی و باورهای فراشناختی برانگیزاننده نگرانی و عدم پایداری اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هیچکدام از متغیرهای وابسته پژوهش بود. در تبیین این یافته می توان اظهار داشت که اتصالات قوی تری در نواحی مغزی متعلق به شبکه حالت پیش فرض، مانند قشر سینگولات با استفاده از روش های تصویربرداری رزونانس مغناطیسی عملکردی در بیماران افسرده نسبت به افراد سالم (ولز و همکاران،

۲۰۱۸)، و به عنوان دشواری در تنظیم پردازش عاطفی، شناختی و رفتاری در اثر شدت سندرم توجه شناختی در افسردگی‌های متوسط تا شدید شناخته می‌شود (برمن و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین، کاهش بار هیجانات منفی و قطع زنجیره نشخوار و نگرانی (ولز، ۲۰۰۹) و سپس اصلاح تحریف‌های شناختی، احتمال اثربخشی مداخلات غیردارویی در افسردگی را بیشتر می‌کند (فاجیا و همکاران، ۲۰۱۹). از اینجا می‌توان استدلال نمود که گرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همچون مسکنی با فنون انحراف ذهن بیماران به لحظه حال، اثرات هیجاناتی نظیر غم، اندوه و احساس پوچی را کم‌رنگ نمود لیکن، در تغییر ابعاد رفتاری و اصلاح شناختی و در نتیجه بر کل سندرم شناختی توجهی بیماران، توانست اثر پایداری بر جا بگذارد. در مقابل، درمان فعال سازی رفتاری با روشی نظام مند ضمن تمرکز بر جنبه‌های حالات خلقی افسردگی، به ایجاد شناخت در بیماران نسبت به چرخه معیوب الگوهای فراشناختی و رفتارهای اجتنابی خویش و در نهایت به بازسازی رفتاری و تجویز توانایی مقابله غیراجتنابی نظیر مقابله مساله مدار و مقابله هیجان مدار مثبت، پیگیری و تثبیت عادات جدید رفتاری متمرکز بود و همین امر سبب شد اثر آن تا پس دوماه از گذشت مداخله پایدار بماند.

## References

- A-Tjak, J. G., Morina, N., Boendermaker, W. J., Topper, M., & Emmelkamp, P. M. (2020). Explicit and implicit attachment and the outcomes of acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for depression. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1-11.
- Ansar Hussein S AA, M. N., & Hajlou N. (2018). The effectiveness of behavioral activation therapy on alpha-EEG asymmetry in frontal lobe, cognitive flexibility, and selective attention in patients with depressive disorder. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 13(48), 67-76. (Persian)
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5* (A. F. Farzin Rezaei, Atousa Farmand, Ali Niloufari, Janet Hashemi Azar and Farhad Shamloo, Trans.). Tehran: Arjmand. (Persian)
- Azizi, A., & Ghasemi, S. (2017). Comparison the Effectiveness of Solution-Focused Therapy, Cognitive-Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Quality of Life in Divorced Women *Culture of counseling and psychotherapy*, 8(29), 207-236. (Persian)
- Babakhanzadeh, S., Ehteshamzadeh, P., Eftekharsaadi, Z., Bakhtiyarpor, S., & Alipor, A. (2019). The effectiveness of Metacognitive Therapy with emphasis for Brain Executive Functions on Cognitive-Attentional syndrome and Sense of Coherence in Anxious persons. *Culture of counseling and psychotherapy*, 10(38), 195-220. (Persian)
- Bedayat, E., & Askary, M. (2020). The Effectiveness of Behavioral Activation Group Therapy on Emotional Regulation and Suicidal Ideation Strategies in Female Students With Major Depressive Disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 9(1), 47-56. (Persian)
- Berman, M. G., Mistic, B., Buschkuhl, M., Kross, E., Deldin, P. J., Peltier, S., & McIntosh, A. R. (2014). Does resting-state connectivity reflect depressive rumination? A tale of two analyses. *Neuroimage*, 103, 267-279.
- Bond, F. W., & Hays, D. W. (2005). *Handbook of brief cognitive behaviour therapy*: John Wiley & Sons.
- Burkhouse, K. L., Jacobs, R. H., Peters, A. T., Ajilore, O., Watkins, E. R., & Langenecker, S. A. (2017). Neural correlates of rumination in adolescents with remitted major depressive disorder and healthy controls. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 17(2), 394-405.
- Counter AB, R. G. (2005). *Behavioral activator* (A. M. a. N. Fereydoni, Trans.). Tehran: Arjmand
- Dargahian, R., Mohammadkhani, S., & Hasani, J. (2014). The Efficacy of Metacognitive Therapy on Depression Symptoms Reduction, Cognitive Attentional Syndrome Components and Maladaptive Coping Styles in Patients with Major Depression. *Khatam Healing Neuroscience*, 2(3), 23-45. (Persian)

- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., & Gollan, J. K. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(4), 658.
- Faija, C. L., Reeves, D., Heal, C., Capobianco, L., Anderson, R., & Wells, A. (2019). Measuring the cognitive attentional syndrome in cardiac patients with anxiety and depression symptoms: Psychometric properties of the CAS-1R. *Frontiers in psychology*, 10, 2109.
- Giorgio, J. M., Sanflippo, J., Kleiman, E., Reilly, D., Bender, R. E., Wagner, C. A., . . . Alloy, L. B. (2010). An experiential avoidance conceptualization of depressive rumination: Three tests of the model. *Behaviour research and therapy*, 48(10), 1021-1031.
- Groeneveld, I., van der Pas, S., Meesters, J., Schuurman, J., van Meijeren-Pont, W., Jagersma, E., . . . group, S.-s. (2019). Illness perceptions of stroke survivors: Predictors and changes over time—A 1 year follow-up study. *Journal of psychosomatic research*, 116, 54-61.
- Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4), 70.
- Kazemeyni M, B. M., & Nouri M. (2018). Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on postpartum depression and psychological flexibility. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 6(4), 20-31. (Persian)
- Kowalski, J., & Dragan, M. (2019). Cognitive-attentional syndrome—The psychometric properties of the CAS-1 and multi-measure CAS-based clinical diagnosis. *Comprehensive psychiatry*, 91, 13-21.
- Melli, G., Bailey, R., Carraresi, C., & Poli, A. (2018). Metacognitive beliefs as a predictor of health anxiety in a self-reporting Italian clinical sample. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(2), 263-271.
- Ostergaard, T., Lundgren, T., Rosendahl, I., Zettle, R., Jonassen, R., Harmer, C., . . . Haaland, V. Ø. (2019). Acceptance and Commitment Therapy Preceded by Attention Bias Modification on Residual Symptoms in Depression: A 12-Month Follow-Up. *Frontiers in psychology*, 10, 1995.
- Parhooneh MA, H. M., & Moshirpanahi Sh. (2014). The effectiveness of short-term behavioral activation therapy on reducing depressive symptoms and increasing the quality of life of major depressed patients. *Clinical Psychology Studies*, 4(14), 41-62. (Persian)
- Raines, A. M., Thomas, E. A., Tock, J. L., Hallinan, T. M., Hartley, S., MacKenna, H., & Franklin, C. L. (2020). Examining the Effectiveness of a Group-Based Behavioral Activation Treatment for Depression among Veterans. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 1-8.
- Reavell, J., Hopkinson, M., Clarksmith, D., & Lane, D. A. (2018). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression and anxiety in patients with cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 80(8), 742-753.
- Saatchi M, Askarian M, & Pashai L. (2019). *Psychological tests 2*. Teehran: Viraiesh. (Persian)
- Szuhany, K. L., & Otto, M. W. (2020). Efficacy evaluation of exercise as an augmentation strategy to brief behavioral activation treatment for depression: a randomized pilot trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(3), 228-241.
- Wang, X. (2020). A comprehensive review of behavioral activation treatment for depression.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression* The Guilford Press. NewYork, NY.
- Wells, A., McNicol, K., Reeves, D., Salmon, P., Davies, L., Heagerty, A., & Faija, C. (2018). Improving the effectiveness of psychological interventions for depression and anxiety in the cardiac rehabilitation pathway using group-based metacognitive therapy (PATHWAY Group MCT): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 19(1), 215.
- Wisco, B. E. (2009). Depressive cognition: Self-reference and depth of processing. *Clinical psychology review*, 29(4), 382-392.
- Zettle, R. (2007). *ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression*: New Harbinger Publications.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (2002). Brief ACT treatment of depression. *Handbook of brief cognitive behaviour therapy*, 35-54.



## مقایسه اثربخشی تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی بر نشانه‌های سوگ و امید به زندگی زنان با تجربه فقدان

اصغر آقایی<sup>۱</sup> و پریسا طاهری پور<sup>۲</sup>

غم ناشی از فقدان یک فرد عزیز از بزرگ‌ترین بحران‌هایی است که انسان باید با آن روبرو شود. امید به زندگی می‌تواند به عنوان یک عامل شفا دهنده، چندبعدی، پویا و قدرتمند توصیف شود که نقش مهمی در سازش یافتگی با فقدان دارد. از این رو هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی بر نشانه‌های سوگ و امید به زندگی در زنان با تجربه فقدان بود. بدین منظور طی یک طرح نیمه آزمایشی سه گروهی سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره پیگیری) ۴۲ نفر از زنان با سابقه فقدان به صورت نمونه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. آزمودنیها در سه مقطع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از نظر سوگ و امید به زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی به مدت ۸ جلسه تحت درمان قرار گرفتند. گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که اثربخشی تکنیک غم اصیل بر نشانه‌های سوگ بیشتر از درمان ذهن آگاهی بود اما بین دو گروه «تکنیک غم اصیل» و «درمان ذهن آگاهی» بر امید به زندگی تفاوت معناداری وجود نداشت. این پژوهش تأیید می‌کند که تکنیک غم اصیل می‌تواند مداخله‌ای قوی‌تر در مدیریت سوگ باشد، درحالی‌که برای افزایش امید به زندگی، هر دو روش می‌تواند به کار گرفته شوند. این نتایج برای درمانگران و مشاوران سوگ اهمیت دارند، زیرا نشان می‌دهند که انتخاب نوع مداخله باید بر اساس هدف درمانی (کاهش سوگ یا افزایش امید) صورت گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** تکنیک غم اصیل، درمان ذهن آگاهی، نشانگان سوگ، امید به زندگی

### مقدمه

فقدان یک موقعیت بالقوه یا واقعی است که در آن چیزی ارزشمند از شخص تغییر کرده یا از دستش می‌رود. مردم ممکن است از دست دادن عزیزان، احساس رفاه و بهزیستی، شغل، دارایی‌های شخص، تصویر از بدن یا اعتقادات خود را تجربه کنند. اغلب بیماری و بستری شدن با وقوع فقدان همراه است.

