



دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر
دانشکده‌ی علوم انسانی

فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در علوم رفتاری

سال چهاردهم، شماره ۵۸، زمستان ۱۴۰۲

صاحب‌امتیاز: دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر

مدیرمسئول: دکتر محمد قمری (استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)
سر‌دبیر: دکتر مجتبی امیری مجد (دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)
مدیر داخلی: دکتر جعفر پویامنش (استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)

هیئت تحریریه:

دکتر حسن اسدزاده دهرایی (دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی)
دکتر مجتبی امیری مجد (دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)
دکتر سعیده بزازیان (دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)
دکتر محمود ساعتچی (استاد دانشگاه علامه طباطبایی)
دکتر پرویز شریفی درآمدی (استاد دانشگاه علامه طباطبایی)
دکتر محمد قمری (دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)
دکتر مجید محمودعلیلو (استاد دانشگاه تبریز)
دکتر سیده منور یزدی (استاد دانشگاه الزهرا)

ویراستار انگلیسی: دکتر ایوب دبیری (استادیار زبان و ادبیات انگلیسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)
گرافیکست: دکتر رحمان پرچگانی (استادیار گروه هنر و معماری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)

شاپا چاپی ۷۸۸۴-۲۲۲۸- شاپا الکترونیکی ۵۰۷-۲۹۸۱

چاپ: سازمان چاپ و انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی / ناشر: انتشارات علمی، معاونت علمی دانشگاه آزاد اسلامی
اسلامی واحد ابهر / نشانی: ابهر، کیلومتر ۴ جاده ترانزیتی ابهر - خرمدره

تلفن: ۰۲۴۳۵۲۲۶۰۸۰ دورنگار: ۰۲۴۳۵۲۲۶۹۸۸

E-mail: abharjournal@gmail.com

راهنمای نویسندگان

فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در علوم رفتاری مقاله‌های برگرفته از یافته‌های اصیل و جدید پژوهشی در زمینه‌های مختلف روان‌شناسی را چاپ می‌کند. رعایت موارد زیر برای تنظیم مقاله الزامی است:

چهارچوب مقاله

عنوان: مختصر و متناسب با محتوا؛

نام و وابستگی سازمانی نویسندگان: مانند مثال زیر:

گروه...، واحد...، دانشگاه آزاد اسلامی، نام شهر، ایران

Department of ..., ... Branch, Islamic Azad University, City, Iran

دکتر مجتبی امیری مجد

نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

Mo.Amiri@iau.ac.ir

Mojtaba Amiri Majd Ph.D

Associate Professor, Department of Psychology, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

Mo.Amiri@iau.ac.ir

چکیده فارسی: حداکثر ۲۵۰ کلمه و شامل هدف، روش (نمونه روش نمونه‌گیری، ابزار)، یافته‌ها و نتیجه‌گیری. چکیده فقط در قالب یک پاراگراف به هم پیوسته نوشته شود و تیتربندی نشود. واژه‌های کلیدی (۳ تا ۵ واژه).

چکیده انگلیسی: معادل و مطابق چکیده فارسی؛ (به هیچ وجه از نرم‌افزار برای ترجمه چکیده استفاده نشود).

مقدمه: بیان مساله، مبانی نظری و پیشینه پژوهش، پرسش(ها) یا فرضیه(های) پژوهش؛

روش: جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری، روش اجرای پژوهش، ابزار سنجش با معرفی زیرمقیاس‌ها، شیوه نمره‌گذاری، ویژگی‌های روان‌سنجی در نمونه‌های ایرانی و غیر ایرانی. ابزار سنجش فقط در یک پاراگراف پیوسته معرفی شود.

یافته‌ها: نتایج پژوهش، همراه با جدول‌ها و نمودارهای ضروری مطابق ضوابط و الگوهای APA؛ فقط جداول ضروری و مهم آورده شوند.

بحث: بررسی نتایج پژوهش و تبیین یافته‌ها، شرح پیامدهای عملی و نظری، بیان محدودیت‌ها و پیشنهادها؛

منابع: منابعی که در متن مقاله از آن‌ها استفاده شده است، مطابق ضوابط APA به شرح زیر تنظیم شوند:

در بخش منابع، فهرست آثار و اسنادی که در متن مقاله به آن‌ها اشاره شده است، می‌آید. این فهرست به ترتیب حروف الفبای نام خانوادگی مؤلفان آثار، بدون ذکر شماره مرتب می‌شود و هر اثر تنها یک بار می‌آید. در ذکر هر اثر یا هر منبع چهار دسته اطلاعات زیر لازم است که باید به دنبال هم بیایند.

۱- مؤلف یا مؤلفان

۲- تاریخ انتشار اثر

۳- عنوان اثر

۴- اطلاعات مربوط به انتشار اثر مانند شهر، ایالت یا کشور، محل انتشار اثر، نام ناشر.

چهار مورد فوق با نقطه از هم جدا می‌شوند. به نمونه‌های زیر توجه شود:

کتاب‌های تألیفی: سیف، علی‌اکبر. (۱۴۰۰). مقدمه‌ای بر نظریه‌های یادگیری. تهران: دوران.

کتاب‌های ترجمه‌شده: نیومن، باربارا؛ نیومن، فیلیپ. (۱۳۹۹). نظریه‌های رشد. (ترجمه مجتبی امیری‌مجد) تهران: دانژه. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۹).

رساله‌ها و پایان‌نامه‌ها: گرجی، یوسف. (۱۳۷۳). رابطه بین میزان محبوبیت اجتماعی استادان از نظر دانشجویان و نحوه ارزشیابی دانشجویان از فعالیت‌های آموزشی آنان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. چاپ‌نشده. دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

مقاله‌ها: سیف، علی‌اکبر. (۱۳۶۹). تعریف و طبقه‌بندی تفکر. دانشنامه ۲، ۶۵-۵۰.

• **Journal Article:**

- Hughes, G., Desantis, A., & Waszak, F. (2013). Mechanisms of intentional binding and sensory attenuation: The role of temporal prediction, temporal control, identity prediction, and motor prediction. *Psychological Bulletin*, 139, 133–151. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028566>.

• **Authored Book:**

- Rogers, T. T., & McClelland, J. L. (2004). *Semantic cognition: A parallel distributed processing approach*. Cambridge, MA: MIT Press.

• **Chapter in an Edited Book:**

- Gill, M. J., & Sypher, B. D. (2009). Workplace incivility and organizational trust. In P. Lutgen-Sandvik & B. D. Sypher (Eds.), *Destructive organizational communication: Processes, consequences, and constructive ways of organizing* (pp. 53–73). New York, NY: Taylor & Francis.

زیرنویس‌ها: توضیحات و معادل انگلیسی اصطلاحات و اسامی مؤلفان پایین هر صفحه با شماره‌های مجزا برای هر صفحه؛

نکات مهم

مقاله پیش‌تر در هیچ نشریه‌ای چاپ نشده باشد.

مسئولیت محتوای علمی مقاله، با نویسنده یا نویسندگان است.

مقاله با نسخه نرم‌افزار رایانه‌ای Word حداکثر در ۱۵ صفحه (فونت زر، اندازه ۱۲، فاصله خطوط ۱) تایپ‌شده باشد.

مقاله فقط باید از طریق سامانه مجله بارگذاری شود. مجله در رد، اصلاح و ویرایش مقاله آزاد است. پس از غربال‌گری اولیه و در صورتی که مقاله از نظر چهارچوب ظاهری و علمی با استانداردهای مجله هماهنگ باشد برای داوری و ارزیابی دقیق ارسال می‌شود. پس از انجام فرایند داوری مقاله، نتیجه پذیرش یا رد مقاله از طریق سامانه به نویسنده مسئول اعلام می‌شود. در صورتی که مقاله نیاز به اصلاح داشته باشد پس از انجام اصلاحات مورد نظر داوران و تایید سردبیر مجله، نامه پذیرش صادر می‌شود و مقاله در نوبت چاپ قرار می‌گیرد.

اثر بخشی آموزش مهارت تصمیم‌گیری و حل مسئله بر بی‌توجهی و کژکاری اجتماعی در دانش‌آموزان پسر مبتلا به اختلال فزون‌کنشی-نارسایی توجه / زهرا شریف کاظمی، طاهره محمودیان دستنایی.....	۷
اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت معنوی، احساس انسجام و شفقت به خود زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس / سید مجتبی عقیلی، مطهره ابراهیمی.....	۱۸
اثر بخشی روان درمانی مثبت نگر بر صمیمیت زناشویی، سرزندگی ذهنی و ابرازگری هیجانی در زنان دارای فرسودگی زناشویی / پروانه زنگنه، محسن رسولی، مریم اکبری.....	۳۴
اثر بخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر سوء‌هاضمه و اضطراب بیماری در بیماران مبتلا به سوء‌هاضمه / نازنین احدیان، سعیده زمردی، سعیده بزازیان.....	۵۷
اثر بخشی آموزش گروهی مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان / فهیمه رضوانی عبدل آباد، دکتر فرشید خسروپور، دکتر حمید ملایی زرنندی.....	۷۳
نقش میانجی خودکار آمدی در رابطه بین فراشناخت و اضطراب رایانه‌ای دختران دانشجو/ مهتاب یکانی، سیده معصومه عزیزیان.....	۸۶



اثربخشی آموزش مهارت تصمیم‌گیری و حل مسئله بر بی‌توجهی و کژکاری اجتماعی
در دانش‌آموزان پسر مبتلا به اختلال فزون‌کنشی-نارسایی توجه

زهرا شریف کاظمی^۱، طاهره محمودیان دستنایی*^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۴/۱۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۴/۲۵

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مهارت تصمیم‌گیری و حل مسئله بر بی‌توجهی و کژکاری اجتماعی در دانش‌آموزان پسر مبتلا به ADHD منطقه ۱۲ تهران انجام شد. روش این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در منطقه ۱۲ شهر تهران بودند که اختلال فزون‌کنشی-نارسایی توجه در آن‌ها پس از مراجعه به مراکز درمانی ویژه بیش‌فعالی تشخیص داده شده بودند. تعداد ۳۰ دانش‌آموز به‌عنوان نمونه آماری به‌صورت در دسترس انتخاب گردید و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کژکاری اجتماعی خدابخشی و رحمانی اصل (۱۳۹۶) و پرسشنامه اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی کانرز (۱۹۹۹) استفاده شد. در این پژوهش، روش آموزش مهارت تصمیم‌گیری و حل مسئله در طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دوبار در هفته به گروه آزمایش ارائه گردید، درحالی که گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که در مرحله پس‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و کنترل، از نظر میزان بهبودی نشانه‌های مربوط به بی‌توجهی و کژکاری اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P \leq 0.01$). براساس یافته‌های پژوهش حاضر نتیجه گرفته می‌شود که آموزش حل مسئله و تصمیم‌گیری می‌تواند به عنوان یک مداخله موثر در جهت کاهش بی‌توجهی و کژکاری اجتماعی در دانش‌آموزان با اختلال فزون‌کنشی-نارسایی توجه موثر باشد.

کلید واژه‌ها: فزون‌کنشی-نارسایی توجه، کژکاری اجتماعی، مهارت تصمیم‌گیری، حل مسئله.

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه

آزاد تهران مرکزی، تهران، ایران

۲. استادیار روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات علوم انسانی، دانشگاه آزاد تهران

مرکزی، تهران، ایران

*- نویسنده مسئول: mahmodian@iau.ac.ir

مقدمه

امروزه بهبود شرایط زندگی دانش‌آموزان با نیازهای ویژه، یکی از هدف‌های عمده توانبخشی محسوب می‌شود که دانش‌آموزان با اختلال فزون کنشی-نارسایی توجه یکی از این گروه‌ها هستند (هیدالگو مونز^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). به طور معمول، بیش‌فعالی در کودکی شروع خود را دارد و می‌تواند در بزرگسالی پایدار باشد. بیش‌فعالی یک اختلال چند عاملی با چند مورد در نظر گرفته می‌شود (مک^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). علایم اختلال فزون کنشی-نارسایی توجه بسته به فیزیولوژی و محیط منحصر به فرد و تأثیری که در عملکرد شخص می‌گذارد می‌تواند در سطح خفیف (وجود حداقل علایم)، متوسط (در سطح بین خفیف و شدید) و شدید (وجود علایم بسیار شدید و اختلال چشمگیر در کارکردهای اجتماعی) باشد (رزمی و همکاران، ۱۳۹۹). اختلال فزون کنشی-نارسایی توجه، یک اختلال با پایه زیستی است که به‌وسیله ترکیبی از علائم کم‌توجهی یا بیش‌فعالی و تکانشگری شناخته می‌شود. کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی به خاطر نارسایی در توجه، بسیاری از اطلاعات را پردازش نمی‌کنند؛ بنابراین آن‌ها فرصت ذخیره کردن و فراخوانی اطلاعات را از دست می‌دهند (مهرافزا و همکاران، ۱۴۰۱).

یکی از مشکلاتی که کودکان با اختلال فزون کنشی-نارسایی توجه در زندگی روزمره با آن مواجه‌اند، مشکلات در عملکرد اجتماعی است (چن^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). رفتارهای سازگارانه اجتماعی به محیط و موقعیت اجتماعی که فرد در آن زندگی می‌کند، وابسته است. کودکان با اختلال فزون کنشی-نارسایی توجه، پذیرش اجتماعی پایینی دارند که بیشتر در روابط با همسالانشان آشکار می‌شود (درویانتکو^۴ و همکاران، ۲۰۲۲). از مشکلات در روابط دوستی (دوستی متقابل) رنج می‌برند و محبوبیت چندانی ندارند که این مسئله به رفتارهای خطرناک و آزارنده آن‌ها منجر می‌شود (نصیری و همکاران، ۱۴۰۱).

یکی دیگر از مشکلات کودکان بیش‌فعال، عدم توانایی حل مسئله می‌باشد حل مسئله شامل یک رشته پاسخ‌های رفتاری، شناختی و عاطفی است که به منظور سازگاری با چالش‌های درونی و بیرونی ابراز می‌گردند (کالوما^۵، ۲۰۲۳). حل مسئله شامل ارزیابی مشکلات به‌عنوان چالش، تفکر برای حل مشکلات، تلاش سیستماتیک و نیاز به زمان برای حل مشکلات می‌باشد. منظور از ادراک حل مسئله، تمایل یا آمادگی کلی فرد برای تشخیص مشکل در هنگام وقوع آن در طی جریان زندگی روزمره است. ادراک حل مسئله به این امر می‌پردازد که فرد چقدر از توانایی خود برای درک مسئله و حل آن، آگاهی دارد. ادراک حل مسئله به این دلیل اهمیت دارد که سایر طرح‌های تشخیص مسئله را در فرد فعال کرده و زمینه را برای حل مسئله فراهم می‌کند (پورباغبان و همکاران، ۱۳۹۹). دانش‌آموزان در

1. Hidalgo-Muñoz
2. Mak
3. Chien
4. Derevyanko
5. Kaluma

دوره‌های مختلف تحصیلی نیاز به فرصت‌هایی برای مواجهه با مسائل دارند. بویژه مسائلی که ارتباط نزدیکی با زندگی دانش‌آموزان و پدیده‌های پیرامونی آن‌ها دارد. مسائلی که ذهن دانش‌آموزان را به تحیر و آنگاه به ادراک حل مسئله نزدیک می‌کند (رزقی^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). کنترل شخصی مربوط به احساس توانایی در حل مسئله بعد از شکست در حل آن است. این دانش‌آموزان این‌گونه می‌اندیشند که می‌توانند هر مسئله‌ای را حل کنند و در مواجهه با موقعیت جدید، از تسلط بر آن موقعیت اطمینان دارند و می‌توانند راه‌های جدید حل مسئله را با هم ترکیب کنند (سلیمانی و همکاران، ۱۴۰۰).

نتایج پژوهش‌های لی^۲ و همکاران (۲۰۲۳) و محمدی و افروز (۱۳۹۹) نشان داد که آموزش حل مسئله موجب افزایش توجه و تمرکز می‌شود. همچنین نتایج پژوهش‌های هاشمی (۱۳۹۹) نشان داد که آموزش مهارت حل مسئله به عنوان یک مهارت اجتماعی بر رفتار افراد تاثیر می‌گذارد. نتایج حاصل از پژوهش جو و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که آموزش مهارت حل مسئله، خود توانمندسازی اجتماعی را افزایش داده و ناگویی هیجانی را دانش‌آموزان کاهش می‌دهد. در نتیجه اگر حل مسائل اجتماعی به طور موفقیت‌آمیزی انجام گیرد، نوجوان استرس و پرخاشگری کمتری را در روابط بین فردی تجربه خواهد نمود. بر اساس آن‌چه گفته شد و با توجه به افزایش بی‌توجهی و کژکاری اجتماعی در بین دانش‌آموزان مبتلا به بیش‌فعالی که هم زندگی فردی و اجتماعی و هم رشد و پیشرفت تحصیلی آن‌ها را دچار مشکل می‌کند و خسارات جبران‌ناپذیری بر شخص و جامعه وارد می‌آورد و همچنین با عنایت به نتایج موفقیت‌آمیزی آموزش مهارت تصمیم‌گیری و حل مسئله در کاهش اختلالات مختلف روانی در جوامع آماری گوناگون از خود نشان داده است و پژوهش‌های محدودی که وجود دارد؛ این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش مهارت تصمیم‌گیری و حل مسئله بر بی‌توجهی و کژکاری اجتماعی در دانش‌آموزان پسر مبتلا به اختلال فزون‌کنشی-نارسایی توجه انجام شد.

روش‌شناسی

روش این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در منطقه ۱۲ شهر تهران بودند که اختلال فزون‌کنشی-نارسایی توجه در آن‌ها پس از مراجعه به مراکز درمانی ویژه بیش‌فعالی تشخیص داده شده بودند. تعداد ۳۰ دانش‌آموز به‌عنوان نمونه آماری به‌صورت در دسترس انتخاب گردید و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود افراد به این پژوهش شامل رده سنی ۱۴-۱۷ سال و جنسیت پسر و نشانه‌های اختلال فزون‌کنشی-نارسایی توجه بود که بر اساس پرسشنامه کانرز و کسب نمره بالای ۶۰ تایید شد. همچنین شرکت‌کننده‌ها از نظر عدم ابتلا به اختلال یادگیری، نداشتن ناتوانی ذهنی، مشکلات بینایی، شنوایی و

1. Rizqi

2. Li

صرع، که در روند پژوهش اختلال ایجاد می‌کند، مورد بررسی قرار گرفتند. در رابطه با معیارهای خروج از پژوهش نیز می‌توان به عواملی چون انصراف و عدم همکاری هر یک از اعضای گروه از ادامه فرایند آموزش، عدم وجود شرایط جسمی یا روانی مناسب در هر یک از اعضا جهت ادامه کار اشاره نمود. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل موارد ذیل بود: الف) کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش با اختیار و تمایل خود شرکت کردند. ب) درباره اصول رازداری و محرمانه بودن هویت شرکت‌کنندگان به آنان اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات به صورت محرمانه باقی خواهد ماند (ج) در پایان آموزش از شرکت‌کنندگان در پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آمد. د) شرکت‌کنندگان هر زمانی که از ادامه مشارکت منصرف شدند، می‌توانستند آزادانه گروه را ترک نمایند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه اختلال فزون‌کنشی-نارسایی توجه^۱: این مقیاس توسط کانرز (۱۹۹۹) تهیه شده است. و دارای ۲۶ گویه صفر تا سه امتیازی و پنج خرده مقیاس است. خرده مقیاس‌ها عبارتند از: کم توجهی-مشکلات حافظه، بیقراری-فزون‌کنشی، بی‌ثباتی هیجانی-تکانه‌ای بودن، مشکلات با تصور کلی از خود، شاخص فزون‌کنشی-نارسایی توجه. هریک از چهار مقیاس اول شامل پنج گویه هستند و شاخص نارسایی توجه-فزون‌کنشی مربوط به کل گویه‌ها می‌شود که بهترین غربال برای شناسایی افراد در معرض خطر اختلال است. این پرسشنامه در ایران توسط عربگل و همکاران (۱۳۸۳) هنجاریابی شده است و نقطه برش آن را ۳۸ تعیین کرده‌اند. پایایی این پرسشنامه نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به‌دست آمده که نشان دهنده دقت بالای اندازه‌گیری آن می‌باشد. روایی محتوایی و صوری آن نیز مورد تایید قرار گرفت (عربگل و همکاران، ۱۳۸۳).

پرسشنامه کژکاری اجتماعی^۲: این پرسشنامه توسط خدابخشی و رحمانی اصل در سال ۱۳۹۶ طراحی و تدوین شده است. شامل ۳۰ سوال بوده و هدف آن سنجش میزان کژکاری اجتماعی نوجوانان از ابعاد مختلف (خانواده، مدرسه و جامعه) است. طیف پاسخگویی از نوع پنج گزینه‌ای می‌باشد. روایی این پرسشنامه در پژوهش خدابخشی به روش کیفی با مصاحبه با پنج نفر خبره موضوعی تایید شد. پایایی این پرسشنامه نیز به روش آزمون آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به‌دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مناسب این پرسشنامه بود (خدابخشی و رحمانی اصل، ۱۳۹۶).

1. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

2. Social Deviance Questionnaire

جدول ۱ پروتکل آموزش مهارت تصمیم‌گیری و حل مسئله

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
اول	جهت‌گیری به سوی مساله	دانش نظری-عملی	تشخیص موقعیت کلی
دوم	توصیف مساله	دانش نظری-عملی	تقویت مرحله اول یعنی تشخیص موقعیت کلی
سوم	صورت‌بندی مساله	دانش معنایی-روندی	تعریف دقیق مسأله
چهارم	تعریف و شناسایی مشکل، تجزیه مشکل و مشخص کردن اهداف واقعی	دانش نظری-عملی	تهیه فهرستی از راه حل‌های مختلف=بارش مغزی
پنجم	ارایه راه حل بدیل و وجود گزینش تاثیرگذارترین پاسخ از میان پاسخها	دانش معنایی-روندی	ارزیابی راه حل‌های مطرح شده و انتخاب بهترین راه حل
ششم	تصمیم‌گیری و بیان بازتاب‌های مختلف هر عکس‌العمل، توجه به سودمندی این بازتاب‌ها	دانش نظری-عملی	تصمیم‌گیری و اجرای راه حل انتخاب شده
هفتم	اجرا راه حل و بازبینی، اجرای روش انتخاب شده	دانش نظری-عملی	اثبات
هشتم	مشاهده حاصله از اجرا و ارزشیابی	دانش نظری-عملی	مرور مراحل قبل و توزیع پرسشنامه‌ها

روش کار این‌گونه بود که قبل از اجرای پژوهش، پرسشنامه‌های اختلال فزون‌کنشی-نارسایی توجه و کژکاری اجتماعی به‌عنوان پیش‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. روش آموزش مهارت تصمیم‌گیری و حل مسئله در طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دوبار در هفته توسط یک متخصص رشته روانشناسی کودکان استثنایی که دوره آموزشی لازم را در خصوص آموزش مهارت تصمیم‌گیری و حل مسئله دیده بود؛ به گروه آزمایش ارائه گردید، درحالی که گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکرد. بعد از مداخله نیز پرسشنامه‌های مذکور به‌عنوان پس‌آزمون در هر دو گروه اجرا شد. پس از توضیحات مقدماتی در خصوص هدف پژوهش، نحوه همکاری، اخذ رضایت‌نامه کتبی امضا شده، پرسشنامه‌ها توزیع و زمان لازم جهت تکمیل آن‌ها به افراد داده شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش از روش‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیره) برای آزمون طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌داری در نظر گرفته شد.

نتایج

در جدول شماره ۲، میانگین و انحراف استاندارد دو گروه آزمایش و گواه در شرایط پیش‌آزمون پس‌آزمون آمده است.

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی نمرات بی‌توجهی و کژکاری اجتماعی دانش‌آزموزان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
بی‌توجهی	۱۳/۱۶	۴/۶۱	۸/۱۶	۲/۸۹
	۱۳/۳۳	۳/۸۲	۱۳/۸۳	۳/۳۶
کژکاری اجتماعی	۸۳/۵	۹/۳۰	۶۹/۹۱	۶/۰۶
	۸۲/۵	۹/۱۸	۸۱/۸۳	۷/۷۷

جدول ۲، نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار نمرات بی‌توجهی و کژکاری اجتماعی در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت چندانی نکرده است. اما میانگین و انحراف معیار نمرات بی‌توجهی و کژکاری اجتماعی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است. قبل از تحلیل مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از اینکه داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور مفروضه‌های اصلی تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج محاسبه همبستگی بین پیش‌آزمون (متغیر کواریت) و پس‌آزمون (متغیر وابسته) در متغیرهای مورد بیانگر وجود رابطه خطی بین آن‌ها بود (مفروضه خطی بودن رابطه) و محاسبه همبستگی بین پیش‌آزمون‌های متغیرهای مورد بررسی نیز نشان از عدم رابطه معنی‌دار بین آن‌ها بود (مفروضه عدم همخطی چندگانه). برای بررسی همگنی واریانس متغیرها از آزمون لوین و برای بررسی مفروضه شیب‌های رگرسیونی اثرات بین‌آزمودنی در تعامل گروه * پس‌آزمون استفاده گردید و نتایج نشان داد که سطح معنی‌داری در تمامی متغیرها بالاتر از سطح سنجش ($P < 0/05$) است. همچنین نتایج حاصل از بررسی مفروضه شیب‌های رگرسیونی نیز نشان می‌دهد که سطح معنی‌دار بدست آمده ($P < 0/05$) بیانگر برقراری مفروضه شیب‌های رگرسیونی در دو گروه است. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که مقدار F لامبدای ویلکز معنی‌دار می‌باشد ($F = 112/906, p < 0/001$). بر این اساس می‌توان بیان داشت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره بی‌توجهی و کژکاری اجتماعی در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره بی‌توجهی و کژکاری اجتماعی دانش‌آموزان در دو گروه آزمایش و کنترل.

متغیر	منبع تغییرات	SS	Df	MS	مقدار f	Sig	مجدور
بی‌توجهی	زمان	۹۱/۱۱۹	۱	۹۱,۱۱۹	۷۹/۰۲	۰/۰۰۱	
	تعامل زمان و گروه	۱۳۳/۷۴۴	۲	۶۶/۸۷	۵۷/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۵۱۳
	خطا	۲۴/۲۴۱	۲۸	۱/۱۵۳			
کژکاری اجتماعی	زمان	۹۶۵,۸۲۵	۱	۹۶۵,۸۲۵	۱۹۳,۶۱	۰,۰۰۱	
	تعامل زمان و گروه	۴۶۶,۷۳	۲	۲۳۳,۳۶۹	۴۶,۷۸	۰,۰۰۱	۰,۴۳۲
	خطا	۱۰۴,۷۵۶	۲۸	۴,۹۸			

بر اساس جدول ۳، در متغیر بی‌توجهی آماره F در پس‌آزمون (۵۷/۹۹) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان بی‌توجهی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اندازه اثر ۰/۵۱۳ نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه است. همچنین در متغیر کژکاری اجتماعی آماره F در پس‌آزمون (۴۶/۷۸) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان کژکاری اجتماعی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اندازه اثر ۰/۴۳۲ نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مهارت تصمیم‌گیری و حل مسئله بر بی‌توجهی و کژکاری اجتماعی در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی مبتلا به ADHD منطقه ۱۲ تهران انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش مهارت تصمیم‌گیری و حل مسئله بر بی‌توجهی در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی مبتلا به ADHD منطقه ۱۲ تهران تاثیر داشت. نتایج این یافته با یافته‌های لی و همکاران (۲۰۲۳) و محمدی و افروز (۱۳۹۹) همسو بود. نتایج ناهمسو یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که کودکان مبتلا به اختلال فزون‌کنشی-نارسایی توجه به خاطر نارسایی در توجه، بسیاری از اطلاعات را پردازش نمی‌کنند؛ بنابراین آن‌ها فرصت ذخیره کردن و فراخوانی اطلاعات را از دست می‌دهند؛ پس نارسایی‌هایی را در حافظه تجربه می‌کنند (محمدی و افروز، ۱۳۹۹). روانشناسان در دهه‌های اخیر در بررسی اختلال فزون‌کنشی-نارسایی توجه به این نتیجه رسیده‌اند که بسیاری از این اختلالات ریشه در ناتوانی فرد در تحلیل صحیح و مناسب از خود و موقعیت‌های دشوار و نداشتن آگاهی برای حل مشکلات و مسائل زندگی به شیوه مناسب دارد. همین نیاز به مواجهه و انطباق با فشارهای روانی و اجتماعی و تحلیل صحیح شناختی و رفتاری از خود مخصوصاً در دانش‌آموزان

ADHD که همراه با اختلالات رفتاری همراه است، باعث شده است توجه پژوهشگران و روانشناسان به طرف درمان شناختی رفتاری افزایش یابد که در این میان آموزش حل مسئله، جزء مهم و لاینفک درمان را تشکیل می‌دهد. دانشمندان معتقدند که آموزش تصمیم‌گیری و حل مساله در رشد تفکر دانش‌آموزان موثر است، همچنین بر متغیرهایی مانند اضطراب، لجبازی و مسئولیت‌پذیری بر افزایش تمرکز و توجه دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه تاثیرگذار می‌باشد (لی و همکاران، ۲۰۲۳). ویژگی‌های درمان آموزش حل مسئله نظیر فعال بودن، متمرکز بودن بر مشکل، هدف‌دار بودن، آموزش مهارت‌های مقابله و تأکید بر بازخورد در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند مدنظر قرار گیرد. در این پژوهش دانش‌آموزان درباره نحوه تسلط بر حل مسئله و توانایی پیدا کردن راه‌حل‌های جدید و شیوه مقابله مسئله مدار به جای هیجان مدار آموزش دیدند. جلسات آموزش مهارت‌های حل مسئله، فرصتی را برای استفاده از توانایی‌های شناختی و اجتماعی نوجوان فراهم می‌سازد و خودکارآمدی او را در برخورد با مسائل اجتماعی که نیازمند سازماندهی و برنامه‌ریزی موقعیت بوده، افزایش می‌دهد. تمرینات و تکالیفی که در حین جلسات آموزش مهارت‌های حل مسئله به فرد داده می‌شود، او را قادر می‌سازد تا به توانایی‌های شناختی خودش واقف شود و در پاسخ به تکالیف نیازمند به استفاده از این توانایی‌ها، بهتر عمل کند.

دیگر یافته این پژوهش نشان داد که آموزش مهارت تصمیم‌گیری و حل مسئله بر کژکاری اجتماعی در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی مبتلا به ADHD منطقه ۱۲ تهران تاثیر داشت. نتایج این یافته با یافته‌های هاشمی (۱۳۹۹) و جو و همکاران (۲۰۱۵) همسو بود. نتایج ناهمسو یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که هنگام مواجهه با رویدادها و فشارهای روانی منفی، توانایی در حل مسئله و مقابله می‌تواند نقش مهمی در عملکرد سالم، بهبود روابط میان‌فردی، بهداشت روان و سلامت جسمانی داشته باشد. افراد آموزش‌دیده، با گسترش دیدگاه‌ها و مهارت‌های شناختی و رفتاری خود، می‌توانند از حادثه بالقوه استرس‌زا فاصله هیجانی بگیرند و مشکلات را کمتر تهدیدآمیز و مخرب ارزیابی کنند. این مهارت یک راهبرد مقابله‌ای عمومی است که موجب تقویت تفکر مسئله مدار و استفاده کمتر از تفکر هیجان‌مدار می‌گردد و با تأکید بر داشتن فرایند تفکر منطقی و منظم هنگام رویارویی با مشکلات، امکان انتخاب بهترین و مؤثرترین پاسخ‌ها را افزایش می‌دهد (هاشمی، ۱۳۹۹). بین نقص در حل مسئله اجتماعی، با آشفتگی روانشناختی و سازگاری ضعیف رابطه وجود دارد. همچنین آموزش مهارت حل مسئله بر سطح سازگاری عاطفی-اجتماعی و بهبود خودپنداری تحصیلی، حل مسائل اجتماعی و امید به زندگی نقش دارد. آموزش مهارت حل مسئله، صلاحیت‌های رفتاری را حفظ و تسهیل می‌کند و به خاطر نوع ساختار خود، محیطی را فراهم می‌کند تا دانش‌آموز به‌واسطه ارزیابی رفتار خود، یافتن راه‌حل دقیق‌تر، پیش‌بینی پیامدها، خنثی‌سازی افکار ناکارآمد و تجارب خوب در حل مسائل، رفتارهای مؤثرتر از خود نشان دهد (جو و همکاران، ۲۰۱۵).

این پژوهش مانند با محدودیت‌هایی از جمله نمونه‌گیری در دسترس و بررسی نکردن برخی متغیرهای مداخله‌گر اشاره کرد، بنابراین در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت کرد. نمونه‌های

این پژوهش شامل دانش‌آموزان پسر دارای اختلال فزون‌کنشی-نارسایی توجه در دوره دوم متوسطه در منطقه ۱۲ شهر تهران بودند. بنابراین در تعمیم یافته‌ها به سایر گروه‌های سنی و دانش‌آموزان پسر باید جانب احتیاط رعایت شود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش عدم وجود دوره پیگیری بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، پژوهش‌هایی با آزمودنی‌های پسر انجام شود و اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هر دو گروه جنسیتی مقایسه گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد، مشاوران و درمانگران محترم، از این روش درمانی با شناسایی مسائل و مشکلات دانش‌آموزان و انتخاب بهترین راه حل و کمک به تصمیم‌گیری صحیح در کاهش کژکاری اجتماعی در نوجوانان بهره‌گیرند.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه نویسنده اول است. بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش قدردانی می‌شود.

منابع

- پورباغبان، سجاد، محمودی، فیروز، فتحی آذر، اسکندر، کوهستانی، بهروز. (۱۳۹۹). تأثیر برنامه درسی مبتنی بر واقعیت مجازی بر ادراک حل مسئله و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی. *مجله علمی آموزش و ارزشیابی*، ۱۳(۵۲)، ۵۹-۸۱.
- رزمی، علیرضا، آزموده، معصومه، رضایی، اکبر، هاشمی، تورج. (۱۳۹۹). اثر بخشی آموزش کارکردهای اجرایی بر نشانه‌های اضطراب، نارسایی توجه و مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی در تبریز. *آموزش و ارزشیابی (علوم تربیتی)*، ۱۳(۵۲)، ۱۱۵-۱۳۵.
- سلیمانی برزان، یزدانبخش کامران، مومنی، خدامراد. (۱۴۰۰). مدل‌یابی رابطه حافظه سرگذشتی بیش‌کلی‌گرا با حل مسئله در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی: نقش میانجی آگاهی فراشناخت. *فصلنامه روانشناسی شناختی*، ۹(۳): ۱-۱۵.
- عرب گل، فریبا، حیاتی، مرتضی، حدید، مائده. (۱۳۸۳). شیوع اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در گروهی از دانش‌آموزان. *اخبار علوم شناختی*، ۶(۲)، ۷۸-۷۳.
- محمدی، تینا، افروز، غلامعلی. (۱۳۹۹). تأثیر توانبخشی شناختی گروهی بر توانایی حل مسئله در دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۷(۲)، ۱۴۴-۱۵۵.

- مهرفازا، مهرناز، گلدوست، اصغر، کیامرشی، آذر. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش بازی درمانی شناختی- رفتاری بر توجه و تمرکز و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. *مجله علمی آموزش و ارزشیابی*، ۱۵ (۵۸)، ۶۷-۸۷.
- نصیری سپیده، ستوده اصل نعمت، جهان فائزه، فیروزجائیان علی اصغر. (۱۴۰۱). بررسی نقش مهارت اجتماعی بر خودمراقبتی در برابر رفتارهای پرخطر با میانجیگری تعارض نوجوانان با والدین. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۲ (۴)، ۱۶۲-۱۷۳.
- هاشمی، زهره. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله و درمان فرا شناختی بر عود افکار منفی دانش‌آموزان استعداد درخشان با اختلال اضطراب و افسردگی همایند. *دوماهنامه علمی- پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*، ۱۳ (۶)، ۶۲۸-۶۳۸.
- Chien, Y. L., Lin, H. Y., Tung, Y. H., Hwang, T. J., Chen, C. L., Wu, C. S.,... & Gau, S. S. F.(2022). Neurodevelopmental model of schizophrenia revisited: similarity in individual deviation and idiosyncrasy from the normative model of whole-brain white matter tracts and shared brain-cognition covariation with ADHD and ASD. *Molecular psychiatry*. 27(8), 3262-3271.
- Derevyanko, J. P., Filatova, E. A., Grinyova, O. I., Pchelkina, E. P., Razuvaeva, T. N., Sharapov, A. O., & Shvezova, V. A.(2022). The Course of Life Concept Development in Students Inclined to Deviant Behavior. *Iranian Rehabilitation Journal*. 20(2), 1-10.
- Hidalgo-Muñoz, A. R., Acle-Vicente, D., García-Pérez, A., & Tabernero-Urbieta, C.(2023). Application of neurotechnology in students with ADHD: An umbrella review. *Comunicar*. 31(76), 59-69.
- Ju, C., Zhao, F., Zhang, B., & Deng, J.(2018). Effects of fathering style on social problem-solving among Chinese teenagers: The roles of masculine gender stereotypes and identity. *Personality and Individual Differences*. 77, 124-130.
- Kaluma, D. C.(2023). Deviant behaviour among teachers and students and its effects on learning: Managers' perspectives in four selected secondary schools in Malawi (Doctoral dissertation, Mzuzu University).
- Li, T., Sun, G., Zhou, X., & Wang, T.(2023). Controlled attention, but not temporal storage of working memory correlates to math problem solving. *Educational Psychology*.4 (7), 1-19.
- Mak, A. D., Lee, S., Sampson, N. A., Albor, Y., Alonso, J., Auerbach, R. P.,... & Kessler, R. C.(2022). ADHD comorbidity structure and impairment: Results of the WHO world mental health surveys international college student project (WMH-ICS). *Journal of attention disorders*. 26(8), 1078-1096.
- Rizqi, P. A. D., Darmayanti, R., Sugianto, R., Choirudin, C., & Muhammad, I. (2023). Problem Solving Analysis Through Tests in View Of Student Learning Achievement. *Indonesian Journal of Learning and Educational Studies*. 1(1), 53-63.

The Effect of Decision Making and Problem Solving Skills Training on Inattention and Social Deviance in Male Students with ADHD.

Zahra Sharif Kazemi¹, Tahere Mahmoodian Dastnaei^{2*},

Abstract

The present study was conducted with the aim of investigating the effect of teaching decision-making and problem-solving skills on inattention and social misbehavior in male students with ADHD in the 12th district of Tehran. The statistical population of this research is the boy students of the second year of high school in the academic year of 1400-1401 in Tehran, who were diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder after referring to special treatment centers for hyperactivity, 24 students were selected as a statistical sample. In terms of methodology, this research is quasi-experimental with a pre-test and post-test design with an experimental group and a control group. To collect data in this research, Khodabakhshi and Rahmani Asl's Social Distortion Questionnaire (2016) and Connors' Attention Deficit Hyperactivity Disorder Questionnaire (1999) were used. In this research, the method of teaching decision-making and problem-solving skills was presented to the experimental group during 8 sessions, while the control group did not receive any intervention. The results of the analysis of covariance showed that in the post-test stage, there was a significant difference between the experimental and control groups in terms of the improvement of symptoms related to inattention and social deviance ($P \leq 0.01$). Based on the findings of the present research, it is concluded that problem solving and decision making training can be effective as an effective intervention to reduce inattention and social deviation in students with ADHD.

Keywords: Decision Making and Problem Solving Skills, Inattention, Social Deviance, ADHD.

1. M.A of psychology department, Faculty of Literature and humanity science, Tehran Markazi Azad University, Tehran, Iran. ORCID: 0000-0002-0354-7859

2. Assistant Professor, Psychology Department, Faculty of Literature and humanity science, Tehran Markazi Azad University, Tehran, Iran. ORCID: 0000-0001-4582-5540

*- Corresponding author: mahmoodian@iau.ac.ir



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت معنوی، احساس انسجام و شفقت به خود زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

سید مجتبی عقیلی،^۱ مطهره ابراهیمی^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۲۶ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۴/۲۵

چکیده

هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت معنوی، احساس انسجام و شفقت به خود زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان ۲۰ تا ۵۰ ساله عضو انجمن ام.اس شهر گرگان در سال ۱۴۰۱ بودند که بر اساس آمار اخذ شده از انجمن تعداد آنها ۳۰۰ نفر بود. از جامعه ذکر شده تعداد ۳۰ زن مبتلا به ام.اس به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه‌های سلامت معنوی پالوتزیان و الیسون (۱۹۸۳)، احساس انسجام آنتونوسکی (۱۹۸۷) و شفقت به خود نف (۲۰۰۳) بود. گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند اما گروه گواه تا پایان پژوهش، مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌های پژوهش از طریق آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره با نرم‌افزار spss نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت معنوی، احساس انسجام و شفقت به خود اثربخش است ($p < 0/05$). با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت معنوی، احساس انسجام و شفقت به خود زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شایسته است که این رویکرد به عنوان یکی از ابزارهای جدید و کاربردی مورد توجه پژوهشگران قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سلامت معنوی، احساس انسجام، شفقت به خود، مولتیپل اسکلروزیس

۱. نویسنده مسئول) استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

dr-aghili1398@yahoo.com

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

مقدمه

مولتیپل اسکلروز ۱ (ام‌اس) یک بیماری خود ایمنی است که سیستم عصبی مرکزی را هدف قرار می‌دهد و موجب تخریب میلین و آسیب به آکسون‌های مغز و نخاع می‌شود (هانکوک، رانو و گالیوتو، ۲۰۲۴)، درگیر شدن ماده سفید و خاکستری مغز علائم و نشانگان بالینی را ایجاد می‌کند که باعث نقص‌های جسمانی، ناتوانی و تغییرات شناختی و روانی می‌شود و ماهیت خودایمنی دارد؛ به این معنی که دستگاه ایمنی بدن، علیه قسمتی دیگر از بدن به عنوان یک عامل بیگانه واکنش غیرعادی نشان می‌دهد (درتاج، علی‌اکبری‌دهکردی، مقدسی و علی‌پور، ۱۴۰۰). این آسیب توانایی بخش‌هایی از سیستم عصبی را در انتقال سیگنال‌ها مختل می‌کند و در نتیجه طیف وسیعی از علائم و نشانه‌ها از جمله مشکلات جسمی، روحی و گاه روانپزشکی ایجاد می‌شود (تامپسون، بانول، بارخوف، ۲۰۱۸). دامنه سنی شروع این بیماری بین ۲۰ تا ۴۰ سال با میانگین سنی ۳۰ سال است و میزان شیوع آن در زنان دو تا سه برابر مردان است (ژنگ، جیانگ، هوانگ و وانگ، ۲۰۲۴). بیماری ام‌اس با نسبت ابتلا ۲ تا ۳ برابری زنان به مردان (دابسون و گیوانونی، ۲۰۱۹)، اغلب در بزرگسالان ۱۵ تا ۵۰ سال بروز می‌نماید (یوسفی، ضرغام حاجبی، سراوانی، ۱۴۰۰). بیماری مولتیپل اسکلروزیس منجر به ناتوانی و ایجاد انواع اختلال‌های حسی و حرکتی در فرد بیمار می‌شود (شمس، پاشنگ، صداقت، ۱۴۰۰). و با مشکلاتی مانند شدت و دفعات عود بیماری، پایین بودن حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، کاهش امید به زندگی و مشکلات عاطفی و اقتصادی، و اختلال‌های روانشناختی همراه است (بندیکت، آماتو، دلوکا، ۲۰۲۰). بیماری‌های مزمن و ناتوان کننده، بیمار را با سوالاتی درباره هدف و معنا در زندگی مواجه می‌کنند. شمار زیادی از بیماران سلامت معنوی را به عنوان عامل ایجادکننده هدف و معنا در زندگی می‌شناسند (خاری و پاکیان، ۱۴۰۲).

معنویت نقش مهمی در بهبود وضعیت روانشناختی در افراد مبتلا به بیماری‌های خاص و مزمن دارد (سلیمی کنده، ۱۳۹۹). سلامت معنوی یکی از مفاهیم مهم در نحوه رویارویی بیمار با مشکلات و تنش ناشی از بیماری می‌باشد که فرد را به احساسات هویت، کمال، رضایت مندی، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام نگرش مثبت، آرامش، توازن درونی و هدف در زندگی متمایل می‌کند (شیوندی، عبدالملکی، قلمی و نفر، ۱۴۰۲). از طرفی سلامت معنوی، دربرگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌شود (رازک، یوسف، عیسی، ایمپونگ و مسلان، ۲۰۲۱). به طور کلی اعمال مذهبی و معنوی اگرچه باعث درمان بیمار نمی‌شود اما به وی کمک می‌کند تا با بیماری کنار

1. Multiple sclerosis
2. Hancock, Rao and Gallioti
3. Thompson, Banwell, Barkhoff
4. Zheng, Jiang, Huang and Wang
5. Dobson and Giovannoni
6. Benedict, Amato, DeLuca
7. Spiritual health
8. Razak, Yusuf, Isa, Imbong and Maslan

آمده و از برخی مشکلات سلامت پیشگیری می‌کنند (کوپوال، رانیا، پارسی و الگومارسینوا، ۲۰۲۱). سلامت معنوی یکی از مفاهیم مهم در نحوه رویارویی بیمار با مشکلات و تنش ناشی از بیماری می‌باشد که فرد را به احساسات هویت، کمال، رضایت‌مندی، خرسندی، نگرش مثبت، توازن درونی و هدف در زندگی متمایل می‌کند (عیسی‌زاده، محمدصالحی و جعفری، ۱۴۰۲). از این رو، توجه به سازگاری و کنار آمدن با بیماری و مشکلات ناشی از آن از طریق شناخت و تقویت بعد معنوی سلامت بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است (عبادی، حسینی، فلاحی، ۱۳۹۶).

علاوه بر معنویت، برای اینکه فرد بتواند با محدودیت‌ها و منابع استرس مقابله کند و سالم بماند ساختاری مانند حس انسجام مورد نیاز است (تیلور، دورستن، پریور، ۲۰۲۲). شواهد پژوهشی نشان داد که سازه انسجام و پیوستگی در سازگاری و بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بسیار موثر است (ضرابی، زمانیان، کراسکیان و پاشنگ، ۱۴۰۰). حس انسجام یک منبع درونی است که به صورت تجربی در طول جوانی رشد می‌کند تا به یک کیفیت نسبتاً پایدار می‌رسد. از طریق حس انسجام می‌توان توجه کرد که چرا فردی می‌تواند حد بالایی از استرس را از سر بگذراند و سالم بماند (ایندور، ناقتالی، روهیموویچ، شیتريت، ۲۰۲۱). حس انسجام قوی و رشد یافته سلامت جسمانی را ارتقا می‌بخشد و سطوح بالای بهزیستی روانی را تسهیل می‌کند (نیلاب، قنبری‌هاشم‌آباد و کیمیایی، ۱۳۹۸)؛ همچنین احساس انسجام روش‌های کارآمدی را برای مواجهه با عوامل تنش‌زا در اختیار اشخاص می‌گذارد و در نتیجه آنان در مواجهه با تنش‌های مواجه شده بیشتر از قبل مقاومت می‌نمایند احساس انسجام یک سازه شخصیتی با سه مؤلفه در پذیرش، توانایی مدیریت و معناداری می‌باشد (مسینا، کولبرت، بوندیک، کروترز و استرانو، ۲۰۱۸). پذیرش زیرمؤلفه شناختی احساس انسجام است و به طور کلی به توانایی کنترل محیط بیرونی از نظر شناختی اشاره دارد، به عبارتی دیگر احساس فرد نسبت به منظم بودن و سازمان یافتگی اطلاعات مرتبط با خود و محیط بیرونی را مورد سنجش قرار می‌دهد (ملکان، ۱۴۰۱). زیرمؤلفه توانایی مدیریت به عنوان سازه‌ای ابزاری اشاره به قابلیت دسترسی به منابع بیرونی جهت پاسخگویی مطلوب به نیازها و تقاضاهای نشأت گرفته از تحریکات بیرونی و درونی اشاره دارد، در حقیقت کنترل پذیری منعکس‌کننده نگرش‌ها و منابع مقابله‌ای موجود است. در آخر معناداری بر جنبه انگیزشی احساس انسجام تاکید داشته و میزان درگیر شدن وی را در حیطه‌های مختلف زندگی نشان می‌دهند (چانگ، لی، ۲۰۲۱).

با توجه به ماهیت مزمن و پیشرونده بیماری ام‌اس، این بیماری می‌تواند تأثیرات مخربی بر احساس شخص از خود بگذارد. گاهی اوقات فرد خود را مسئول مشکلات و بیماری خود دانسته و به خاطر مشکلات جسمی و روانی، دائماً خود را سرزنش می‌کند. بنابراین می‌توان گفت این بیماران از

1. Kupval, Rania, Parisi and Algomarsino
2. Taylor, Dorsten, Prior
3. Endore, Naftali, Rohimovic, Sheetrit
4. Messina, Colbert, Bundick, Crothers & Strano
5. Chang
6. Lee

شفقت به خود پایین رنج می‌برند (ادیبی، طاهر و نهایتی، ۱۴۰۰). شفقت خود احساس گشودگی نسبت به رنج خود و همچنین تمایل به تسکین این رنج با مهربانی است (نف و گرمر، ۲۰۱۷). شفقت به خود تجربه حس مراقبت و مهربانی نسبت به خود، اتخاذ نگرش عاری از ارزیابی و همراه با درک و فهم نسبت به بی‌کفایتی‌ها و شکست‌های خود می‌باشد (عاشوری، کچویی و حمیدی، ۱۴۰۱). بر اساس تعریف نف (۲۰۱۳) این متغیر از سه مؤلفه تشکیل شده است: مهربانی با خود در مقابل خودسرزنشگری، تجربه مشترک بشری در برابر انزو، ذهن آگاهی در برابر همانندسازی افراطی یا اجتناب (روحانی و هارونی، ۱۳۹۸). خودشفقتی باعث می‌شود افراد ترس کمتری از شکست داشته باشند و شایستگی خود را درک و ملاحظه کنند (جاکبسون، ویلسرون، سرولومانکروز و کلروم، ۲۰۱۸).

با توجه به در نظر گرفتن مولفه‌های روانشناختی بیماری، لذا مداخله روانشناختی در این زمینه می‌تواند نقش اساسی در سازگاری فرد با شرایط جسمی‌اش داشته باشد (درتاج، علی‌اکبری دهرکردی، ناصرمقدسی و علی‌پور، ۱۴۰۰). در این پژوهش از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ که یکی از درمان‌های موج سوم رفتار درمانی است استفاده شد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مهارت‌های روانشناختی را به انسان آموزش می‌دهد تا بتواند افکار و احساسات دردآور را به طور مؤثری بپذیرد و تحمل کند؛ به طوری که این افکار و احساسات تأثیر و نفوذ کمتری در فرد داشته باشند (هیز، ۲۰۱۹)، و از شش فرآیند اصلی یعنی پذیرش، گسلش‌شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه برای انعطاف‌پذیری روانشناختی استفاده می‌کند (بخشنده‌لاریمی، زبردست و رضائی، ۱۴۰۰). در این راستا نتایج مطالعات مختلف نشان‌دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت معنوی (صفدری و همکاران، ۱۴۰۱؛ عقیلی و ملک، ۱۴۰۰؛ فروئر و همکاران، ۲۰۱۳)، خودشفقت‌ورزی (بختیاری و همکاران، ۱۴۰۱؛ باکویی، ۱۴۰۱؛ موران و مینگ، ۲۰۲۲؛ کوله و همکاران، ۲۰۲۱)، انسجام روانی (بصیری فر و موسوی نژاد، ۱۴۰۱؛ کاظمی، ۱۴۰۰؛ ریچاردسون و همکاران، ۲۰۱۸) بود.

با توجه به اینکه کاربرد درمان‌های مختلف از جمله مداخلات روانشناختی می‌تواند گامی نو در بهبود وضعیت این بیماری تلقی شود، جلب توجه متخصصان مبنی بر استفاده بیشتر از پیش از خدمات روانشناسان و استفاده از درمان‌های روانشناختی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار مداخلات طبی، گامی مؤثر در بهبود سازگاری و وضعیت روانشناختی بیماران تلقی می‌شود. به‌منظور پوشش خلأ اطلاعاتی موجود و در راستای تحقق اهداف فوق، پژوهش حاضر با هدف بررسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت معنوی، احساس انسجام و شفقت به خود در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر گرگان انجام شد. شیوع بیماری ام اس، کیفیت زندگی بیماران را به دلیل ناتوانی تدریجی کاهش داده است؛ بنابراین، با توجه به کثرت روزافزون بیماران مبتلا به ام اس و تأثیرگذاری

1. Nef and Garmar
2. Jacobserone, Wilserone, Serulomanecrosis and Chlorine
3. Acceptance and commitment therapy

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در برخورد با شرایط ناتوان‌کننده و رنج‌آور، ضرورت دارد پژوهشی درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت معنوی، احساس انسجام و شفقت به خود زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شود.

روش

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های کاربردی و نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه‌آماري پژوهش شامل تمامی زنان ۲۰ تا ۵۰ ساله عضو انجمن ام.اس شهر گرگان در سال ۱۴۰۱ بودند که بر اساس آمار اخذ شده از انجمن تعداد آنها ۳۰۰ نفر بود. بعد از کسب مجوزهای لازم و مراجعه به انجمن ام.اس شهرستان گرگان، از بین زنانی که ملاک‌های ورود در مورد آنها صدق می‌کرد، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ملاک‌های ورود به پژوهش، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، گذشت حداقل یک سال از شروع بیماری، حداقل تحصیلات دیپلم بود. ملاک‌های خروج عدم تمایل به شرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه، شرکت همزمان در سایر برنامه‌های روانشناختی و مصرف داروهای روانپزشکی بود. پس از طی مراحل فوق، ضمن دعوت از آزمودنی‌های گروه آزمایش جهت حضور در انجمن ام.اس برای افراد گروه آزمایش در مورد منطق درمان و هدف پژوهش توضیحاتی داده شد. سپس جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۸ جلسه، هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه) بر اساس پروتکل درمانی پذیرش و تعهد توسط پژوهشگر برای آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا شد. پس از اتمام جلسات درمانی آزمودنی‌های هر دو گروه مجدداً به پرسشنامه‌های مذکور به عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. ملاحظات اخلاقی پژوهش به این صورت بود که افراد شرکت کننده ابتدا فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند. به آنها اطمینان داده شد که اصل رازداری رعایت شود، سلامت روانشناختی آنها در اولویت قرار گیرد و می‌توانند در هر مرحله‌ای از پاسخ‌گویی، همکاری در پژوهش را ادامه ندهند. در صورت تایید فرضیه پژوهش برای گروه گواه نیز دوره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز اجرا خواهد شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی از جمله میانگین و انحراف استاندارد و جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کلوموگروف-اسمیرنوف و آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس چند متغیره با رعایت مفروضه‌های آن و نرم‌افزار تحلیل داده‌های spss نسخه ۲۰ استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه سلامت معنوی ۱: این پرسشنامه توسط پالوتزیان و الیسون (۱۹۸۳) ساخته شده و دارای ۲۰ سوال و دو خرده مولفه سلامت مذهبی و سلامت وجودی می‌باشد. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت

طیف لیکرت ۶ درجه‌ای و به شرح ذیل است: کاملاً مخالفم=۱ مخالفم=۲ نسبتاً مخالفم=۳ نسبتاً موافقم=۴ موافقم=۵ و کاملاً موافقم=۶. در این پرسشنامه چنانچه فرد نمره‌ای بین ۲۰ تا ۶۰ کسب کند نشان دهنده آن است که سلامت معنوی پایینی دارد، چنانچه نمره‌ای بین ۶۱ تا ۹۹ کسب کند نشان دهنده سلامت معنوی متوسط است. و اگر نمره‌ای بین ۱۰۰ تا ۱۲۰ کسب نماید نشان دهنده سلامت معنوی بالا می‌باشد. دامنه کلی نمرات بین ۲۰ تا ۱۲۰ می‌باشد. فراهانی‌نیا و همکاران (۱۳۸۴) به جهت بررسی اعتبار پرسشنامه از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده کردند که ضریب به دست آمده ۰/۸۲ بود که نشان دهنده اعتبار مطلوب و مناسبی است. همچنین در پژوهش سلیمی‌کنده و همکاران (۱۳۹۹) پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که ضریب ۰/۹۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر، اعتبار پرسشنامه سلامت معنوی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

پرسشنامه احساس انسجام ۱: به منظور سنجش احساس انسجام در این پژوهش از مقیاس حس انسجام آنتونوسکی (۱۹۸۷) استفاده خواهد شد. این پرسشنامه حاوی ۲۹ سؤال و سه خرده مقیاس ۱- قابل درک بودن (سوالات ۱ تا ۱۱)، ۲- کنترل‌پذیری (سوالات ۱۲ تا ۲۰) و ۳- معنی‌دار بودن (سوالات ۲۱ تا ۲۹) می‌باشد. به منظور بررسی اعتبار پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. که ضریب به دست آمده در جامعه پسران ۰/۷۵ و در جامعه دختران ۰/۷۸ گزارش گردید. و روایی همزمان این پرسشنامه با مقیاس سرسختی روانشناختی ۰/۵۴ حاصل شد. همچنین ضریب اعتبار بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۶۶ گزارش شده است. به منظور بررسی همسانی درونی مقیاس، ارتباط مولفه‌های ادراک‌پذیری، کنترل‌پذیری و معناداری با نمره کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱ و ۰/۷۶ به دست آمده است (آنتونوسکی، ۱۹۸۷). در پژوهش نیلاب و همکاران (۱۳۹۸) به جهت بررسی اعتبار پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد که ضریب ۰/۷۹ گزارش گردید. روش نمره‌گذاری به صورت لیکرت پنج درجه‌ای می‌باشد و در ۷ سؤال به صورت معکوس است. دامنه نمرات در این پرسشنامه بین ۱۴۵ تا ۲۹ متغیر است. در پژوهش حاضر، اعتبار پرسشنامه احساس انسجام با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد.

پرسشنامه شفقت به خود ۲: پرسشنامه شفقت‌ورزی به خود توسط نف در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است (نف، ۲۰۰۳). این مقیاس دارای ۲۶ گویه است با یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (تقریباً هر گز تا تقریباً همیشه)، با سؤالاتی مانند: (من درباره اشتباهات و بی‌کفایتی‌های خود به قضاوت می‌نشینم و آنها را تایید نمی‌کنم. وقتی که در مورد بی‌کفایتی‌هایم فکر می‌کنم، بیشتر احساس تنهایی می‌کنم و فکر می‌کنم متفاوت از بقیه افراد جهان هستم.) شفقت‌ورزی به خود را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای سه مقیاس دو قطبی: مهربانی با خود در برابر قضاوت و داوری در برابر خود؛ انسانیت مشترک در برابر انزوا؛ به‌شیراری در مقابل همانندسازی افراطی است. این ۶ زیر مقیاس در مجموع واریانس کل را تبیین می‌کنند. این مقیاس دارای ۶ زیر مقیاس، مهربانی نسبت به خود؛ قضاوت خود؛ به‌شیراری؛ همانندسازی افراطی؛ اشتراکات انسانی؛ و انزوا می‌باشد. مطالعات روایی همگرا (نف، ۲۰۱۷)، روایی

افتراقی، همسانی درونی و پایایی بازآزمایی مناسب این مقیاس را نشان داده‌اند. در مطالعات عاشوری و همکاران (۱۴۰۱) نیز همسانی درونی این مقیاس با آلفای کرونباخ $0/84$ مناسب ارزیابی شده است. در پژوهش حاضر، اعتبار پرسشنامه شفقت به خوئی با استفاده از آلفای کرونباخ $0/84$ محاسبه شد. مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرفته از پروتکل هیز و همکاران (۲۰۰۶) به تفکیک جلسات و محتوای هر یک از آنها در جدول ۱، ارائه شده است.

جدول ۱ خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

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

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان $32/08 \pm 3/42$ بود. همچنین نتایج نشان داد که ۹ نفر ($75/0$) تحصیلات دیپلم، ۱۸ نفر ($29/0$) فوق‌دیپلم و ۳ نفر ($1/0$) لیسانس داشتند. در ادامه میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

گروه گواه		گروه آزمایش		مرحله	متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۶/۷۸	۸۱/۶۰	۶/۱۴	۸۱/۲۰	پیش‌آزمون	سلامت معنوی
۵/۵۳	۷۹/۳۳	۶/۲۷	۹۸/۲۶	پس‌آزمون	
۵/۳۰	۷۹/۴۰	۳/۳۱	۷۹/۰۰	پیش‌آزمون	احساس انسجام
۷/۷۳	۸۰/۶۶	۴/۶۷	۱۱۲/۳۳	پس‌آزمون	
۴/۲۶	۷۱/۲۰	۴/۷۲	۷۴/۲۶	پیش‌آزمون	شفقت به خود
۱۸۳۲۶	۷۳/۰۶	۴/۷۴	۹۶/۹۳	پس‌آزمون	

بر اساس نتایج جدول ۲، در هر دو متغیر، گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون بهبودی را در میانگین داشته است. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس چند متغیره در جهت بررسی پیش‌فرض‌های این تحلیل، آزمون شاپیرو-ویلک به منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها، آزمون لوین به منظور بررسی برابری واریانس خطا بین گروه‌های پژوهش انجام و تایید شدند ($p > 0/05$). همچنین نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد با توجه به معنی‌دار نبودن مقدار $F=1/464$ ، $sig=0/128$ ، چون سطح معنی‌داری بیشتر از $0/05$ بود، شرط همگنی ماتریس کوواریانس برقرار است. نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون در متغیرهای سلامت معنوی، احساس انسجام و شفقت به خود نشان داد، خطوط موازی و هم‌جهت بوده و بنابراین این مفروضه نیز برقرار است. در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس ارائه شده است.

جدول ۳: تحلیل کوواریانس چند متغیری نمره‌های پس آزمون متغیر سلامت معنوی، احساس انسجام و شفقت به خود و نمره‌های همپراش پیش آزمون

منبع	متغیر	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	معناداری	توان آماری
گروه	سلامت معنوی	۱	۲۳۰۴/۶۸۵	۲۳۰۴/۶۸۵	۶۱/۳۹۰	۰/۰۰۰	۰/۷۱
	احساس انسجام	۱	۶۸۰۷/۶۳۴	۶۸۰۷/۶۳۴	۱۵۱/۲۵۴	۰/۰۰۰	۰/۸۵
	شفقت به خود	۱	۳۶۱۸/۳۶۸	۳۶۱۸/۳۶۸	۱۲۵/۷۴۹	۰/۰۰۰	۰/۸۳
پیش آزمون	سلامت معنوی	۱	۹/۹۰۹	۹/۹۰۹	۰/۲۶۴	۰/۶	۰/۰۱۰
	احساس انسجام	۱	۱۰/۲۸۳	۱۰/۲۸۳	۰/۲۲۸	۰/۶	۰/۰۰۹
	شفقت به خود	۱	۱۳/۹۱۰	۱۳/۹۱۰	۰/۴۸۳	۰/۰۱	۰/۴۸
خطا	سلامت معنوی	۲۵	۹۳۸/۵۳۷	۳۷/۵۴۱			
	احساس انسجام	۲۵	۱۱۲۵/۱۹۷	۴۵/۰۰۸			
	شفقت به خود	۲۵	۷۱۹/۳۶۱	۲۸/۷۷۴			
کل	سلامت معنوی	۳۰	۲۴۰۲۳۲/۰۰۰				
	احساس انسجام	۳۰	۲۸۸۰۳۱/۰۰۰				
	شفقت به خود	۳۰	۲۲۱۸۹۸/۰۰۰				

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت معنوی ($F=۶۱/۳۹۰, P<۰/۰۰۱$)، احساس انسجام ($F=۱۵۱/۲۵۴, P<۰/۰۰۱$) و شفقت به خود ($F=۱۲۵/۷۴۹, P<۰/۰۰۱$) بر آزمودنی‌ها از لحاظ آماری اثربخش است، مقدار مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که ۷۱ درصد واریانس سلامت معنوی، ۸۵ درصد واریانس احساس انسجام و ۸۳ درصد واریانس شفقت به خود از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت معنوی، احساس انسجام و شفقت به خود زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش سلامت معنوی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است. این یافته با نتایج مطالعات صفدری و همکاران (۱۴۰۱)، عقیلی و ملک (۱۴۰۰) و فروئر و همکاران (۲۰۱۳) همسو بود. این یافته اینگونه تبیین می‌شود که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد تشویق می‌شوند تا رفتارشان را براساس اینکه آیا استراتژی‌هایی که به کار می‌برند موفقیت‌آمیز است یا نه ارزیابی کنند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق تمرین‌های ذهن آگاهی، تغییر و اصلاح ارتباط فرد با افکارش، خود مشاهده‌گری و آگاهی فرد از وضع اندامش تقویت می‌شود. در این راستا در جهت افزایش پذیرش افکار، باورها، احساسات تلاش می‌شود (صفدری و همکاران، ۱۴۰۱)؛ بنابراین افراد خود را از نشخوارهای فکری که منتج از ناامیدی است، نجات می‌دهند؛ به عبارتی دیگر می‌توان گفت این درمان با کاهش همجوشی با افکار و احساسات ناکارآمد، به بیمار این فرصت را می‌دهد تا با نگرانی‌ها و مفاهیم زیربنایی زندگی از قبیل زندگی و مرگ، امید و ناامیدی، رابطه با دیگران یا ماندن در انزوا، آگاهی و احساس مسئولیت نسبت به خود و دیگران و تعالی خویشتن رو به رو شود. در چنین شرایطی و پس از درک مفاهیم پذیرش و تعهد، بیمار مسئولیت پذیری بیشتری نسبت به زندگی خود دارد و دگرگونی‌های بنیادین در باورهای خود تجربه می‌کند که از این طریق سلامت معنوی در زندگی‌شان افزایش می‌یابد (عقیلی و ملک، ۱۴۰۰).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش احساس انسجام زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است. این یافته با نتایج مطالعات بصیری فر و موسوی‌نژاد (۱۴۰۱)، کاظمی (۱۴۰۰)، ریچاردسون و همکاران (۲۰۱۸) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در رویکرد پذیرش و تعهد، به بیمار کمک می‌شود با در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه با استفاده از استعاره‌ها در طول درمان، روش‌ها و تکالیف درمانی یاد بگیرد هنگام رویارویی با رویدادهای زندگی توانمند باشد. استعاره‌های استفاده شده در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران کمک می‌کند به تجربیات مثبت و خوب زندگی‌شان توجه کنند که در بهبودی آنها نقش دارد و در عین حال بتوانند رویدادهای روانی آسیب‌رسان را بپذیرند و در زمان حال زندگی کنند. همچنین این درمان به بیمارانی که افکار، رفتار و احساسات آنها آمیخته است، به گونه‌ای که معتقدند افکار آنها عین حقیقت و غیرقابل تغییر است، کمک می‌کند بتوانند بین افکار، رفتار و احساسات تمایز قائل شوند. بررسی افکار و مشخص کردن اینکه کدام یک از آنها درست و غلط است، به بیماران کمک می‌کند به جای اینکه ناامید باشند، بتوانند بر مشکلات غلبه کنند و سلامتی‌شان بهبود یابد (بصیری فر و موسوی‌نژاد، ۱۴۰۱). علاوه بر این، می‌توان گفت که یکی از فرایندهایی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آن توجه می‌شود فرایند عمل متعهدانه است. ترغیب افراد به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و در نهایت، تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در راستای ارزش‌ها به

وجود می‌آید و باعث می‌شود ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن، بر رضایت از زندگی افزوده شود و فرد را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی (اضطراب، یأس، افسردگی) رهایی می‌بخشد که به نوبه خود باعث کاهش فشار روانی می‌شود و موجبات افزایش احساس انسجام و سلامت را در فرد فراهم می‌کند (ریچاردسون و همکاران، ۲۰۱۸).