۱ دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران aghaeipsy@gmail.com

۲ دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران (نویسنده مسوول)

taheripoor.parisa@yahoo.com

نهایتاً هر فردی در طول زندگی خود فقدان را تجربه خواهد کرد. فقدان، می تواند یک حادثه استرس زای شدید باشد و منجر به علایم اندوه حاد و دردناک مانند پرداختن مداوم به منبع فقدان، درد شدید عاطفی، مشکل در پذیرش فقدان یا بی حسی عاطفی، گردد (استیل، گاترمن، هریسون، استارک و شوارتزکف، ۲۰۱۸).

آشکار است که مرگ، دائمی و شدیدترین شکل از دست دادن است. گرچه مرگ غیرقابل اجتناب است، اما می تواند مردم را تحریک کند که به خودشناسی بهتر رسیده یا دیگران را بهتر بشناسند. سوگ، رنج عاطفی شدیدی است که در پی فقدان، فاجعه یا اتفاقی ناگوار تجربه می شود. سوگ، سوگواری و داغ دیدگی، اصطلاحاتی هستند که به واکنش های روانی بازماندگان یک فقدان بزرگ اطلاق می شوند. اندوه هر شخص، مختص خود اوست و همه به یک شکل سوگواری نمی کنند (موکگل، ۲۰۱۸). سوگ به طور گسترده ای علایمی را گزارش می کند که افسردگی توسط بسیاری از همان ویژگی ها مشخص می شود (لوماس، ۲۰۱۸). بر اساس شواهد بالینی، بسیاری از افراد داغ دیده، در معرض خطر نشانگان افسردگی، اختلالات اضطرابی، بیماری های جسمی، بدکارکردی سیستم ایمنی و افزایش احتمال مرگ و میر قرار دارند (تومیتا و کیتامورا، ۲۰۰۲). اگرچه روند غم و اندوه هر شخص متفاوت است، اما الگوهای خاصی وجود دارد که برای بسیاری از غم ها استفاده می شود. به طور مثال واکنش های غم و اندوه که به صورت گریه، ترس و عصبانیت ابراز می شود، چنان رایج است که جهانی تلقی می شود (گیجن، هویر، بونکامپ، ۲۰۱۶). اهمیت ملاحظات فرهنگی هنگام ارزیابی افراد با اندوه پیچیده، بسیار اهمیت دارد (شاو و میکس، ۲۰۱۲). برای کسانی که سال ها متأهل بوده اند، یادآوری زندگی قبل از همسر دشوار است و حتی ایجاد زندگی جدید پس از، از دست دادن او دشوارتر است (شیر، گنسکور، کاتزکه، ۲۰۱۳).

در زمینه درمان سوگ رویکردهای متعددی وجود دارد. یکی از راه های درمان مشکلات غم و اندوه ناشی از فقدان، تکنیک غم اصیل است. این تکنیک متشکل از ۱۵ گام است که برای بیماران داغ دیده، سوگوار، افسرده و افراد دچار فقدان تدوین و طراحی گردیده است. برای درمان مشکل بی معنایی ناشی از فقدان معنای بیمار، همچنین برای درمان بی معنایی ناشی از حیرت زدگی شدید معنایی از تکنیک غم اصیل می توان استفاده کرد. منظور از توانایی درک غم اصیل یعنی: توانایی درک جنبه های هیجانی مثبت یک رویداد غم انگیز در کنار هیجان های منفی آن و توانایی رسیدن سریع تر به مرحله پذیرش نسبت به اکثر مردم در رویدادی مشابه است (آقای، ۲۰۱۹). منظور از اصطلاح غم اصیل، غمی است که لازمه رشد و تکامل انسان است. آگاهانه پذیرفته می شود و شخص

غمگین با پذیرش آن، به شکلی عاقلانه و منطقی با غم مواجه شده و با صبر و وقار و بزرگ منشی مراحل سوگواری و درد و رنج ناشی از آن را پشت سر می گذارد. برای غم احترام خاص قائل است و وجودش را گرامی و مقدس می دارد. مصیبت غم بار و حزن آور را فرصت و نعمتی می داند که او را محک می زند و عبور سالم از آن، دنیا و زندگی تازه، زلال و شسته تری را فرارویش قرار می دهد غم اصیل، غمی است که همانند یک ماده شوینده در مسیر خود خورده غم ها و اندوه ها و کدورت های از قبل انباشته شده را شسته و با خود از ذهن و وجود شخص مبتلا به غم، پاک می کند. پس از عبور تند غم اصیل از دنیای ذهن صاحب غم، دیگر هیچ کینه و عداوتی باقی نمی ماند، دیگر نفرت و بیزاری وجود ندارد. مهربانی و عطوفت از ویژگی های آنی و بلافاصله درک غم اصیل است (آقایی، ۲۰۱۹).

در زمینه سلامت روان، آموزش ذهن آگاهی افراد را ترغیب به آگاهی از ماهیت زودگذر پدیده های هیجانی شناختی می کند. از این طریق با افکار و احساسات خود، رابطه ی دلسوزانه و پذیراتری برقرار می کنند؛ مثل یادگیری تعلیق عادات و رفتارهای ناسازگار (کلانیتسکی، اسمیت، آندریوس و نیوبای، ۲۰۱۸). ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه های شرقی و فلسفه ی بودائی است (کیندل و رافوت، ۲۰۱۹؛ ویلگنس، کریاک، دلوکا، دسانتو و فورنزا، ۲۰۱۶). آموزش ذهن آگاهانه بر «نفس» تمرکز می کند و فرد را آموزش می دهد تا در لحظه ی حاضر کاملاً توجه کند. آزاد کردن فرد از نگرانی در مورد آینده یا شایعات مربوط به گذشته (کیندل و رافوت، ۲۰۱۹).

فقدان بخشی اجتناب ناپذیر از هستی همه موجودات است و سوگ تجربه ای جهان شمول و واکنش بهنجار به فقدان به حساب می آید (رفیعی، اسکندری، برجعلی، فرخی، ۲۰۱۹؛ مک کارتی، ۲۰۰۲). هر دو این پدیده ها به واسطه بخش ذهنی غالبشان دارای ماهیتی مبهم هستند که به این واسطه تعاریف متعدد و بعضاً متضادی را ایجاد می کنند. سوگ یک واکنش متداول و جهانی در برابر فقدان است و به عنوان یک واکنش روانی و جسمی تعریف می شود که ممکن است شامل علایم احساسی، شناختی، رفتاری و جسمانی باشد (نیلسن، کارلسن، نیرگارد، بیدستروپ و گالدین، ۲۰۱۹؛ شیر، ۲۰۱۵).

یکی از متغیرهایی که در حوادث تنش زای زندگی نقش اساسی ایفا می کند، امید به زندگی به عنوان یک نیروی درونی است که می تواند باعث غنای زندگی شود و افراد را قادر سازد که چشم اندازی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامان درد و رنج خود را ببیند (صفریان طوسی، ثوابی و خوئی نژاد، ۲۰۱۸). افرادی که دچار رخداد های استرس زا شده اند با درجات متفاوتی از امید در انتظار همه چیز حتی معجزه بوده و از آنجاکه افراد به دنبال پیش گویی خودکام بخش هستند، مایل اند در جهت پیش بینی های خود رفتار کنند (اشنایدر، ریشل، راوید و برگ، ۲۰۰۶). کاربست نظریه امید اشنایدر در

روان درمانگری، منجر به شکل گیری و طراحی برنامه های مداخلاتی برای افزایش نظام مند امید در مراجعان شده است (صفریان طوسی و همکاران، ۲۰۱۸). امید به زندگی می تواند به عنوان یک عامل شفاف دهنده، چندبعدی، پویا و قدرتمند توصیف شود و نقش مهمی در سازش یافتگی با فقدان دارد (علی پور، دهکردی، امینی و هاشمی، ۲۰۱۶).

## روش

در پژوهش حاضر از روش نیمه آزمایشی و طرح دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل با پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری یک ماهه استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان محدوده سنی ۲۵ تا ۴۵ سال با تجربه فقدان در تابستان ۱۳۹۹ ساکن شهر اصفهان بود. تعداد نمونه پژوهش شامل ۴۲ آزمودنی بود. برای جمع آوری نمونه های مربوط ابتدا به مراکز عمومی و کتابخانه ها مراجعه شد و پرسشنامه های تحقیق در اختیار زنانی که سابقه سوگ ۶ ماه داشتند، قرار داده شد. پس از بررسی داده های استخراج شده از پرسشنامه ها، نمونه های دارای تجربه سوگ ناشی از فقدان انتخاب و به صورت نمونه برداری تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (گروه تکنیک غم اصیل و گروه ذهن آگاهی) و یک گروه کنترل، هر گروه ۱۴ نفر، جایگزین شدند. ملاک هایی که محقق جهت ورود افراد به پژوهش در نظر گرفته بود، عبارت بودند از: فاصله سنی ۲۵-۴۵ سال، حداقل گذشت ۶ ماه از تجربه سوگ و تکمیل فرم رضایت نامه درمان. در مرحله بعد، جهت تعیین اعضای گروه های آزمایش و کنترل، در یک جلسه با حضور تمامی زنان واجد شرایط، پرسشنامه های پژوهش توسط آن ها تکمیل گردید. پس از بررسی پرسشنامه ها، ۴۲ زن که در پرسشنامه سیاهه سوگ هوگان نمراتی بالا کسب کرده بودند، به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و با تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش (تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی) و کنترل گمارش شدند. در این مطالعه مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی (۲۰۱۳) رعایت گردید که از جمله آن ها می توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل، اشاره کرد. در این پژوهش از سیاهه آثار سوگ هوگان<sup>۱</sup> و پرسشنامه امید به زندگی شنایدر<sup>۲</sup> استفاده شد. سیاهه آثار سوگ هوگان یکی از ابزارهای معتبر در حیطه سنجش سوگ است که توسط هوگان در سال