همچنین آخرین یافته پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش شفقت به خود زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است. این یافته با نتایج مطالعات بختیاری و همکاران (۱۴۰۱)، باکویی (۱۴۰۱)، موران و مینگ (۲۰۲۲)، کوله و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته باید خاطر نشان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجعان را هدایت می‌کند تا افکار و هیجان‌های خویش را از خود جدا ببینند که این به درمانگران اجازه می‌دهد تا چارچوب رابطه‌ای و حالت‌های شناخت منفی را اصلاح کنند. هدف پذیرش و تعهد درمانی، افزایش پذیرش کامل حیطه وسیعی از تجارب عینی است که شامل آشفتگی‌ها، افکار، باورها، احساسات و دریافت‌های حسی، بدنی است و نهایتاً افراد را به سمت ارتقاء کیفیت زندگی‌شان هدایت می‌کند (کوله و همکاران، ۲۰۲۱). در واقع در رویکرد پذیرش و تعهد درمانی بر پذیرش و سپس تغییر و اصلاح ارتباط فرد با افکارش تمرکز می‌شود. در تحلیل این یافته باید گفت مؤلفه پذیرش، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برای مراجع این امکان را فراهم می‌آورد تا تجربه‌های ناخوشایند درونی را بدون تلاش به منظور کنترل آنها، احساس کند و انجام این کار باعث می‌شود تا تجربه‌های ناخوشایند کمتر تهدید کننده به نظر برسند و تاثیرشان بر زندگی فرد کاهش خواهد یافت (موران و مینگ، ۲۰۲۲).

به دلیل اجرای پژوهش بر روی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس عضو انجمن ام‌اس شهرستان گرگان، تعمیم نتایج به زنان مبتلا در سایر شهرها و استان‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در آینده به منظور بررسی دقیق‌تر ابعاد سلامت معنوی، احساس انسجام و شفقت به خود و به طور کلی وضعیت روانی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، پژوهش‌هایی به صورت طولی انجام دهند. لزوم توجه بیشتر به درمان‌های روانشناختی توسط نهادها و مؤسسات دست‌اندرکار توصیه می‌گردد. در این زمینه طراحی و در دسترس قرار دادن بسته‌های آموزشی و مشاوره‌ای درمان پذیرش و تعهد برای مددکاران، روانشناسان و پرستاران، جهت خودیاری بیماران پیشنهاد می‌گردد.

منابع

- ادیبی، مریم؛ طاهر، محبوبه؛ و نهایتی، محمدعلی. (۱۴۰۰). مقایسه درآمیختگی شناختی، شفقت به خود و شکفتگی در بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم. مجله سلامت و مراقبت، ۲۳(۱): ۵۵-۶۵.
- بخشنده لاریمی، نگار؛ زبردست، عذرا؛ و رضائی، سجاد. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی، نشخوار فکری و تحمل آشفتگی در افراد با سردرد میگرنی. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۸(۲): ۷۴-۸۷.
- باکویی کتریمی، علی. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روانشناختی، افزایش شفقت به خود و تحمل پریشانی مادران کودکان اتیستیک، پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور واحد تهران جنوب.
- بصیری فر، مهلا؛ و موسوی نژاد، سیدمحمود. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و انسجام روانی زنان ناباور، مجله تحقیقات سلامت در جامعه، ۸(۱): ۸۱-۹۲.
- بختیاری، بهاره؛ ساعدی، سارا؛ و رازانی، محسن. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودشفقت‌ورزی، ذهن آگاهی و سبک زندگی سلامت محور بیماران دیابت با استفاده از روش آماری استنباطی، نهمین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم انسانی، مدیریت و کارافرینی ایران، تهران.
- خاری، سرور؛ و پاکیان، مرضیه. (۱۴۰۲). تاثیر مذهب و معنویت روی سلامت روان بیماران مبتلا به ام اس، ششمین همایش ملی مراقبت و درمان، علی آباد.
- درتاج، افسانه؛ علی اکبری دهکردی، مهناز؛ ناصرمقدسی، عبدالرضا و علی پور، احمد (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، ادراک درد و اینترلوکین ۱۲ در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، فصلنامه روان شناسی کاربردی، ۱۵(۱): ۴۹-۷۲.
- روحانی، عباس؛ وهارونی، یعقوب. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شفقت خود بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مرد شهر اصفهان، روانشناسی. روان شناسی تحلیلی شناختی، ۱۰(۳۲): ۵۱-۶۲.
- سلیمی کنده، طاهره. (۱۳۹۹). نقش سلامت معنوی، دشواری در تنظیم هیجان و امید در پیش بینی اضطراب سلامت بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب، پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی، دانشگاه پیام نور واحد آستارا.
- شمس، گلشید؛ پاشنگ، سارا و صداقت، مستوره (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و واقعیت درمانی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. طب پیشگیری، ۸(۱): ۸۰-۷۰.

شیوندی چلیچه، کامران؛ عبدالملکی، سعید؛ قلمی، زهرا؛ و نفر، زهرا. (۱۴۰۲). تبیین مدل تاب‌آوری بر اساس هدفمندی زندگی و کیفیت روابط با میانجی‌گری سلامت معنوی در مواجهه با شرایط فشار روانی ناشی از کووید-۱۹. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۴(۵۴): ۱۰-۳۴.

صفدری، حلیمه؛ زرگران، فرزانه؛ و زرگران، فاطمه. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، افسردگی و سلامت معنوی زنان نابارور در شهر مشهد، دومین کنفرانس بین‌المللی تحقیقات پیشرفته در مدیریت و علوم انسانی، تهران.

ضرابی عجمی، سمیرا؛ زمانیان، هادی؛ کراسکیان مومباری، آدیس؛ و پاشنگ، سارا. (۱۴۰۰). نقش میانجی‌گری حس انسجام در رابطه بین استرس ادراک شده با خستگی و درد در بیماران مالتیپل اسکلروزیس. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۱۴(۱۱): ۳۸-۴۷.

عیسی زاده، نیکزاد؛ محمدصالحی، رضا؛ و جعفری کادیجانی، نسرین. (۱۴۰۲). بررسی ارتباط نواهی شرع مقدس با ابعاد سلامت با تأکید بر سلامت معنوی. نشریه فرهنگ و ارتقاء سلامت، ۷(۲): ۳۳۰-۳۲۲.

عاشوری، میترا؛ کجویی، محسن؛ و وحیدی، الهه. (۱۴۰۱). نقش واسطه‌ای اجتناب تجربی در رابطه بین خودشفقتی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به ام‌اس. ابن سینا، ۲۴(۴): ۶۷-۷۸.

عقیلی، سید مجتبی؛ و ملک، فاطمه. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت معنوی و فشار خون بیماران همودیالیزی شهرستان گرگان، مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۸(۵): ۱-۱۲.

فراهانی نیا، مرحمت؛ عباسی، مژگان؛ گیوری، اعظم؛ و حقانی، حمید. (۱۳۸۴). سلامت معنوی دانشجویان پرستاری و دیدگاه آن‌ها در مورد معنویت و مراقبت معنوی از بیماران. نشریه پرستاری ایران، ۱۸(۴۴): ۷-۱۴.

کاظمی، جواد. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس انسجام، منبع کنترل و رشد بعد از تروما در بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی و مولتیپل اسکلروزیس، رساله دکتری، رشته مشاوره توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

ملکان، مریم. (۱۴۰۱). رابطه انسجام خود و حمایت اجتماعی با اشتیاق تحصیلی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان گالیکش، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی عمومی، منتشر نشده، موسسه آموزش عالی شرق گلستان.

نیلاب، ریحانه؛ قنبری‌هاشم آبادی، بهرامعلی؛ و کیمیایی، سید علی. (۱۳۹۸). اثربخشی رویکرد بوئن بر ارتقاء تمایز یافتگی خود و رضایت زناشویی در زنان ترک و ترکمن. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۹(۱): ۱-۱۶.

یوسفی، خدیجه؛ زرغام حاجبی، مجید و سراوانی، شهرزاد (۱۴۰۰). پیش‌بینی گرایش به افکار خودکشی بر اساس سرسختی روانشناختی و تصویر بدنی ادراک‌شده در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۱۰(۳۹): ۱۷۰-۱۵۷.

- Antonovsky, A. (1987). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6): 725-733.
- Benedict, R., Amato, M., DeLuca, J., & Geurts, J. (2020). Cognitive impairment in multiple sclerosis: clinical management, MRI, and therapeutic avenues. *The lancet neurology*, 19(10): 860-871.
- Coppola, I., Rania, N., Parisi, R., & Lagomarsino, F. (2021). Spiritual wellbeing and mental health during the COVID-19 pandemic in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 12(1): 296-309.
- Chang, E., & Lee, S. (2021). Mediating effect of goal adjustment on the relationship between socially prescribed perfectionism and academic burnout. *Psychology in the Schools*, 57(2): 284-295.
- Dobson, R., & Giovanini, G. (2019). Multiple sclerosis -a review. *European Journal of Neurology*, 1(26): 27-40.
- Eindor-Abarbanel, A., Naftali, T., Ruhimovich, N., Shitrit, A., Sklerovsky-Benjaminov, F., Konikoff, F., & Broide, E. (2021). Important relation between self-efficacy, sense of coherence, illness perceptions, depression and anxiety in patients with inflammatory bowel disease. *Frontline Gastroenterology*, 35(3): 3-7.
- Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N., & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulnessbased program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress, 1(4): 123-135.
- Hayes, S. (2019). *A Liberated Mind How to Pivot toward What Matters*, Newyork: an imprint of Penguin Random House.
- Hancock, L., Rao, S., & Galimoto, R. (2024). Neuropsychological Manifestations of Multiple Sclerosis. *Neurologic Clinics*, 14(6): 101-116.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1): 1-25.
- Jacobson, K., Wilson, G., Solomon, A., & Kellum, K. (2018). Examining self-compassion in romantic relationships. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 8(1): 69-73.
- Köhle, N., Drossaert, C. H. C., & Klooster, P. M. (2021). Web-based self-help intervention for partners of cancer patients based on acceptance and commitment therapy and self-compassion training: a randomized controlled trial with automated versus personal feedback. *Support Care Cancer*, 2(9): 5115-5125.
- Moran, D. J., & Ming, S. (2022). The Mindful Action Plan: Using the MAP to Apply Acceptance and Commitment Therapy to Productivity and Self-Compassion for Behavior Analysts. *Behav Analysis Practice*, 1(5): 330-338.
- Messina, K. C., Kolbert, J. B., Bundick, M. J., Crothers, L. M., & Strano, D. A. (2018). The impact of counseling on Bowen's differentiation of self. *The Family Journal*, 26(2): 150-155.
- Neff, K., & Germer, C. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self - compassion program. *Journal Of Clinical Psychology*, 69(1): 28-44.
- Neff, K. (2003). Self- compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(1): 85-102.
- Neff, K., & Germer, C. (2017). *Self-Compassion and Psychological*. 1(1), 371-379.
- Paloutzian, R., & Ellison, C. (1982). *Loneliness spiritual well-being and quality of life*. New York: Wiley.
- Razak, R. R. A., Yusoff, H. A. N. M., Isa, N. A. M., Embong, R., & Maslan, A. (2021). Spiritual Intelligence During Catastrophe: The Covid-19 Pandemic Case. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 11(8): 1-12.
- Richardson, T., Bell, L., Bolderston, H., & Clarke, S. (2018). Development and Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy Delivered by Psychologists and Non-

- Psychologists in an NHS Community Adult Mental Health Service: a Preliminary Analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(1): 121-127.
- Thompson, A. J., Banwell, B. L., Barkhof, F., Carroll, W. M., Coetzee, T., Comi, G., & Fujihara, K. (2018). Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. *The Lancet Neurology*, 17(2): 162-173.
- Taylor, P., Dorstyn, D., & Prior, E. (2022). Stress management interventions for multiple sclerosis: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Health Psychology*, 25(2): 266-279.
- Zheng, T., Jiang, T., Huang, Z., & Wang, M. (2024). Knowledge domain and trend of disease-modifying therapies for multiple sclerosis: A study based on CiteSpace. *Int J Environ Res Public Health*, 10(5): 261-273.

The Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment on Spiritual Health, Sense of Coherence and Self-Compassion in Women with Multiple Sclerosis

Seyed Mojtaba Aghili¹
Motahareh Ebrahimi²,

Abstract

The purpose of this research was to determine the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the spiritual health, sense of coherence and self-compassion of women with multiple sclerosis. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and control group. The statistical population of the research included all women aged 20 to 50 who were members of the Gorgan MS Association in 2022, and according to the statistics obtained from the association, their number was 300. From the mentioned population, 30 women with MS were selected as available and were placed in two experimental and control groups (15 people in each group) in a simple random manner. The research tools were the spiritual health questionnaires of Palutzian and Ellison (1983), Antonovsky's sense of coherence (1987) and Neff's self-compassion (2003). The experimental group received 8 sessions of 90-minute treatment based on acceptance and commitment, but the control group did not receive any intervention until the end of the study. The research data was analyzed through multivariate analysis of covariance with spss software version 20. The results showed that the treatment based on acceptance and commitment is effective on spiritual health, sense of coherence and self-compassion ($p < 0.05$). Considering the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on spiritual health, sense of coherence and self-compassion for women with multiple sclerosis, this approach should be considered by researchers as one of the new and practical tools.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Spiritual Health, Sense of Coherence, Self-Compassion, Multiple Sclerosis

1. (corresponding author): Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Iran
dr_aghili1398@yahoo.com

2. M.A, Department of Psychology, Payam Noor University, Iran



اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر صمیمیت زناشویی، سرزندگی ذهنی و ابرازگری هیجانی در زنان دارای فرسودگی زناشویی

پروانه زنگنه^۱، محسن رسولی*^۲، مریم اکبری^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۴/۰۶ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۴/۳۰

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر صمیمیت زناشویی، سرزندگی ذهنی و ابرازگری هیجانی در زنان دارای فرسودگی زناشویی بود. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با فاصله زمانی ۲ ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل ۱۲۰ نفر از زنان دارای فرسودگی زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان شناختی خانواده رازی، امیدفردا، حیات شهرکرج در ۶ ماهه دوم سال ۱۴۰۲ بودند. جهت انتخاب حجم نمونه در ابتدا بر روی ۱۵۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی، پرسشنامه فرسودگی زناشویی اجرا و بعد به صورت هدفمند تعداد ۲۴ نفر از زنانی که در این پرسشنامه بیشترین نمره را اخذ نموده‌اند انتخاب شد و در دو گروه به صورت گروه آزمایش روان درمانی مثبت نگر (۱۲ نفر) و گروه گواه (۱۲ نفر) به صورت تصادفی گمارش شدند. گروه آزمایش در ده جلسه ۴۵ دقیقه‌ای روان درمانی مثبت نگر را به صورت هفته‌ای یکبار دریافت کردند و برای گروه گواه مداخله‌ای ارائه نشد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه گیریهای مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. نتایج نشان داد روان درمانی مثبت نگر بر صمیمیت زناشویی و ابرازگری هیجانی در زنان دارای فرسودگی زناشویی تأثیر معناداری داشت اما بر سرزندگی ذهنی زنان دارای فرسودگی زناشویی تأثیر معناداری نداشت. بنابراین نتایج پژوهش حاضر می‌تواند مورد توجه مراکز مشاوره خانواده، روانشناسان و زوجین قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: روان درمانی مثبت نگر، صمیمیت زناشویی، سرزندگی ذهنی، ابرازگری هیجانی، فرسودگی زناشویی

۱. دانشجوی دکترای مشاوره، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

۲. استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳. گروه روان شناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

مقدمه

خانواده به عنوان یک واحد اجتماعی نقش محوری در حفظ ثبات و تداوم جامعه دارد. ازدواج مبنای اصلی تشکیل خانواده است (فبریانتی و همکاران^۱، ۲۰۲۴). زیرا، ساختار اولیه را برای پایه نهادن یک رابطه خانوادگی و پرورش نسل بعدی فراهم می‌کند. از جمله دلایل اصلی ازدواج عمدتاً تجربه عشق و محبت، داشتن شریک و همراه در زندگی، ارضای نیازهای عاطفی و روانی، افزایش شادی و خشنودی و تجربه رشد و کمال است (بازرگان، رضانی، آتش پور و امیری، ۱۴۰۰) و خانواده نیز یکی از رکن‌های اصلی جامعه و کوچک‌ترین جزء اجتماع و به عنوان یکی از محیط‌های مؤثر در سلامت جنسی و روانی فرد در نظر گرفته می‌شود (سلطانی زاده و باجلانی، ۱۳۹۹). آرامش، امنیت و آسایشی که اعضاء در محیط خانه از آن برخوردار می‌گردند و به تبع آن از اضطراب‌ها و نگرانی‌ها در امان می‌مانند، را در هیچ محیط یا رابطه انسانی دیگر نمی‌توان یافت (عسکر آباد و حاجی حیدری، ۱۳۹۲). خانواده بستر رشد و رفاه جسمی و روانی اجتماعی و عامل تحقق تعادل فیزیکی، روانی و اجتماعی انسان‌ها است (یوسفی نجف آبادی، ۱۳۹۴) و جوهره‌ای زنده و در حال تغییر است که با استفاده از اعضای خویش و در جریان ارتباطی دائمی، تعاملی و طرح دار با یکدیگر یک کل را سازمان دهی می‌کند و در طول زمان و مکان گسترش می‌یابد (رشیدی، گلمحمدیان و موسوی، ۱۳۹۶).

یکی از شایع‌ترین پدیده‌های اجتماعی که نهاد خانواده را مورد تهدید قرار می‌دهد و اثر آن بجز خانواده به کل اجتماع هم برمی‌گردد، فرسودگی زناشویی^۲ است. به اعتقاد هو، جیانگ و وانگ (۲۰۱۹) عناصر اساسی یک ازدواج سالم شامل صمیمیت، تعهد و رضایت زناشویی است. بنابراین رضایت و خشنودی زنان از زندگی و وضعیت کلی سلامتشان بیش از مردان به سعادت زناشویی‌شان بستگی دارد. سازگاری زناشویی، رضایت از ازدواج و جلوگیری از هرگونه سردی و فرسودگی است که منجر به بروز کشش و تعارض به عنوان جزء جدانشدنی و همیشگی در ازدواج و روابط زناشویی می‌گردد و چنانچه زوجین نتوانند آن را به خوبی حل کنند آثار مخربی برای خانواده به همراه می‌آورد که یکی از آنها پدیده‌ی فرسودگی زناشویی است (شاه رجبیان و عمادی چاشمی، ۱۳۹۸). فرسودگی زناشویی، احساساتی مانند خشم، نفرت، ناامیدی و سرخوردگی نسبت به همسر همراه است. انباشته شدن این احساسات دردناک در زوجین به مرور زمان باعث بی‌میلی و ناخشنودی نسبت به همسر می‌شود و زندگی در کنار شریک زندگی را تحمل‌ناپذیر می‌کند. لذا توجه به این پدیده و اثرات مخرب آن و همچنین درمان به موقع آن برای زنان متأهل بسیار مهم است (محمودی، زهراکار، امیریان، داورنیا و بابایی، ۱۳۹۴). یکی از ناهنجاری‌های روانشناختی که به مرور زمان، عشق و علاقه بین زوجین را کم‌رنگ یا حتی محو می‌کند و موجبات مشکلات روحی، روانی، و ارتباطی و در نهایت، طلاق رسمی آنها را فراهم می‌کند، فرسودگی زناشویی است (پینز و همکاران^۳، ۲۰۱۱). افراد در ابتدا و در شکل طبیعی‌اش، با اعتقاد به اینکه روابط آن‌ها متفاوت از دیگران و عشق آنها پشتوانه زندگی مشترکشان

1. Febrianty & et al
2. Couple Burnout
3. Pines et all

است، رابطه زناشویی خود را با عشق و علاقه شروع می‌کنند و حدس و گمان‌های اولیه آن‌ها نیز در راستای حفظ و تداوم این رابطه است. اما پس از مدتی، ممکن است زن یا شوهر یا هر دوی آن‌ها نسبت به عمق و شکل رابطه شان دچار تردید شوند و چون بین توقعات خود از زندگی و واقعیت‌های موجود در زندگی زناشویی شان هماهنگی لازم را نمی‌بینند، دچار سرخوردگی و فرسودگی شوند (اسماعیلی فر و همکاران، ۱۳۹۸).

یکی از متغیرهایی که می‌تواند در پایداری زندگی زناشویی و کاهش فرسودگی نقش بی بدیلی داشته باشد، صمیمیت می‌باشد (گوهری، زهرا کار و نظری، ۱۳۹۴). از دیدگاه باگاروزی (۲۰۱۴)، صمیمیت تجربه هیجانی و عاشقانه باشخص دیگر تعریف شده است. همین طور مفهوم صمیمیت اغلب به عنوان روابط توأم با عشق تعریف می‌شود که شامل احساس‌های گرم، نزدیکی، پیوند و محبت است (حیبی و همکاران، ۲۰۲۴). صمیمیت مفهومی پویا در ارتباطات انسانی و به ویژه در روابط زوجی می‌باشد که به معنای بازبودن و عدم بازداری در روابط و نزدیکی دویا چند فرد در ابعاد گوناگون هیجانی، منطقی و عملکردی می‌باشد (آذری، کاظمیان مقدم و مهرابی زاده، ۱۳۹۹). همچنین صمیمیت زناشویی احساس نزدیکی و تشابه رابطه شخصی عاشقانه یا هیجان با فرد دیگر است و مستلزم شناخت و درک عمیق فرد دیگر به منظور بیان افکار و احساساتی است که به عنوان منشأ تشابه و نزدیکی به کار می‌رود (هولد ورث و مک کاب، ۲۰۱۸). بررسی شواهد پژوهشی نشانگر این واقعیت است که در بین عوامل موثر در بروز پدیده فرسودگی زناشویی، میزان صمیمیت زناشویی نقش تعیین کننده‌ای ایفا می‌کند. توانایی برقراری و حفظ صمیمیت بین زوجین کمک می‌کند که با مشکلات ارتباطی کنار آیند و روابط رضایت بخشی داشته باشند.

یکی دیگر از متغیرهایی که می‌تواند در فرسودگی زناشویی زوجین نقش کاهنده داشته باشد، مفهوم سرزندگی ذهنی است. سرزندگی ذهنی ۳، تجارب درونی سرشار از انرژی و در واقع برخوردار از انرژی ذهنی و بدنی لازم برای تجربه کردن حس شوق و سرزندگی است را نشان می‌دهد و ساختار پیچیده‌ای دارد که به کارکرد و تجربه عملکرد بهینه مربوط می‌شود (چارلز و همکاران ۴، ۲۰۱۴). رایان و فردریک (۱۹۹۷) سرزندگی ذهنی را وجود سرشار انرژی، اشتیاق و سرحال بودن، خسته نبودن، فرسوده نبودن توصیف کرده اند و نشان داده اند وقتی سرزندگی ذهنی کم باشد، تحریک پذیری و خستگی ظاهر می‌شود و برای انجام کارهای زندگی از تمام توان استفاده نمی‌شود. در مقابل وقتی سرزندگی ذهنی زیاد است، انرژی کافی برای انجام فعالیت‌ها در دسترس است و خُلق در وضعیت مناسبی قرار دارد و انجام تکالیف به خوبی پیش می‌رود (رایان و فردریک، ۱۹۹۷). به نقل از عرب زاده، (۱۳۹۶). بنابراین سرزندگی ذهنی حاکی از وجود سرشار انرژی مثبت روانی است و فرد سرزنده مملو از زندگی است. آن‌ها در واقع سرزندگی را انرژی‌ای که از خود نشئت می‌گیرد، تعبیر می‌کنند و آن را احساسی از انرژی می‌دانند که منبع آن درونی است، نه تهدیدات خاص محیطی. از نظر آن‌ها سرزندگی ذهنی با

1. intimacy
2. Bagarozzi
3. Mental vitality
4. Charles

حالت‌های شدیدایی تفاوت دارد، زیرا سرزندگی احساس سرحال بودن و پرانرژی بودن است، نه مجبوربودن و هدایت شدن (ریان و دسی، ۲۰۰۸). بنابراین سرزندگی جلوه‌های از سلامت و بهزیستی روانی است، در حالی که شدیدایی با پریشانی و ازهم گسیختگی روانی همراه است. سیلوستر (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان داد برآوردن نیاز به شایستگی و استقلال توانایی پیش بینی کنندگی نشاط ذهنی و سلامت روانی را دارد. سرزندگی (نشاط) را می‌توان به عنوان تجارب درونی سرشار از انرژی معرفی کرد. همچنین سرزندگی را به عنوان انرژی سرچشمه گرفته از خود می‌توان دانست (جو، ۲۰۱۷). این انرژی از منابع درونی و نه از تهدید اشخاص در محیط سرچشمه می‌گیرد، به هرمیزان که افراد کمتر دچار تعارض باشند از سازوکار سرکوب‌رهایی یافته و بیشتر احساس سرزندگی، خلاقیت، خودشکوفایی و انرژی در آنها است. وقتی فردی کاری را به طور خودجوش انجام می‌دهد نه تنها احساس خستگی و ناامیدی به او دست نمی‌دهد، بلکه احساس می‌کند انرژی و نیرو او افزایش یافته است. به طور کلی حس درونی سرزندگی شاخص معنی دار سلامت ذهنی است (سولبرگ و همکاران، ۲۰۱۲).

عامل مهم دیگری که بر استحکام و دوام خانواده و کاهش فرسودگی زناشویی تأثیر می‌گذارد ابرازگری هیجانی می‌باشد (کرانی، ۱۴۰۱). به نظر کینگ و امونز (۱۹۹۰) ابرازگری به خودی خود عاملی برای سلامتی نیست بلکه احساس زیربنایی شخص درباره ابرازگری خویش است که می‌تواند سود یا زیان آن را مشخص کند (به نقل از وحدانی و همکاران، ۱۳۹۹). منظور از ابرازگری منفی، درجه‌ای است که گرایش به پاسخ‌های هیجانی منفی مثل نفرت، خشم، بی‌زاری و شرمساری در رفتار فرد بروز داده می‌شود. ابرازگری مثبت بیانگر درجه‌ای است که گرایش به پاسخ‌های هیجانی مثبت مثل شادمانی، خشنودی، علاقه مندی و دوست داشتن در رفتار بروز داده شده و ابراز صمیمیت، بیانگر داشتن رفتار صمیمانه با دیگران است (برایس ۳ و همکاران، ۲۰۲۴). ابرازگری هیجان ۴ به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی هیجان، عبارت است از: درجه‌ای که یک فرد به طور فعال، تجارب هیجانی اش را به شکل رفتارهای کلامی و غیرکلامی بیان می‌کند. نمونه‌های ابراز هیجان مانند حرکات چهره مثل لبخند زدن، اخم کردن یا رفتارهایی مانند گریه کردن یا خندیدن است. ابرازگری هیجان که در مقابل سرکوبی هیجان قرار می‌گیرد، نقش مهمی در کارکرد انطباقی انسان داشته و پیامدهای مثبتی برای سلامتی دارد. ابرازگری هیجان با کارکرد تخلیه‌ی هیجانی‌ای که دارد باعث می‌شود که عواطف و هیجانات به روش مناسبی بیان شده و از ابرازگری آن‌ها به صورت علائم جسمانی ساز جلوگیری شود (کرانی، ۱۴۰۱). مطابق با آنچه بررسی‌ها نشان می‌دهند هیجان‌ها در هر لحظه توجه، تصمیم‌گیری، حافظه، پاسخ‌های فیزیولوژیک و تعامل‌های اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهند و حتی دامنه‌ی وسیعی از فرایندهای بین فردی و درون فردی تحت تأثیر هیجان‌ها هستند. همچنین مطالعات نشان داده‌اند ابراز هیجان مثبت و صمیمیت و همچنین بروز احساسات منفی می‌توانند مؤلفه‌های عاطفه‌ی منفی بوده و بازداری اجتماعی را در پی داشته باشند (نریمانی، حسنی، ابوالقاسمی و احدی، ۱۳۹۵). همچنین

1. Sylvest
2. Solberg
3. Bryce
4. Emotional expressiveness

توانمندی هیجانی منجر به مواجهه‌ی مطلوب با چالش‌های زندگی و ارتقای سلامت روانی می‌شود. افراد دارای توانمندی هیجانی بالا، به خوبی می‌توانند احساس‌های خود را تشخیص دهند، مفاهیم ضمنی آن را درک کنند و حالت‌های هیجانی خود را برای زوج مقابل بیان نمایند. این افراد در مقایسه با افرادی که توانایی درک و بیان حالت‌های هیجانی خود را ندارند، در کنار آمدن با موقعیت‌های منفی موفق هستند و در ارتباط با محیط و دیگران سازگاری بهتری نشان می‌دهند (کینگ و ایمونز، ۲۰۱۰). افراد توانمند از نظر هیجانی، در رویارویی با هر آنچه آزردهنده است، احساسات خود را تشخیص می‌دهند، مفاهیم ضمنی آن را درک می‌کنند و به شکل مؤثرتری حالت‌های هیجانی خود را ابراز می‌نمایند. ابرازگری به عنوان نمایش بیرونی هیجان، بدون توجه به دیگران در ارتباط با محیط و ارزش (مثبت یا منفی) یا شیوه تجلی آن (چهره ای، کلامی و حالت‌های بدنی یا رفتاری) تعریف می‌شود. کینگ و ایمونز (۱۹۹۹)، سه بعد اساسی را در ابرازگری هیجانی مطرح کرده‌اند. این سه بعد شامل ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی می‌باشد (میکائیلی و همکاران، ۱۳۹۶). نتایج پژوهش رفیعی‌نیا و همکاران (۱۳۸۵) نشان داد که گرچه بین ابرازگری هیجانی و سلامت عمومی، رابطه معنی داری وجود ندارد، ولی بین ابراز هیجان منفی با سلامت عمومی، ارتباط معکوس و معنی دار وجود دارد. پژوهش‌های صورت گرفته حاکی از آن است که ابراز هیجان، نقش مهمی در حفظ و نگهداری روابط بین فردی دارد و به عنوان یک تعدیل کننده مهم، قابلیت دسترسی به حمایت اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، برقراری روابط عاطفی با دیگران و احساس ارزش و شایستگی را در انسان تقویت می‌کند و میزان آسیب پذیری فرد را نسبت به رویدادهای زندگی به طور ویژه‌ای پیش بینی می‌کند (نجاتی، ۱۳۹۷). ابرازگری هیجانی، در روابط میان فردی اهمیت زیادی دارد (ریمی، ۲۰۱۷). افرادی که هیجانات خود را آشکار می‌کنند، خیلی کمتر دچار اختلالات روان شناختی می‌گردند (هسی و همکاران، ۲۰۱۴).

رویکردهای مختلفی برای حل مشکلات زناشویی افراد به کار گرفته شده است. با توجه به پیامدهای منفی فرسودگی زناشویی، ارائه مداخلات روان شناختی برای بهبود این متغیرها در زندگی زناشویی می‌تواند از پیامدهای منفی همچون طلاق و فروپاشی کانون خانواده جلوگیری کند (اسماعیلی فر و همکاران، ۱۳۹۸). در پیشینه پژوهش اثرات زوج درمانی مبتنی بر فراهیجان، زوج درمانی گروهی به روش گاتمن، درمان کوتاه مدت راه حل محور، روش موثر و کارآمد در حل طیف گسترده‌ای از مشکلات است مراجعان از آن راضی هستند، ترغیب کننده و توانمندساز است و راه‌های جدیدی برای کمک به افراد را فراهم می‌کند و برای مشکلات در حال وقوع چاره جویی می‌کند و افراد را قادر می‌سازد از نقاط قوت و منابع خویش در مقابله با مشکلات آینده استفاده کنند. با وجود داشتن مزیت‌های مشخص اما این روش معایب خاص خود را هم دارد از جمله تمرکز ناپخته درمانگران بر یک مشکل مطرح و غفلت از مشکلات دیگر، همچنین به عنوان درمان اولیه یا تنها درمان برای مشکلات عاطفی شدید یا زمانی که مراجعان مهارت یا منابع درونی مقابله با مشکل را ندارند مناسب

نمی‌باشد. علاوه بر این اجرای این روش ساده‌تر از آن است که به نظر می‌رسد در واقع این روش نیاز به درمانگران آموزش دیده دارد که در ارزیابی، هدف‌گذاری، برنامه‌ریزی درمان و استفاده موثر از طیف وسیعی از مداخلات خلاق و قدرتمند مهارت داشته باشند. درمان‌پذیرش و تعهد که به عنوان درمانی راحت، در دسترس، کم هزینه برای بهبود مشکلات زناشویی زوجین محسوب می‌شود. از طرفی این درمان می‌تواند در برنامه پیشگیرانه و مداخله‌های خانواده درمانی در دوران قبل از شروع زندگی مشترک برای کمک به ثبات زندگی به زوجین ارائه شود. همچنین آموزش روش چند سطحی فلدمن و سایر درمان‌های دیگر مانند رویکرد والش بر بهبود فرسودگی زناشویی نشان داده شده است. (سوراس، ۲۰۰۷).

با توجه به عامل‌های متفاوتی همچون اضطراب‌ها و فشارهایی که به زندگی یک زوج وارد می‌گردد و به مرور زمان شدیدتر و گاهی اوقات غیرقابل تحمل می‌شود، افزون بر آن‌ها، یکی از مداخلاتی که کمتر به تاثیرات و کارایی آن بر روی فرسودگی زناشویی توجه شده است درمان روان‌شناسی مثبت‌نگر است (دوهرتی و اوبرین، ۲۰۲۲). در سال‌های اخیر، پژوهش‌های زیادی به بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر افزایش سلامت روان و مؤلفه‌های روان‌شناختی دیگر پرداخته‌اند (اردشیری لردجانی و شریفی، ۱۳۹۷). هنرمند زاده و سجادیان، (۱۳۹۵). محمودی و تونی (۱۴۰۱) پژوهشی با عنوان بررسی تاثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر خودکارآمدی اجتماعی، کنترل عواطف و سرزندگی ذهنی در نوجوانان بزهکار انجام داد و به این نتیجه رسید که روان‌درمانی مثبت‌نگر بر خودکارآمدی اجتماعی، کنترل عواطف و سرزندگی ذهنی در نوجوانان بزهکار تأثیر معناداری دارد. بنابراین روان‌درمانی مثبت‌نگر، از لحاظ تجربی رویکردی معتبر به روان‌درمانی است که عمده توجه خود را بر اساس بنا نهادن توانمندی‌ها و احساسات مثبت درمانجو متمرکز می‌کند و با فعال‌سازی معنا در زندگی، آسیب روانی را کاهش و در مقابل شادی را افزایش می‌دهد. درمانگران مثبت‌نگر، احساسات و خاطرات مثبت را در فرایند درمان راه‌انداخته و آن‌ها را کانون توجه قرار می‌دهد. دیگر فرایند مورد استفاده در درمان مثبت‌نگر پرداختن به موضوعات مرتبط با هدف یکپارچه کردن هیجان‌های مثبت و منفی است (رشید، ۲۰۱۵). روانشناسی مثبت‌نگر، رویکردی مبتنی بر نقاط قوت فردی می‌باشد هدف اصلی روان‌شناسی مثبت‌نگر شکوفایی قابلیت‌های نشاط و سرزندگی، اعتماد به نفس و ویژگی‌های از این قبیل می‌باشد. همچنین معتقدند که به جای تاکید صرف به آسیب‌شناسی، به دنبال فهم گسترده انسان از کمبود، رنج تا شکوفایی بهزیستی و نشاط بود. هدف روان‌شناسی مثبت‌نگر تسریع تغییر نگاه روان‌شناسی از بهبود بدترین چیزها در زندگی، به ساختن بهترین کیفیت‌ها در زندگی است. در مطالعات متعددی به بررسی اثربخشی روانشناسی مثبت‌نگر بر بهبود وضعیت روانی و عملکردی در گروه‌های مختلف پرداخته شده است. در پژوهشی نشان داده شد که آموزش روانشناسی مثبت‌نگر بر تقویت ارزش‌های مثبت از جمله گشودگی، مهربانی، صداقت و همکاری اثرگذار می‌باشد (لمبرت و همکاران، ۳).

۲۰۱۶). در مطالعه دیگری بیان شده که آموزش روانشناسی مثبت نگربرکاهش خلق افسرده و بهزیستی مؤثرمی باشد. محققان در مطالعه دیگری از تأثیر مداخلات مثبت نگر بر افزایش توانایی در برقراری روابط اجتماعی و رضایت از آن خبر داده اند (واترز، ۱، ۲۰۱۸).

بنابراین با توجه به پیشینه‌های انجام شده و اهمیت مداخلات جامعه نگر در حوزه زناشویی و تبعات آن، و با در نظر گرفتن فقر پژوهشی در زمینه مداخلات بر صمیمیت، سرزندگی و فرسودگی زناشویی، مسئله‌ی اصلی در این پژوهش این است که آیا روان‌درمانی مثبت‌نگر بر صمیمیت، سرزندگی ذهنی و ابرازگری هیجانی در زنان دارای فرسودگی زناشویی تأثیر دارد؟

روش شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با فاصله زمانی دو ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل ۱۲۰ نفر از زنان دارای فرسودگی زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان شناختی خانواده رازی، امیدفردا، حیات شهرکرج در ۶ ماهه دوم سال ۱۴۰۲ بود که جهت شرکت در این پژوهش، رضایت آگاهانه داشتند. جهت انتخاب حجم نمونه ۲۴ نفر از زنان دارای فرسودگی زناشویی بالا بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود شامل تمایل به شرکت در درمان، داشتن فرسودگی زناشویی و نمره بالا در پرسشنامه (۱۴۷)، عدم اقدام قانونی برای طلاق، داشتن حداقل یک فرزند، دامنه سنی بین ۲۵ تا ۴۵ سال، داشتن حداقل مدرک دیپلم، عدم مشکلات حاد پزشکی-جسمانی، نداشتن اختلال روانی شدید با استفاده از پرسشنامه کوتاه ۵۳ ماده‌ای نشانه‌های بیماری ۲، عدم دریافت مداخله‌ی درمانی همزمان، عدم سوء مصرف الکل و مواد روانگردان بنا به خود اظهاری خود مراجع، عدم جدایی از همسر و ملاک‌های خروج شامل شرکت نکردن در بیش از سه جلسه پایایی و چهار جلسه غیر پایایی و اقدام به طلاق و جدا شدن از همسر حین جلسات مشاوره انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا بر روی ۱۵۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی، پرسشنامه فرسودگی زناشویی اجرا و بعد به صورت هدفمند تعداد ۲۴ نفر از زنانی که در این پرسشنامه بیشترین نمره را اخذ نموده‌اند انتخاب شد و در دو گروه به صورت گروه آزمایش روان درمانی مثبت نگر (۱۲ نفر) و گروه گواه (۱۲ نفر) به صورت تصادفی گمارده شدند. داده‌های جمع آوری شده در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. افراد گروه گواه و همچنین افرادی که فرسودگی زناشویی در آن‌ها بالا تشخیص داده شد اما به علت محدودیت در تعداد نمونه نتوانستند در جلسات درمانی شرکت کنند در لیست انتظار برای دریافت درمان قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه صمیمیت زناشویی^۱: این مقیاس توسط والکر و تامپسون^۲ (۱۹۸۳، به نقل از ثنائی، ۱۳۷۹) ساخته شده که ۱۷ سؤال دارد و برای سنجیدن میزان صمیمیت زوج‌ها تنظیم شده است. دامنه‌ی نمرات هر سؤال بین ۱ تا ۷ است که نمره بالاتر نشانه صمیمیت بیشتر است. این مقیاس با ضریب آلفای ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ از همسانی درونی خوبی برخوردار است. روایی محتوایی و صوری مقیاس توسط ۱۵ نفر از اساتید مشاوره مورد بررسی قرار گرفته است (محمدی و همکاران، ۱۳۹۶). در پژوهش اعتمادی و همکاران پرسشنامه بر روی ۱۰۰ زن و شوهر در شهر اصفهان که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، اجرا شد و ضریب اعتبار کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد که حاکی از اعتبار قابل قبول پرسشنامه است (حامدی و زارعی، ۱۳۹۰). در پژوهش ارسلان ده، حبیبی و شاکرمی نیز میزان آلفای کرونباخ محاسبه شده ۰/۸۲ می‌باشد (ارسلان ده، حبیبی و شاکرمی، ۱۳۹۶).

پرسشنامه‌ی سرزندگی ذهنی^۳: رایان و فردریک (۱۹۹۷) مقیاس سرزندگی را برای ارزیابی سرزندگی معرفی کردند. این مقیاس ۷ سؤال دارد و هر فرد بر اساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف حالت خود را مشخص می‌کند که به کاملاً موافق نمره ۷ و کاملاً مخالف نمره ۱ داده می‌شود. نمره بالا نشان دهنده بالا بودن میزان سرزندگی فرد می‌باشد. پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ توسط رایان و فردریک (۱۹۹۷) بالای ۰/۷۰ گزارش شد. ابوالقاسمی (۱۳۸۲) نخستین بار این مقیاس را ترجمه و پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کرد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش قنبری طلب و فولادچنگ (۱۳۹۴) و شیخ الاسلامی و دفترچی (۱۳۹۴) ۰/۸۱ به دست آمده است.

پرسشنامه‌ی ابرازگری هیجانی^۴: پرسشنامه ابرازگری هیجانی کینگ و آمونز، ۱۶ ماده و ۳ خرده مقیاس دارد. موارد ۱ تا ۷ مربوط به زیر مقیاس ابراز هیجان مثبت، موارد ۸ تا ۱۲ آن مربوط به زیر مقیاس ابراز صمیمیت و موارد ۱۳ تا ۱۶ آن مربوط به زیر مقیاس ابراز هیجان منفی است. نمره‌گذاری پرسشنامه هم براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای و از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم می‌باشد. براساس این شیوه نمره‌گذاری نمره فرد از ۱۶ تا ۸۰ متغیر است و نمره بالاتر بیانگر ابراز هیجانی بالاتر است. کینگ و آمونز (۱۹۹۰) ضریب آلفای کرونباخ را برای مقیاس و زیر مقیاس‌های مذکور به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۴، ۰/۶۳ و ۰/۶۷ گزارش کردند. در پژوهش رفیعی‌نیا و همکاران (۱۳۸۵) پایایی مقدار آن برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۵، ۰/۵۹ و ۰/۶۸ گزارش شد. در پژوهش شریفی‌نیا وهارون رشیدی (۱۳۹۹) پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای ابراز هیجان مثبت ۰/۷۰، ابراز صمیمیت ۰/۴۷ و ابراز هیجان منفی ۰/۶۷

1. Marital Intimacy Scale (MIS)
2. Thompson
3. Mental Vitality Questionnaire
4. Emotional Expressiveness Questionnaire (EEQ)

گزارش شد. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ضریب آلفای ۰/۷۵، ۰/۷۸ و ۰/۷۴ به دست آمد.

مقیاس فرسودگی زناشویی ۱: این مقیاس توسط پینز در سال ۱۹۹۶ ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۱ سوال است. این مقیاس یک ابزار خود سنجی است که برای اندازه‌گیری درجه فرسودگی زناشویی زوجها طراحی شده است. پرسشنامه شامل ۳ جزء اصلی خستگی جسمی «سستی روانی و خشم نسبت به همسر است. تمام این موارد روی یک مقیاس هفت امتیازی پاسخ داده می‌شوند. همسانی درونی بین خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۸۴ و ۰/۹۰ است. روایی پرسشنامه فرسودگی زناشویی به وسیله‌ی همبستگی‌های منفی با ویژگیهای ارتباطی مثبت به تأیید رسیده است، مانند نظر مثبت در مورد ارتباط، کیفیت مکالمه، احساس امنیت، خود-شکوفایی، احساس هدفمندی، کشش و جاذبه‌ی عاطفی نسبت به همسر و کیفیت رابطه‌ی جنسی (پاینز و نانز، ۲۰۰۳، لیز و لیز، ۲۰۰۱). نویدی (۱۳۸۴) به منظور محاسبه پایایی، پرسشنامه مذکور را روی نمونه ۲۴۰ نفری اجرا کرد. ضریب پایایی این پرسشنامه را با روایی آن به وسیله همبستگی‌های منفی با ویژگی‌های ارتباطی مثبت به تأیید رسیده است. ضریب اطمینان ۰/۸۹ برای یک دوره یک‌ماهه. ۶ برای یک دوره دو ماهه و ۰/۶۶ برای دوره چهارماهه بوده است. تداوم درونی برای اغلب شرکت‌کننده‌ها با ضریب ثابت آلفا سنجیده شده که بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ بوده است.

پروتکل مداخله مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر: برای اجرای مداخله مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر از برنامه مداخله‌ای سلیگمن، رشید و پارک (۲۰۰۶) استفاده شد. این برنامه در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت گروهی برگزار شد. شرح مختصر پروتکل مداخله درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- کاربردی پروتکل مداخله مبتنی بر روانشناسی مثبت نگر

جلسه	هدف و شرح جلسه
۱	تعریف فرآیند برنامه آموزشی، درمان و اهداف برای دانش آموزان مشارکت در گروه چارچوب روان‌درمانی مثبت، نقش درمان و مسئولیت‌های مراجع بحث می‌شود. نقش غیبت یا فقدان هیجان‌های مثبت، توانمندی‌های منش و معنا و تهی بودن زندگی بحث می‌شود.
۲	توانمندی‌های خاص را تعیین کنید: مراجعان توانمندی‌های خاص خودشان را از مقدمه مثبت تعیین و موقعیت‌هایی که این توانمندی‌های خاص در گذشته به آن‌ها کمک کرده است را بحث می‌کنند
۳	پرورش توانمندی خاص و هیجان‌ات مثبت: رشد توانمندی‌های خاص بحث می‌شود. مراجعان برای شکل دادن رفتارهای خاص، عینی و قابل دستیابی به منظور پرورش توانمندی‌های خاص آماده می‌شوند. نقش هیجان‌های مثبت در روان‌درستی بحث می‌شوند.
۴	خاطرات خوب در برابر خاطرات بد: نقش خاطرات خوب و بد برحسب نقش آنها در حفظ هیجان‌های منفی بحث می‌شود. مراجعان تشویق به بیان احساسات توأم با هیجان‌ات منفی می‌شوند. اثرات ماندن در حالت‌های هیجان منفی بیان می‌شود. بخشش به عنوان وسیله‌ای قدرتمندی معرفی می‌شود که می‌تواند هیجان‌های منفی را به احساسات خنثی و حتی برای برخی افراد به هیجان‌ات مثبت تبدیل کند
۵	تفاوت خوشبینی و بدبینی و مثال‌های عملی از تا ثیر خوشبینی و بدبینی: قدردانی به عنوان تشکر بادوام مورد بحث قرار می‌گیرد، و خاطرات خوب و بد مجدداً با تا کید بر قدردانی برجسته می‌شوند
۶	بررسی میان دوره درمان: بیان مفهوم چشم اندازه به زندگی و تصاویر ترسیمی برای زندگی توأم با لذت، تعهد و معنا، اهمیت هیجان‌ات مثبت بحث می‌شود. اهداف مرتبط به توانمندی‌های خاص مرور می‌شوند. فرآیند و پیشرفت به طور جزئی بحث می‌شوند.
۷ و ۸	بازخورد مراجعان درباره منافع درمان ری فراخوانده می‌شود. خوشبینی و امید: مراجعان هدایت به فکر کردن درباره‌زمانی که در یک کار مهم شکست می‌خورند و زمانی که یک برنامه بزرگ مضمحل می‌شود و زمانی که توسط یک شخص پذیرفته نمی‌شود. سپس از مراجعان خواسته که توجه کنند
۹ و ۱۰	به وقتی که یک در بسته می‌شود چه درهای دیگری باز می‌شود چهار سبک پاسخدهی (آموزش)، جمع بندی، پیشرفت مرور شده و منافع و ماندگاری توانمندی‌های خودآگاهی و آسیب پرهیزی و شیوه زندگی بحث می‌شود. پس آزمون

یافته‌ها

در جدول (۲) میانگین و انحراف معیار مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر صمیمیت زناشویی در گروه‌های پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد متغیر صمیمیت زناشویی، سرزندگی و ابرازگری هیجانی در سه مرحله آزمون

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
صمیمیت	مثبت نگر	۴۶/۵۸	۵/۶۱	۶۴/۹۱	۲/۰۲	۶۲/۸۲	۳/۶۶
	کنترل	۴۲/۲۵	۳/۷۲	۴۲	۳/۱۰	۴۲/۵۸	۳/۵۲
سرزندگی	مثبت نگر	۱۸/۳۳	۲/۶۰	۳/۶۶	۲/۲۵	۲۷/۷۵	۳/۴۴
	کنترل	۲۱/۱۶	۳/۹۵	۳/۲۰	۲/۳۵	۲۶/۳۵	۴/۰۶
ابرازگری هیجانی	مثبت نگر	۱۲/۴۱	۱/۴۴	۱۸/۱۶	۱/۶۴	۱۸/۲۵	۱/۷۱
	کنترل	۱۱/۰۸	۱/۲۴	۱۰/۴۱	۱/۳۷	۱۱/۷۵	۱/۴۲

روان درمانی مثبت نگر بر صمیمیت زنان دارای فرسودگی زناشویی موثر است. در جدول (۳) نتایج آزمون شاپیرو ویلک (در مورد نرمال بودن توزیع متغیرها)، نتایج آزمون لوین (برابری واریانس گروه‌ها)، نتایج آزمون ام باکس (برابری ماتریس واریانس کوواریانس) و نتایج آزمون ماچلی (پیش فرض کرویت) ارائه شده است.

جدول ۳- نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، لوین، ام باکس و ماچلی در متغیر صمیمیت زناشویی

متغیر پژوهش	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون لوین	
	آماره	سطح معنی داری	آماره F	سطح معنی داری
صمیمیت زناشویی	۰/۹۸۹	۰/۳۲۴	۲/۰۶۰	۰/۰۹۴
	۰/۸۸۶	۰/۴۳۸	۱/۷۶۳	۰/۱۹۸
	۰/۵۴۶	۰/۱۸۰	۰/۰۵۳	۰/۸۱۹
متغیر پژوهش	آزمون ام باکس		آزمون موچلی	
	آماره	سطح معنی داری	آماره	سطح معنی داری
صمیمیت زناشویی	۱/۸۴۸	۰/۱۴۴	۰/۶۱۰	۰/۵۲۱

چنان که در جدول (۳) مشاهده می‌شود صمیمیت زناشویی در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال ($P > ۰/۰۱$) و برابری واریانس خطا ($P > ۰/۰۵$) بوده است. در مقابل برابری ماتریس واریانس-کوواریانس (از طریق آزمون ام (باکس) ($P > ۰/۰۵$) و پیش فرض کرویت (از طریق آزمون ماچلی یا ماخلی) ($P > ۰/۰۵$) رعایت شده است. چنان که در جدول (۳) مشاهده می‌شود در متغیر صمیمیت زناشویی گروه درمانی مثبت نگر نسبت به گروه کنترل تغییرات چشمگیرتری را در مرحله پس آزمون و پیگیری نشان داده اند. نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار شده برای صمیمیت زناشویی در جدول (۴) ارائه شده است.

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس اندازه گیریهای مکرر برای صمیمیت زناشویی

آزمون	مجموع مجذورات	درجات آزادی فرضیه	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
زمان	۸۲۵/۰۲۱	۱	۸۲۵/۰۲۱	۶۴/۴۸۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴۶	۱
درون گروهی	۷۶۰/۰۲۱	۱	۷۶۰/۰۲۱	۵۹/۴۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۳۰	۱
خطا	۲۸۱/۴۵۸	۲۲	۱۲/۷۹۴				-
بین گروهی	۱۵۰۰	۱	۴۵۱۲/۵۰۰	۱۸۹/۶۵۷	۰/۰۰۱	۰/۸۹۶	۱
خطا	۴۵۱۲	۲۲	۲۳/۷۹۳				-
گروهی	۵۲۳/۴۴۴	۲۲					-

با توجه به عدم رعایت پیش فرض کرویت جدول (۳) چنان که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون گروهی و در عامل زمان ($F = ۶۴/۴۸۷$ ، $df = ۱$ و $P < ۰/۰۱$) و تعامل عامل زمان و گروه ($F = ۵۹/۴۰۷$ ، $df = ۲$ و $P < ۰/۰۱$) نشان می‌دهد که در صمیمیت زناشویی بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($P < ۰/۰۱$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۷۵ و توان آزمون برابر با ۱ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۷۳ و توان آزمون برابر با ۱ می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۸۰ و ۷۳ درصد تفاوت در صمیمیت زناشویی مربوط به اعمال متغیر مستقل (گروه

آزمایش در پژوهش) بوده که با صددرصد توان تایید شده است. همچنین چنان که در جدول (۴) در بخش اثر بین گروهی مشاهده می‌شود در صمیمیت زناشویی تفاوت معناداری ($p < 0/01$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل گروه برابر با $0/90$ و توان آزمون برابر با ۱ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده با 100 درصد توان 90 درصد تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل را در صمیمیت زناشویی معنادار نشان داده است. بنابراین با توجه به نتایج ارائه شده در جدول (۴)، فرضیه چهارم پژوهش مبنی بر این که روان درمانی مثبت نگر بر صمیمیت زنان دارای فرسودگی زناشویی موثر است، به این صورت پاسخ داده می‌شود که روان درمانی مثبت نگر بر صمیمیت زنان دارای فرسودگی زناشویی تاثیر معناداری داشته است.

روان درمانی مثبت نگر بر سرزندگی زنان دارای فرسودگی زناشویی موثر است. در جدول (۵) نتایج آزمون شاپیرو-ویلک (در مورد نرمال بودن توزیع متغیرها)، نتایج آزمون لوین (برابری واریانس گروه‌ها)، نتایج آزمون ام باکس (برابری ماتریس واریانس کوواریانس) و نتایج آزمون ماچلی (پیش فرض کرویت) ارائه شده است.

جدول ۵- نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، لوین، ام باکس و ماچلی در متغیر سرزندگی

متغیر پژوهش	آزمون		آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون لوین	
	آزمون	آماره	سطح معنی داری	آماره F	سطح معنی داری	سطح معنی داری
سرزندگی	پیش آزمون	۱/۰۲۱	۰/۲۷۶	۲/۴۵۷	۰/۲۱۳	
	پس آزمون	۱/۳۴۵	۰/۱۷۲	۰/۱۱۳	۰/۷۴۰	
	پیگیری آزمون	۱/۳۸۱	۰/۲۱۹	۲/۴۶۹	۰/۱۳۰	
متغیر پژوهش	آزمون ام باکس		آزمون ماچلی			
	آماره	سطح معنی داری	آماره	سطح معنی داری		
سرزندگی	۱/۰۵۶	۰/۳۵۶	۰/۹۶۷	۰/۷۰۶		

چنان که در جدول (۵) مشاهده می‌شود سرزندگی در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال ($P > 0/01$) و برابری واریانس خطا ($p > 0/05$) بوده است. در مقابل برابری ماتریس واریانس-کوواریانس (از طریق آزمون ام باکس) ($P > 0/05$) و پیش فرض کرویت (از طریق آزمون ماچلی یا ماخلی) ($P > 0/05$) رعایت شده است. چنان که در جدول (۶) مشاهده می‌شود در متغیر سرزندگی گروه درمانی مثبت نگر نسبت به گروه کنترل تغییرات چشمگیرتری را در مرحله پس آزمون و پیگیری نشان داده اند. نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار شده برای سرزندگی در جدول (۶) ارائه شده است.

جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیریهای مکرر برای سرزندگی

آزمون	مجموع مجذورات	درجات آزادی فرضیه	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون	آزمون
زمان	۳۰۵/۰۲۱	۱	۳۰۵/۰۲۱	۱۱۶/۱۱۵	۰/۰۰۱	۰/۸۴۱	۱	زمان
زمان × گروه	۲۲۹/۶۸۷	۱	۲۲۹/۶۸۷	۸۷/۴۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹۹	۱	زمان × گروه
خطا	۵۷/۷۹۲	۲۲	۴۰/۶۵۰				-	خطا
گروه	۶۸/۰۵۶	۱	۶۸/۰۵۶	۲/۰۹۰	۰/۱۶۲	۰/۰۸۷	۱	گروه
خطا	۷۱۶/۳۸۹	۲۲	۳۲/۵۶۳				-	خطا

با توجه به عدم رعایت پیش فرض کرویت جدول (۵) چنان که در جدول (۶) مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون گروهی و در عامل زمان ($F_{116/115} = 1$ و $df=1$ و $P < 0/01$) و تعامل عامل زمان و گروه ($F_{87/437} = 22$ و $df=22$ و $P < 0/01$) نشان می‌دهد که در سرزندگی بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p < 0/01$) وجود ندارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۸۴ و توان آزمون برابر با ۱ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۸۰ و توان آزمون برابر با ۱ می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۸۴ و ۸۰ درصد تفاوت در سرزندگی مربوط به اعمال متغیر مستقل (گروه آزمایش در پژوهش) بوده که با صددرصد توان تایید شده است. همچنین چنان که در جدول (۶) در بخش اثر بین گروهی مشاهده می‌شود در سرزندگی تفاوت معناداری ($p > 0/01$) وجود ندارد. مجذور سهمی اتا برای عامل گروه برابر با ۰/۰۹ و توان آزمون برابر با ۱ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده با ۱۰۰ درصد توان ۹ درصد تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل را در سرزندگی معنادار نشان داده است. بنابراین با توجه به نتایج ارائه شده در جدول (۶)، فرضیه پنجم پژوهش مبنی بر این که روان درمانی مثبت نگر بر سرزندگی زنان دارای فرسودگی زناشویی تفاوت وجود دارد، به این صورت پاسخ داده می‌شود که گروه روان درمانی مثبت نگر بر سرزندگی زنان دارای فرسودگی زناشویی تاثیر معناداری داشته است.

روان درمانی مثبت نگر بر ابرازگری هیجانی زنان دارای فرسودگی موثر است.

در جدول (۷) نتایج آزمون شاپیرو ویلک (در مورد نرمال بودن توزیع متغیرها)، نتایج آزمون لوین (برابری واریانس گروه‌ها)، نتایج آزمون ام باکس (برابری ماتریس واریانس کوواریانس) و نتایج آزمون ماچلی (پیش فرض کرویت) ارائه شده است.

جدول ۷- نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، لوین، ام باکس و ماچلی در متغیر ابرازگری هیجانی

متغیر پژوهش	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون لوین	
	آماره	سطح معنی داری	آماره F	سطح معنی داری
ابرازگری هیجانی	۰/۷۶۹	۰/۳۲۱	۱/۲۱۲	۰/۲۸۳
	۰/۴۳۶	۰/۱۰۹	۰/۶۰۹	۰/۴۴۳
	۰/۶۷۵	۰/۲۶۹	۱/۵۶۰	۰/۴۶۲
متغیر پژوهش	آزمون ام باکس		آزمون موچلی	
	آماره	سطح معنی داری	آماره	سطح معنی داری
ابرازگری هیجانی	۱/۱۶۴	۰/۳۸۷	۰/۷۱۷	۰/۰۹۶

چنان که در جدول (۷) مشاهده می‌شود ابرازگری هیجانی در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال ($P > 0/01$) و برابری واریانس خطا ($p > 0/05$) بوده است. در مقابل برابری ماتریس واریانس-کوواریانس (از طریق آزمون ام باکس) ($P > 0/05$) و پیش فرض کرویت (از طریق آزمون ماچلی یا ماخلی) ($P > 0/05$) رعایت شده است. چنان که در جدول (۷) مشاهده می‌شود در متغیر ابرازگری هیجانی گروه درمانی مثبت نگر نسبت به گروه کنترل تغییرات چشمگیرتری را در مرحله پس آزمون و پیگیری نشان داده اند. نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار شده برای ابرازگری هیجانی در جدول (۸) ارائه شده است.

جدول ۸- نتایج تحلیل واریانس اندازه گیریهای مکرر برای ابرازگری هیجانی

آزمون	مجموع مجذورات	درجات آزادی فرضیه	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
زمان	۱۲۶/۷۵۰	۱	۱۲۶/۷۵۰	۹۵/۶۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱۳	۱
درون زمان × گروه	۸۰/۰۸۳	۱	۸۰/۰۸۳	۶۰/۴۰۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳۳	۱
خطا گروهی	۲۹/۱۶۷	۲۲	۱/۳۲۶				-
بین گروه	۴۸۵/۶۸۱	۱	۴۸۵/۶۸۱	۱۰۰/۸۲۸	۰/۰۰۱	۰/۸۲۱	۱
خطا گروهی	۱۰۵/۹۷۲	۲۲	۴/۸۱۷				-

با توجه به عدم رعایت پیش فرض کرویت جدول (۷) چنان که در جدول (۸) مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون گروهی و در عامل زمان ($F = 95/606$ ، $df = 1$ و $P < 0/01$) و تعامل عامل زمان و گروه ($F = 60/406$ ، $df = 22$ و $P < 0/01$) نشان می‌دهد که در ابرازگری هیجانی بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p < 0/01$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۸۱ و توان آزمون برابر با ۱ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۷۳ و توان آزمون برابر با ۱ می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۸۱ و ۷۳ درصد تفاوت در ابرازگری هیجانی مربوط به اعمال متغیر مستقل (گروه

آزمایش در پژوهش) بوده که با صددرصد توان تایید شده است. همچنین چنان که در جدول (۸) در بخش اثر بین گروهی مشاهده می‌شود در ابرازگری هیجانی تفاوت معناداری ($p < 0/01$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل گروه برابر با $0/82$ و توان آزمون برابر با ۱ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده با ۱۰۰ درصد توان ۸۲ درصد تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل را در ابرازگری هیجانی معنادار نشان داده است.

بنابراین با توجه به نتایج ارائه شده در جدول (۸)، فرضیه ششم پژوهش مبنی بر این که روان درمانی مثبت نگر بر ابرازگری هیجانی زنان دارای فرسودگی زناشویی تفاوت وجود دارد، به این صورت پاسخ داده می‌شود که گروه روان درمانی مثبت نگر بر ابرازگری هیجانی زنان دارای فرسودگی زناشویی تاثیر معناداری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر صمیمیت زناشویی، سرزندگی ذهنی و ابرازگری هیجانی در زنان دارای فرسودگی زناشویی در سال ۱۴۰۲ بود. نتایج نشان داد روان درمانی مثبت نگر بر صمیمیت زناشویی و ابرازگری هیجانی زنان دارای فرسودگی زناشویی تاثیر دارد که با نتایج پژوهش‌های تونی (۱۴۰۱)، واترز (۲۰۱۷) و لمبرت و همکاران (۲۰۱۶) همسو می‌باشد. در تحلیل نتایج می‌توان گفت روان درمانی مثبت نگر به زوجین کمک می‌کند که احساس شایستگی و کارآمدی بیشتری در مسئولیت‌های روزانه و چالش‌های زندگی داشته باشند و موجب پیشرفت زوجین در مهارت‌های مدیریت فشار روانی، حل مساله و تصمیم‌گیری، حل تعارض‌ها، خودگردانی، رهبری، وظیفه‌شناسی و رشد رفتارهای پسندیده شود. مثبت‌اندیشی موجب افزایش ظرفیت و توان روان‌شناختی اشخاص می‌شود. قدرت سازگاری اشخاص در مقابل فشارها و مشکلات زندگی و اجتماع برابر نیست. در یک محیط مشابه اجتماعی بعضی از اشخاص توانایی مقابله با مشکلات و موقعیت‌های چالش‌انگیز را خیلی زود از دست می‌دهند و در دام انزوای فرسودگی، رفتارهای ضد یا غیر اجتماعی و به ویژه وابستگی داریویی گرفتار می‌شوند. در حالی که عده‌ای دیگر به راحتی قادرند از پس این موقعیت‌ها بر آیند و بدون عارضه خاصی مشکل را برطرف نمایند و یا آن را پشت سر بگذارند. این تفاوت در واکنش‌های مقابله‌ای و دفاعی افراد به تفاوت در ظرفیت روان‌شناختی آنها نسبت داده می‌شود. هر قدر مثبت‌اندیشی بالاتر و بیشتر باشد به همان اندازه فرد قادر خواهد بود سلامت روانی - رفتاری خود را در سطح بهتری نگه دارد و به شیوه‌ای مثبت سازگارانه و کارآمد به حل و فصل مشکلات بپردازد. ظرفیت روان‌شناختی افراد در ارتقای بهداشت روان و هر سه جنبه جسمانی، روانی و اجتماعی از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. به ویژه زمانی که مشکلات شکل روانی - اجتماعی به خود بگیرد یعنی زمانی که شخص در مواجهه با فشارهای روانی - اجتماعی و چالش‌های زندگی به الگوهایی از رفتار (غیر انطباقی) روی می‌آورد که حاصل آن فراهم کردن مشکلات برای خود شخص از یک طرف و جامعه از طرف دیگر می‌باشد. در کل افرادی که دچار فرسودگی زناشویی می‌شوند در پی آن حالات

پیشانی را تجربه می‌کنند که می‌تواند بسیار آزار دهنده باشد و نیاز به درمان‌های مختلف باشد از جمله روان درمانی مثبت نگر که نقش اساسی را در صمیمیت زنان دارای فرسودگی زناشویی ایفا می‌کند و البته زمانی که در یک مقطع رشدی مناسب ارائه شود نقش برجسته تری خواهد داشت (نجاتیان و همکاران، ۲۰۲۱).