1 Hogan

2 Life Expectancy Scale of Snyder



۱۹۸۸ ساخته شده است و از این امتیاز برخوردار می باشد که بر اساس مطالعات تجربی بر روی داغ دیدگان تدوین گردیده و بنابراین نسبت به ابزارهایی که صرفاً اساس نظری دارند، برتری قابل ملاحظه ای دارد (هوگان، ۱۹۹۸). هوگان، گرینفیلد و اسکمیت (۲۰۰۱) براین عقیده هستند که زیر مقیاس های این سیاهه علاوه بر ارایه اطلاعات معتبر و قابل اعتماد درباره الگوهای داغ دیدگی بهنجار، نسبت به تغییرات فرایند داغ دیدگی، به عنوان تابعی از زمان نیز حساس هستند. این پرسشنامه را برخی پژوهشگران به دلیل سهولت استفاده برای مراجعان و فراهم کردن ارزشیابی چندبعدی از فرایند مقابله با داغ دیدگی، پیشنهاد کرده اند (گریوس، ۲۰۰۹). پیشنهاد ساخت سیاهه آثار سوگ هوگان نشان می دهد که ماده های آن بیشتر بر اساس اطلاعات گردآوری شده از مصاحبه با والدین داغ دیده تنظیم شده و پس از چندین مرحله اجرا در گروه های مختلف و تحلیل عوامل، فرم نهایی ۶۱ ماده ای با شش زیر مقیاس ناامیدی، رفتارهای وحشت زدگی، سرزنش و خشم، درهم ریختگی، کناره گیری و رشد شخصی آماده گردیده است (هوگان، وردن، اسکمیت، ۲۰۰۴). پرسشنامه بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (به هیچ وجه من را توصیف نمی کند تا خیلی خوب من را توصیف می کند) می باشد. یکی از امتیازات این سیاهه، توجه به هر دو جنبه آسیب شناختی و تغییرات روان شناختی مثبت است. اعتبار سیاهه آثار هوگان در چندین مطالعه تأیید شده است. هوگان و همکاران (۲۰۰۱)، همسانی درونی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۰/۷۹ تا ۰/۹۰ و با استفاده از روش باز آزمایی در دامنه ای از ۰/۵۹ تا ۰/۸۴ گزارش کرده اند. پژوهش های دیگری نیز روایی و پایایی این ابزار را تأیید کرده اند. کاینون، پایوی، پانون و ایرجانی (۲۰۰۰) در دو پژوهش در فنلاند، ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس های آن را بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۲ و لاکسو، پاینون و ایمونن (۲۰۰۳) بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۴ به دست آورده اند. در پژوهش حاضر همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹۲ بدست آمد.

پرسشنامه امید به زندگی شنایدر (۲۰۰۲) برای سنجش امیدواری ساخته شد و دارای ۱۲ سوال است که به صورت خود سنجی اجرا می شود. چهار سوال برای سنجش تفکر عاملی، چهار سوال برای سنجش تفکر راهبردی و چهار سوال هم انحرافی است. بنابراین، پرسشنامه دو مقیاس عامل و راهبرد را در برمی گیرد. شیوه نمره گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه ای است. این پرسشنامه برای افراد ۱۵ سال به بالا طراحی شده است تحقیقات زیادی از پایایی و روایی مطلوب این ابزار حکایت دارد. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون-باز آزمون ۰/۸۰ و در دوره های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان بالاتر است (شنایدر و لوپز، ۲۰۰۷). همسانی درونی زیرمقیاس عاملی

۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و زیرمقیاس راهبردی ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ است (اشنایدر و لوپز، ۲۰۰۲). در پژوهش حاضر همسانی درونی کل آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰۸ می باشد.

### شیوه اجرا

پس از جایگزینی آزمودنی ها در گروه های آزمایش و کنترل و اخذ پیش آزمون، برای شرکت کنندگان گروه های آزمایش، مداخله تکنیک غم اصیل در ۸ جلسه یک و نیم ساعته و درمان ذهن آگاهی در ۸ جلسه یک و نیم ساعته به شیوه گروهی و به شکل هفتگی ارائه شد؛ اما آزمودنی های گروه کنترل مداخله ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات درمان، مجدداً اعضای هر دو گروه به پرسشنامه های پژوهش پاسخ دادند. پروتکل جلسات مداخله نیز در مورد تکنیک غم اصیل بر اساس کتاب نظریه سالم (آقای، ۲۰۱۸) و معنا و حیرت (آقای، ۲۰۱۹) و در مورد درمان ذهن آگاهی بر اساس پروتکل ذهن آگاهی (کابات زین، ۲۰۰۵) طراحی گردید. خلاصه ای از شیوه اجرای هر دو درمان در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است.

### جدول ۱. خلاصه جلسات پروتکل تکنیک غم اصیل

| جلسه  | سرفصل                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | معارفه و آشنایی افراد با یکدیگر، ارائه مفاهیم کلی (گام ها)، تعریفی از غم و اندوه، بحث در مورد اینکه غم و اندوه چه تأثیری بر روی زندگی دارد، توضیح مراحل سوگ، ارائه مفهوم غم اصیل، معرفی افراد با ویژگی درک غم اصیل، ارائه تکالیف خانگی |
| دوم   | بررسی تکالیف جلسه قبل، غم فقط یک هیجان منفی نیست، ارائه توضیحاتی در مورد جنبه های مثبت غم، تاب آوری و ویژگی های آن، بازخورد گرفتن از شرکت کنندگان درباره مباحث جلسه، ارائه تکالیف خانگی                                                |
| سوم   | بررسی تکالیف جلسه قبل، تنها قربانی غم نبودن، نگاه کردن به غم و اندوه دیگران، غم و اندوه های بزرگ تر و شدیدتر، ارائه تکالیف خانگی                                                                                                       |
| چهارم | بررسی تکالیف جلسه قبل، سوءاستفاده نکردن از غم، فراموش نکردن همه خاطرات مرتبط با غم، تبدیل کردن غم به قطعات کوچک تر و قابل تحمل تر، ارائه تکالیف خانگی                                                                                  |
| پنجم  | بررسی تکالیف جلسه قبل، جلوگیری از رسوب غم، بخشش و گذشت در دوران غم و اندوه، ارائه تمرین هایی برای گذشت و بخشش، ارائه تکالیف خانگی                                                                                                      |
| ششم   | بررسی تکالیف جلسه قبل، بازگشت به روند عادی زندگی، مسافرت در دوران غم و اندوه، ارائه تکالیف خانگی                                                                                                                                       |
| هفتم  | بررسی تکالیف جلسه قبل، برنامه سوگواری، اختصاص دادن مدت زمان خاص و محدود برای سوگواری                                                                                                                                                   |
| هشتم  | بررسی تکالیف جلسه قبل، مراسم خداحافظی (با غم، افسردگی و...)                                                                                                                                                                            |

## جدول ۲. خلاصه جلسات پروتکل ذهن آگاهی

| جلسه  | سرفصل                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | معرفی شرکت کنندگان، ارائه توضیحاتی در مورد سوگ، فقدان و امید به زندگی و تأثیر آن بر امور خانواده، تمرین خوردن کشمش، بحث درباره اینکه بسیاری از مردم به شیوه ذهن آگاهانه ای زندگی می کنند اغلب به آنچه انجام می دهند توجهی نمی کنند، تمرین مراقبه متمرکز بر تمرکز، تمرین واری بدن. |
| دوم   | تمرین واری بدن، دعوت از شرکت کنندگان در ارتباط با صحبت درباره تجربه هایشان از تمرینات ذهن آگاهی، بررسی موانع، بحث در ارتباط با برخی ویژگی های ذهن آگاهی همچون غیر قضاوتی بودن و یا رها کردن، تمرین افکار و احساسات، تمرین مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس.                          |
| سوم   | تمرین کوتاه دیدن و یا شنیدن، مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس و حس های بدنی، فضای تنفس سه دقیقه ای، تمرین حرکات آگاهانه بدن                                                                                                                                                          |
| چهارم | مراقبه نشسته با توجه به تنفس، بدن، صداها و افکار (به اصطلاح مراقبه نشسته با چهار مؤلفه اصلی)، بحث درباره استرس و واکنش های معمول افراد به موقعیت های دشوار و نگرش ها و واکنش های جایگزین، راه رفتن آگاهانه                                                                        |
| پنجم  | تمرین مراقبه نشسته با توجه به تنفس، بدن، صداها و افکار، بحث درباره اذعان و پذیرش واقعیت موقعیت حاضر همان طور که هست، تمرین سری دوم حرکات آگاهانه بدن                                                                                                                              |
| ششم   | فضای تنفس سه دقیقه ای، بحث درباره افکار که محتوای اغلب واقعی نیست                                                                                                                                                                                                                 |
| هفتم  | تمرین مراقبه نشسته و آگاهی باز (به هر چیزی که لحظه به لحظه وارد هشیاری می شود)، بحث درباره بهترین راه برای مراقبت از خود چیست، تمرین بررسی فعالیت های روزانه خوشایند در برابر ناخوشایند و یادگیری برنامه ریزی برای فعالیت های خوشایند، تمرین مراقبه عشق و مهربانی                 |
| هشتم  | تمرین واری بدن، بحث از آنچه تاکنون آموخته اید، ارزیابی آموزش، ارائه منابع بیشتر                                                                                                                                                                                                   |

در این پژوهش، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. داده ها بعد از بررسی مفروضه های مرتبط با بیست و چهارمین ویرایش نرم افزار SPSS تحلیل شد.