در تبیین اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر ابرازگری هیجانی زنان دارای فرسودگی زناشویی می‌توان گفت روانشناسی مثبت به فرد احساس هدفمندی در زندگی را می‌دهد و سبب از بین رفتن اندوه و استرس‌ها و هیجان‌های منفی فرد می‌شوند. مداخله روان درمانی مثبت نگر از طریق مفهوم پذیرش خود منجر به سطح مطلوبی از پذیرش در فرد می‌شود به شکلی که نگرش مثبتی در فرد ایجاد می‌شود و رضایت زندگی بیشتری را تجربه خواهد کرد. با ایجاد حس پذیرش خود در زنان منجر به موفقیت و پذیرش بیشتری در آنان گشته و آنها میزان اعتماد به نفس بالاتری را در خود تجربه می‌کنند و این اعتماد به نفس منجر می‌شود فرد با پذیرش نقاط مثبت و ضعف خود به ابراز هیجانات مثبت و منفی خود بپردازد و درصدد اصلاح هیجانات منفی خود باشد زیرا که ازدواج منبع بعضی از عمیق‌ترین احساسات و هیجانات ماست، مثل عشق، نفرت، عصبانیت، ترس، ناراحتی و لذت، و این که چقدر زن و شوهر بتوانند این هیجانات قوی را بفهمند. درباره‌شان گفتگو و آنها را مدیریت کنند نقش قاطعی در رضایت زناشویی آنها بازی می‌کنند در حقیقت ابراز عواطف نقش عمده‌ای بر شادی‌ها و تداوم زندگی زناشویی داشته و زوج‌های خوشبخت به طور مداوم واکنش‌هایی چون عشق و محبت را نسبت به هم ابراز کرده و در تعامل‌هایشان با گونه‌ای موثر با صحبت‌های دقیق و ظریف عاطفی، مشکلات و اختلالات را حل کنند. داشتن اینکه به چه مقدار معذرت خواهی نیاز است یا چه مقدار متاسفم کارگشاست، اوضاع را سر و سامان می‌دهند احساس همدلی بیشتری به هم نشان می‌دهند و نسبت به احساسات یکدیگر حساسیت بیشتری به خرج می‌دهند این کار باعث افزایش رضایت زناشویی و کاهش فرسودگی در آنان می‌گردد. در تبیین دیگر نتایج می‌توان گفت روانشناسی مثبت منجر به افزایش احساس شاد بودن و کنترل شخصی بیشتری در فرد میشود از این نظر فرد توانایی بیشتر را برای درماندگی و ناتوانایی‌های خود می‌کند و توانایی خود را برای مقابله با استرس بالا میبرد. مداخله روانشناسی مثبت به فرد احساس خوشبینی می‌دهد و وی را برای رو به رو شدن با موقعیت‌های مختلف توانایی می‌دهد. همین احساس شادی و توانایی ذهنی به آنها احساس سرزندگی ذهنی می‌دهد. در تبیین نتایج می‌توان گفت شادکامی، شادمانی و نشاط از مهم‌ترین نیازهای روانی بشر به دلیل تأثیرات عمده بر زندگی شخص، همیشه ذهن انسان را به خود مشغول کرده است. در گذشته روانشناسی به جای توجه مثبت از جمله نشاط ذهنی و رضایت از زندگی، بیشتر بر هیجانات منفی مثل افسردگی تمرکز می‌کرد. برخی از روان‌شناسان معتقدند روابط مثبت و سازنده با دیگران، هدفمند بودن زندگی، رشد شخصیتی، دوست داشتن دیگران و زندگی از اجزای مولفه‌های نشاط ذهنی و نشاط هستند. روانشناسانی مانند آرگایل شادی را ترکیبی از وجود عاطفه مثبت، عدم وجود عاطفه منفی و رضایت از زندگی می‌دانند. مطالعات و پژوهش‌های روان‌شناسان در سال‌های اخیر، نشان می‌دهد که اگر مردم

عوامل شادی بخش (مانند همسر، دوست خوب، شغل مناسب، برنامه تفریحی، معنویت و مانند آن) را تجربه کنند و در اختیار داشته باشند، رضایتمندی و درجه نشاط ذهنی آنان افزایش می‌یابد. از سویی افسردگی و بی‌نشاطی، باعث خمودی، بدبینی، بی‌انگیزگی، نامیدی، یأس و عدم رضایت از زندگی و فعالیت‌های اجتماعی می‌شود. شادابی نیروی حرکت دهنده فعالیت‌های انسان است. اگر در محیط زندگی، کار و تحصیل، نشاط وجود نداشته باشد، بازدهی کارها به مراتب کاهش می‌یابد. روان‌انسانها نیازمند تفریح و نشاط است. بدن نشاط و شادمانی، کارهای روزمره سامان مطلوبی نخواهد داشت. بنابراین زوجین با احساس نشاط ذهنی به طور عمده‌ای هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبت دارند، در حالی که زوجین دارای فرسودگی زناشویی با احساس بی‌انگیزگی، نامیدی، یأس و عدم رضایت از زندگی، حوادث و موقعیت‌های زندگی شان را نامطلوب ارزیابی کرده و بیشتر هیجانات منفی نظیر بیماری‌های روان‌تنی، اضطراب، افسردگی و خشم تجربه می‌کنند، باید توجه داشت که هیجانات مثبت و منفی حالات دو قطبی نیستند که فقدان یکی وجود دیگری را تضمین کند، یعنی احساس رضایت مندی مثبت تنها با فقدان هیجانات منفی پدید نمی‌آید و عدم حضور هیجانات منفی لزوماً حضور هیجانات مثبت را به همراه نمی‌آورد، بلکه برخورداری از هیجانات مثبت خود به شرایط و امکانات دیگری نیازمند است (خواجه حسنی و همکاران، ۲۰۲۴).

پژوهش حاضر مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بود از جمله اینکه پژوهش حاضر منحصر در شهرستان کرج انجام گرفته است، لذا تعمیم آن به دیگر شهرهای کشور باید با احتیاط کامل صورت گیرد. لذا پیشنهاد می‌شود که در سایر شهرستان‌ها و جوامع دیگر نیز این موضوع مورد بررسی و مقایسه قرار گیرد و در نمونه و جامعه‌های مختلف و با فرهنگ و طبقات اجتماعی-اقتصادی متفاوت اجرا و نتایج مقایسه گردد. پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره و روان‌شناختی، کارگاه‌ها و سمینارهایی در زمینه کاهش فرسودگی زناشویی برگزار کرد تا زوجین بتوانند با بهره‌گیری از آن‌ها، صمیمیت و سرزندگی ذهنی و ابرازگری هیجانی را در آنان افزایش داد.

منابع

- آذری، وحید، کاظمیان مقدم، کبری و مهربابی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی برشفقت برخودسرکوب گری و صمیمیت هیجانی زنان متقاضی طلاق. دوفصلنامه روانشناسی خانواده، ۸(۱)، ۸۱-۹۲.
- اردشیری لردجانی، فهیمه و طیبه شریفی (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی مثبت گرا بر بخشایش گری و بی رمقی زناشویی زنان آسیب دیده خیانت زناشویی. آسیب شناسی. مشاوره و غنی سازی خانواده، ۴(۱)، ۳۳-۴۶.
- اسماعیلی فر، ندا، جایروند، حمدالله، رسولی، محسن و حسنی، جعفر. (۱۳۹۸). شناسایی عوامل زمینه ساز فرسودگی زناشویی. پژوهش نامه زنان، ۱۰(۲۷)، ۲۵-۵۱.
- ارسلان ده، فرشته، حبیبی، معصومه، سلیمی، آرمان و شاکرمی، محمد، (۱۳۹۶). تاثیر زوج درمانی گروهی هیجان مدار بر بهبود کیفیت روابط زناشویی و افزایش صمیمیت زوج ها، <https://civilica.com/doc/804557>
- ابوالقاسمی، فرحناز. (۱۳۸۲). هنجاریابی عاطفه مثبت و منفی و اعتباریابی همزمان آن با مقیاس سلامت ذهن و سرزندگی در دانشجویان دانشگاه اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان
- بازرگان، سمیه، رضانی، محمد آرش، آتش پور، حمید و امیری، رومینا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی بسته آموزشی ارتقاء روابط بین فردی زوجین بر اساس رویکرد هیجان مدار و مشاوره زناشویی شناختی رفتاری بر دل بستگی و تعهد زناشویی. فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۱۲(۴۸)، ۲۵۹-۲۹۴.
- رشیدی، علیرضا، گل محمدیان، محسن و موسوی، مریم سادات. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی همسران جانباز و آزاده. مشاوره کاربردی، ۲(۲)، ۷۹-۹۸.
- رفیعی نیا، پروین. (۱۳۸۵). رابطه سبک های ابراز هیجان با سلامت عمومی در دانشجویان، پایان نامه کارشناسی ارشد علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس.
- رفیعی نیا، پروین، رسول زاده طباطبایی، سیدکاظم و آزادفلاح، پرویز. (۱۳۸۵). رابطه سبک های ابراز هیجان با سلامت عمومی در دانشجویان. مجله روانشناسی، ۱۰(۱) (پیاپی ۳۷) ویژه نامه انگیزش و هیجان: ۸۴-۱۰۵.
- سلطانی زاده، محمد و باجلانی، پریسا. (۱۳۹۹). پیش بینی نگرش به خیانت زناشویی بر اساس اختلال عملکرد جنسی، صمیمیت و رضایت جنسی در زنان و مردان متأهل شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶. مجله علوم پزشکی زانکو، دانشگاه علوم پزشکی کردستان: ۳۱-۲۵.
- شاه رجبیان، فاطمه و عمادی چاشمی، سیدجواد. (۱۳۹۸). بررسی رابطه سبک های دفاعی من با دلزدگی زناشویی، دومین همایش بین المللی علوم مدیریتی، تربیتی، اجتماعی و روانشناسی، تهران

- شریفی نیا، محمد علی و هارون رشیدی، همایون. (۱۳۹۹). رابطه صفات تاریک شخصیت و ابرازگری هیجانی با رضایت از زندگی نظامیان. فصلنامه روانشناسی نظامی، ۱۱(۴۱): ۴۹-۴۱.
- شیخ الاسلامی، راضیه و دفترچی، عفت. (۱۳۹۴). پیش بینی نشاط ذهنی دانش آموزان بر اساس جهت گیری‌های هدف و نیازهای اساسی روانشناختی. مجله روانشناسی، ۱۹(۲ (پیاپی ۷۴))، ۱۴۷-۱۷۴.
- عرب زاده مهدی. (۱۳۹۶). رابطه نیازهای اساسی روان‌شناختی با سرزندگی ذهنی در سالمندان سالمند: مجله سالمندی ایران، ۱۲ (۲): ۱۷۰-۱۷۹.
- قنبری، محمد و فولاد چنگ، محبوبه. (۱۳۹۴). رابطه بین تاب آوری و نشاط ذهنی با استعداد اعتیاد دانشجویان. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۹ (۳۴): ۲۲-۹.
- کرانی، مهناز. (۱۴۰۱). ارائه مدل علی آشفتگی‌های زناشویی و ارتباطی بر اساس خودافشایی آنلاین، صفات تاریک شخصیت و ابرازگری هیجانی، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه پیام نور واحد اصفهان.
- گوهری، شیوا، زهرا کار، کیانوش و نظری، علی محمد. (۱۳۹۴). پیش بینی فرسودگی زناشویی بر اساس تمایز یافتگی و صمیمیت جنسی در پرستاران. پژوهش پرستاری، ۱۱(۲): ۸۰-۷۲.
- میکائیلی، نیلوفر، قاسمی نژاد، محمدعلی و مولوی، پرویز. (۱۳۹۶). بررسی نقش خود دلسوزی و ابرازگری هیجانی در پیش بینی خودافشایی برخط در دانشجویان استفاده کننده از شبکه‌های اجتماعی. فصلنامه فرهنگ در دانشگاه اسلامی، ۷(۳): ۳۵۲-۳۳۷.
- محمودی، محمدجلال، زهراکار، کیانوش، امیریان، امیر، داورنیا، رضا و بابایی گرمخانی، محسن. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش گروهی برنامه کاربرد عملی مهارت‌های ارتباط صمیمانه (PAIRS) در ارتقاء رضایتمندی، سازگاری، احساسات مثبت و صمیمیت زناشویی زوجها. مجله پرستاری و مامایی، ۱۳ (۱۰): ۸۶۹-۸۸۱.
- محمودی، هیوا و تونی، ریحانه. (۱۴۰۱). اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر خودکارآمدی اجتماعی، کنترل عواطف و سرزندگی ذهنی در نوجوانان بزهکار، پژوهشنامه روانشناسی مثبت، ۹ (۲) (پیاپی ۳۴): ۱۲۴-۱۰۳.
- نویدی، فاطمه. (۱۳۸۴). بررسی و مقایسه رابطه دلزدگی زناشویی با عوامل جو سازمانی در کارکنان ادارات آموزش و پرورش و پرستاران بیمارستان‌های شهر تهران. پایان نامه چاپ نشده‌ی کارشناسی ارشد در رشته‌ی مشاوره. دانشگاه شهید بهشتی.
- نریمانی، محمد، عباسی، مسلم، ابوالقاسمی، عباس و احدی، بتول. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی آموزش پذیرش/ تعهد با آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری دانش آموزان دارای اختلال ریاضی. ناتوانی یادگیری، ۲(۴)، ۱۵۴-۱۷۶.
- نجاتی، شادی. (۱۳۹۷). رابطه صفات تاریک شخصیت و تمایز یافتگی با سازگاری زناشویی: نقش واسطه‌ای نارسایی هیجانی، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول.

وحدانی، محبوبه، خضری، مجتبی، محمودپور، عبدالباسط و فرح بخش، کیومرث. (۱۳۹۹). پیش بینی دل زدگی زناشویی بر اساس ابرازگری هیجانی، تحمل پریشانی و الگوهای ارتباطی. نشریه رویش روانشناسی، ۹(۱۰): ۴۷-۵۸.

یوسفی نجف آبادی، زهرا. (۱۳۹۴). بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تعارضات زناشویی زنان متأهل شهر اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه الزهراء(س).

Bryce, L., Mika, G., Craig, B. M., Hess, U., & Lipp, O. V. (2024). Emotional scenes as context in emotional expression recognition: The role of emotion or valence match. *Emotion*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/emo0001359>

Charles, S., Carver, Michael, F. & Schemer (2014). Dispositional optimism. *Trends in cognitive science journal*, 18(6):293-299.

Doherty, J., & O'Brien, D. (2022). Reducing midwife burnout at organisational level—Midwives need time, space and a positive work-place culture. *Women and Birth*.

Febrianty, Y., Sulastris, S., & Zulfiani, Z. (2024). Existence of Registered/Unregistered Marriage Clauses in Family Cards from a Family Law Perspective. *Pena Justitia: Media Komunikasi dan Kajian Hukum*, 22(3), 598-611.

Hsieh, S. C., Hsieh, D. L., & Hsiao, T. C. (2014). Dynamic Analysis of Facial Expression on Internet Addiction People. *Advanced Science, Engineering and Medicine*, 6(8), 909-912.

Holdsworth K, McCabe M (2018). The impact of younger-onset dementia on relationships, intimacy, and sexuality in midlife couples: a systematic review. *International psychogeriatrics*; 30(1): 15-29.

Hou, Y., Jiang, F., & Wang, X. (2019). Marital commitment, communication and marital satisfaction: An analysis based on actor-partner interdependence model. *International Journal of Psychology*, 54(3), 369-376.

Habibi, A., Keshavarz, S., & Kakavand, A. (2024). Relationships between affective control with marital adjustment: the mediating role of marital intimacy. *Journal of Woman and Family Studies*, 12(1), 10-31. doi: 10.22051/jwfs.2024.43410.2975.

Ju, H. (2017). The relationship between physical activity, meaning in life, and subjective vitality in community-dwelling older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 73, 120-124.

King, L.A, Emmons, R.A. (2010). Conflict over emotional expression: Psychological and physical Correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5):864-877.

Khajeh hasani rabari F, Rezaei F, Mirzai F, Sedighi F. The effectiveness of emotion-based therapy on fear of intimacy, hostile documents and over-excitement in woman affected by marital breach. *Rooyesh 2024*; 13 (1):233-242 .URL: <http://frooyesh.ir/article-1-4874-en.html>

Lambert L, D'Cruz A, Schlatter M, Barron F(2016). Using physical activity to tackle depression: the neglected positive psychology intervention. *Middle East Journal of Positive Psychology*; 2(1):42-60.

Laes, T. & Laes, T. (2001). Carear burnout & its relationship to couple burnout in Finland. Retrived, June 8, 2005, <http://www.eric.ed.gov>.

- Pines, A. M., & Nunes, R. (2003, June). The relationship between career and couple burnout: Implications for career and couple counseling. *Journal of Employment Counseling*, 74(2) p 50-64.
- Pines AM, Neal MB, Hammer LB, Icekson T(2011). Job burnout and couple burnout in dual-earner couples in the sandwiched generation. *Social Psychology Quarterly*; 74(4):361-8.
- Ryan RM, Deci EL(2008). From ego depletion to vitality: Theory and findings concerning the facilitation of energy available to the self. *Social and Personality Psychology Compass*; 2(2):702-17. doi: 10.1111/j.1751-9004.2008.00098.
- Rimé, B. (2017). The social sharing of emotion in interpersonal and in collective situations. In *Cyberemotions* (pp. 53-69). Springer, Cham.
- Rashid, T. (2015). Positive Psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology*, 10, 25-40.
- Ryan, R. M., & Frederick, C. M. (1997). On energy, personality and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65, 529-565.
- Soares JJF, Grossi G, Sundin O. (2007). Burnout among women: associations with demographic/socio-economic, work, life-style and health factors. *Arch Womens Ment Health*; 10(2): 61-71.
- Seligman, M. Rashid, T., & Park, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychology*, 61, 774 -788.
- Solberg, P. A., Hopkins, W.G., Ommundsen, Y., Halvari, H (2012). Effects of three training types on vitality among older adults: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise*; 13: 407-417.
- Sylvester, B, D (2011) well- being in valleyball players. *Psychology of Sport and Exercis* , XXX.1-7.
- Waters LE(2018). Strength based parenting: a new avenue of practice and research in positive psychology. *Future directions in well-being*.

The effectiveness of positive psychotherapy on marital intimacy, mental vitality and emotional expression in women with marital burnout.

Parvaneh Zanganeh¹, Mohsen Rasouli*², Maryam Akbari³

Abstract

The purpose of this research was the effectiveness of positive psychotherapy on marital intimacy, mental vitality and emotional expression in women with marital burnout. The current study was applied in terms of purpose and in terms of method, it was a semi experimental with pre-test, post-test and follow-up with a time interval of 2 months along with the control group. The statistical population of the research included women with marital burnout who referred to counseling and psychological centers of Razi family, Omid Farda, Hayat Shahr Karaj in the second 6 months of 1402. In order to select the sample size, 24 women with high marital burnout were selected based on the purposeful sampling method and based on the entry and exit criteria. In this way, firstly, 150 women referring to counseling and psychotherapy centers were administered the Marital Exhaustion Questionnaire, and then 24 women who obtained the highest score in this questionnaire were selected in two groups. They were randomly assigned as a single hyperdiagnostic test group (12 people) and a control group (12 people). The experimental groups received ten 45-minute sessions of positive psychotherapy once a week, and no intervention was provided to the control group. The data were analyzed using the analysis of covariance test in SPSS software version 26. The results showed that positive psychotherapy had a significant effect on marital intimacy and emotional expression in women with marital burnout, but it did not have a significant effect on the mental vitality of women with marital burnout; Therefore, the results of the present study can be considered by family counseling centers, psychologists and couples.

Keywords: positive psychotherapy, marital intimacy, mental vitality, emotional expression, marital burnout.

1. PhD Student in Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

3. Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran



اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر سوء‌هاضمه و اضطراب بیماری
در بیماران مبتلا به سوء‌هاضمه

نازنین احدیان^۱، سعیده زمردی^۲، سعیده بزازیان^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۱/۲۴ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۵/۲۰

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر سوء‌هاضمه و اضطراب بیماری در بیماران مبتلا به سوء‌هاضمه بود. روش پژوهش حاضر از نوع تجربی و به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل صورت گرفت. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به سوء‌هاضمه و اضطراب بیماری در بیمارستان خاتم‌الانبیا (ص) در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ که توسط پزشک متخصص گوارش، تشخیص بیماری سوء‌هاضمه را دریافت کرده‌اند، بود که از میان آن‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) به طریق تصادفی انتخاب شدند. گروه آزمایش طی دوازده هفته تحت درمان مبتنی بر دل‌بستگی با رویکرد ذهنی سازی قرار گرفتند و در این مدت بر گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های شدت علائم گوارشی ریویکی و همکاران (۱۹۹۸) و اضطراب بیماری سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۲) بود. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج به دست آمده از مقایسه‌ی پس‌آزمون دو گروه، نشان داد که نمرات پس‌آزمون اضطراب بیماری و سوء‌هاضمه در گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر دل‌بستگی باعث کاهش سوء‌هاضمه و اضطراب بیماری در بیماران مبتلا به سوء‌هاضمه شد. بر اساس یافته‌های پژوهش، توجه به درمان اختلالات دل‌بستگی می‌تواند بر سوء‌هاضمه و اضطراب بیماری اثر بگذارد.

کلیدواژه‌ها: سوء‌هاضمه، اضطراب بیماری، درمان مبتنی بر دل‌بستگی

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. na.ahadian2019@gmail.com
۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. saeedeh.zomorody@gmail.com
۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. sbazzazian@gmail.com

مقدمه

سوء‌هاضمه^۱ درد یا ناراحتی در بالای شکم یا سوزش در ناحیه پشت استخوان سینه (سوزش سر دل) است که این دو می‌توانند با هم یا به‌تنهایی ایجاد شوند (مه‌جراحی و همکاران، ۱۴۰۱). سوء‌هاضمه یک بیماری رایج است که تعداد زیادی از افراد درگیر آن می‌باشند، اما در اغلب موارد، خفیف است و فقط بعضی اوقات رخ می‌دهد (مظاهری و خشوعی، ۱۳۹۱). اختلال سوء‌هاضمه از جمله اختلال‌های روان‌تنی^۲ است که آشفتگی‌های روانی در اغلب مبتلایان به آن مخصوصاً در مبتلایانی که برای درمان، مراجعه می‌کنند، دیده می‌شود (هاشمی و همکاران، ۱۴۰۲). سوء‌هاضمه عملکردی^۳، بیانگر یک اختلال مزمن دستگاه گوارش در قسمت فوقانی است که ناشی از یک مشکل عضوی یا ناهنجاری بیوشیمیایی نیست و نشانه‌های آن، شامل درد یا ناراحتی در بخش فوقانی شکم، احساس سیری زودرس بعد از خوردن غذا، حالت تهوع، احساس نفخ، پری معده، بی‌اشتهایی و آروغ زدن مکرر است و در هنگام آندوسکوپی^۴، شواهدی مبنی بر ایجاد زخم مشاهده نمی‌شود (صابری فیروزی و همکاران، ۱۳۹۱). یک زمینه پژوهشی مهم در ارتباط با سوء‌هاضمه، اضطراب بیماری^۵ است. افراد مبتلا به اضطراب بیماری، ترس غیرواقعی از این موضوع دارند که به یک بیماری جدی گرفتارند و همچنین ممکن است عملکردهای نرمال بدن را به‌عنوان علائم بیماری، برداشت کنند (نرگسی و همکاران، ۱۳۹۸). تلاش مستمر برای جستجوی اطلاعات در مورد علائم بیماری، نشانه‌ای است که به‌راحتی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری می‌توان دید. افراد مبتلا به این بیماری ممکن است به‌طور متوالی به پزشکان مراجعه کنند و به دنبال آزمایش‌های اضافی و جستجوی اطلاعات در وبگاه‌های اینترنتی و متون پزشکی باشند (درویش و تکلوی، ۲۰۲۳). یکی از عوامل مهم دیگر که در حوزه‌ی علل روان‌شناختی سوء‌هاضمه قابل‌بررسی است، اختلالات دل‌بستگی^۶ است. بالبی^۷ بیان می‌کند که مادر، مهم‌ترین شخصیت دل‌بستگی است که نوزادان به آن دل‌بستگی پیدا می‌کنند که در بررسی این موضوع از این ایده فروید نیز نقل کرد که رابطه با مادر به‌عنوان نمونه اولیه همه روابط عشقی بعدی برای هر دو جنس عمل می‌کند که نشان‌دهنده تأثیر توسعه دل‌بستگی اولیه به روابط اجتماعی بعدی است (چن^۸، ۲۰۲۳). فوناگی^۹ در مطالعات خود بیان می‌کند تجربه‌های ارتباطی با مراقبان اولیه و نزدیکان، باعث به وجود آمدن توانایی‌های فردی می‌شود، مثلاً پاسخ‌های آینه‌ای مراقبان به احوالات درونی کودک، باعث رشد توانایی ذهنی سازی^{۱۰} او می‌شود (قنبری و همکاران، ۱۳۹۹). ذهنی‌سازی به معنای نوعی عمل ذهنی درباره خود و دیگران و فهم و تفسیر رفتار اطرافیان و خود در وضعیت‌های ذهنی آگاهانه (مثل

1. indigestion
2. psychosomatic
3. functional dyspepsia
4. endoscopy
5. illness anxiety
6. attachment disorder
7. Bowlby
8. Chen
9. Fonagy
10. Mentalization

آرزوها، احساس‌ها، نیازها، باورها، مقاصد، اهداف و دلایل) است. درمان مبتنی بر دلبستگی با محوریت ذهنی‌سازی می‌تواند بر بهبود سوءهاضمه و اضطراب بیماری اثر بگذارد و می‌توان گفت این درمان، یک شکل مختصر و فرایندمدار از مشاوره است که در آن، ارتباط بیمار و درمانگر، مبتنی بر ایجاد یا بازسازی اعتماد بوده و بر ابراز احساسات متمرکز است (کوچکی راوندی و همکاران، ۱۳۹۴). بر اساس یک پژوهش صورت گرفته، اشخاص دارای دلبستگی ناایمن^۱، علائم جسمی زیادتری را نسبت به افراد دارای دلبستگی ایمن^۲ گزارش می‌کنند و نیز تحقیقاتی ارتباط بین دلبستگی و اضطراب را مورد پژوهش قرار داده و بر اساس نتایج به دست آمده بیان می‌کنند اشخاصی که دلبستگی ایمنی را تجربه کرده‌اند، اضطراب کمتری را نسبت به افراد ناایمن توصیف می‌کنند (بشارت و همکاران، ۱۳۹۹). همان‌گونه که استرس از علل فعال‌ساز شاخص‌های دلبستگی است، مبتلا شدن به مشکلات پزشکی نیز شاخص‌های دلبستگی فرد را فعال می‌کند. این شاخص‌های دلبستگی بر مکانیسم‌های سازگاری شخص با مشکلات پزشکی، پاسخ‌های زیستی - اجتماعی - روانی و مسیر بهبود و کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد (التمن^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به موارد ذکر شده و با توجه به این‌که پژوهش‌های اندکی در ارتباط با رفتارهای دلبستگی و تأثیر آن بر اضطراب بیماری و سوءهاضمه انجام شده است، در تحقیق حاضر قصد داریم اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی را بر اضطراب بیماری و سوءهاضمه مورد بررسی قرار دهیم؛ بنابراین، سؤال اصلی پژوهش این است که آیا درمان مبتنی بر دلبستگی بر اضطراب بیماری و سوءهاضمه اثر دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی است و روش آن کمی و تجربی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه آزمایش و گواه است. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها، تحلیل کوواریانس تک متغیره و چندمتغیره است. جامعه آماری تحقیق حاضر، کلیه افراد دچار سوءهاضمه و اضطراب بیماری که در بیمارستان خاتم‌الانبیا (ص) به‌وسیله یک پزشک دارای تخصص، تشخیص بیماری سوءهاضمه در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ دریافت کرده‌اند می‌باشد. روش نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی ساده صورت گرفت و سرانجام از مرحله پیش‌آزمون، ۳۰ نفر از اشخاصی که نمرات بالایی در پرسش‌نامه اضطراب بیماری دریافت کردند و توسط پزشک متخصص گوارش، مشکلات گوارشی و سوءهاضمه آن‌ها تأیید شد انتخاب شده و به دو گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند. شرکت‌کننده‌ها در این تحقیق به‌طور تصادفی ساده انتخاب شده‌اند و رضایت کتبی نیز از آنان گرفته شد و اینکه در هر مرحله از تحقیق می‌توانند از ادامه‌ی آن انصراف دهند، به شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد. ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل عدم دریافت روان‌درمانی دیگر به‌صورت هم‌زمان و کسب نمره بالا در پرسش‌نامه‌ای مربوط به تشخیص سوءهاضمه

1. insecure attachment
2. secure attachment
3. Altmann et al

و اضطراب بیماری بود. ملاک‌های خروج شامل مصرف داروهای روان‌پزشکی و عدم همکاری در جلسات درمانی بود.

ابزار پژوهش

الف. پرسش‌نامه شدت علائم گوارشی (GSRs) ریویکی^۱ و همکاران^۲: این پرسش‌نامه، ابزاری برای تشخیص بیماری‌های گوارشی است و بر اساس بررسی نشانه‌های روده، معده و همچنین تجربه بالینی ساخته شده است که جهت ارزیابی و سنجش نشانه‌های شایع اختلال‌های گوارش مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسش‌نامه ۱۵ سؤالی است و هر سؤال بر اساس مقیاس ۷ نقطه‌ای لیکرت از عدم ناراحتی (۰) تا ناراحتی شدید (۷) نمره‌گذاری شده است. این پرسش‌نامه پنج بُعد دارد که شامل: ریفلاکس^۳ (برگشت اسید و سوزش معده)، یبوست (احساس دفع ناقص، یبوست، مدفوع سفت)، اسهال (مدفوع شل، نیاز فوری برای دفع، اسهال)، دل‌درد (تهوع، دردهای ناشی از گرسنگی)، سوء‌هاضمه (نفخ شکم، آروغ، قاروقور شکم و افزایش گاز شکم). نمره کل از جمع میانگین نمرات در هر یک از زیر مقیاس‌ها به دست می‌آید که افزایش نمره بیانگر شدت علائم است. این ابزار را هم به صورت انجام مصاحبه و هم به صورت ابزار خودسنجی می‌توان تکمیل کرد. اعتبار همسانی درونی برای ۵ زیر مقیاس شدت علائم گوارشی برحسب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۶۱، ۰/۸۳، ۰/۸۰ و ۰/۷۰ برآورد شده است (مظاهری و خشوعی، ۱۳۹۱).

ب. پرسش‌نامه اضطراب سلامت^۴: فرم اولیه و بلند این پرسش‌نامه برای اولین بار توسط سالکوسکیس و وارویک^۵ در سال ۱۹۸۹ طراحی شد. فرم کوتاه ۱۸ سؤالی این پرسش‌نامه مجدداً توسط سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۲) به منظور سنجش اضطراب بیماری ساخته شد. این پرسش‌نامه دارای یک نمره کل (نگرانی کلی سلامتی) و دو عامل (خرده مقیاس) است. خرده مقیاس‌ها شامل: احتمال ابتلا به بیماری و پیامدهای منفی ابتلا به بیماری هستند. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه، بدین صورت است که هر آیت ۴ گزینه دارد که آزمودنی بایستی یکی از جملات را که بهتر او را توصیف می‌کند، انتخاب نماید. نمره‌گذاری برای هر آیت ۰ تا ۳ است و نمره بالا در آن نشانه اضطراب سلامتی است. برای محاسبه امتیاز هر زیر مقیاس، نمره تک‌تک گویه‌های مربوط به آن زیرمقیاس با هم جمع می‌شود. برای محاسبه امتیاز کلی پرسش‌نامه، نمره همه گویه‌ها با هم جمع شده و دامنه امتیاز این پرسش‌نامه بین ۰ تا ۵۴ خواهد بود. بررسی‌های متعدد نشان دادند که این مقیاس از همسانی درونی مناسبی برخوردار است. ضرایب همسانی درونی بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۵ متغیر بوده است. ضریب پایایی مقیاس از طریق باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۰ به دست آمد که نشان‌دهنده این است که مقیاس مذکور می‌تواند به خوبی بیماران خودبیمارانگار را از گروه‌های

1. Revicki et al
2. gastrointestinal syndrome rating scale
3. reflux
4. health anxiety inventory
5. Salkovskis & Warwick

کنترل غیربالینی متمایز ساز (نرگسی و همکاران، ۱۳۹۶). کریمی، همایونی و همایونی (۱۳۹۳) در پژوهش خود پایایی مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه کردند و روایی همگرای را نیز از طریق همبسته کردن آن با سلامت عمومی، اجتناب تجربی، اضطراب، استرس و افسردگی به ترتیب، ۰/۳۱، ۰/۴۲، ۰/۳۴، ۰/۳۲ و ۰/۴۷ به دست آوردند.

روش اجرا

ابتدا آزمودنی‌ها را به طور تصادفی به دو گروه مساوی کنترل و آزمایش تقسیم کردیم. سپس برای هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، آزمون‌ها را اجرا کردیم. سپس در گروه آزمایش، پروتکل درمان دلبستگی محور با استفاده از پروتکل درمان ذهنی سازی بتمن و فونایگی در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. این در حالی بود که شرکت‌کنندگان گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. در پایان، پرسش‌نامه‌ها در مرحله پس‌آزمون دوباره روی هر دو گروه اجرا شد.

جدول ۱. شرح جلسات درمان دلبستگی مبتنی بر پروتکل mbt بتمن و فونایگی^۱

جلسه	هدف	محتوا	فعالیت‌ها و تکالیف
اول	بدانیم برنامه درمانی در مورد چیست، بدانیم منتالیزینگ چیست و ساختار جلسات چگونه است	بیان اهداف جلسات گروهی / تأکید بر حضور فعالانه اعضا / معرفی کلیات رویکرد ذهنی‌سازی	اعضاء گروه خودشان را معرفی می‌کنند. فعالیت گروهی: اگر در شهر خودتان ببینید که سر چهارراه فردی ظاهراً خارجی در حال مطالعه یک نقشه ایستاده و با چهره‌ای که گویای پرسش است به خیابان‌های این طرف و آن طرف نگاه می‌کند، چه فکری در موردش می‌کنید؟ تکلیف: استفاده از وضعیت منتالیزینگ را تمرین کنید.
دوم	مشکل داشتن با ذهنی‌سازی یعنی چه؟	مرور بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب / مشکلات ذهنی‌سازی خود و دیگران / مشکلات تنظیم هیجان و تکانشگری / توضیح حساسیت بین فردی	فعالیت گروهی: شرکت‌کنندگان در مورد تجارب هیجانی خودشان فکر کنند و ببینند الگوی واکنش معمولشان وقتی هیجانی می‌شوند چیست؟ تکلیف: یادداشتی از یک موقعیت در طول هفته آماده کنید که در آن توانایی‌تان برای منتالیز کردن پایین بود.

جلسه	هدف	محتوا	فعالیت‌ها و تکالیف
سوم	شناخت هیجان‌ها	مروری بر بحث جلسه قبل/ بررسی تکالیف/ هیجان‌ات اصلی و اجتماعی/ هیجان‌ات اولیه و ثانویه/ توصیف انواع هیجان‌ات و تفاوت‌های فردی در کنترل هیجان‌ات	تکلیف: چه هیجان‌اتی برجسته‌ترین هیجان‌ات در هفته گذشته بوده‌اند؟
چهارم	ذهنی‌سازی هیجان‌ات	مرور بحث جلسه قبل/ بررسی تکالیف/ چگونگی برخورد با هیجان‌ات و احساسات/ تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خود و دیگران/ خودتنظیمی احساسات و اینکه دیگران چگونه می‌توانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند/ توضیح روش‌های آرمیدگی	تمرین گروهی: از اعضاء خواسته می‌شود چشمانشان را ببندند و روی خودشان تمرکز کنند. آیا جایی در بدنتان هست که توجه شما را جلب می‌کند؟ چه احساسی دارید؟ اگر فعالیت هیجانی وجود دارد سعی کنید آن را احساس کنید. همچنین از اعضا می‌خواهیم نام‌هایی برای حالات هیجانی ناخوشایندشان پیشنهاد کنند و آن‌ها را در جدولی بنویسند. تکلیف: یادداشتی تهیه کنید از یک موقعیت در این هفته که در آن تنظیم مؤثر یک حالت هیجانی دردناک را مدیریت کردید.
پنجم	توضیح اهمیت روابط دل‌بستگی	مرور جلسه قبل/ بررسی تکالیف/ توضیح دل‌بستگی، الگوها و سبک‌های دل‌بستگی، چگونگی ایجاد آن و ربط آن به روابط بزرگسالی	رابطه‌ای با یک فرد مهم در زندگی‌تان فکر کنید (همسر، عضو خانواده، دوست) و در مورد اینکه آیا این رابطه امن، دوسوگرا یا اجتنابی است فکر کنید. تکلیف: یادداشتی تهیه کنید از اینکه در روابط دل‌بستگی‌تان چه رفتارهایی در شما معمول است.
ششم	توضیح چگونگی ارتباط دل‌بستگی و ذهنی‌سازی	مروری بر جلسه قبل/ بررسی تکالیف/ تعارض‌های دل‌بستگی چیست/ تبیین اینکه چگونه رشد یافتن در یک فرهنگ‌هایی با سطح‌های ذهنی‌سازی مختلف، دل‌بستگی امن را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد/ مقدمه‌ای بر مشکلات گوارشی	فعالیت گروهی: از امثال‌های تعارضات دل‌بستگی خودتان یادداشتی تهیه کنید.
هفتم	آشنایی با اضطراب بیماری	چکیده جلسه پیشین/ توضیح اضطراب بیماری/ خودبیمارانگاری/ رابطه اضطراب بیماری با مشکلات دل‌بستگی	رهبر گروه از اعضا می‌خواهد تجارب خود درباره اختلال اضطراب بیماری را با یکدیگر به اشتراک بگذارند تا شباهت‌های نگرانی‌ها درباره بیمار شدن مشخص شود.
هشتم	شناخت درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	مرور جلسه قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف اختصاصی درمان دل‌بستگی مبتنی بر ذهنی‌سازی/ آموزش ذهنی‌سازی	آیا در گروه با این موارد مشکل دارید: (صحبت در مورد رویدادهای زندگی خودتان، تمرکز بر رویدادها در گروه و فرض کردن یک وضعیت ذهنی‌سازی)
نهم	ادامه درمان	مرور جلسه قبل/ بررسی تکالیف/	فعالیت گروهی: در مورد مشکلاتی صحبت کنید

فعالیت‌ها و تکالیف	محتوا	هدف	جلسه
<p>که وقتی یک رابطه درمانی را با درمانگر فردی - درمانگر گروهی - یا دیگر اعضای گروه شکل می‌دهید، برایتان پیش می‌آید. وقتی توسط درمانگر، یک عضو گروه یا فردی نزدیک، مورد سوءتفاهم واقع می‌شوید، واکنش معمولتان چیست.</p>	<p>توضیح جنبه دل‌بستگی در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی/ اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران و ایجاد روابط دل‌بستگی با بالینگر و دیگر اعضای گروه</p>	<p>مبتنی بر ذهنی‌سازی</p>	
<p>فعالیت گروهی: یادداشتی تهیه کنید از اینکه چگونه افراد اثر آرام‌بخشی روی اضطراب‌های شما داشته‌اند. تکلیف: اگر در مورد چیزی که شما را مضطرب ساخته به فرد دیگری (درمانگر، گروه، خانواده یا دوست) در طول هفته گذشته نزدیک شدید آن موقعیت را یادداشت کنید</p>	<p>مرور بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف/ ارائه آموزش در مورد اضطراب / انواع اختلالات اضطرابی و راهکارهای درمانی آنها / واکنش طبیعی بچه‌ها وقتی ترس را تجربه می‌کنند رفتن به سمت منبع دل‌بستگی‌شان یا هر فرد امن دیگری است که به او اعتماد دارد و این‌گونه هست که دل‌بستگی با اضطراب رابطه بنیادین دارد</p>	<p>دل‌بستگی، ذهنی‌سازی و اضطراب چگونه بر هم تأثیر می‌گذارند</p>	<p>دهم</p>
<p>اعضا دعوت به اشتراک گذاشتن تجربیات خود در فرایند گروه‌درمانی برگزار شده، می‌شوند</p>	<p>مرور جلسه قبل / بررسی تکالیف/ ارائه رویکرد آموزشی در مورد اضطراب بیماری/ توضیحات تکمیلی در مورد اضطراب بیماری و درمان آن / بحث در مورد مشکلات گوارشی تک‌تک اعضا</p>	<p>بحث نهایی درباره اضطراب بیماری، مشکلات گوارشی، دل‌بستگی و ذهنی‌سازی</p>	<p>یازدهم</p>
	<p>مرور مباحث جلسات/ بررسی تکالیف/ دعوت از اعضا برای بیان تجربیات خود درباره فرایند درمان/پس‌آزمون/تقدیر و تشکر</p>	<p>جمع‌بندی</p>	<p>دوازدهم</p>

نتایج

۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل شرکت‌کنندگان پژوهش بودند. در جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش گزارش شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش

P	χ^2	کنترل		آزمایش		ویژگی‌های جمعیت‌شناختی
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰/۸۹	۰/۲۲	۲۶/۷	۴	۱۶/۷	۵	۱۸ تا ۳۰ سال
		۲۰	۶	۲۰	۶	۳۱ تا ۴۰ سال
		۱۶/۷	۵	۱۳/۳	۴	۴۱ تا ۵۰ سال
		۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	کل
۰/۶۲	۰/۲۴	۴۳/۳	۱۳	۴۰	۱۲	زن
		۶/۷	۲	۱۰	۳	مرد
۰/۴۵	۰/۵۵	۲۶/۷	۸	۳۳/۳	۱۰	شاغل
		۲۳/۳	۷	۱۶/۷	۵	غیر شاغل
۰/۵۴	۱/۲۴	۱۰	۳	۳/۳	۱	دیپلم
		۶/۷	۲	۱۰	۳	کارشناسی
		۳۳/۳	۱۰	۳۶/۷	۱۱	کارشناسی‌ارشد و دکتری

نتایج جدول ۲ و آزمون خی دو حاکی از آن است که دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای سن، جنسیت، اشتغال و تحصیلات همگن هستند ($p > ۰/۰۵$). در ادامه میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۳ گزارش می‌شود.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سوءهاضمه	آزمایش	۱۷/۹۳	۲/۰۲	۱۴/۵۳	۲/۴۵
	کنترل	۱۷/۵۳	۲/۴۲	۱۶/۸۰	۲/۴۸
شدت علائم گوارشی	آزمایش	۶۷/۶۷	۷/۹۰	۵۹/۶۰	۷/۷۸
	کنترل	۶۶/۴۷	۶/۶۳	۶۶/۴۰	۶/۶۰
اضطراب بیماری	آزمایش	۳۷/۹۳	۴/۳۰	۳۰/۳۳	۴/۳۲
	کنترل	۳۶/۹۳	۳/۵۴	۳۷/۴۷	۴/۷۵

همچنان که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود میانگین گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون کاهش نشان می‌دهد که در ادامه در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری گزارش می‌شود. لازم به ذکر است بررسی پیش‌فرض آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که متغیرهای پژوهش نرمال هستند و همچنین نتایج آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس نیز نشان داد که این آزمون معنادار نیست و بنابراین نتایج آزمون لامبدا و یلکز در جدول ۴ جهت بررسی چندمتغیری گزارش خواهد شد.

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری سوءهاضمه و شدت علائم گوارشی و اضطراب بیماری در دو گروه

آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	P	اندازه اثر
لامبدای و یلکز	۰/۲۶	۲۱/۷۳	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش‌آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنادار برای درمان مبتنی بر دلبستگی وجود دارد. این اثر حاکی از آن است که حداقل بین یکی از متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (۰/۲۶=لامبدا و یلکز، $p < ۰/۰۵$).

جدول ۵. آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری

متغیر	منبع تغییر	SS	df	MS	F	P	اندازه اثر
سوء‌هاضمه	گروه	۴۸/۴۷	۱	۴۸/۴۷	۱۴/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	خطا	۸۱/۳۴	۲۵	۳/۲۵			
شدت علائم گوارشی	گروه	۳۶۳/۸۰	۱	۳۶۳/۸۰	۱۳/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵
	خطا	۶۸۵/۴۰	۲۵	۲۷/۴۲			
اضطراب بیماری	گروه	۳۲۳/۱۲	۱	۳۲۳/۱۲	۳۰/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵
	خطا	۲۶۰/۶۹	۲۵	۱۰/۴۳			

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر اضطراب بیماری و سوء‌هاضمه، شدت علائم گوارشی و اضطراب بیماری اثربخش است و تفاوت معناداری در متغیرهای حاضر بین گروه آزمایش و کنترل وجود دارد ($p < ۰/۰۵$) و کاهش آن‌ها در پس آزمون گروه آزمایش به دلیل اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی است.

بحث

نتایج این مطالعه مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر سوء‌هاضمه و اضطراب بیماری تأثیر دارد نشان داد که درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر سوء‌هاضمه و اضطراب بیماری اثربخش است. این نتایج با یافته‌های ساتسنگی و بروگنولی^۱ (۲۰۱۸)، التمن و همکاران (۲۰۲۱)، لی^۲ و همکاران (۲۰۲۰) و دالبرگ وهانتزگملیل^۳ (۲۰۲۲) همسو است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت اشخاص مبتلا به اضطراب سلامت در سال‌های ابتدایی زندگی خود، تجربیات نامطلوبی مانند از دست دادن عضوی از خانواده، سوء‌مصرف مواد والدین و بی‌توجهی داشته‌اند و در همین راستا می‌توان گفت ارتباط مثبتی میان رفتارهای والدین مضطرب، کنترل والدین و طرد آن‌ها، با نشانه‌های اختلالات اضطرابی وجود دارد (دالبرگ وهانتزگملیل، ۲۰۲۲). نتایج نشان داد استرس عاطفی در بیماران مزمن، شکایت‌های موجود را بدتر می‌کند و مواردی وجود دارد که بیان می‌کند استرس عاطفی، بیماری‌هایی که معمولاً روان‌تنی تلقی نمی‌شوند (مانند سرطان، دیابت) را در افراد مستعد به آن‌ها تشدید می‌کند (ساتسنگی و بروگنولی، ۲۰۱۸). طبق پژوهش لی و همکاران (۲۰۲۰) در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی، شدت علائم گوارشی می‌تواند تحت تأثیر وضعیت روانی باشد و استرس‌های عاطفی می‌تواند عامل خطر مستقیم در سوء‌هاضمه عملکردی محسوب شود.

نتایج این مطالعه مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر سوء‌هاضمه اثر دارد نشان داد که درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر سوء‌هاضمه اثربخش است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های ایوبانک^۴

1. Satsangi & Brugnoli
2. Lee
3. Dollberg & Hanetz-Gamliel
4. Eubanks

(۲۰۲۲)، بشارت و همکاران (۱۳۹۹)، میکوکا والوس^۱ و همکاران، (۲۰۲۳)، مورک^۲ و همکاران، (۲۰۲۰) و کوان^۳ و همکاران (۲۰۲۰)، همسو است. ایوانک (۲۰۲۲) چنین استدلال می‌کند که اشخاص دارای سبک دلبستگی ناایمن، نسبت به اشخاص دارای سبک دلبستگی ایمن، مشکلات گوارشی بیشتری نشان می‌دهند و بین اختلالات گوارشی و سلامت روان ارتباط وجود دارد و همچنین سبک‌های دلبستگی می‌توانند با اختلال گوارشی و سلامت روان، در ارتباط باشند. در همین رابطه می‌توان گفت عصب واگ و تأثیر آن بر روده نه تنها بر مغز افراد بلکه بر رفتار فیزیکی آن‌ها مانند پاسخ به استرس تأثیر می‌گذارد و همچنین استرس و اضطراب با فعال کردن حالت دفاعی به‌منظور محافظت در برابر خطر واقعی یا درک شده و ایجاد وضعیت جنگ یا گریز در بدن، هضم را به دلیل حفظ انرژی و منابع در پاسخ به تهدید درک شده متوقف می‌کند (کوان^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). طبق یافته‌های مورک و همکاران (۲۰۲۰) تجارب استرس‌زای زندگی به‌ویژه استرس طولانی‌مدت، در دوران کودکی و بزرگسالی بر ترکیب میکروبیوتای^۵ روده‌ی فرد در درازمدت تأثیر منفی می‌گذارد و تغییرات طولانی‌مدت در ترکیب میکروبیوتا، متعاقباً بر سلامت جسمی و روانی فرد تأثیر می‌گذارد.

نتایج این مطالعه مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر دلبستگی بر اضطراب بیماری اثر دارد نشان داد که درمان مبتنی بر دلبستگی بر اضطراب بیماری اثربخش است. این نتایج با یافته‌های ثورگارد و همکاران^۶ (۲۰۱۸) و پور فرج و بهروزی (۱۳۹۶)، باربک^۷ و همکاران (۲۰۲۲) و لی^۸ و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. از یافته‌های لی و همکاران (۲۰۲۱) می‌توان این گونه استنباط کرد که دلبستگی ناایمن بزرگسالان با نتایج مختلفی از علائم جسمی مشکل‌ساز، اضطراب بیماری و دشواری در رابطه بیمار و ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی همراه است و همچنین در پژوهش مذکور، مدل به دست آمده‌ی اضطراب سلامتی، مسیرهای مختلفی را نشان می‌دهد که از طریق آن ناملايمات دوران کودکی ممکن است از طریق ارتباط مستقیم با دلبستگی، بر بار علائم جسمی و اضطراب بیماری در بزرگسالی تأثیر بگذارد. از یافته‌های ثورگارد و همکاران (۲۰۱۸) می‌توان نتیجه گرفت که اضطراب می‌تواند توسط والدین و به‌وسیله سبک فرزندپروری و الگوهای دلبستگی در خردسالان انتقال یابد که بیانگر ارتباط میان اضطراب و سبک دلبستگی است. پور فرج و بهروزی (۱۳۹۶)، معتقدند که الگوهای دلبستگی و ناگویی خلقی می‌توانند بر خودبیمارانگاری اثر بگذارند به این گونه که سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا، به‌وسیله مشکل در شناخت احساسات و همچنین مشکل در توضیح احساسات با خود بیمارانگاری ارتباط دارند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود. اول، کنترل برخی از متغیرهای مداخله‌گر در پژوهش حاضر فراهم نبود و همگن کردن اعضای نمونه به لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی و حذف اثر آن در

1. Mikocka-Walus
2. Mörl
3. Cowan
4. Cowan
5. microbiota
6. Thorgaard et al
7. Barbek et al
8. Le et al

نتایج مقدور نبود و بایستی در تعمیم نتایج جانب احتیاط رعایت شود. در راستای رفع محدودیت اول، پیشنهاد می‌شود، پژوهشی مشابه با نمونه‌ای کنترل شده و کنترل متغیرهای مداخله‌گر صورت گیرد. دوم، ابزار گردآوری اطلاعات پژوهش حاضر پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی بوده است. پیشنهاد می‌گردد علاوه بر پرسش‌نامه از روش‌های مرسوم و معتبر گردآوری اطلاعات استفاده شود.

تعارض منافع

در پژوهش حاضر هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- بشارت، محمدعلی؛ ریسی، فاطمه و هدمند، هادی. (۱۳۹۹). آسیب‌های دلبستگی و افسردگی: نقش واسطه‌ای احساس خشم. مطالعات روان‌شناختی، ۱۶(۲)، ۲۵-۴۰.
- پور فرج عمران، مجید و بهروزی، بنت الهدی. (۱۳۹۶). بررسی رابطه خودبیمارانگاری با سبک‌های دلبستگی، ناگویی هیجانی و اضطراب در دانشجویان. فصلنامه علمی پژوهشنامه تربیتی دانشگاه آزاد واحد بجنورد، ۱۲(۵۱)، ۱۹-۳۶.
- صابری فیروزی، مهدی؛ عابدیان، شیفته و مسرت، صادق. (۱۳۹۱). اپیدمیولوژی، عوامل مرتبط و تجربیات درمانی سوءهاضمه در ایران. گوارش، ۱۷(۴)، ۲۱۳-۲۲۷.
- قنبری، فاطمه؛ نظیری، قاسم و امیدوار، بنفشه. (۱۳۹۹). اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی/ بیش فعالی. روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۱۱(۴۰)، ۱۵۱-۱۷۲.
- کریمی، جواد؛ همایونی نجف‌آبادی، عاطفه، و همایونی نجف‌آبادی، فرشته. (۱۳۹۳). ارزشیابی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه اضطراب سلامت. تحقیقات نظام سلامت حکیم، ۱۷(۴)، ۲۹۷-۳۰۵.
- مظاهری، محمد و خشوعی، مهدیه سادات. (۱۳۹۱). مقایسه‌ی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه‌ی فارسی مقیاس شدت علائم گوارشی در بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی و افراد سالم. گوارش، ۱۷(۱)، ۱۸-۲۴.
- مهاجرانی، سپهر؛ عیسی زادگان، علی و سلیمانی، اسماعیل. (۱۴۰۱). بررسی مدل معادلات ساختاری پریشانی روان‌شناختی با کیفیت زندگی سوءهاضمه کارکردی: با نقش میانجیگر خودکارآمد پنداری

- درد، حساسیت احشایی، تصاویر ذهنی مرتبط با درد و فاجعه آفرینی درد. ماهنامه‌ی علوم روان‌شناختی، ۲۱(۱۱۳)، ۹۰۳-۹۲۲.
- نرگسی، فریده؛ ایزدی، فاطمه؛ کریمی نژاد، کلثوم، و رضایی شریف، علی. (۱۳۹۶). بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب سلامت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی. فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی، ۷(۲۷)، ۱۴۷-۱۶۰.
- نرگسی، فریده؛ فتحی آشتیانی، علی؛ داوودی، ایمان و اشرفی، عماد. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی-اجباری در افراد دچار اختلال وسواسی اجباری. دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۲۶(۲)، ۴۹-۶۶.
- هاشمی، ملیحه؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ ملیحی الذاکرینی، سعید؛ کراسکیان موجمناری، آدیس و دلاوری، علیرضا. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و الکسی‌تایمیا در بیماران مبتلا به سوء‌هاضمه عملکردی. رویش روان‌شناسی، ۱۲(۳)، ۹۷-۱۰۶.
- Altmann, U., Nodop, S., Dinger, U., Ehrental, J., Schauenburg, H., Dymel, W., Willutzki, U., & Strauss, B. (2021). Differential effects of adult attachment in cognitive-behavioural and psychodynamic therapy in social anxiety disorder: A comparison between a self-rating and an observer rating. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(2), 373-383.
- Barbek, R. M., Makowski, A. C., & von dem Knesebeck, O. (2022). Social inequalities in health anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 153, 110706.
- Batman, P., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders*. 1st ed. United Kingdom: Oxford University Press.
- Besharat, M. A., Reeisi, F., & Farahmand, H. (2020). The relationship between attachment pathologies and depression: Mediating role of anger feeling. *Journal of Psychological Studies*, 16(2), 25-40.
- Chen, Y. (13 February 2023). Impact of Attachment History on Development of Social Relationships through Emotion Regulation. *Proceedings of the 2022 4th International Conference on Literature, Art and Human Development*. 8_27.
- Cowan, C. S., Dinan, T. G., & Cryan, J. F. (2020). Annual Research Review: Critical windows—the microbiota–gut–brain axis in neurocognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 353-371
- Darvish, N. (2023). Taklavi, S. (2023). The Role of Early Maladaptive Schemas and Emotional Knowledge in Predicting Employees' Illness Anxiety. *International Journal of Behavior Studies in Organizations*, 9; 23-35. <https://doi.org/10.32038/JBSO>, 3, 2.
- Dollberg, D. G., & Hanetz-Gamliel, K. (2022). Mediation-moderation links between mothers' ACEs, mothers' and children's psychopathology symptoms, and maternal metallization during COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 837423.
- Eubanks, R. (2022). *The Connection between Mental Health Symptoms and Gastrointestinal Symptoms, as Moderated by Attachment Style* (Doctoral dissertation, Alliant International University).

- Ghanbari, F., Naziri, G., & Omidvar, B. (2020). The effectiveness of mentalization-based treatment on quality of life among children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychological Methods and Models*, 11(40), 151-172.
- Hashemi, M., Atef Vahid, M. K., Malihialzackerini, S., Kraskian Mojmanaree, A., & Delavari A. (2023). The effectiveness of metacognitive therapy on reducing psychological distress and alexithymia in patients with functional dyspepsia. *Rooyesh*, 12 (3), 97-106.
- Karimi, J., Homayuni Najafabadi, A., & Homayuni Najafabadi, F. (2015). Evaluation of psychometric properties of the health anxiety inventory. *Hakim Health System Research Journal*, 17, 297-305.
- Le, T. L., Geist, R., Bearss, E., & Maunder, R. G. (2021). Childhood adversity and attachment anxiety predict adult symptom severity and health anxiety. *Child Abuse & Neglect*, 120, 105216.
- Lee, S. Y., Ryu, H. S., Choi, S. C., & Jang, S. H. (2020). A Study of Psychological Factors Associated with Functional Gastrointestinal Disorders and Use of Health Care. *Clinical psychopharmacology and neuroscience: the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, 18(4), 580-586.
- Mazaheri, M., & Khoshouei, M. S. (2012). Comparison between Psychometric Characteristics of Persian Version of the Gastrointestinal Symptoms Rating Scale in Functional Gastrointestinal Disorders and Normal Groups, *Govaresh*, 17(1), 18_24.
- Mikocka-Walus, A., Evans, S., Linardon, J., Wilding, H., & Knowles, S. R. (2023). Psychotherapy appears to improve symptoms of functional dyspepsia and anxiety: systematic review with meta-analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 28(5), 1309-1335.
- Mohajerani, S., Issazadegan, A., & Soleimani, E. (2022). A structural equation modeling investigation of psychological distress with quality of life in functional dyspepsia: The mediating role of pain self-efficacy, visceral sensitivity, pain-related mental imagery, and pain catastrophizing. *Journal of Psychological Science*. 21(113), 903-922
- Mörkl, S., Butler, M. I., Holl, A., Cryan, J. F., & Dinan, T. G. (2020). Probiotics and the microbiota-gut-brain axis: focus on psychiatry. *Current nutrition reports*, 9, 171-182.
- Nargesi, F., FathiAshtiani, A., Davodi, I., & Ashrafi, E. (2019). The effect of unified transdiagnostic treatment on anxiety sensitivity, distress tolerance and obsessive-compulsive symptoms in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Psychological Achievements*, 26(2), 49-66.
- Nargesi, F., Izadi, F., Kariminejad, K., & Rezaei Sharif, A. (2017). The investigation of the reliability and validity of Persian version of Health anxiety questionnaire in students of Lorestan University of Medical Sciences. *Quarterly of Educational Measurement*, 7(27), 147-160.
- Porfaraj, M., & Behvarzi, B. (2017). Attachment styles, alexithymia, anxiety, and hypochondriasis. *Educational researches*, 12(51), 19-36.
- Revicki, D. A., Wood, M., Wiklund, I., & Crawley, J. (1998). Reliability and validity of the Gastrointestinal Symptom Rating Scale in patients with gastroesophageal reflux disease. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 7(1), 75-83.
- Saberifirozi, M., Abedian, F., & Masserrat, S. (2013). Epidemiology, associated factors, and treatment experiences with dyspepsia in Iran, *Govaresh*, 17(4), 213-227.
- Salkovskis, P. Rimes, K. Warwick, H., & Clark, D. (2002). The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32(5), 843-853.

- Satsangi, A. K., & Brugnoli, M. P. (2018). Anxiety and psychosomatic symptoms in palliative care: from neuro-psychobiological response to stress, to symptoms' management with clinical hypnosis and meditative states. *Annals of Palliative Medicine*, 7(1), 75-111.
- Thorgaard, M. V., Frosthalm, L., & Rask, C. U. (2018). Childhood and family factors in the development of health anxiety: A systematic review. *Children's Health Care*, 47(2), 198-238.

The Effectiveness of Attachment-Based Therapy for Indigestion and Illness Anxiety in Patients with Indigestion

Nazanin Ahadian¹, Saeedeh Zomorodi², Saeideh Bazzazian³

Abstract

The aim of this research was to investigate the effectiveness of attachment-based therapy on indigestion and illness Anxiety. The study was experimental pre-test-post-test with a control group. The statistical population included patients with indigestion and illness Anxiety in the Khatam ol Anbia hospital in 1400-1401, who received the diagnosis of indigestion by a gastroenterologist, and among them, 30 people (15 people in the experimental group and 15 people in the control group) were random through sampling were selected randomly and Experimental group received 12 weeks of metallization based attachment therapy and During this period, the control group did not receive any intervention. The tools used in this research included the severity of gastrointestinal symptoms questionnaire of Revicki et al (1998) and the illness anxiety questionnaire of Salkoskis et al. 2002. Data using descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (analysis of covariance) were analyzed. The results obtained from the post-test comparison of the two groups showed that there is a significant difference in the post-test scores of indigestion and illness anxiety in the experimental and control groups. The research results showed that attachment-based therapy reduced of indigestion and illness anxiety in patients with indigestion. Based on the findings of the research, regarding to the treatment of attachment disorders can effect of indigestion and illness anxiety.

Keywords: Indigestion, Illness Anxiety, Attachment-Based Therapy.

-
1. Master of Clinical Psychology, Tehran West Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. na.ahadian2019@gmail.com
 2. Corresponding author: Assistant Professor, Department of Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. saeedeh.zomorody@gmail.com
 3. Associate Professor, Department of Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. sbazzazian@gmail.com



اثربخشی آموزش گروهی مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان

فهیمة رضوانی عبدالآباد^۱، دکتر فرشید خسرویپور^{۲*}، دکتر حمید ملایی زرنندی^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۱۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۵/۲۰

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان انجام شد. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش تمامی دانش‌آموزان دختر پایه دهم متوسطه شهر رفسنجان در سال تحصیلی ۱۴۰۲ بودند که تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل)، به‌عنوان نمونه به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند و با پرسشنامه‌های کیفیت زندگی وار و همکاران (۱۹۹۶) و تنظیم هیجان گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) شدند. گروه مداخله طی ۱۰ جلسه تحت آموزش گروهی مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت گروهی هفته‌ای دو بار قرار گرفتند اما در مورد گروه کنترل اقدامی انجام نشد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری نظیر میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل کوواریانس و با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌داری در نظر گرفته شد. نتایج نشان داد که آموزش گروهی مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان تاثیر دارد. بنابراین از آموزش گروهی مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افزایش کیفیت زندگی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان می‌توان استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: تحمل پریشانی هیجانی، پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، تنظیم هیجان، دانش‌آموزان.

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد زرنند، دانشگاه آزاد اسلامی، زرنند، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد زرنند، دانشگاه آزاد اسلامی، زرنند، ایران (نویسنده مسئول).
۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد زرنند، دانشگاه آزاد اسلامی، زرنند، ایران.

مقدمه

در جهان امروز با توجه به پیچیده شدن فرایند توسعه، نیاز به آگاهی و دانش هر لحظه بیشتر شده است. آموزش و پرورش یکی از نهادهای مهمی است که با توجه به وظیفه خطیر پرورش افراد اجتماع، مسئولیت عظیمی در غنی شدن هر چه بیشتر سرمایه‌های علمی و معنوی جامعه برعهده دارد. نیروهای پرورش یافته توسط نظام آموزشی، باید در زمینه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و علمی ایفای نقش کنند که یکی از تدابیر لازم برای بهینه سازی آموزش کشور، پرداختن به مسائل و عوامل موثر بر رشد و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان است. لذا وظیفه نهادهای آموزشی است که این موضوع را مورد بررسی قرار داده و علل و عوامل انگیزش و پیشرفت تحصیلی را مشخص نمایند (هیوساین و خان، ۱، ۲۰۲۳). دانش آموزان به‌عنوان آینده سازان کشور نقش مهمی در پیشبرد اهداف و رشد و توسعه جامعه دارند. دانستن این‌که در ذهن آن‌ها چه می‌گذرد و به آن‌چه که باور دارند، در زندگی دانش آموزان تاثیری دارد. وضعیت تحصیلی دانش آموزان به ویژه دانش آموزان مقطع متوسطه نقش مهمی در رشد و پیشرفت کشور دارد. (فراکو و همکاران، ۲، ۲۰۲۳).

یکی از متغیرهای قابل مطالعه در دانش آموزان بررسی کیفیت زندگی آن‌ها است. امروزه تنها حفظ زندگی به شکل معمول، مطلوب تلقی نمی‌شود. بلکه ارتقاء کیفیت زندگی در زمینه‌های متعدد هدفی مهم به‌شمار می‌آید (توکلی ثانی و همکاران، ۲۰۲۳). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، تنها به معنای عدم وجود بیماری یا ناتوانی نیست. بلکه یک وضعیت تندرستی کامل از نظر جسمی، روحی، روانی و اجتماعی می‌باشد. کیفیت زندگی احساس رضایت کلی از زندگی است، که از طریق ارزیابی زندگی فردی که از نظر ذهنی هوشیار است، تعیین می‌شود. این ارزیابی ذهنی است و تمام حوزه‌های زندگی را شامل می‌شود (قنبری و همکاران، ۱۴۰۲). سه اصل مهم که همه پژوهشگران در ارتباط با کیفیت زندگی اتفاق نظر دارند عبارت است از: ۱- کیفیت زندگی یک ارزشیابی ذهنی است و به قضاوت افراد راجع به زندگی شان بستگی دارد. ۲- کیفیت زندگی یک مفهوم پویا و دینامیک دارد، بدین معنی که کیفیت زندگی فرایندی وابسته به زمان است و تغییرات بیرونی و درونی در آن دخالت دارند و ۳- کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است و باید از زوایا و ابعاد مختلف سنجیده شود (بردیدا و گراندی، ۳، ۲۰۲۳).

از دیگر متغیرهای قابل بررسی در دانش آموزان، تنظیم هیجان است (یانو و همکاران، ۴، ۲۰۲۲). زمانی که فرد با یک موقعیت هیجانی روبرو می‌گردد، داشتن احساس خوب و خوش بینی به تنهایی برای کنترل هیجان‌های او کفایت نمی‌کند، او احتیاج دارد که در این لحظات بهترین کارکرد شناختی را نیز داشته باشد تا بتواند هیجان‌های خویش را کنترل نماید (تقی پور و همکاران، ۱۴۰۲). تنظیم هیجان شامل به وجود آوردن افکار و رفتارهایی است که به افراد آگاهی می‌بخشد که چه نوع

هیجانی دارند، چه زمانی این هیجان در آن‌ها به وجود می‌آید و چگونه باید آن را بیان نمایند. تنظیم هیجان اغلب در دو چارچوب مهم بررسی می‌گردد: (۱) راهبردهای تنظیم هیجانی که پیش از رخداد حادثه (پیش از ایجاد هیجان و یا در آغاز بروز آن) فعال می‌شوند و از بروز هیجان‌های شدید پیشگیری می‌نمایند و (۲) راهبردهایی که بعد از بروز حادثه و یا پس از هیجان فعال می‌گردند (تورانی و همکاران، ۱۴۰۲).

یکی از چالش‌های مهم دانش‌آموزان که با آن روبرو می‌باشند، قدرت توانایی تحمل ناراحتی و پریشانی است. امکان دارد که این پریشانی حاصل یک فرآیند جسمی یا شناختی باشد؛ ولی در حالت عاطفی فرد تمایل عملی جهت کم نمودن این تجربه دارد (صحتی و همکاران، ۱۴۰۲). این مفهوم اغلب در زمینه حالت‌های هیجانی و عاطفی به وجود آمده و فرد برای دست یافتن به آرامش، هر کاری را انجام می‌دهد. به عبارت دیگر، تحمل پریشانی به معنی توانایی فرد برای تحمل نمودن حالت‌های درونی ناراحت کننده می‌باشد (نجاریپور و همکاران، ۱۳۹۸). افرادی که ظرفیت بالایی برای تحمل پریشانی دارند، در هنگام رویارویی با عواطف منفی، قادرند با هیجان‌ات خود مقابله کنند و به میزان کمتری پاسخ‌های ناسازگارانه خواهند داد؛ در مقابل افرادی که آستانه پایینی در تحمل پریشانی دارند، زمان روبه رو شدن با یک موقعیت نامطلوب، به میزان بالاتری درگیر راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار همچون روش‌های اجتناب محور می‌شوند (شائو، ۲۰۲). واکنش‌های افراد نسبت به انواع مختلف پریشانی و شرایط استرس‌زا به اندازه زیادی به درک و برداشت فرد از موقعیت، میزان تهدید و خطر آن اتفاق بستگی دارد. به عبارت دیگر، علتی که باعث ایجاد پاسخ‌های مختلف نسبت به استرسورها می‌شود، وجود سبک‌های مقابله‌ای مختلف هر فرد می‌باشد (محمدی، ۱۳۹۸). یکی از روش‌های درمانی استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. انجمن روان‌شناسی آمریکا این درمان را به‌عنوان یکی از درمان‌های تجربی دارای اعتبار و برخوردار از حمایت پژوهشی قوی معرفی می‌نماید. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد علاوه بر راهکارهای تعبیر رفتار از راه کارهای پذیرش و ذهن آگاهی نیز در جهت بالابردن میزان انعطاف‌پذیری روانشناختی استفاده می‌کند (کیمانی ۲ و همکاران، ۲۰۱۸). البته یکی از اهداف کلی درمان پذیرش و تعهد، بالا بردن انعطاف‌پذیری روانشناختی است. انعطاف‌پذیری روانشناختی چنین تعریف می‌شود: از توانمندی بیشمار در ارتباط با لحظه اکنون و نیز تغییر در رفتار یا پافشاری بر آن زمانی که در راستای ارزش‌های زندگی خود حرکت می‌نماییم (سوهرون ۳ و همکاران، ۲۰۲۰). تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گسترده از وضعیت‌های بالینی مانند استرس، افسردگی، و... تا ۵۰ درصد کاهش مشخص شده است (تیمولاک ۴ و همکاران، ۲۰۱۸).