## یافته ها

تجزیه و تحلیل داده ها در قسمت توصیفی نشان داد، میانگین سن در گروه تکنیک غم اصیل  $34 \pm 6/23$  سال، در درمان ذهن آگاهی  $33 \pm 5/08$  سال و گروه کنترل  $32/57 \pm 2/87$  سال است. یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

**جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش**

| متغیر         | گروه            | پیش‌آزمون |       | پس‌آزمون |       | پیگیری |       |
|---------------|-----------------|-----------|-------|----------|-------|--------|-------|
|               |                 | sd        | M     | sd       | M     | sd     | M     |
| سوگ           | تکنیک غم اصیل   | ۲۰۶/۶۴    | ۲۱/۹۵ | ۱۲۶/۳۵   | ۱۹/۳۸ | ۱۲۰    | ۱۶/۲۲ |
|               | درمان ذهن آگاهی | ۱۹۱/۳۵    | ۱۲/۱۷ | ۱۳۶/۰۷   | ۲۸/۸۸ | ۱۳۸    | ۲۵/۶۵ |
|               | کنترل           | ۲۰۳/۷۱    | ۱۸/۴۳ | ۲۰۳      | ۱۷/۰۷ | ۲۰۳/۷۲ | ۱۷/۷۸ |
| امید به زندگی | تکنیک غم اصیل   | ۱۳/۹۲     | ۶/۵۸  | ۲۵/۵۷    | ۴/۰۹  | ۲۴/۷۱  | ۴/۱۵  |
|               | درمان ذهن آگاهی | ۱۳/۷۱     | ۲/۷۵  | ۲۷/۰۷    | ۳/۳۶  | ۲۶/۲۸  | ۴/۲۱  |
|               | کنترل           | ۱۰/۸۵     | ۴/۱۵  | ۱۱/۲۱    | ۳/۷۴  | ۱۱/۳۵  | ۳/۶۹  |

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات امید به زندگی در گروه‌های مداخله (تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی) نسبت به گروه کنترل افزایش بیشتری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون دارد؛ درحالی‌که میانگین نمرات سوگ در این مراحل کاهش نشان داده است. استفاده از آزمون‌های پارامتریک مانند اندازه‌های تکراری مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه شامل نرمال بودن نمرات، برابری واریانس‌ها و برابری ماتریس کوواریانس است که در صورت نامساوی و کمتر از ۴۰ نفر بودن حجم گروه‌ها با رعایت پیش‌فرض‌ها و تأیید آن‌ها می‌توان از این آزمون‌ها استفاده کرد. پیش از انجام تحلیل‌ها و پیش‌فرض‌های مربوطه موردبررسی قرار می‌گیرد. هدف از بررسی پیش‌فرض نرمال بودن آن است که نرمال بودن توزیع نمرات همسان با جامعه را موردبررسی قرار دهد. این پیش‌فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده‌شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. بدین منظور از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج حاصل از اجرای این پیش‌فرض در مورد نمرات متغیرهای پژوهش نشان داد، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر سه گروه باقی است.

جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در متغیر سوگ در مرحله پیش‌آزمون ( $F=2/59, sig=0/087$ )، پس‌آزمون ( $F=2/18, sig=0/126$ ) و پیگیری ( $F=1/98, sig=0/152$ ) و در امید به زندگی در پیش‌آزمون ( $F=3/08, sig=0/057$ )، پس‌آزمون ( $F=0/284, sig=0/754$ ) و پیگیری ( $F=0/278, sig=0/759$ )، به‌دست آمده است که نتایج نشان می‌دهد پیش‌فرض برابری واریانس‌ها در هر دو متغیر و در هر سه مرحله تأییدشده است. نتایج آزمون ماچلی

نیز جهت بررسی یکنواختی کوواریانس ها در گروه ها برای متغیر سوگ زندگی (Mauchly's  $W=0/24$ ،  $chi^2=54/29$ ،  $sig=0/001$ ) و امید به زندگی (Mauchly's  $W=0/412$ ،  $chi^2=33/66$ ،  $sig=0/001$ ) به دست آمد که بیانگر عدم تأیید آن در متغیرهای پژوهش است. از این رو در تحلیل های درون آزمودنی در تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر از آزمون محافظه کارانه ای چون گرین هاوس - گیزر استفاده می شود.

نتایج آزمون چند متغیره با استفاده از آزمون لامبدای ویلکز و اثربیلایی نمرات سوگ در اثر زمان (sig=0/769، F=0/087)، تعامل زمان و پیش آزمون (sig=0/691، F=0/161) و تعامل زمان و گروه (sig=0/008، F=5/53) به دست آمد. همچنین در امید به زندگی در اثر زمان (sig=0/508، F=0/446)، تعامل زمان و پیش آزمون (sig=0/214، F=1/59) و تعامل زمان و گروه (sig=0/623، F=0/48) به دست آمد که نشان داد، در متغیرهای پژوهش تأثیر اصلی زمان به طور کلی و تعامل زمان و پیش آزمون معنی دار نشده است اما تعامل زمان و گروه ها یعنی روند مراحل پژوهش یعنی پس آزمون و پیگیری و یا اثر زمان در گروه ها در متغیرهای سوگ، معنی دار شده است. نتایج مقایسه بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش

| متغیر               | اثر                  | منبع | SS         | df | MS        | F      | df    | اندازه | توان  |
|---------------------|----------------------|------|------------|----|-----------|--------|-------|--------|-------|
|                     |                      |      |            |    |           |        |       | اثر    | آماري |
| آینده سوگ           | پیش آزمون            |      | 6607/164   | 1  | 6607/164  | 8/92   | 0/05  | 0/19   | 0/829 |
|                     | گروه                 |      | 100160/306 | 2  | 50080/153 | 67/603 | 0/001 | 0/781  | 1/000 |
|                     | خطا                  |      | 28150/336  | 38 | 740/798   |        |       |        |       |
| آینده امید به زندگی | اثر زمان             |      | 1/93       | 1  | 1/93      | 0/087  | 0/769 | 0/002  | 0/06  |
|                     | اثر زمان × پیش آزمون |      | 3/56       | 1  | 3/56      | 0/161  | 0/691 | 0/004  | 0/068 |
|                     | اثر زمان × گروه      |      | 245/199    | 2  | 122/599   | 5/53   | 0/008 | 0/226  | 0/824 |
| پیش آزمون           | پیش آزمون            |      | 185/947    | 1  | 185/947   | 7/79   | 0/008 | 0/17   | 0/776 |
|                     | گروه                 |      | 3229/88    | 2  | 1614/94   | 67/67  | 0/001 | 0/79   | 1/000 |
|                     | خطا                  |      | 906/803    | 38 | 23/86     |        |       |        |       |
| درون آزمودنی        | اثر زمان             |      | 0/979      | 1  | 0/979     | 0/446  | 0/508 | 0/012  | 0/1   |
|                     | اثر زمان × پیش آزمون |      | 3/49       | 1  | 3/49      | 1/59   | 0/214 | 0/04   | 0/234 |
|                     | اثر زمان × گروه      |      | 2/11       | 2  | 1/053     | 0/48   | 0/623 | 0/025  | 0/123 |

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده در جدول ۴، در تحلیل بین آزمودنی، میانگین نمرات سوگ و امید به زندگی در دو گروه آزمایش (تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی) و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ( $p < 0/001$ ). نتایج نشان داده است که ۷۸/۱ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیر سوگ و ۷۹ درصد در متغیر امید به زندگی به تفاوت بین سه گروه مربوط است. بر اساس نتایج در تحلیل‌های درون آزمودنی، بین میانگین نمرات هر دو متغیر سوگ و امید به زندگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌طور کلی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $p > 0/05$ )، هم‌چنین تعامل اثر زمان و پیش‌آزمون نیز در هر چهار متغیر غیر معنی‌دار است ( $p > 0/05$ ). نتایج اما نشان داده است که تعامل اثر زمان و عضویت گروهی در متغیر سوگ معنی‌دار است ( $p < 0/05$ ). به عبارت دیگر تفاوت نمرات این متغیر در مراحل پژوهش در سه گروه، معنی‌دار است. میزان این تفاوت‌ها در متغیر سوگ ۰/۲۲۶ است؛ یعنی ۲۲/۶ درصد از واریانس یا تفاوت‌های فردی در متغیر سوگ به تفاوت‌های بین دو مرحله آزمون و عضویت گروهی مربوط است.

نتایج برآورد پارامترها جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پژوهش در متغیرهای پژوهش نشان داد، در هر دو متغیر سوگ و امید به زندگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه کنترل با گروه تکنیک غم اصیل ( $p < 0/001$ ) و درمان ذهن آگاهی ( $p < 0/001$ ) تفاوت معنی‌داری وجود دارد که نشان می‌دهد میزان تأثیر تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی بر بهبود علائم سوگ در پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۷۲/۶ و ۵۹/۵ درصد و در پیگیری ۷۹/۶ و ۶۳/۹ درصد حاصل شده است. تکنیک غم اصیل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب به میزان ۷۲/۸ و ۶۴/۴ درصد و درمان ذهن آگاهی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب برابر با ۷۷/۲ و ۷۰ درصد در بهبود امید به زندگی در زنان با سابقه فقدان تأثیر داشته است.

در مقایسه دو روش درمانی نتایج حاکی از آن است که تنها در متغیر سوگ در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی تفاوت معنی‌داری نشان داده شده است و در متغیر امید به زندگی تفاوت دو روش درمانی معنی‌دار نبوده است.

دیگر نتایج در جدول ۵ نشان می‌دهد که، میانگین نمرات در هر دو متغیر علائم سوگ و امید به زندگی در هر یک از گروه‌های آزمایش (تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی) و گروه کنترل در دو مرحله پژوهش در فاصله اطمینان ۹۵ درصد قرار داشته و صفر در این کران بالا و پایین نیست. هم‌چنین فواصل اطمینان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در همه گروه‌ها باهم همپوشی دارد که نشان می‌دهد بین میانگین نمرات در هر دو متغیر در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در هر گروه تفاوت وجود

ندارد به عبارت دیگر اثربخشی هر یک از درمان‌ها در مرحله پیگیری باقی‌مانده است و تغییر معنی‌داری نسبت به پس‌آزمون ندارد.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی تکنیک غم‌اصیل و درمان ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های سوگ و امید به زندگی زنان باتجربه فقدان در شهر اصفهان اجرا شد. یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه تأثیر ذهن‌آگاهی بر سوگ با یافته‌های اصلانی، حاجی حیدری، رجبی و امان‌الهی (۲۰۱۹) و پژوهش رحمانی فرد، کلانترکوشه و فرامرزی (۲۰۱۷)، همسو بود. همچنین نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر در زمینه تأثیر ذهن‌آگاهی بر امید به زندگی با پژوهش‌های احمدآبادی، گودرزی و سعیدمنش (۲۰۱۷) و خالقی پور و زرگر، کیانی و اسدی (۲۰۱۴) همسو می‌باشد.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر معنی‌داری اثر هر یک از روش‌های تکنیک غم‌اصیل و درمان ذهن‌آگاهی در بهبود علائم سوگ در مرحله پس‌آزمون و باقی‌ماندن تأثیر هر دو درمان در مرحله پیگیری اثبات شده است. ضمناً نتایج نشان داد بین اثربخشی تکنیک غم‌اصیل و درمان ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های سوگ در زنان با سابقه فقدان تفاوت معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر تکنیک غم‌اصیل بر بهبود نشانه‌های سوگ در مقایسه با درمان ذهن‌آگاهی مؤثرتر می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت توانایی درک غم‌اصیل یعنی توانایی درک جنبه‌های هیجانی مثبت یک رویداد غم‌انگیز در کنار هیجان‌های منفی آن و توانایی رسیدن سریع‌تر به مرحله پذیرش نسبت به اکثر مردم در رویدادی مشابه است. آگاهانه پذیرفته می‌شود و شخص غمگین با پذیرش آن به شکلی عاقلانه و منطقی با آن مواجه شده و با صبر، وقار و بزرگ‌منشی مراحل سوگواری و درد و رنج ناشی از آن را پشت سر می‌گذارد. مصیبت غم‌بار و حزن‌آور را فرصت و نعمتی می‌داند که او را محک می‌زند و عبور سالم از آن، دنیا و زندگی تازه‌ای را فرارویش قرار می‌دهد. همچنین شخص سوگوار بلافاصله و یا با سرعتی بیش از دیگران به مرحله پذیرش آن می‌رسد (آقای، ۲۰۱۹).

سوگ مؤلفه‌های شناختی (اشتغال ذهنی درباره مرگ و فرد متوفی، خودسرزنی، گنجی) و هیجانی (نامیدی، احساس اضطراب، گناه و شرمگینی) دارد که هر چه از تجربه این نشانه‌ها اجتناب بیشتری صورت گیرد و افکار و هیجان‌ها سرکوب شود، سوگ پیچیده‌تر می‌شود. افراد داغ‌دیده‌ای که مهارت‌های مقابله‌ای لازم برای کنترل نشانه‌های شناختی و هیجانی سوگ دریافت می‌کنند، این توانایی را دارند که نشانه‌های نابهنجار خویش را کنترل کنند؛ در نتیجه عوارض داغ‌دیدگی به صورت پیوسته

کاهش می‌یابد (اصلانی و همکاران، ۲۰۱۹). خاطرات نیز بخش عمده‌ای از داشته‌های هر شخص در زندگی است. بخشی از این خاطرات و یادآوری آن‌ها نه تنها لذتی به همراه ندارد، بلکه آرامش روانی فرد را می‌تواند در هر لحظه تحت تأثیر قرار دهد. اکثر روان رنجوران، بخش مهمی از مشکل خود را ناتوانی در رهایی از بند گذشته و خاطرات بیان می‌کنند. با اجرای تکنیک غم اصیل فرد قادر است از خاطرات گذشته درس بگیرد ولی سایه آن‌ها را هر لحظه بر زندگی خود احساس نکند (آقای، ۲۰۱۸). لذا می‌توان به‌طور کلی بیان کرد که این رویکرد می‌تواند در رهاسازی افراد داغ‌دیده از افکار خودکار و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این‌رو نقش مهمی در نشانگان سوگ داشته باشد. با توجه به مطالب بیان‌شده و دیدگاه اختصاصی تکنیک غم اصیل بر فرآیند سوگواری، تفاوت معنادار تأثیر تکنیک غم اصیل با درمان ذهن آگاهی روشن و مبین است.

در تبیین اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر نشانه‌های سوگ می‌توان گفت مکانیسم‌های اثرگذار ذهن آگاهی مانند مواجهه و تغییر شناختی و پذیرش سبب کاهش علائم و نشانگان سوگ شده است. زمانی که افراد مبتلا به سوگ به اجتناب از یادآورهای سوگ روی آورده و عواطف منفی زیادی را تجربه می‌کنند، دچار پیامدهای روان‌شناختی می‌شوند. تمرین‌های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با پرورش آگاهی در طی تمرین‌های تفکری، افراد داغ‌دیده را قادر ساخته تا پاسخ‌های نشخوارگری منفی در ذهنشان فعال شود و آن‌ها را واضح‌تر مشاهده و ذهن خود را از آن الگوهای تفکر خارج کنند. ذهن آگاهی از طریق تکنیک نام‌گذاری افکار و احساسات، افراد داغدار را قادر به مشاهده بدون قضاوت افکار و احساس‌های مرتبط با فقدان می‌کند (اصلانی و همکاران، ۲۰۱۹). درواقع آنچه فرد داغ‌دیده نیاز دارد تجربه هیجان‌ها و افکار خویش است تا بتواند بدون قضاوت شاهد افکار و احساساتش باشد. همچنین هیجان‌های خود را تجربه کند. درهرحال پیامدهای روان‌شناختی سوگ برای شخص اجتناب‌ناپذیر است. هیچ‌کس از داشتن فکرهای منفی ایمن نیست. پس دیر یا زود باید با این افکار و اضطراب و غمگینی ناشی از آن مواجه شد؛ زیرا افکار و خلق منفی همچنان وجود دارند؛ حتی اگر تلاش برای فرار از آن‌ها صورت گیرد.

می‌توان گفت که ذهن آگاهی به‌واسطه مجموعه‌ای از تمرین‌های مراقبه از جمله تمرین واری بدن، مراقبه‌های نشسته و ایستاده، حرکت به شیوه ذهن آگاهی، سه دقیقه فضای تنفس و متمرکز کردن آگاهی بر اینجا و اکنون و مجموعه‌ای از تکنیک‌های شناختی از جمله بازسازی شناختی و آموزش روانی به زنان داغ‌دیده کمک می‌کند تا روش جدیدی را برای بودن در شرایط دردناک و چالش‌برانگیز در پیش گیرند؛ روشی که به‌وسیله افزایش آگاهی فراشناختی یا توجه بر شناخت و



پذیرش تجربه‌های منفی لحظه حال مشخص می‌شود. در نهایت، تمرین‌های ذهن آگاهی می‌توانند به واسطه بازسازی شناختی و ایجاد بینش جدید، کاهش نشخوار فکری، افزایش حمایت در درون گروه، صحبت در مورد تجارب و خاطرات ناخوشایند خود، کاربر روی پریشانی هیجانی، حس هدف و معنا پس از تجربه فقدان سبب افزایش رشد زنان داغ‌دیده می‌شوند (رحمانی و منصوری، ۲۰۱۷).

همچنین بررسی تفاوت اثربخشی تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی بر امید به زندگی در زنان با سابقه فقدان، نشان داد که بین این دو درمان بر امید به زندگی آزمودنی‌ها، تفاوت معنادار وجود ندارد. با این حال معنی‌داری اثر هر یک از روش‌های تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی در افزایش امید به زندگی در مرحله پس‌آزمون و باقی ماندن تأثیر هر دو درمان در مرحله پیگیری، اثبات گردید.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت مدیریت هیجانات منفی در افراد سوگوار حائز اهمیت می‌باشد؛ چراکه تنظیم شناختی هیجان از طریق مداخلاتی مانند درمان غم اصیل و ذهن آگاهی سبب می‌گردد که بیماران از فرآیندهای بیرونی و درونی درگیر در راه اندازی، ادامه دادن و تنظیم رخدادهای تنش‌ها و بیان احساسات استفاده کنند. تنظیم شناختی هیجان به فرآیندهای درونی که در جهت تنظیم هیجانات درگیر هستند، مثل فرآیندهای شناختی هیجان و تأثیرات بیرونی مانند رفتار اطرافیان، مربوط می‌گردد.

یکی از ویژگی‌های انسان سالم امیدواری و داشتن امید است. امیدواری یک حالت روانی و احساسی است که باعث گسترش اعتقادات و باورها و خوش‌بینی می‌شود. فرد امیدوار علی‌رغم قانع بودن و زیستن در اینجا و اکنون و رضایت از آنچه دارد، به فردایی روشن‌تر و موفق‌تر نیز مطمئن بوده و هرگز نگران آینده نیست. هرچقدر میزان درک فرد از امکان شدن و رسیدن بیشتر و روشن‌تر باشد امید در او تقویت گردیده و پایدارتر می‌شود زیرا رسیدن به آنچه انتظارش را دارد به‌خودی‌خود نقش یک پاداش و تقویت‌کننده بیرونی و درونی را ایفا می‌کند. از دیدگاه نظریه انسان سالم امید حلقه واسط بین معنا و انگیزه است. روانشناسان مفهوم انگیزش را به عواملی محدود می‌سازند که به رفتار نیرو می‌بخشند و به آن جهت می‌دهند. فرد با شناسایی عوامل استرس‌زای قابل کنترل و در اختیار خود می‌تواند آن‌ها را حذف و یا کنترل کند (آقایی، ۲۰۱۸).