نتایج پژوهش فولادی و پوراحسان (۱۴۰۱) و السعید-هایی و همکاران (۲۰۱۹)، نشان داد که آموزش مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی تاثیر دارد. هم‌چنین

نتایج پژوهش گودرزبان و همکاران (۲۰۲۳) و فتاحی و همکاران (۲۰۲۳)، نشان داد که آموزش مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان تاثیر دارد. با توجه به اهمیت نقش کیفیت زندگی و تنظیم هیجان در زندگی دانش‌آموزان و لزوم مداخلات درمانی جهت کاهش مشکلات آنها و همچنین کمبود پژوهش‌های داخل کشور در ارتباط بین متغیرهای این پژوهش، انجام این مطالعه ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش گروهی مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان بود.

روش

طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر پایه دهم متوسطه شهر رفسنجان در سال ۱۴۰۲ بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. روش اجرای پژوهش به این صورت که ابتدا به اداره آموزش و پرورش شهرستان رفسنجان مراجعه کرده و پس از کسب اجازه در رابطه با انجام پژوهش، از میان لیست اسامی دبیرستان‌های دخترانه تعداد پنج مدرسه را به‌صورت تصادفی انتخاب کرده، سپس از کلاس دهم هر مدرسه تعداد ۶ نفر از دانش‌آموزان به صورت تصادفی انتخاب شدند و به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. قبل از اجرای مداخله پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و تنظیم هیجان به‌عنوان پیش‌آزمون در هر دو گروه اجرا شد. در ادامه آموزش گروهی مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای دو بار برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. سپس پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و تنظیم هیجان به‌عنوان پس‌آزمون در هر دو گروه اجرا شد. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش عبارت‌اند از: دانش‌آموز دختر پایه دهم بودن، عدم شرکت در جلسات مشاوره‌ای و روان‌درمانی دیگر و داشتن رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش. معیارهای خروج شامل دریافت همزمان نوع دیگری از روان‌درمانی، غیبت بیش از سه جلسه است. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل موارد ذیل بود: الف) کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش با تمایل خود و رضایت والدین‌شان شرکت کردند. ب) اطلاعات پرسشنامه‌ای به صورت محرمانه و بدون ذکر نام و نام خانوادگی ثبت گردید.

ابزارها

پرسشنامه کیفیت زندگی ۱: این پرسشنامه توسط وار، کاسینسکی و کلر در سال ۱۹۹۶ طراحی شد. پرسشنامه ۱۲ سوالی کیفیت زندگی، فرم کوتاه‌تر شده پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سوالی است. با

توجه به تعداد کم گویه‌ها اغلب نمره کلی فرد مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرسشنامه حاضر کیفیت زندگی را از نظر درک کلی از سلامتی خود، عملکرد فیزیکی، سلامت جسمانی، مشکلات هیجانی، درد جسمانی، عملکرد اجتماعی، نشاط و انرژی حیاتی و سلامت روان مورد بررسی قرار می‌دهد. این پرسشنامه شامل ۱۲ سوال مربوط به ۹ بعد است، که در دو خرده مقیاس جسمی و روانی تقسیم بندی شده است. خرده مقیاس جسمی شامل: عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش به علت مشکلات فیزیکی، درد سلامت عمومی، درد جسمانی و خرده مقیاس روانی شامل: محدودیت نقش به علت مشکلات روحی-روانی، انرژی و زنده دلی، وضعیت ذهنی و عملکرد اجتماعی می‌باشد. بهترین نمره آن ۱۷ + و کمترین نمره آن ۹۳ - است. پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی در سال ۱۳۸۷ روایی و پایایی نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه توسط نجات و همکاران در ایران در سال ۱۳۸۵ مورد مطالعه قرار گرفت. میزان پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شد و روایی محتوایی و صوری آن نیز مورد تایید قرار گرفت (نجات و همکاران، ۱۳۸۵).

پرسشنامه تنظیم هیجان^۱: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و کرایچ در سال ۲۰۰۶ در کشور هلند تدوین شده است و جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه خود گزارشی ۱۸ ماده دارد. اجرای آن خیلی آسان است و هم برای افراد بهنجار و هم برای جمعیت‌های بالینی قابل استفاده است. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) است. نمره کل مقیاس از جمع نمره کل خرده مقیاس‌ها به دست می‌آید؛ بنابراین، دامنه نمرات پرسشنامه بین ۱۸ تا ۹۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع تنیدگی زا و منفی است. در پژوهش گارنفسکی و کرایچ آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ گزارش شده است (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۰). در پژوهش عقیلی و همکاران (۱۴۰۲)، میزان ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۶۸ تا ۰/۸۲ و روایی آن مطلوب گزارش شده است.

پروتکل آموزش گروهی مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد: پروتکل آموزش گروهی مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط دکتر روانشناسی که دوره آموزشی در زمینه آموزش مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را دیده بود، طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت گروهی هفته‌ای دوبار در گروه مداخله در مرکز مشاوره‌هاوج آرامش شهر رفسنجان اجرا شد ولی در مورد گروه کنترل اقدامی انجام نشد.

محتوای مداخله آموزش گروهی مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (اسماعیلی، ۱۳۸۹) در جدول ۱ بیان شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش گروهی مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوا
جلسه اول	معارفه و آشنایی با اعضای گروه، هدف از تشکیل گروه، تعداد و تواتر و زمان پایان جلسات، رعایت قوانین، انجام تکالیف منزل، دادن تکلیف درمورد نحوه معارفه خود به دیگران
جلسه دوم	ارایه گزارش از تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، بحث در مورد مهارت‌های کلامی و مهارت‌های غیرکلامی و تمرین بر روی نحوه تصدیق، تحسین، توسعه ارتباط و هرگونه استفاده از زبان کلامی مثل گفتن متشکر، می‌فهمم، بله و مهارت‌های غیر کلامی شامل صداهای زیر لب، لمس (مثل دست دادن در ابتدای برخورد اجتماعی، دست زدن روی شانه‌ها، زدن دست محبت به پشت، فشردن توأم با محبت دست دیگران) و نحوه بیان (لحن و تن صدا) و دادن تکالیف در مورد مهارت‌های کلامی و غیر کلامی.
جلسه سوم	ارایه گزارش از تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، تمرین بر روی نحوه گوش دادن، آماده کردن محیط فیزیکی، سوال کردن به منظور روشن شدن مطلب گفته شده، بازگرداندن صحبت‌ها برای ایجاد همدلی در طرف مقابل و ابراز خود و دادن تکلیف درمورد به کارگیری مهارت‌های گوش دان فعال در هنگام صحبت کردن با دیگران.
جلسه چهارم	ارایه گزارش از تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، تمرین روی دادن و گرفتن تعارفات اجتماعی، احوال پرسی و خوش آمدگویی، ابراز احساسات به یک دوست صمیمی و آرزوی موفقیت برای او، تبریک اعیاد، ابراز احساسات در مجالس شادی و تسلیت به کسی، معرفی دو دوست به یک دیگر با هدف افزایش شبکه اجتماعی و رشد اجتماعی و دادن تکلیف درمورد تعارفات اجتماعی.
جلسه پنجم	ارایه گزارش از تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، تمرین روی شناسایی خود و آموزش رفتار قاطعانه، برخورد جدی در زندگی و ارتباط عمیق تر با دیگران، تعریف کردن و قدردانی از دیگران، تقاضا کردن وردتقاضاهای غیرمنطقی به منظور برآوردن نیازهای فردی واجتماعی و آشنایی با حقوق خود، دادن تکلیف درمورد تعریف و قدردانی از خانواده و دوستان، تقاضا کردن وردتقاضاهای غیرمنطقی دیگران.
جلسه ششم	ارایه گزارش از تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، تمرین بر روی تشخیص بین رفتار همراه با ابراز وجود، عدم ابراز وجود، شناسایی عوامل ناراحت کننده شخصی به منظور شناسایی نقاط آسیب پذیر خود در ارتباط با دیگران و سعی در رفع آن‌ها و دادن تکلیف درمورد رفتار همراه با ابراز وجود و شناسایی عوامل ناراحت کننده شخصی.
جلسه هفتم	ارایه گزارش از تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، تمرین بر روی انتقاد پذیری و نحوه کنار آمدن با انتقاد با هدف پذیرش خطا و اشتباه خود و عدم توجیه و بهانه تراشی در جایی که فرد مقصراست و حفظ خوشرویی و متانت و پرهیز از پرخاش به فردی که اشتباه می‌کند. دادن تکلیف در مورد کنار آمدن و قبول انتقاد.
جلسه هشتم	ارایه گزارش از تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، تمرین در مورد نحوه انتقاد مناسب و مؤثر و نحوه خصوصی سوال کردن و کنترل و بیان خشم و دادن تکلیف درمورد نحوه انتقاد کردن و بررسی علل خشم و برخورد با آن.
جلسه نهم	ارایه گزارش از تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، تمرین روی نحوه ابراز احساسات مثبت خود به دیگران و شناسایی عوامل زمینه ساز برای باورهای غیرمنطقی و نحوه برخورد با تحقیرهای کلامی و غیر کلامی و دادن تکلیف در مورد پاسخ به تحقیرهای کلامی و غیر کلامی و شناسایی عوامل زمینه ساز باورهای غیرمنطقی.
جلسه دهم	ارایه گزارش از تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، جمع بندی و ارایه خلاصه ای از مطالب مطرح شده و ارزشیابی.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌داری در نظر گرفته شد.

نتایج

تحلیل داده‌ها به منظور تعیین اثربخشی آموزش گروهی مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد دانش‌آموزان مقطع متوسطه اول صورت گرفت. در این مطالعه تعداد ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) شرکت داشتند. قبل از انجام آزمون، ابتدا پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس شامل نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک ($P < 0/05$) و همسانی واریانس‌ها بر اساس آزمون لون ($P < 0/05$) مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که این مفروضه‌ها رعایت شده است. اطلاعات توصیفی مربوط به متغیر پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	پیش آزمون	آزمایش	۲۴/۴۶	۵/۷۱
		کنترل	۲۳/۹۷	۵/۱۶
	پس آزمون	آزمایش	۳۷/۵۲	۶/۴۰
		کنترل	۲۴/۶۷	۴/۹۴
تنظیم هیجان	پیش آزمون	آزمایش	۳۴/۲۵	۷/۱۴
		کنترل	۳۵/۰۷	۸/۲۲
	پس آزمون	آزمایش	۵۱/۲۳	۹/۶۵
		کنترل	۳۴/۷۲	۸/۳۳

همان‌گونه که در جدول ۲ دیده می‌شود بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در متغیرهای کیفیت زندگی و تنظیم هیجان تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود دارد. نتایج مربوط به اثربخشی آموزش گروهی مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس برای تعیین اثربخشی آموزش گروهی مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	منابع	ss	Df	MS	F	Sig	مجذور ای‌تا
کیفیت زندگی	گروه	۴۷۹/۴۷	۱	۴۷۹/۴۷			
	خطا	۸۵۶/۲۳	۲۸	۳۰/۵۸	۱۵/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۴۳
تنظیم هیجان	گروه	۶۹۱/۰۷	۱	۶۹۱/۰۷			
	خطا	۹۷۱/۸۸	۲۸	۳۴/۷۱	۱۹/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۵۴

مطابق نتایج بدست آمده جدول ۳، بعد از برداشته‌شدن اثر پیش‌آزمون، آموزش گروهی مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری بر افزایش کیفیت زندگی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان تأثیر گذاشته است ($P < 0/05$). همچنین ۴۳ درصد افزایش کیفیت زندگی و ۵۴ درصد افزایش تنظیم هیجان دانش‌آموزان را آموزش گروهی مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین اثر بخشی آموزش مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان بود. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی دانش‌آموزان تأثیر داشت. این یافته پژوهشی با نتایج یافته‌های فولادی و پوراحسان (۱۴۰۱) و السعید-هابیا و همکاران (۲۰۱۹)، که در پژوهش خود نشان دادند آموزش مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی تأثیر داشت؛ همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که دانش‌آموزان دارای تحمل پریشانی پایین، اولاً هیجان را غیرقابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشفتگی و پریشانی‌شان رسیدگی نمایند، ثانیاً این دانش‌آموزان وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند زیرا که توانایی‌های مقابله‌ای خود با هیجانات را دست‌کم می‌گیرند (السعید-هابیا و همکاران، ۲۰۱۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله عناصری است که توانسته است بر میل و رغبت درونی افراد در انجام و یا عدم انجام یک عمل خاص، همچنین برقرار گرفتن بر یک مسیر و یا قرار نگرفتن در آن مسیر از طریق تغییر در امید به نتایج درمان، تغییر در نوع تفکر (مثبت و منفی) و تغییر در منبع کنترل، داشتن هدف و هدفگذاری، توانایی دریافتن مسیر مناسب، دعا و توکل بر منبع هستی آفرین، مؤثر واقع گردد و موجب افزایش کیفیت زندگی فرد شود. روانشناسی مبتنی بر تعهد و پذیرش جای تمرکز بر آسیب‌شناسی، بر این

عقیده است که با تأکید بر مقاومت درونی، افزایش انعطاف‌پذیری و پذیرش می‌توانند به دانش‌آموزان کمک کرد تا با شرایط زندگی پیچیده، دشوار و استرس‌آمیز و با فقدان‌ها و دردها سازگار شوند و از آن‌ها نجات یابند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تأکید بر درد و رنج می‌آموزد که چگونه می‌توان درد را پذیرفت و چگونه می‌توان کیفیت زندگی را افزایش داد (فولادی و پور احسان، ۱۴۰۱). مفهوم اصلی در درمان پذیرش و تعهد اجتناب تجربی‌های می‌باشد، که به‌عنوان عدم تمایل شخص به تجربه کردن پدیده‌های درونی منفی مانند احساسات، حس‌ها، شناخت‌ها، یا امیال و انجام دادن عملی برای جلوگیری کردن، فرار کردن، یا حذف کردن این تجربی، حتی وقتی انجام دادن آن مضر و خطرناک است، تعریف شده است تا از این طریق کیفیت زندگی فرد افزایش یابد (عابد و همکاران، ۱۴۰۰).

دیگر یافته این پژوهش نشان داد که آموزش مهارت تحمل‌پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان دانش‌آموزان تأثیر داشت. بنابراین، فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. این یافته پژوهشی با نتایج یافته‌های گودرزبان و همکاران (۲۰۲۳) و فتاحی و همکاران (۲۰۲۳)، که در پژوهش خود نشان دادند نشان دادند آموزش مهارت تحمل‌پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان تأثیر داشت؛ همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که مشخصه عمده تنظیم هیجانی دانش‌آموزان با تحمل‌آشفتگی پایین، تلاش فراوان این دانش‌آموزان برای جلوگیری از هیجان‌ات منفی و تسکین فوری هیجان‌ات منفی تجربه شده است. که اگر این دانش‌آموزان قادر به تسکین این هیجان‌ات نباشند، تمام توجه‌شان جلب این هیجان‌آشفته‌کننده می‌گردد و عملکردشان به‌طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد (صحتی و همکاران، ۱۴۰۲). در آموزش مهارت تحمل‌پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانگر بر روی ایجاد دو حالت پذیرش و تعهد در مراجع خود تلاش می‌نماید. در این درمان حالت پذیرش به معنای پذیرش افکار و احساسات خود و عدم تلاش برای کنترل آن‌ها حتی زمانی که این افکار و احساسات ناخوشایند است. هم‌چنین در این درمان حالت تعهد به معنای تلاش برای ایجاد حالتی در مراجع که در آن حالت مراجع متعهد به انجام فعالیت‌هایی برای ایجاد تغییر در برخی از رفتارهایش شود است. درمانگر در طول این نوع درمان تلاش می‌نماید که مراجع خود را به سمتی هدایت کند که در آن وی بدون آنکه قضاوتی را انجام دهد بتواند عاملی را که موجب برانگیخته شدن افکارش شده است را شناسایی نموده و آن را مورد پذیرش قرار دهد. در این روش درمان اعتقاد بر آن است که مردم به این علت در دام مشکلات روانشناختی می‌افتند که در برابر تجربیات خود الگوی خاصی از پاسخ‌دهی دارند که وجود آن سبب قوی‌تر شدن افکار منفی و حفظ هیجان‌ات منفی می‌شود (گودرزبان و همکاران، ۲۰۲۳). فرایندهایی که هیجان‌ات را اصلاح و کنترل می‌کنند، خود از همان فرایندهایی نشئت می‌گیرند که در گام اول تولید هیجان درگیر هستند. نظم‌بخشی در همه سطوح فرایند هیجان، در همه دفعاتی که هیجان فعال می‌شود، اتفاق می‌افتد و حتی قبل از ایجاد یک هیجان آشکار است. تنظیم هیجان همسان با مقابله شناختی فرض می‌شود و در کل، آن را مرتبط با راه‌های شناختی مدیریت عواطف با

استفاده از اطلاعات برانگیخته هیجانی در نظر می‌گیرند. فرایندهای شناختی به نوجوانان کمک می‌کند بتوانند مدیریت یا تنظیم هیجان‌ها یا عواطف را بر عهده بگیرند تا از این طریق بر مهار هیجان‌ها بعد از وقایع اضطراب‌آور و تنیدگی‌زا توانا باشند (برنداو و همکاران، ۱، ۲۰۲۳). از نگاه تحولی، تنظیم هیجان پیش‌نیازی اساسی برای بسیاری از کنش‌وری‌های روانی - اجتماعی فرد، نظیر پردازش شناختی، رفتارهای کاوشگری، توانایی اجتماعی و حل مسئله به‌شمار می‌آید. از سوی دیگر، نارساکنش‌وری در تنظیم هیجان موجب می‌شود پاسخ‌های هیجانی فرد با پاسخ‌های انتظارداشته و بهنجار هیجان‌ها متفاوت شود و مشکلات مزمن روانشناختی را در پی داشته باشد. تنظیم هیجان در مدیریت هیجان‌ها نقش مهمی بازی می‌کند و شکل خاصی از خودنظم‌دهی است (فتاحی و همکاران، ۲۰۲۳).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان اشاره کرد که بررسی‌ها و مصاحبه‌ها مطابق با چند جلسه روان‌درمانی بوده است و زمان برای دوره‌های پیگیری نیز وجود نداشت. جلسات آموزش درمان هم با مشکلات زیادی نظیر توجیه حضوربه‌موقع در جلسات، غیبت نکردن از جلسات درمانی و موارد دیگر همراه بود. هم‌چنین از آن‌جایی که مطالعه در شهر رفسنجان بدین معنی که تنها در یک مکان و شهر انجام شده است در تعمیم نتایج به کل کشور باید احتیاط صورت گیرد. در پژوهش حاضر از ابزارهای خودگزارش‌دهی استفاده شد، ممکن است افراد در ابراز مشکلات خود و پاسخ به پرسشنامه‌ها صداقت و دقت کامل را به خرج نداده باشند. با توجه به نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های آتی از سایر مداخلات درمانی استفاده شود. در بعد کاربردی به درمانگران مرتبط با این حیطه پیشنهاد می‌شود، در ابتدا آموزش‌های لازم در ارتباط با مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرده، سپس این آموزش‌ها را در مراکز مشاوره آموزش و پرورش برای دانش‌آموزان با مشکلات روانشناختی در زمینه کیفیت زندگی پایین و عدم تنظیم هیجان به آن‌ها مراجعه می‌کنند جهت بهبودی این دانش‌آموزان به‌کار برند تا پذیرد تا آسیب‌های روانشناختی کمتری را تجربه کنند. هم‌چنین پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی مدت پیگیری لحاظ گردد تا تعمیم‌پذیری بیشتری صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکترای نویسنده اول است. بدین‌وسیله نویسندگان از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش و تمام کسانی که به نحوی مؤثر در انجام این پژوهش همکاری کردند، تقدیر و تشکر می‌کنند.

منابع

- تقی پور، بهزاد، شریفی، سیده فاطمه، برزگران، رقیه، سیدی، سیده نسیم، عبادی واحد، لیلی. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت بر تحمل‌پریشانی و بازدارنده‌ی هیجانی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۸(۷۰)، ۲۳-۲۹.
- تورانی، فائزه، آقایی، حکیمه، حاجی آقایی، لیلا، صانعی، امین. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان فراسناختی و مهارت تنظیم هیجان بر گرایش به مد، باورهای غیرمنطقی و هم‌جوشی فکر-عمل در زنان متقاضی جراحی زیبایی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۸(۷۰)، ۳۱-۳۹.
- صحتی، اسداله، علیوندی وفا، مرضیه، حسینی نسب، داود. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تحمل‌پریشانی هیجانی و ابزار وجود دانش‌آموزان پسر قربانی قلدری. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۸(۷۰)، ۱۴۳-۱۵۳.
- عابد، یاسمن، ابوالقاسمی، شهرنم، خلعتبری، جواد. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان تعهد مبتنی بر پذیرش بر امید به زندگی و تحمل‌پریشانی در مادران کودکان کم‌توان جسمی - حرکتی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۴(۲)، ۲۷۰۶-۲۷۱۹.
- عقیلی، سید مجتبی، مهقانی قشلاق، زهرا، اصغری، آرزو. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری، تنظیم هیجان و امید به زندگی دختران آسیب دیده اجتماعی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۸(۷۰)، ۱۸۷-۱۹۴.
- فولادی، فاطمه، پوراحسان، سمیه. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش گروهی مثبت‌نگر بر تحمل‌پریشانی و راهبردهای مقابله‌ای در دختران نوجوان بی‌سرپرست. پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، ۸(۲)، ۶۵-۸۲.
- قنبری زرندی، زهرا، فروتن بقا، پریسا، برشان، ادیبه، شریعتی، رقیه. (۱۴۰۲). تاثیر آموزش راهبردهای روانشناسی مثبت‌گرا بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی معلمان بازنشسته سالمند. سالمندشناسی، ۸(۳)، ۱۰-۱۹.
- نجارپور استادی، سعید، اکبری، بهمن، خلعتبری، جواد، باباپور، جلیل. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر تحمل‌پریشانی دانشجویان دختر دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند. دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۲۷(۲)، ۲۵-۴۸.
- نجات، سحرناز، منتظری، علی، هلاکویی نایینی، کورش، محمد، کاظم، مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴(۴)، ۱-۱۲.

- Alsaid-Habia, T., McLeish, A. C., & Kraemer, K. M. (2019). Associations between distress tolerance and asthma symptoms and quality of life. *Journal of Asthma*, 56(10), 1120-1127.
- Berdida, D. J. E., & Grande, R. A. N. (2023). Academic stress, COVID-19 anxiety, and quality of life among nursing students: The mediating role of resilience. *International Nursing Review*, 70(1), 34-42.
- Brandão, T., Brites, R., Hipólito, J., & Nunes, O. (2023). Attachment orientations, emotion goals, and emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 204 (2), 112-127.
- Fattahi, A., Mazini, F., Jaberghaderi, N., Rajabi, F., Derakhshani, M., & Laki, M. (2023). Effectiveness of acceptance and commitment therapy upon distress, emotion regulation, and self-compassion in patients with cardiovascular disease: a randomized clinical trial. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 4 (2), 123-138.
- Feraco, T., Resnati, D., Fregonese, D., Spoto, A., & Meneghetti, C. (2023). An integrated model of school students' academic achievement and life satisfaction. Linking soft skills, extracurricular activities, self-regulated learning, motivation, and emotions. *European Journal of Psychology of Education*, 38(1), 109-130.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and individual differences*, 41(6), 1045-1053.
- Goodarzian, M., Mohammadi, K., & Amirfakhraei, A. (2023). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Health-Related Locus of Control and Cognitive Regulation of Emotion in Women with Breast Cancer. *Women's Health Bulletin*
- Hussain, S., & Khan, M. Q. (2023). Student-performulator: Predicting students' academic performance at secondary and intermediate level using machine learning. *Annals of data science*, 10(3), 637-655.
- Kemani, M. K., Kanstrup, M., Jordan, A., Caes, L., & Gauntlett-Gilbert, J. (2018). Evaluation of an intensive interdisciplinary pain treatment based on acceptance and commitment therapy for adolescents with chronic pain and their parents: A nonrandomized clinical trial. *Journal of pediatric psychology*, 43(9), 981-994.
- Shaw, J. (2022). How exposure to personal distress with and without self-compassion affects emotional distress tolerance: Results from a randomized controlled trial conducted in a sample of university students and a sample of community adults (Master's thesis, University of Waterloo).
- Tavakoly Sany, S. B., Aman, N., Jangi, F., Lael-Monfared, E., Tehrani, H., & Jafari, A. (2023). Quality of life and life satisfaction among university students: Exploring, subjective norms, general health, optimism, and attitude as potential mediators. *Journal of American College Health*, 71(4), 1045-1052.
- Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D.,.... & Irwin, B. (2018). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 19, 1-11.
- Yao, H., Chen, S., & Gu, X. (2022). The impact of parenting styles on undergraduate students' emotion regulation: The mediating role of academic-social student-faculty interaction. *Frontiers in Psychology*, 13, 972006.

The effectiveness of group training on emotional distress tolerance skills based on acceptance and commitment on quality of life and emotion regulation of students

Fahimeh Rezvani, Dr. Farshid Khosropour, Dr. Hamid Molaei Zarandi

Abstract

The present research was conducted with the aim of determining the effectiveness of group training of emotional distress tolerance skills based on acceptance and commitment on the quality of life and emotion regulation of students. The method of the current research was a semi-experimental type of pre-test-post-test with a control group. The statistical population of the research was all female students of the 10th grade of high school in Rafsanjan in the academic year of 2023, 30 of them (15 in the experimental group and 15 in the control group) were selected as a cluster random sampling method and using a questionnaire. Var et al.'s (1996) quality of life and Garnevsy and Kraij's (2006) emotion regulation. During 10 sessions, the intervention group underwent 90-minute group training for coping with emotional distress based on acceptance and commitment twice a week, but no action was taken in the case of the control group. Data analysis was done with tests as mean, standard deviation and covariance analysis using SPSS version 24 software. P value less than 0.05 was considered significant. The results showed that the group training of emotional distress tolerance skills based on acceptance and commitment has an effect on the quality of life and emotion regulation of students. Therefore, group training of emotional distress tolerance based on acceptance and commitment can be used to increase the quality of life and regulate students' emotions.

Keywords: emotional distress, acceptance and commitment, quality of life, emotion regulation, students.

نقش میانجی خودکار آمدی در رابطه بین فراشناخت و اضطراب رایانه‌ای دختران دانشجو

مهتاب یکانی،^۱ سیده معصومه عزیزیان^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۰/۲۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۲۶

چکیده

هدف پژوهش بررسی نقش میانجی خودکار آمدی در رابطه بین فراشناخت و اضطراب رایانه‌ای دختران دانشجو بود. روش پژوهش، توصیفی- همبستگی به شیوه معادلات ساختاری و مقطعی انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه دختران دانشجوی مقطع کارشناسی دانشکده روانشناسی واحد تهران مرکز به تعداد ۱۶۰۰ نفر در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۲۵ دانشجوی دختر به عنوان نمونه انتخاب شده و به پرسشنامه‌های فراشناخت ولز، کاترپت وهاتن، اضطراب رایانه‌ای‌هاینس، گلاس و نایت و خودکارآمدی شررو مادوکس پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از مدل معادلات ساختاری ونرم افزارهای 18spss و 23Amoss انجام پذیرفت. نتایج نشان داد که فراشناخت و خودکارآمدی بر اضطراب رایانه‌ای اثری برابر ۰/۲۶۲ و ۰/۲۴۹ دارند و مسیرهای فراشناخت و خودکارآمدی به طورمشخص ۰/۸۰ و ۰/۷۲ از واریانس مشترک اضطراب رایانه‌ای را تبیین وپیش بینی می‌کنند. نتایج پژوهش همچنین نشان داد که مدل معادلات ساختاری پژوهش دارای برازش مناسبی می‌باشد و نتایج حاکی از آن بود که باورهای فراشناختی و خودکارآمدی در اضطراب رایانه‌ای بسیار تاثیرگذار است.

کلیدواژه‌ها: خودکار آمدی عمومی، فرا شناخت، اضطراب رایانه.

۱. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲. دکتری، گروه علوم تربیتی، مدیریت آموزشی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلامشهر، ایران.
آدرس الکترونیکی نویسنده مسئول: mahtab.yeganei@gmail.com

مقدمه

اضطراب حالتی روانشناختی است که تقریباً همه انسانها در طول زندگی به درجات مختلف تجربه می‌کنند، اما زمانی که افزایش می‌یابد و به سطحی میرسد که موجب پریشانی و تعارض شود به عنوان یک اختلال شناخته می‌شود. دانش آموزان و دانشجویان نیز به دلیل مواجهه با چالشهای مختلف و فشارهایی که در طول تحصیل متحمل می‌شوند، درجاتی از اضطراب را در طول تحصیل خود نشان می‌دهند (ظاهر زاده فرخی و همکاران، ۱۴۰۱). یکی از مواردی که پژوهش‌ها از جمله پژوهش اکبری بور رنگ و رضائیان (۱۳۸۷) نشان داده است که موجب اضطراب دانشجویان می‌شود سیستم‌های فناوری اطلاعات و ارتباطات علی‌الخصوص کار با سیستم‌های رایانه‌ای است. در حالیکه فناوریهای ارتباطی به سرعت در حال تاثیرگذاری بر الگوهای زندگی، کسب و کار و آموزش هستند (رضوی، ۱۴۰۲) به طوری که رابطه فن آوری رایانه و آموزش و پرورش و نیز چگونگی کاربردهای آن مسئله روز شده است و اهمیت آن به قدری آشکار است که نمی‌توان به سادگی آن را نادیده گرفت. در طی دهه گذشته تاکید بر کاربرد فناوری رایانه در زندگی روزمره و حتی بیشتر از آن در حیات دانشگاهی وجود داشته است، دانشجویان به طور فزاینده‌ای ملزم می‌شوند تکالیفی را بر روی رایانه آماده سازند و برای پروژه‌های کلاسی از نرم افزار وسخت افزار رایانه‌ای استفاده کنند (زارع و پوراصغر ۱۳۹۴). بدین جهت است که بررسی اضطراب و موضوع اضطراب رایانه در دانشجویان و عوامل تاثیر گذار در آن به جهت کنترل نشانه‌های اضطرابی که منجر به کاهش تمایل جهت استفاده از رایانه‌ها شود حائز اهمیت می‌گردد. همچنین پژوهش‌های مختلفی که در حوزه آموزش و دانشگاهها انجام پذیرفته نشان دهنده اهمیت مهارت‌های فرانشاخصی و خودکار آمدی در جنبه‌های مختلف عملکردی دانشجویان می‌باشد. بر اساس بررسی موتورهای جستجو، پژوهشی که پیرامون سه متغیر فرانشاخص، خودکار آمدی و اضطراب رایانه در دانشجویان باشد یافت نشده است اما پژوهش‌های مشابه موجود می‌باشد. در این راستا شهنی ییلاق و همکاران (۱۳۹۱) به رابطه فرانشاخص و خودکار آمدی اشاره داشته اند. همچنین حمیدی و شیرزاد (۱۳۹۵) در پژوهش خود بیان کردند که مهارت‌های فرانشاخصی موجب افزایش خودکار آمدی می‌شود و معتقدند فرانشاخص، شناختی است ورای شناخت و تفکر عادی و به آگاهی فرد از شناخت، یادگیری و تفکر خود اطلاق می‌گردد و معتقدند با در نظر گرفتن نقش مهم رایانه در دنیای امروز، یکی از مفاهیمی که در حوزه رایانه مطرح شده مفهوم خودکار آمدی است که خود کار آمدی به توانایی ادراک شده فرد در انطباق با موقعیت‌های مشخص گفته می‌شود.