یکی از اصول تکنیک غم اصیل که برگرفته از نظریه انسان سالم است، این است که هیچ انسانی وجود ندارد که کاملاً بدون یاس و نومیدی و یا صد درصد امیدوار و همواره همراه با امید باشد. بر این اساس جهت ایجاد فضای لازم و مناسب برای امیدواری، بایستی ابتدا یاس و نومیدی و زمینه‌های بروز و ماندگاری آن‌ها را بررسی و در حد امکان برطرف کرد. بخش عظیمی از عوامل نومیدی در

ناخودآگاه و ذهن ناهشیار جای دارند که قسمت قابل توجهی از آن مربوط به احساس گناه می‌شود. احساس گناه، احساس درونی و ذهنی است که در بسیاری از افراد سوگوار موجب می‌گردد فرد خویش را متهم به گناه کرده و حتی خویش را مستوجب مجازات بداند. این بار گناه بستر مناسبی برای یاس و نومیدی ایجاد می‌کند. تکنیک غم اصیل باعث می‌شود فرد در مراحل اولیه این احساس، بی‌گناهی خود را به خودش اثبات کند و این احساس گناه به لایه‌های زیرین ذهن رسوخ نکرده و در ناخودآگاه ذهن به شکلی سنگین نمود نکند. این راهبرد یک راهبرد مقابله شناختی مثبت است که متمرکز بر عمل می‌باشد یعنی صرفاً شناختی نیست، بلکه همراه با عمل است و رفتاری حقیقی به دنبال دارد. معنای مثبت بخشیدن به وقایع و اتفاقات دوران درمان و فکر کردن به اینکه این اتفاقات می‌توانند فرد را قوی‌تر کنند و با جستجوی جنبه‌های مثبت یک اتفاق، امیدواری و کیفیت روابط را بهبود بخشد (آقایی، ۲۰۱۸).

در تبیین تأثیر ذهن آگاهی نیز می‌توان گفت که مداخلات ذهن آگاهی نوعی مداخله‌اند که طی آن به جای اینکه فرد با افکار و تحریف‌های شناختی خود مواجه شود و آن‌ها را به چالش بکشد، از ابتدا ظرفیت پذیرش چنین افکار و احساساتی را در خود ایجاد می‌کند. این امر موجب می‌شود که فرد نسبت به احساسات، هیجانات و افکار، خودآگاهی بیشتری به دست آورد. ویژگی‌هایی همچون کمک به رشد مهارت‌های فراشناختی، افزایش کنترل، انعطاف‌پذیری در انتخاب راهبردهای شناختی و رفتاری، ارایه طرح‌های جدید برای تنظیم فعالیت اجرایی، بهبود ارتباطات بین فردی، الگوی ذهن آگاهی را نسبت به مداخلات شناختی سنتی متمایز ساخته است. ذهن آگاهی به افراد در راستای تمرین مراقبه ذهنی-بدنی کمک می‌کند و باهدف کاهش استرس و بهبود سلامتی به کاربرده می‌شود. ذهن آگاهی به معنای توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان حال و خالی از قضاوت است (والش مارک، بالینت داوید، اسمولیرا و مادسن، ۲۰۰۹).

جلسات ذهن آگاهی و تکنیک‌های آن کمک می‌کند تا مشکلات روان‌شناختی بهبود یابند و در نتیجه بهزیستی روان‌شناختی افزایش یابد. امید به زندگی در افرادی بیشتر است که از سلامت روان‌شناختی بیشتری برخوردار هستند. از طرفی درمان ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا باتجربه لحظه حال و کاهش مشکلات روان‌شناختی خود، امید به زندگی در آن‌ها افزایش یابد (کلاه درازی و مدرسی مقدم، ۲۰۱۹). درمان مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش مشکلات روان‌شناختی و بهبود سلامت روان زنان باتجربه فقدان می‌شود. در نتیجه فاکتورهایی مانند امید به زندگی نیز در این افراد افزایش می‌یابد. در جلسات آموزش ذهن آگاهی، زنان باسابقه فقدان با ویژگی‌هایی همچون غیر قضاوتی

بودن، پذیرش، شکیبایی، اعتماد، ذهن آغازگر، تقلا نکردن و رها کردن، آشنا شدند. همچنین با انجام تن آرامی برای آرام کردن عضلات خود و انجام تنفس آرامی، استرس خود را کاهش داده و با این آرامش، امید به زندگی نیز در آن‌ها افزایش یافت.

در یک نتیجه گیری کلی به نظر می‌رسد، ضمن معنی داری اثر هر یک از روش‌های تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی در بهبود هر دو متغیر علایم سوگ و امید به زندگی در مرحله پس‌آزمون و باقی ماندن تأثیر هر دو درمان در مرحله پیگیری، در مقایسه دو روش درمانی، نتایج نشان داده است که بین دو درمان در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تنها در متغیر علایم سوگ تفاوت معنی دار است به گونه‌ای که در بهبود این متغیر تکنیک غم اصیل اثربخش‌تر از درمان ذهن آگاهی بوده است و در افزایش متغیر امید به زندگی، بین دو روش درمان تفاوت معنی داری مشاهده نگردیده است.

در تبیین، مقایسه و بررسی دو روش درمانی تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی و تأثیر این دو بر متغیرهای پژوهش به تفکیک موارد به دو مورد زیر می‌توان اشاره کرد:

#### **الف) مقایسه و بررسی تأثیر هر دو روش درمانی بر متغیر علایم سوگ**

می‌توان گفت ضمن معنی داری اثر هر یک از روش‌های درمانی تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی در بهبود علایم سوگ در مرحله پس‌آزمون و باقی ماندن تأثیر هر دو درمان در مرحله پیگیری، در مقایسه دو روش درمانی نتایج نشان داده است که در هر دو مرحله، تکنیک غم اصیل اثربخش‌تر از درمان ذهن آگاهی در بهبود علایم سوگ بوده است. به بیان دیگر طبق نتایج به دست آمده میزان تأثیر تکنیک غم اصیل ۷۲/۶ درصد و میزان تأثیر درمان ذهن آگاهی ۵۹/۵ درصد در بهبود علایم سوگ در آزمون‌های پژوهش بوده است.

#### **ب) مقایسه و بررسی تأثیر هر دو روش درمانی بر متغیر امید به زندگی**

بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان گفت هر دو روش درمان در مراحل اجرایی (پس‌آزمون و پیگیری) بر افزایش امید به زندگی آزمودنی‌ها تأثیر داشته‌اند ولی تفاوت بین دو روش درمان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنادار نمی‌باشد. ضمناً میزان تأثیر تکنیک غم اصیل بر امید به زندگی در مرحله پس‌آزمون ۷۲/۸ درصد و تأثیر درمان ذهن آگاهی ۷۷/۲ درصد بوده است.

#### **References**

- Aghaei, A. (2018). *Healthy human theory*. Neveshteh.
- Aghaei, A. (2019). *Meaning and perplexity: A guide to treatment of depression based on healthy human theory*. Neveshteh.
- Ahmad Abadi, N., Goodarzi, N., & Saeed Manesh, R. (2017). The effect of mindfulness on psychological well-being and life expectancy in cancer patients in Yazd. *8th International and Social Sciences Conference*, Mehr Ishraq Conference Company.

- Alipoor, A., Dehkordi, M., Amini, F., & Hashemi, J. (2016). The relationship between perceived social support and treatment follow-up in patients with type 2 diabetes: The mediating role of resilience and hope. *Quarterly Journal of Psychological Health Research*, 10(2), 53–67.
- Aslani, K. H., Hajiheydari, M., Rajabi, G. H., & Amanolahi, A. (2019). Evaluation of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on reducing the symptoms of people with complex grief syndrome. *Journal of Disability Studies*, 42(9).
- Ghaderi, M., Ahi, Q., Vaziri, S., Mansouri, A., & Shahabizadeh, F. (2020). The mediating role of emotion regulation and intolerance of uncertainty in the relationship between childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury in adolescents. *International Archives of Health Sciences*, 7(2), 96–103.
- Gijzen, S., L'Hoir, M. P., Boere-Boonekamp, M. M., et al. (2016). How do parents experience support after the death of their child? *BMC Pediatrics*, 16, 245.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Delta Trade Paperback.
- Khaleghipoor, Sh., & Zargar, F. (2014). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on depression and life expectancy of mothers of mentally retarded children. *Journal of Behavioral Sciences Research*, 12(2).
- Kiany, A., & Asadi Hasanvand, A. (2019). The effect of mindfulness on life expectancy, forgiveness, and life satisfaction in couples prone to extramarital affairs (infidelity) referred to counseling in Ahvaz.
- Kindel, H. R., & Rafoth, M. A. (2019). The effects of teaching mindfulness on stress in physical therapy students: A randomized controlled trial.
- Kladnitski, N., Smith, J., Allen, A., Andrews, G., & Newby, J. A. (2018). Online mindfulness-enhanced cognitive behavioural therapy for anxiety and depression: Outcomes of a pilot trial. *Internet Interventions*, 13, 41–50.
- Kolahderazi, A., & Modaresi Moghadam, A. (2019). Evaluation of the effectiveness of mindfulness on psychological well-being and life expectancy of the wives of the deceased veterans of Torbat Heydariyeh. *Fourth National Conference on Community Empowerment in Humanities and Psychological Studies*.
- Lomas, T. (2018). The quiet virtues of sadness: A selective theoretical and interpretative appreciation of its potential contribution to wellbeing. *New Ideas in Psychology*, 49, 18–26.
- McCarthy, M. R. (2002). Gender differences in reactions to perinatal loss: A qualitative study of couples. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 62(8-B), 3809.
- Mokgele, E. L. (2018). Death and dying: Elderly person's experiences of grief over the loss of family members. *South African Family Practice*, 60(5), 151–154.
- Nielsen, M. K., Carlsen, A. H., Neergaard, M. A., Bidstrup, P. E., & Guldin, M. (2019). Looking beyond the mean in grief trajectories: A prospective, population-based cohort study. *Social Science & Medicine*, 233, 460–469.
- Rafiee, M., Skandari, H., Borjali, A., & Farrokhi, N. (2019). Recognizing the experiences in the life history of young people living in Tehran: A phenomenological research. *Quarterly Journal of Counseling and Psychotherapy Culture*, 10(37), 63–98.
- Rahmani, N., & Mansuri, A. (2017). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on rumination and post-traumatic growth in bereaved women. *Scientific Journal of Clinical Psychology and Personality*, 7(1), 23–32.
- Rahmanifard, T., Kalantarkooshe, M., & Faramarzi, M. (2017). The effect of mindfulness-based cognitive psychotherapy on the quality of life of infertile women. *Life Quarterly*, 23(3), 277–289.
- Saffarian Toosi, M., Savabi, M., & Khooyi Nejad, G. H. (2018). The mediating role of forgiveness and hope in the influence of personality traits on marital satisfaction of divorced couples. *Journal of Positive Psychology*, 4(2).
- Shah, S. N., & Meeks, S. (2012). Late-life bereavement and complicated grief: A proposed comprehensive framework. *Aging & Mental Health*, 16(1), 39–56.
- Shear, M. K. (2015). Clinical practice: Complicated grief. *New England Journal of Medicine*, 372(2), 153–160.
- Shear, M. N., Ghesquire, A., & Katzke, M. (2013). Bereavement and complicated grief in older adults. In *Late Life Mood Disorder* (pp. 206–219). Oxford University Press.
- Snyder, C. R., Ritschel, L. A., Ravid, L. K., & Berg, C. J. (2006). Balancing psychological assessments: Including strengths and hope in client reports. *Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 33–46.
- Steil, R., Gutermann, J., Harrison, O., Starck, A., Schwartzkopff, L., Schoular-Ocak, M., & Stangier, U. (2019). Prevalence of prolonged grief disorder in a sample of female refugees. *BMC Psychiatry*, 19, 148.

- Tomita, T., & Kitamura, T. (2002). Clinical and research measures of grief: A reconsideration. *Comprehensive Psychiatry*, 43(2), 95–102.
- Walsh, M. G., Balint, D. R., Smolira, S. J. L., & Stine Masden, K. F. (2009). Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety, and attentional control. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 94–99.
- Willgens, A., Craig, S., DeLuca, M., DeSanto, C., Forenza, A., Kenton, T., & Yakimec, G. (2016). Physical therapists' perceptions of mindfulness for stress reduction: An exploratory study. *Journal of Physical Therapy Education*, 30(2), 45–51.

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 15 (No. 57), pp.101-117, 2022

### Comparing the Effectiveness of Authentic Grief Technique and Mindfulness Therapy on Bereavement Symptoms and Life Hope in Women with Loss Experience

Aghaei, Asghar<sup>1</sup>, & Taheripour, Parisa<sup>2</sup>

Received: 2021/03/5

Accepted: 2021/9/31

Grief stemming from the loss of a loved one is one of the profound crises individuals face. Hope for life can be described as a healing, multidimensional, dynamic, and powerful factor that plays a crucial role in adjustment to loss. Therefore, the present research aimed to compare the effectiveness of the Authentic Grief Technique (AGT) and Mindfulness Therapy (MT) on bereavement symptoms and life hope in women who had experienced loss. For this purpose, a quasi-experimental, three-group, three-phase design (pre-test, post-test, and follow-up) was employed. Forty-two women with a history of loss were selected through convenience sampling and randomly assigned to two experimental groups and one control group. Participants were assessed for grief and hope for life at three stages: pre-test, post-test, and follow-up. The AGT and MT groups received 8 sessions of intervention, respectively. The control group received no intervention. Results from repeated measures analysis of variance (ANOVA) indicated that the effectiveness of AGT on bereavement symptoms was greater than that of MT. However, there was no significant difference between the AGT and MT groups regarding their impact on hope for life. This research confirms that the Authentic Grief Technique can be a more potent intervention in grief management, while both methods can be utilized to enhance hope for life. These findings are significant for grief therapists and counselors, as they suggest that the choice of intervention should be based on the therapeutic goal (reducing grief or increasing hope).

**Keywords:** Authentic Grief Technique, Mindfulness Therapy, Bereavement Symptoms, Hope for Life

---

<sup>1</sup> Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran. (Corresponding Author) aghaipsy@gmail.com

<sup>2</sup> Dep.t of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran (Corresponding Author: taheripoor.parisa@yahoo.com)

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 15 (No. 57), pp.89-100, 2022

### Comparing the Effectiveness of Behavioral Activation Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Attentional Cognitive Syndrome in Patients with Depression in Ahvaz

Amiri, Sahar<sup>1</sup>., Ehteshamzadeh, Parvin<sup>2</sup>., Hafezi, Fariba<sup>3</sup>.,  
& Borna, Mohammad Reza<sup>4</sup>

Received: 2021/05/25

Accepted: 2021/9/31

Depressive disorder is characterized by symptoms such as sadness, emptiness, and hopelessness, alongside significant psychological, physical, and social consequences. This research aimed to compare the effectiveness of Behavioral Activation (BA) therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on attentional cognitive syndrome (ACS) in patients with depression in Ahvaz. For this purpose, a quasi-experimental study with a pre-test-post-test, follow-up, and control group design was conducted. Forty-five depressed individuals referred to psychological and counseling centers in Ahvaz were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups of 15: Experimental Group 1 (BA therapy), Experimental Group 2 (ACT), and a Control Group. Executive functions were assessed in all groups at pre-test, post-test, and follow-up stages. Results from multivariate analysis of covariance (MANCOVA) indicated that both BA and ACT were effective in reducing attentional cognitive syndrome and its components. However, ACT's effectiveness in reducing worry, threat vigilance, and worry-provoking metacognitive beliefs was greater than that of BA. Furthermore, at the follow-up stage, only the effectiveness of BA on reducing ACS and its components remained stable. This research supports the use of both BA and ACT for reducing attentional cognitive syndrome in patients with depression.

**Keywords:** Behavioral Activation Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Attentional Cognitive Syndrome, Depression

---

<sup>1</sup> Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch

<sup>2</sup> Dept of Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch (Corresponding Author)

P\_ehtesham85@yahoo.com

<sup>3</sup> Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch

<sup>4</sup> Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 15 (No. 57), pp.77-88, 2022

### **The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Combined with Habit Reversal on Quality of Life and Symptoms of Trichotillomania**

Hamid, Najmeh<sup>1</sup> ., Bardbar, Maryam<sup>2</sup> .,  
& Marashi, Seyed Ali<sup>3</sup>

Received: 2021/05/06

Received: 2020/05/01

Trichotillomania, or hair-pulling disorder, is a psychological disorder that, despite its significance and relatively high prevalence, received limited attention from mental health professionals until two decades ago. The present study aimed to investigate the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) combined with Habit Reversal Training (HRT) on the quality of life and symptoms of trichotillomania. For this purpose, a quasi-experimental study with a pre-test-post-test and control group design was conducted. Twenty-four female patients with trichotillomania in Mashhad were selected via convenience sampling and randomly assigned to either an experimental group (n=12) or a control group (n=12). The experimental group received an 8-session, one-hour HRT intervention. The control group received no intervention during this period. Participants were assessed before and after the intervention using the Trichotillomania Scale and the Quality of Life Questionnaire. Results from analysis of covariance (ANCOVA) revealed a significant difference between the experimental and control groups in terms of quality of life and trichotillomania symptoms ( $P<0.01$ ). The findings indicate that HRT had a positive impact on both the quality of life and the symptoms of trichotillomania. This research supports the notion that CBT combined with HRT has a beneficial effect on the quality of life and symptoms of trichotillomania in affected patients.

**Keywords:** Trichotillomania, Cognitive Behavioral Therapy Combined with Habit Reversal, Quality of Life

---

<sup>1</sup>Dept. of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran  
(Corresponding Author) n.hamid@scu.ac.ir

<sup>2</sup> Dept. of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

<sup>3</sup> Dept. of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran



### Structural Relationships of Personality Factors with Antisocial Personality Symptoms Mediated by Schadenfreude

Yeganeh, Narges<sup>1</sup>., Bakhshipour Roudsari Abbas<sup>2</sup>.,  
& Mahmoud Aliloo, Majid<sup>3</sup>

Received: 2021/05/07

Accepted: 2021/9/31

Various personality factors can be directly or indirectly associated with the emergence of psychological symptoms. Schadenfreude, an emotion defined as taking pleasure in the pain and suffering of others, can be experienced by most individuals, like other emotions. However, schadenfreude may manifest more prominently in individuals with specific personality traits and in the presence of particular triggers, potentially representing an indicator of certain personality disorder symptoms. The objective of this research was to examine the structural equation modeling of personality factors with symptoms of antisocial personality disorder (ASPD), with schadenfreude acting as a mediator. For this purpose, personality factors were considered as the exogenous variable, symptoms of ASPD as the endogenous variable, and schadenfreude as the mediating variable. Two hundred eighty-five students from Tabriz University were selected using convenience sampling and assessed using the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) and hypothetical schadenfreude scenarios. The evaluation of the hypothesized research model using fit indices indicated a good fit. The results demonstrated that agreeableness, among the Big Five personality factors, significantly influenced ASPD symptoms through the mediation of schadenfreude. These findings, in addition to supporting the hypothesized model for ASPD symptoms, provide a suitable framework for understanding the etiology of this personality disorder.

**Keywords:** Schadenfreude, Antisocial Personality, Big Five Personality Factors, Emotion, Structural Relationships.

<sup>1</sup> Dept. of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran (Corresponding Author)  
nargesi.ygn@gmail.com

<sup>2</sup> Dept. of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

<sup>3</sup> Dept. of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

### The Impact of Mindfulness-Based Self-Compassion Intervention on Psychological Well-being and COVID-19 Anxiety in Housewives

Yousefi Afrashteh, Majid<sup>1</sup>., & Mohammadi, Saeedeh<sup>2</sup>

Received: 2021/04/11

Accepted: 2021/9/31

The COVID-19 pandemic significantly impacted all aspects of human life. Housewives represent a group particularly susceptible to various mental health disorders during this epidemic. Consequently, the present study aimed to determine the effectiveness of mindfulness-based self-compassion (MBSC) intervention as a strategic program for enhancing psychological well-being and reducing anxiety in housewives. For this purpose, a quasi-experimental study with a pre-test, post-test, and control group design was conducted. Forty-six housewives (23 in the control group; 23 in the experimental group) were selected via convenience sampling and assessed for anxiety and psychological well-being. The experimental group received MBSC intervention in 8 and 6 sessions, respectively. The control group received no intervention. Research data were analyzed using univariate analysis of covariance (ANCOVA). Results indicated a significant difference in the effectiveness of MBSC intervention on psychological well-being and COVID-19-related anxiety between the experimental and control groups ( $F=22.21$  and  $F=42.83$ ,  $p<0.05$ ). This suggests that MBSC intervention can be effective in reducing anxiety and increasing psychological well-being during the COVID-19 pandemic.