فرانشاخص به دانش مربوط به فرآیندهای شناختی و تنظیم آگاهی اشاره دارد. باورهای فرانشاخصی دانش دقیقی و ارزیابی پایدار از افکار فرد است. باورها شامل باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر ناک بودن افکار، اعتماد شناختی و نیاز به کنترل و خودآگاهی شناختی تقسیم می‌شود (راجیر و همکاران، ۲۰۲۰). فرانشاخص مجموعه گسترده‌ای از فرآیندهای مرتبط با خودآگاهی و خود ارزیابی بر اساس توانمندیها تجارب شناختی و هیجانی افراد می‌باشد (رافرد و همکاران، ۲۰۲۰). پردازش‌های

فراشناختی در چهار بخش توسط کلرک و همکاران (۲۰۱۴) معرفی شده که شامل: انتخاب اطلاعات، حفظ اطلاعات در ذهن، بازسازی اطلاعات و مسیر یابی مجدد اطلاعات می‌باشد. همانطور که اشاره گردید متغیر دیگر پژوهش حاضر خودکار آمدی می‌باشد، بیرامی و پور فرج (۱۳۹۲) در پژوهشی مشابه چنین نتیجه گرفتند که بین باورهای فراشناختی و همچنین خودکار آمدی با اضطراب (امتحان) همبستگی وجود دارد. خودکار آمدی را قضاوت‌های اشخاص در ارتباط با توانمندی‌هایشان برای به نتیجه رساندن سطوح طراحی شده عملکرد تعریف کرده‌اند. در واقع خودکار آمدی مفهومی کلی می‌باشد که نشان می‌دهد افراد تا چه حدی به تواناییهای خود برای کنار آمدن با عوامل مختلف اعتقاد دارند (موری و سیلیبیرز، ۲۰۱۹) به نظر می‌رسد اشخاصی که دارای خودکار آمدی بالا هستند تلاش بیشتری داشته و پشتکار بیشتری از خود نشان می‌دهند (خیاط غیائی و همکاران، ۱۴۰۲). با توجه به موارد مطروحه و با توجه به اینکه پژوهشی که به بررسی هر سه متغیر در دانشجویان پردازد یافت نشده است، پژوهش حاضر به دنبال بررسی این سوال پژوهشی است که آیا خودکار آمدی دختران دانشجو می‌تواند بین فراشناخت و اضطراب رایانه را میانجیگری نماید؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی و مقطعی از نوع همبستگی به شیوه معادلات ساختاری است که اضطراب رایانه‌ای به منزله متغیر برونزا، خودکار آمدی به عنوان متغیر واسطه‌ای و فرا شناخت به عنوان متغیر درون زا در نظر گرفته شدند. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان دختر مقطع کارشناسی دانشکده روانشناسی واحد تهران مرکزی به تعداد ۱۶۰۰ نفر می‌باشد و نمونه پژوهش ۲۲۵ نفری در فاصله زمانی مهرماه ۱۴۰۱ تا دیماه ۱۴۰۱ به صورت در دسترس (داوطلب) انتخاب شده‌اند. ملاک ورود داوطلب به طرح پژوهشی داشتن حداقل ۱۹ سال سن و به اتمام رساندن ترم یک و داشتن حداکثر ۴۰ سال سن و به اتمام نرسیدن دوران کارشناسی می‌باشد. به منظور تعیین حجم نمونه مطلوب در معادلات ساختاری پیشنهاد کلاین (۲۰۱۶) ملاک عمل قرار گرفته است. از دیدگاه کلاین برای آزمونهای معادلات ساختاری تعداد نمونه‌ها ۲/۵ تا ۵ برابر تعداد ماده‌های پرسشنامه باشد، مکفی خواهد بود. با توجه به ۶۶ ماده‌ای بودن پرسشنامه‌ها تعداد ۱۶۵ نمونه معرف جامعه می‌باشد، اما با هدف بالا بردن قابلیت تعمیم پذیری نتایج پژوهش تعداد نمونه‌ها بیشتر در نظر گرفته شد و نهایتاً ۲۲۵ پرسشنامه تکمیل مورد بررسی قرار گرفت. در این تحقیق، جهت رعایت نکات اخلاقی پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و پاسخگویی به سوالات اختیاری بود. اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد.

ابزارهای گرد آوری

مقیاس خودکار آمدی عمومی: پرسشنامه خودکار آمدی عمومی توسط شرر و همکاران (۱۹۸۲) تهیه شده است و دارای ۱۷ گویه است و پاسخ گویه‌ها به صورت پنج درجه‌ای از مقیاس لیکرت بوده و شامل کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم از یک تا پنج نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره ۱۷ و حد متوسط نمرات ۵۱ و حداکثر نمرات ۸۵ است در صورتیکه نمرات پرسشنامه بین ۱۷ تا ۳۴ باشد میزان خودکارآمدی جامعه ضعیف و در صورتیکه بین ۳۴ تا ۵۱ باشد متوسط و بالای ۵۱ بالا می‌باشد. نمره بالای این آزمون قوی‌تر و نمره پایین‌تر خودکارآمدی ضعیف‌تر را نشان می‌دهد. از گویه‌های این پرسشنامه گویه وقتی طرحی می‌ریزم مطمئن هستم که می‌توانم آن را انجام دهم یا گویه دیگر: به توانایی خود برای انجام کارها اعتماد ندارم می‌باشد. پایایی این مقیاس ۰/۷۶ و آلفای کرونباخ ۰/۷۹ توسط براتی و بختیاری (۱۹۹۸) گزارش شد (سیفی پور امشی و ابوالقاسمی، ۱۴۰۲). آلفای کرونباخ این در پژوهش حاضر (۰/۸۲) محاسبه شده است.

مقیاس باورهای فراشناختی: توسط ولز، کاترایت وهاتن (۲۰۰۴) ساخته شده است که یک پرسشنامه ۳۰ گویه‌ای است و باورهای افراد درباره تفکرشان را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای پنج خرده مقیاس: باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار، اعتماد شناختی و نیاز به کنترل افکار خودآگاهی شناختی می‌باشد که باورهای افراد را در قالب یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم (از یک تا پنج) مورد سنجش قرار می‌دهد. حداقل نمره در فرا شناخت ۳۰ و حداکثر نمره ۱۵۰ می‌باشد. نمره بالای این آزمون قوی‌تر و نمره پایین‌تر ضعیف‌تر را نشان می‌دهد. شیرین زاده این پرسشنامه را برای جمعیت ایران ترجمه و آماده نموده است، ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است و برای خرده مقیاس‌های کنترل ناپذیری، باورهای مثبت، خودهشیاری شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار منفی به ترتیب در نمونه ایرانی ۰/۸۷ و ۰/۸۶ و ۰/۸۱ و ۰/۸۰ و ۰/۷۱ گزارش شده است. در بررسی روایی سازه‌ای آن که با استفاده از تحلیل عاملی صورت گرفته بود مورد تأیید قرار داده اند و پایایی آن را با آلفای کرونباخ برای کل و زیر مقیاس‌ها مابین ۰/۷۶ الی ۰/۹۳ گزارش کرده اند و همچنین روایی و اعتبار این پرسشنامه به وسیله دو روانشناس بالینی و یک روانپزشک بررسی و به منظور سنجش انسجام درونی از طریق روش دو نیمه کردن و از طریق روش آلفای کرونباخ ضریب ۰/۷۹ بدست آمده و به منظور اعتبار پرسشنامه فراشناخت مقیاس روی ۵۲ نفر اجرا گردیده و ضریب پایایی آن $r = 0/88$ به دست آمده است (قمری وفا، ۱۳۹۶) ضریب آلفای کرونباخ این پژوهش (۰/۷۹) محاسبه شده است.

مقیاس اضطراب رایانه‌ای: این مقیاس توسط هاینس، گلاس ونایت (۱۹۸۷) تدوین شده است و یک ارزیابی خودسنجی اضطراب رایانه است که با ۱۹ گویه که دارای مقیاس ۵ درجه بندی لیکرت از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف درجه بندی شده اند که از نمره ۱ الی ۵ به هر گزینه تعلق می‌گیرد. از همین رو دامنه نمرات بین ۱۹ تا ۹۵ می‌باشد. لازم به ذکر است گویه‌های ۲- ۴- ۵- ۶- ۷- ۹- ۱۰- ۱۷- ۱۹ به

صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالای این آزمون قوی‌تر و نمره پایین‌تر ضعیف‌تر رانشان می‌دهد. به عنوان مثال: من اطمینان ندارم که بتوانم خروجی‌های رایانه را تفسیر کنم یا مثال دیگر من همواره در کار با رایانه احساس دلشوره می‌کنم از گویه‌های این مقیاس هستند (رستگار، ۱۳۹۵). ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش (۰/۸۱) محاسبه شده است.

نتایج

در اطلاعات جمعیت شناختی در وضعیت سنی میانگین برابر با ۲۲/۵۸ و انحراف استاندارد ۴/۹۹ بود. در ابتدا با بررسی مقیاس ابزار که فاصله‌ای می‌باشد و پیش فرض‌های آماری با استفاده از آزمون کلموگراف- اسمیرونوف نرمالی داده‌ها تایید شد. با توجه به آزمون کلموگراف- اسمیرونوف داده‌های متغیرهای فراشناخت و خودکارآمدی با اضطراب کامپیوتر نرمال است.

جدول ۱: آمار توصیفی و ماتریس همبستگی خرده آزمون‌های فراشناخت و خودکارآمدی با اضطراب کامپیوتر

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
باورهای مثبت	۱۵ / ۷۰	۳ / ۰۲	۱									
کنترل پذیری	۱۱ / ۸۲	۲ / ۵۳	**۴۴.	۱								
اطمینان شناختی	۱۰ / ۸۴	۲ / ۴۳	**۵۸.	**۳۲.	۱							
کنترل افکار	۱۱ / ۳۴	۱ / ۶۹	**۵۰.	**۵۰.	**۷۱.	۱						
خودآگاهی	۲۰ / ۶۱	۳ / ۷۵	**۹۵.	**۶۹.	**۵۷.	**۵۷.	۱					
فراشناخت	۷۰ / ۲۰	۱۱ / ۲۲	**۸۹.	**۷۲.	**۷۴.	**۷۴.	**۹۰.	۱				
میل به آغازگری رفتار	۹ / ۶۴	۱ / ۷۹	**۲۲.	**۲۰.	**۱۸.	**۲۱.	**۱۵.	**۲۴.	۱			
متفاوت در رویارویی	۱۸ / ۹۳	۲ / ۴۲	**۱۹.	**۱۶.	**۱۷.	**۲۰.	**۱۸.	**۲۷.	**۶۶.	۱		
گسترش تلاش	۱۱ / ۷۹	۲ / ۰۱	**۲۰.	**۱۸.	**۱۹.	**۱۷.	**۲۰.	**۲۵.	**۷۰.	**۷۳.	۱	
خودکارآمدی	۴۰ / ۳۶	۴ / ۷۳	**۲۴.	**۲۱.	**۲۰.	**۲۲.	**۲۱.	**۲۹.	**۸۱.	**۷۷.	**۸۰.	۱
اضطراب کامپیوتر	۴۲ / ۵۳	۴ / ۱۴	**۲۳.	**۳۱.	**۲۶.	**۲۸.	**۲۹.	**۳۳.	**۲۳.	**۲۷.	**۲۸.	**۲۷.

**در سطح ۰/۰۱ معنی داری است. *در سطح ۰/۰۵ معنی داری است.

نتایج مندرج در جدول (۱) آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد متغیرها فراشناخت، خودکارآمدی و اضطراب کامپیوتر نشان داده می‌شود و همبستگی معنی داری بین متغیرهای فراشناخت، خودکارآمدی با اضطراب کامپیوتر وجود دارد. به طور مشخص همبستگی منفی معنی داری بین متغیرهای فراشناخت (۰/۳۳-) با اضطراب کامپیوتر در آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. همبستگی منفی معنی داری بین متغیر خودکارآمدی (۰/۲۷) با اضطراب کامپیوتر در آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۲: شاخص‌های برازش حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها و متغیرها پس از تصحیح

نام آزمون	توضیحات	مقادیر قابل قبول	مقدار به دست آمده
χ^2/df	کای اسکوئر نسبی	< ۳	۲/۵۹۸
RMSEA	ریشه میانگین توان دوم خطای تقریب	< ۰/۱	۰/۰۲۹
GFI	شاخص برازندگی تعدیل یافته	> ۰/۹	۰/۹۹۹
NFI	شاخص برازش نرم	> ۰/۹	۰/۹۹۹
CFI	شاخص برازش مقایسه ای	> ۰/۹	۰/۹۹۹
DF	۲۴۹		

مقدار RMSEA برابر با ۰/۰۲۹ می‌باشد لذا این مقدار کمتر از ۰/۱ است که نشان دهنده این است که میانگین مجذور خطاهای مدل مناسب است و مدل قابل قبول می‌باشد. همچنین مقدار کای دو به درجه آزادی (۲/۵۹۸) بین ۱ و ۳ می‌باشد و میزان شاخص GFI، CFI و NFI نیز تقریباً برابر و بزرگتر از ۰/۹ می‌باشد که نشان می‌دهند مدل متغیرهای پژوهش، مدلی، مناسب است.

جدول ۳: برآورد مستقیم مدل به روش حداکثر درست نمایی (ML1)

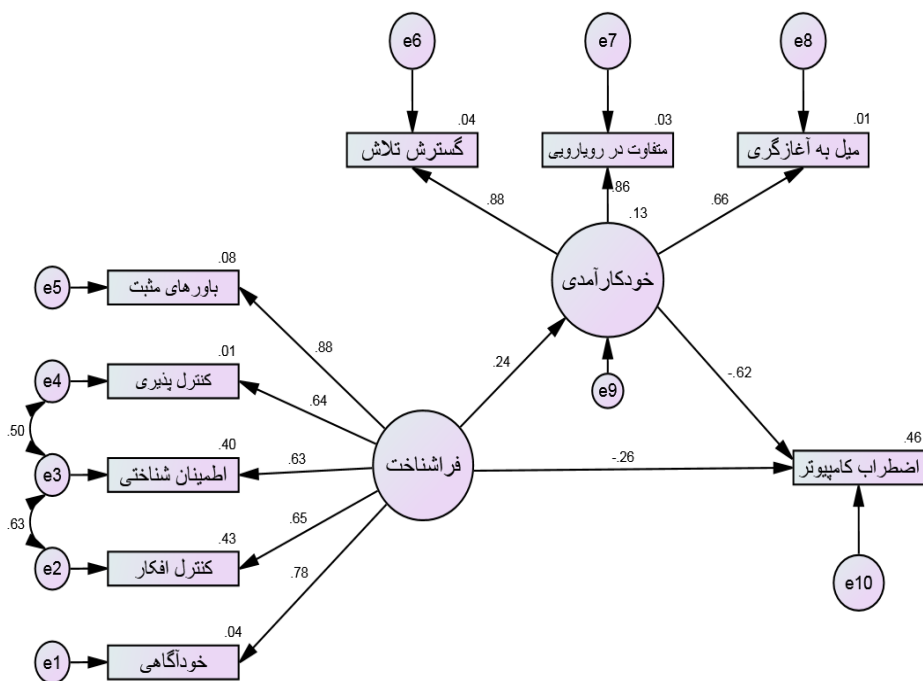
متغیر	b	β	R2	t	P
فراشناخت بر اضطراب کامپیوتر	-۰/۳۰۴	-۰/۲۶۲	۰/۰۸۰	۳/۱۱۴	۰/۰۱
خودکارآمدی بر اضطراب کامپیوتر	-۰/۲۹۱	-۰/۲۴۹	۰/۰۷۲	۲/۹۸۷	۰/۰۱

با توجه به جدول (۳) فراشناخت و خودکارآمدی بر اضطراب کامپیوتر اثری برابر با ۰/۲۶۲- و ۰/۲۴۹- دارند و مسیرهای فراشناخت و خودکارآمدی به طور مشخص ۰/۰۸۰ و ۰/۰۷۲ از واریانس مشترک اضطراب کامپیوتر را تبیین و پیش بینی می‌کنند.

جدول ۴: برآورد غیر مستقیم مدل با استفاده از روش بوت استرپ ۱

متغیر	B	R2	حد پایین	حد بالا	معنی داری
فراشناخت بر اضطراب کامپیوتر از طریق میانجی نقش خودکارآمدی	-۰/۶۲۷	۰/۴۶۱	-۰/۶۸۹	-۰/۵۴۷	۰/۰۰۱

با توجه به جدول (۴)، مسیر غیر مستقیم فراشناخت بر اضطراب کامپیوتر با میانجی گری خودکارآمدی مشاهده می‌شود و به طور کلی مسیر به طور مجزا توان پیش بینی ($R^2=0/46$) از متغیر اضطراب کامپیوتر را دارند که ۴۶ درصد از این متغیر درون زا توسط این متغیرها قابل تبیین می‌باشد و ۵۴ درصد از متغیر اضطراب کامپیوتر توسط دیگر متغیرهای خارج از پژوهش تبیین می‌گردد.



نمودار ۱: مدل نهایی آزمون شده به همراه آماره‌های پیش بینی استاندارد شده

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مدل معادلات ساختاری نقش میانجیگری خودکار آمدی در رابطه بین فراشناخت و اضطراب رایانه دختران دانشجو دارای برآزش می‌باشد. با بررسی موتورهای جستجوگر پژوهشی که نشان دهنده رابطه سه متغیر پژوهش حاضر در دانشجویان دانشگاه باشد موردی یافت نشد، اما پژوهش‌های مشابه انجام پذیرفته است. در مورد ارتباط بین فراشناخت و اضطراب رایانه یافته‌های این پژوهش با یافته‌های ولز (۲۰۰۹)، ولز و همکاران (۲۰۱۰)، یلماز و همکاران (۲۰۱۱)، براون و فرنی (۲۰۱۵) مشابه است و این پژوهشگران در یافته‌های خود نشان دادند که مابین پردازش‌های فراشناختی افراد و اضطراب آنها رابطه وجود دارد. در ایران نیز پژوهش‌های مشابهی انجام شده که به شرح ذیل است: سالاری فر و پور اعتماد (۱۳۹۰) در پژوهش خود نشان دادند که بین باورهای فراشناختی و اضطراب همبستگی وجود دارد. خوشنویسان و افروز (۱۳۹۰) در پژوهش خود نشان دادند که بین خودکارآمدی و اضطراب دانش آموزان رابطه وجود دارد. اعلم الهدی و زینالی (۱۴۰۰) نیز در پژوهش مشابهی نشان دادند که فرا شناخت بر خودکار آمدی (تحصیلی) اثر دارد. بیرامی و پور فرج (۱۳۹۲) در پژوهشی چنین نتیجه گیری کردند که بین باورهای فراشناختی و همچنین خودکار آمدی با اضطراب (امتحان) در دانشجویان همبستگی وجود دارد. سپندارنیا و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود نشان دادند که با بهبود مهارت‌های فراشناختی در دانشجویان می‌توان اضطراب را در آنها کاهش داد. رحمانی و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهش خود نشان دادند که باورهای فراشناختی در اضطراب دانشجویان تاثیر دارد. همچنین در تبیین یافته‌ها به موارد پژوهش‌های دیگری هم اشاره شده است.

در تبیین یافته پژوهش حاضر که نشان از میانجیگری خودکار آمدی در رابطه بین فراشناخت و اضطراب رایانه دارد می‌توان چنین بیان کرد که: خودکار آمدی در انتخاب هدف موثر است. انتخاب هدف در افراد براساس ارزیابی از توانایی خود است، خودکار آمدی پایین، منفی و بی ثبات احساس نامنی و نالایقی ایجاد و باعث عدم دستیابی به هدف‌های بزرگتر می‌شود. خودکار آمدی قوی باعث جذب عمیق نسبت به وظایف می‌شود و به افراد کمک می‌کند تا بیشتر مشتاق شرکت در فعالیت‌های چالش بر انگیز باشند، افرادی که خودکار آمدی قوی تری دارند هدف‌های چالش بر انگیز تری انتخاب می‌کنند و برای رسیدن به آن تلاش بیشتری می‌نمایند (سیاحی و همایی، ۱۳۹۹). بنابراین چنین می‌توان نتیجه گرفت که با داشتن خودکارآمدی دانشجو می‌تواند هدف های بزرگتر تحصیلی که با بکارگیری رایانه به آنها دستیابی پیدا می‌کند برای خود برگزیند و چالشهایی را که در زمان به کار بست سیستم‌های رایانه‌ای مواجه می‌شود موفق‌تر حل نماید. بنابر این پیشنهاد می‌شود با توجه با حائز اهمیت بودن خودکارآمدی، آن را در دانشجویان تقویت نمود. یکی از موثر ترین برنامه‌ها در زمینه تقویت خودکارآمدی ارائه برنامه آموزش مثبت اندیشی است (مال امیری و همکاران، ۱۴۰۲). هنگامی که افراد مثبت نیندیشند و منفی قضاوت کنند به عقیده ولز (۲۰۰۹) اگر این قضاوت منفی و معیوب با احساسات ذهنی درباره خطر و مقابله با آن همراه شوند اضطراب رخ داده و حفظ می‌شود، همچنین ولز

معتقد است پردازش‌های معیوب شناختی و فراشناختی علت اضطراب هستند و درمان فراشناختی درمان نسبتاً موثری برای اختلال اضطراب می‌باشد.

لذا پیشنهاد می‌شود در صورتیکه میزان اضطراب دانشجویی بسیار بالا باشد از درمان فراشناختی جهت کاهش اضطراب بهره گرفته شود. همچنین باتوجه به اینکه نتایج پژوهش‌ها از قبیل پژوهش احدی وهمکاران (۱۴۰۰) نشان داد که آموزش راهبردهای شناختی و فراشناختی بر خودکار آمدی موثر است و با توجه به نتایج پژوهش حاضر که نشان داده است که خودکار آمدی بالا می‌تواند در کاهش اضطراب دانشجو موثر واقع شود پیشنهاد می‌گردد دوره‌های آموزشی مهارت افزایی درارتباط باراهبردهای شناختی و فراشناختی برای دانشجویان ارائه گردد. از دیدگاه حسین خانی و همکاران (۱۴۰۰) بدین جهت آموزش راهبردهای شناختی و فراشناختی برای دانشجویان حائز اهمیت است که این راهبردها مجموعه فعالیت آشکار و پنهان پردازش اطلاعات هستند که در هنگام یادگیری توسط یادگیرنده برای یادگیری سریع تر، آسان تر و موثرتر و لذت بخش تر استفاده می‌شود و به اعتقاد موحدیان و همکاران (۱۴۰۱) تجارب فراشناختی تفکر فرد را در مواجهه با مسئله و حل مشکل هدایت می‌کند. ارتقاء مهارت‌های فراشناختی می‌تواند باعث افزایش روند فکری بهتر دانشجویان شود و همچنین بالا بودن باورهای خودکارآمدی می‌تواند منجر به افزایش تلاش و بیشتر شدن پشتکار دانشجویان شده تا آنها مهارت‌های رایانه‌ای را آسان تر و سریعتر و با لذت یاد بگیرند و نهایتاً با پشتکار بیشتر و به واسطه داشتن حس خوب و احساس مثبت در زمان کار با رایانه اضطرابشان کاهش می‌یابد و در برابر مشکلاتی که در طی استفاده از سیستم‌های رایانه‌ای پیش می‌آید مقاومت کرده، مهارت‌ها را آسان تر و سریع تر یاد می‌گیرند و با افزایش مهارت‌های رایانه‌ای به طور مداوم از شدت اضطراب رایانه‌ای کاسته می‌شود و به مرور اضطرابشان به طور کامل از بین می‌رود.

این پژوهش همانند تحقیقات دیگر با محدودیت‌هایی مواجه شده است که از آن جمله امکان سوگیری در پاسخ‌ها توسط پاسخ دهندگان وجود داشته است. انجام تحقیق فقط در یک دانشگاه به عنوان جامعه در دسترس جز محدودیت‌های این پژوهش بوده است. همچنین پژوهش حاضر در دختران دانشجو انجام پذیرفته و در تعمیم یافته‌ها به پسران دانشجو باید احتیاط رعایت شود و با توجه به اینکه این پژوهش در جامعه دانشجویان دانشگاه صورت پذیرفته تعمیم نتایج به دیگر اقشار جامعه نیز با احتیاط رعایت گردد. پیشنهاد می‌گردد با توجه به اینکه افزایش مهارت در به کار بست رایانه باعث کاهش اضطراب رایانه در آنها خواهد شد.

منابع

- احدی، الناز؛ انتصار فومنی، غلامحسین؛ کیانی، قمر (۱۴۰۰). اثر بخشی آموزش راهبردهای شناختی و فراشناختی بر خودکار آمدی و اشتیاق تحصیلی دانش آموزان دختر با درماندگی آموخته شده. فصلنامه زن و مطالعات خانواده، ۱۴، (۵۴) ۳۳-۵۰.
- اکبری بور رنگ، محمد؛ رضائیان، حمید (۱۳۸۷). اضطراب رایانه در دانشجویان دانشگاه اراک و رابطه آن با کار آمدی رایانه. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۵۲، ۹۰-۹۲.
- اعلم الهدی، مهسا؛ زینالی، علی (۱۴۰۰). مدل خودکار آمدی تحصیلی دانش آموزان نقش فراشناخت و فرا هیجان با میانجیگری یادگیری خود راهبر. مجله آموزش و یادگیری، ۳۴.
- بیرامی، منصور؛ پورفرج، مجید (۱۳۹۲) بررسی باورهای فراشناختی، خودکار آمدی و خوش بینی، با اضطراب امتحان دانشجویان علوم پزشکی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۱ (۷) ۹-۱۶.
- حسین خانی، خلیل؛ حجازی، مسعود؛ قاسمی؛ مسعود (۱۴۰۰). اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر مولفه‌های شناختی، تفکر انتقادی، حل مسئله و فراشناخت بر خودکار آمدی و سر زندگی تحصیلی دانش آموزان، مجله تازه‌های علوم شناختی، ۹۲، ۵۲-۶۰.
- خیاط غیاثی، پروین؛ خواجه افضل، طیبه؛ صمدی، سهیلا (۱۴۰۲). بررسی اثر بخشی آموزش نظریه انتخاب بر کیفیت زندگی، مسئولیت پذیری و خودکار آمدی دانشجو معلمان (پردیس نسیمه). مجله پیشرفت‌های نوین در روانشناسی و علوم تربیتی، ۶ (۵۸).
- خوشنویسان، زهرا؛ افروز، غلامعلی (۱۳۹۰). رابطه خودکار آمدی با اضطراب، افسردگی و استرس دانش آموزان. مجله علوم پزشکی کرمان، ۵ (۲۰) ۳۷-۸۰.
- رحمانی، ملیحه؛ زنجانی، زهرا؛ امیدی، عبدالله (۱۴۰۱). بررسی واسطه‌ای باورهای فراشناختی در رابطه بین نگرانی و نشانه‌های اضطراب فراگیر در دانشجویان. مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، ۱۰ (۲).
- رستگار، احمد (۱۳۹۵). مدل علی روابط باورهای هوشی و پذیرش فناوری اطلاعات و ارتباطات: نقش واسطه‌ای اهداف پیشرفت، اضطراب رایانه با خود کار آمدی رایانه دانش آموزان متوسطه. مجله روانشناسی شناسی تربیتی، ۳۹ ۱۵۷-۱۷۴.
- رضوی، سید عباس (۱۴۰۲). بررسی نسخه ۱ و ۲ شبکه آموزشی دانش آموزان (شاد) از نظر قابلیت‌های آموزشی، طراحی و ظاهر، عملکرد و ویژگی‌های فنی. فصلنامه فن آوری اطلاعات و ارتباطات در علوم تربیتی، ۱۴ (۲) ۵-۲۷.
- زارع، حسین؛ پور اصغر، نصیبه (۱۳۹۴). تجربیات قبلی و عملکرد تکالیف مرتبط با رایانه دانشجویان: نقش خودکار آمدی رایانه، اضطراب رایانه و جنسیت. مجله پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی، ۹، ۶۹-۸۲.

سیفی پور امشی، ندا؛ ابوالقاسمی، عباس (۱۴۰۲). نقش واسطه‌ای خودکار آمدی عمومی و تحمل پریشانی در رابطه بین امید به زندگی و اضطراب کرونا در بزرگسالان. مجله دست آوردهای روان شناختی، ۱۴ (۳۰) ۱۸۳-۲۰۴.

سیاحی، مهین؛ همایی، رضوان؛ (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش توانمند سازی فردی بر خودکار آمدی، کار آفرینی و انسجام خانواده در زنان سرپرست خانوار. فصلنامه زن و جامعه، ۱۱ (۴) ۲۸۹-۳۰۸.
سپندار نیا، مینا؛ برجعلی، احمد؛ حسین ثابت، فریده (۱۴۰۰). رابطه بین باورهای فراشناختی و اضطراب با نقش میانجیگری سبک‌های حل مسئله در دانشجویان، <http://civil.ca.com/doc/1532288>

سالاری فر، محمد حسین؛ پور اعتماد، حمید رضا (۱۳۹۰). رابطه باورهای فراشناختی با اختلال افسردگی و اضطراب. مجله علمی پژوهشی یافته، ۱۳ (۴) ۲۹-۳۸.

شیرین زاده دستگیری، صمد، گودرزی، محمدعلی، رحیمی، چنگیز، و نظیری، قاسم. (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت ۳۰. مجله روانشناسی، ۱۲ (۴) (پیاپی ۴۸)، ۴۴۵-۴۶۱.

شهنی بیلاق، منیجه؛ دبستانی، فاطمه؛ عالی پور، سیروس؛ حاجی یخچالی، علیرضا (۱۳۹۱) خودکارآمدی و هدف‌های پیشرفت. مجله مطالعات روانشناسی تربیتی، ۹ (۱۶) ۸۱-۱۱۰.
ظاهر زاده قهقرای، سجاد؛ عزیزیان پور، حسن؛ شانه نیا، زینب (۱۴۰۱). رابطه بین حساسیت اضطرابی و باورهای فراشناختی با اضطراب امتحان دانشجویان. فصلنامه انجمن ایرانی روانشناسی، ۲۶ (۳) ۳۰۰-۳۰۸.

قمری وفا، بهروز (۱۳۹۶). بررسی باورهای فراشناختی و خودکار آمدی با پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه ناحیه ۲ شهر همدان. پنجمین همایش ملی راهکارهای توسعه و ترویج علوم تربیتی، روانشناسی و مشاوره و آموزش در ایران، تهران / <http://civil.ca.com/doc/686824>
مال امیری، محمد رضا؛ خسرو نژاد، شیوا؛ قربانی کهریزی سنگی، معصومه (۱۴۰۲). بررسی تاثیر برنامه آموزش مبتنی بر تفکر مثبت بر توسعه خودکار آمدی در دانش آموزان. مجله پیشرفت‌های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش، ۶ (۶۲) ۳۹۵-۴۱۱.

موحدیان، زهرا؛ قمرانی، امیر؛ سجاد یان الناز (۱۴۰۱). اثر بخشی آموزش فراشناختی و تحول مثبت نوجوانی بر تاب آوری و بهزیستی تحصیلی دانش آموزان دختر با مشکلات رفتاری. مجله روانشناسی تحولی

موحدیان، زهرا؛ قمرانی، امیر؛ سجاد یان، ایلناز. (۱۴۰۱). اثر بخشی آموزش فراشناختی بر فرسودگی تحصیلی دانش آموزان دختر دارای مشکلات رفتاری. مجله مطالعات ناتوانی، ۱۲، ۲۷۱-۲۶۳.

- Brown, RG & Fernie, B.A. (2015). Metacognitive, anxiety, and distress related to motor fluctuations in Parkinson's disease. *JOURNAL of psychology Research*, 78, 143 _ 148.
- Clerk, J; PH ; & Cosneefroy L. (2014). Young children's transfer of strategies: utilization deficiencies, executive function, and metacognition. *Development Review*, 34, 378 _ 393.
- Hainssen, R. K , Glass c.R. & Kinght, L, A (1987). Assessing computer anxiety Development and validation of the computer anxiety rating scale. *Computer inhuman Behavior*, 3, 49.
- Kline R. (2016). Principles and practices of structural equation Modeling (4th ed; pp64_ 96) New York, NY Guilford.
- Murire, o ; & Villiers, L, (2019). Critical success Factors to improve the adoption of social media in teaching and learning: A case study at a traditional university. *International JOURNAL of Interactive Technology (IjiM)*, 13 (3).
- Rogier, G ; Zoble, S. B ; Morgantiw ; Ponzoni, S. & Velotti , p (2020). Metacognition in gambling disorder: Systematic review and meta analysis. *Addictive Behavior s* , 106600.
- Raffard, S ; Lebrun , c ; Bayard , S , Macgregor, A & Capdeville, D (2020). self _ awareness deficits of cognitive impairment in individuals with schizophrenia. Really ? *Frontiers in psychiatry*, 11 , 731 .
- Sherer , MM., Maddux , E. (1982). The self- efficacy scale: Construction and validation. *Psychology Report*, 51, 663-671.
- Wells, A, & Cartwright _ Hatton , a. (2004). A short form of the metacognitive questionnaires properties of the McQ _ 30. *Behavior Research*. 42 _ 385 _ 369.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*, New York ; the Guilford press.
- Wells, A ; Welford, M, King , p ; Papanageorgiou , c , Wisely, J , & Mendel , E . (2010). Pilot randomized of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adult with generalized anxiety disorder. *Behavior Research and therapy*, 48 , 429 _ 434 .
- Yilmaz , A. E ; Gencoz , T. & Wells , A . (2011). The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life stress A prospective study. *JOURNAL of Anxiety disorders*, 25 , 389 - 396.

The Mediating Role of General Self Efficacy in the Relationship between Metacognitive and Computer Anxiety of Islamic Azad University of Tehran

Mahtab Yeganei¹, Seyedeh Masoumeh Azizian²

Abstract

In the present research, the mediating role of self-efficacy in the relationship between metacognition and computer anxiety of female students has been investigated. Descriptive and correlational research method was carried out using structural and cross-sectional equations. The statistical population included all undergraduate female students of the Faculty of Psychology, Tehran Branch, in the number of 1,600 students in the academic year 1402-1401, and using the available sampling method, 225 female students were selected as a sample and applied to Wells metacognitive questionnaires. , Cutright and Hutton, Haynes, Glass and Knight's computer anxiety and Maddox's villainous self-efficacy have answered. Data analysis was done using structural equation model and spss18 and amoss23 software. The analysis of the obtained data showed that metacognition and self-efficacy had an effect of 262.0 on computer anxiety. and 249/0 and the paths of metacognition and automaticity are specifically 80/0 and 72/0 They explain and predict computer anxiety from the common variance. The results of the research showed that the structural equation model of the research has a good fit and the results indicated that metacognitive and self-efficacy beliefs are very effective in computer anxiety, therefore by considering these factors and appropriate measures, computer anxiety can be reduced.

Keywords: General Automaticity, Metacognition, Computer Anxiety

1. Assistant Professor, Department of Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Ph.D., Department of Educational Sciences - Educational Management, Islamshahr Branch, Islamic Azad University, Islamshahr, Iran.