**Keywords:** Mindfulness-Based Self-Compassion Intervention, Psychological Well-being, COVID-19, Housewives

<sup>1</sup> Dept. of Psychology, Faculty of Humanities, University of Zanjan, Zanjan, Iran (Corresponding Author) yousefi@znu.ac.ir

<sup>2</sup> Dept. of Psychology, Faculty of Humanities, University of Zanjan, Zanjan, Iran (Saedeh.mohmadi@yahoo.com)

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 15 (No. 57), pp.39-50, 2022

### The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Body Image and Identity Styles in Female Students with Anorexia Nervosa

Babaei, Marzieh<sup>1</sup>., Ghamari, Mohammad<sup>2</sup>.,  
& Hosseinian., Simin<sup>3</sup>

Received: 2021/04/20

Accepted: 2021/9/31

Uncommitted identity and negative body image are likely foundational to eating disorders, including anorexia nervosa. The present study aimed to determine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on body image and identity styles in female students with anorexia nervosa. For this purpose, a quasi-experimental study with a pre-test, post-test, and control group design was conducted. Thirty female students diagnosed with anorexia nervosa during the 2020-2021 academic year in Alborz province were selected through convenience sampling and randomly assigned to either an experimental group or a control group. The experimental group received 10 sessions of ACT, while the control group received no intervention. Both groups were assessed at pre-test, post-test, and follow-up stages using the Eating Attitudes Test (EAT), Berzonsky Identity Styles Inventory (ISI), and Body Image Questionnaire (BIQ). The results of multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and mixed-model analysis of variance (ANOVA) indicated that ACT led to the development of a positive body image and an achieved identity style in the students ( $p < 0.01$ ). Follow-up results demonstrated that the effectiveness of the intervention was sustained. Based on these findings, it can be concluded that ACT for anorexia nervosa leads to the development of a positive body image and an achieved identity style in students.

**Keywords:** Body Image, Acceptance and Commitment Therapy, Identity Styles

<sup>1</sup> Dept. of Counseling, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

<sup>2</sup> Dept. of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran (Corresponding Author: counselor\_ghamari@yahoo.com)

<sup>3</sup> Dept. of Counseling, Al-Zahra University, Tehran, Iran.

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 15 (No. 57), pp.17-38, 2022

### Design and Development of a Family-Centered Psychological Intervention Package Based on the Lived Experience of Individuals with Cancer

Afrooz, Gholamali <sup>1</sup>., Pourhossein, Reza <sup>2</sup>.,  
& LotfiKashani, Farah <sup>3</sup>

Received: 2021/04/12

Accepted: 2021/9/31

Family-centered interventions are predicated on the idea that the family functions as a dynamic system, and improving family interactions can contribute to enhancing the mental health of its members. The present research aimed to identify the lived experiences of women with cancer concerning health-promoting dimensions within the family, and to design a family-centered psychological intervention emphasizing these health-promoting factors.

For this purpose, a qualitative study with a phenomenological approach was conducted. Twelve women with stage II or III cancer, aged 25 to 65, who had received a cancer diagnosis within the past 6 to 12 months, were purposefully selected based on the principle of data saturation and participated in semi-structured interviews. Data analysis, using Colaizzi's method, yielded 18 themes. These themes formed the basis for designing an 8-session family-centered psychological intervention program. The face validity of this program was confirmed by ten expert reviewers, and its content validity was established with a content validity ratio of 0.81, indicating high content credibility.

**Keywords:** Lived Experience of Women with Cancer, Family-Centered Psychological Intervention, Health-Promoting Dimensions, Quality of Life

---

<sup>1</sup> Dept. of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Dept. of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Dept. of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author)  
lotfi.kashani@gmail.com)

## The Nocebo Effect in Patients with Irritable Bowel Syndrome

Nasiri Dehsorkhi, Hamid <sup>1</sup>, Vaziri, Shahram<sup>2</sup> ; Esmailzadeh, Ahmad <sup>3</sup>,  
& Adibi Peyman <sup>4</sup>

Received: 2021/03/21

Accepted: 2021/9/31

Irritable Bowel Syndrome (IBS) is one of the most prevalent and potentially debilitating disorders globally, carrying a significant social and economic burden. This study aimed to identify patients with IBS within the data bank of the comprehensive Sepahan Study, develop a criterion for defining the nocebo effect in the IBS patient group, and investigate the relationship between IBS and personality traits, psychological factors, and social aspects. For this purpose, a cross-sectional correlational study was conducted among the staff of Isfahan University of Medical Sciences and Health Services. In the first phase, IBS patients were selected from the Sepahan population based on diagnostic criteria. In the second phase, individuals exhibiting the nocebo effect, defined by the researchers as "intolerance to multiple foods" based on a semi-quantitative food frequency questionnaire, were categorized into the nocebo-affected IBS patient group. Finally, the correlation of the Big Five personality traits (assessed by the NEO-FFI), psychological distress (Hospital Anxiety and Depression Scale), stressful life events, and demographic characteristics with the nocebo effect was examined. The study findings revealed that out of 4763 participants in the Sepahan study, 748 were diagnosed with IBS. Among this group, 168 individuals exhibited the nocebo phenomenon, while 584 did not. These two groups were then compared based on personality traits, psychological factors, stressful life events, and demographic characteristics. The present study provides an opportunity to define and investigate the nocebo effect among IBS patients and to demonstrate the connection between psychological and social aspects in this context.

**Keywords:** Coronavirus disease anxiety, Anxiety sensitivity, Uncertainty intolerance

<sup>1</sup> Dept. of Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran & Isfahan Gastrointestinal and Liver Diseases Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

<sup>2</sup> Dept. of Clinical Psychology, Tehran University of Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author) vaziri@riau.ac.ir

<sup>3</sup> Dept. of Community Nutrition, School of Nutritional Sciences and Dietetics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Isfahan Gastrointestinal and Liver Diseases Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

- The Nocebo Effect in Patients with Irritable Bowel Syndrome** 7  
Nasiri Dehsorkhi, Hamid ., Vaziri, Shahram ., Esmailzadeh, Ahmad ., & Adibi Peyman
- Design and Development of a Family-Centered Psychological Intervention Package Based on the Lived Experience of Individuals with Cancer** 17  
Afrooz, Gholamali ., Pourhossein, Reza ., & LotfiKashani, Farah
- The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Body Image and Identity Styles in Female Students with Anorexia Nervosa** 39  
Babaei, Marzieh ., Ghamari, Mohammad., & Hosseini., Simin
- The Impact of Mindfulness-Based Self-Compassion Intervention on Psychological Well-being and COVID-19 Anxiety in Housewives** 51  
Yousefi Afrashteh, Majid ., & Mohammadi, Saeedeh
- Structural Relationships of Personality Factors with Antisocial Personality Symptoms Mediated by Schadenfreude** 63  
Yeganeh, Narges ., Bakhshipour Roudsari Abbas ., & Mahmoud Aliloo, Majid
- The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Combined with Habit Reversal on Quality of Life and Symptoms of Trichotillomania** 77  
Hamid, Najmeh ., Bardbar, Maryam ., & Marashi, Seyed Ali
- Comparing the Effectiveness of Behavioral Activation Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Attentional Cognitive Syndrome in Patients with Depression in Ahvaz** 89  
Amiri, Sahar ., Ehteshamzadeh, Parvin ., Hafezi, Fariba ., & Borna, Mohammad Reza
- Comparing the Effectiveness of Authentic Grief Technique and Mindfulness Therapy on Bereavement Symptoms and Life Hope in Women with Loss Experience** 101  
Aghaei, Asghar ., & Taheripour, Parisa

## Editorial Board

**Ahadi, Hasan:** Ph.D. Professor  
**Ahmadi Abhari, Seyed Ali:** Ph.D. Professor  
**Birashk, Behrouz:** Ph.D. Professor  
**Delavar, Ali:** Ph.D. Professor  
**Rafiee, Hasan:** Ph.D. Professor,  
**Sarmad, Zohereh:** Ph.D. Professor,  
**Seif, Ali Akbar:** Ph.D. Professor,  
**Lotfi-Kashani, Farah:** Ph.D. Associate Professor,  
**Mohit, Ahmad:** Ph.D. Professor,  
**Navabakhsh, Mehrdad:** Ph.D. Professor,  
**Vaziri, Shahram:** Ph.D. Associate Professor,  
**Kuriansky, Judy:** Ph.D. Professor

### Writing Style (APA style).

Please refer to the website address of the Journal: <https://jtbc.riau.ac.ir/?lang=en>

### Address

Islamic Azad University, Roudehen. Iran

**P.O.Box 189**

### Telephone

+98 (221) 5726164

### Fax

+98 (221) 5726164

<http://journals.riau.ac.ir>

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ  
عَلَيْهِ سَلَامٌ وَالَّذِينَ كَفَرُوا لَهُمْ  
عَذَابٌ أَلِيمٌ

# Thought & Behavior

in Clinical Psychology  
Islamic Azad University  
Roudehen branch

Vol. 16, No. 62

Winter 2022

Publisher

Islamic Azad University Roudehen branch

**Chief Executive & Chief Editor**

Farah Lotfi Kashani , Ph.D

**Specialist Editor**

Shahram Vaziri, Ph.D

**Persian Technical Editor**

Halimeh Asgharpour

**English Technic**

**Executive Manager**

Shahram Vaziri, Ph.D

**Publication Frequency**

Quarterly

**Peer Review Permit No.**

3/2910/1069

ISSN: 2008-0824

**Circulation**

1,000

**Address**

Islamic Azad University, Roudehen, Iran

**P.O.Box 189**

**Telephone**

+98 (221) 5726164

**Fax**

+98 (221) 5726164

<http://journals.riau.ac.ir/journals>