

## Effectiveness of Emotional-Focused Therapy on Pain Acceptance and the Mental Health Dimensions among Patients with Urticaria

Zahra Bahreini<sup>1</sup> , Gholamreza Sanagouye-Moharer<sup>2\*</sup> 

1. PhD Candidate of Psychology, Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran.
2. Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran.

\***Corresponding Author:** Gholamreza Sanagouye-Moharer, Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran.

**Email:** r.sanagoo@iauzah.ac.ir

**Received:** 22 Desember 2018

**Accepted:** 14 March 2019

**Published:** 31 December 2019

### How to cite this article:

Bahreini Z, Sanagouye-Moharer Gh. Effectiveness of Emotional-Focused Therapy on Pain Acceptance and the Mental Health Dimensions among Patients with Urticaria. *Salamat Ijtimai (Community Health)*. 2020; 7(2):201-210. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v7i2.23801>.

### Abstract

**Background and Objective:** Chronic urticaria is a disease could result in irritation and disability among patients. The purpose of this study was to determine the effectiveness of emotion-focused therapy on pain acceptance and the mental health dimensions among patients with urticaria.

**Materials and Methods:** This study was of semi-experimental design with pretest-post-test and control group. The population of this study included all patients with urticaria who were referred to Imam Khomeini Hospital in Tehran in 2017, among whom 60 were randomly selected and assigned to two experimental and control groups, each containing 30. The experimental group participated in eight sessions of emotional-focused therapy. Chronic pain acceptance questionnaire and general health questionnaire were completed by both groups. Data were analyzed using covariance analysis in SPSS software version 22.

**Results:** The mean (SD) age of the respondents was 41.3 (6.4) years. The mean (SD) score of the health problems of the experimental group was 47.4 (8.5) in the pretest, which decreased to 40.5 (5.3) in the post-test and the mean (SD) of not accepting pain in the experimental group was 30.1 (4.1) pretest, which decreased to 27.19 (3.5) but the mean (SD) of both variables in the pre-test and post-test of the control group did not show a significant difference.

**Conclusion:** It can be concluded that emotional-focused group therapy improved pain acceptance and mental health dimensions of patients with Urticaria.

**Keywords:** Mental Health, Pain, Urticaria, Emotions.

**Conflict of Interest:** None of the authors has any conflict of interest to disclose.

**Ethical publication statement:** We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

**Ethical code:** IR.IAUZAH.REC.1396.23183.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

## اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر پذیرش درد و ابعاد سلامت روان بیماران مبتلا به کهیر

زهرا بحرینی<sup>۱</sup>، غلامرضا ثناگوی محرر<sup>۲\*</sup>

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.

۲. گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.

\* نویسنده مسئول: غلامرضا ثناگوی محرر، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.

Email: r.sanagoo@iauzah.ac.ir

تاریخ پذیرش: اسفند ۱۳۹۷

تاریخ دریافت: آذر ۱۳۹۷

## چکیده

زمینه و هدف: کهیر مزمن بیماری است که باعث آزدگی بیمار و در مواردی باعث ناتوانی وی می شود. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر پذیرش درد و ابعاد سلامت روان بیماران مبتلا به کهیر بود.

روش و مواد: روش این پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه شاهد بود. جامعه این پژوهش شامل کلیه بیمارانی بود که با تشخیص بیماری کهیر در شش ماه دوم سال ۱۳۹۶ به بیمارستان امام خمینی تهران مراجعه کرده و تشکیل پرونده دادند که ۶۰ نفر از آنها به طور تصادفی انتخاب شده و به طور تصادفی ۳۰ نفر در گروه آزمایشی و ۳۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. ابتدا توسط هر دو گروه، پرسشنامه پذیرش درد مزمن و پرسشنامه سلامت عمومی تکمیل شد. جلسات آموزش متمرکز بر هیجان در هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هفتگی برای گروه آزمایش انجام شد. داده ها با روش تحلیل کوواریانس و نرم افزار SPSS-22 مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) سنی پاسخگویان، (۶/۵) ۴۱/۳ سال بود. مطالعه نشان داد که میانگین (انحراف معیار) مشکلات روانی در گروه آزمایش از (۸/۶) ۴۷/۴ در پیش آزمون به (۵/۳) ۴۰/۵ در پس آزمون و میانگین (انحراف معیار) عدم پذیرش درد گروه آزمایش از (۴/۱) ۳۰/۱ در پیش آزمون به (۳/۵) ۲۷/۲ در پس آزمون کاهش یافت اما میانگین (انحراف معیار) هر دو متغیر در پیش آزمون و پس آزمون گروه شاهد تفاوت آماری معنادار نشان نداد.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد که آموزش گروهی درمان متمرکز بر هیجان منجر به افزایش پذیرش درد و بهبود ابعاد سلامت روان بیماران مبتلا به کهیر شد.

واژگان کلیدی: سلامت روان، درد، کهیر، هیجان ها.

## مقدمه

کهیر مزمن ایدیوپاتیک بیماری عود کننده ای است که با کهیر خارش دار برای حداقل شش هفته همراه است (۱). در این بیماران عامل شروع کننده بیماری یا علت آن ناشناخته است. (۲). تقریباً ۲۵-۱۵٪ از جمعیت دنیا حداقل یک دوره از کهیر را در طول زندگی خود تجربه می کنند که یک چهارم این افراد از کهیر مزمن رنج می برند (۳). علائم کلینیکی کهیر ناشی از آزاد شدن هیستامین و بعضی از مدیاتورهای وازواکتیو از ماست سل ها است (۴). کهیر مزمن ایدیوپاتیک کهیر مزمنی است که علت آن مشخص نمی باشد و بیماری است که باعث آزرده گی بیمار و پزشک معالج آن می شود که نهایتاً در بسیاری از موارد باعث ناتوانی بیمار می شود (۵).

سلامت روان یکی دیگر از مؤلفه هایی مهم در بین بیماران مبتلا به کهیر می باشد. در دهه های گذشته بهداشت و سلامت جسمانی در اولویت اول کشورها قرار داشت و یکی از شاخص های توسعه محسوب می شد، ولی امروزه بهداشت و سلامت روانی از اهمیت برابر یا بالاتری برخوردار است. به همین دلیل سازمان بهداشت جهانی در سال های اخیر بهداشت و سلامت روانی را در دستور کار کشورهای عضو قرار داده و اهداف، برنامه ها و شعارهای خود را بر این موضوع مهم متمرکز کرده است. یکی از علت های این اولویت و اهمیت این است که علی رغم پیشرفت های سریع و شگفت انگیز در زمینه دانش و فناوری و توانایی بشر برای تسلط بر نیروهای طبیعی به منظور تأمین رفاه و آسایش خویش به نظر می رسد، نه فقط احساس آرامش و آسایش انسان نسبت به گذشته بیشتر نشده است، بلکه پیچیدگی های اخیر نگرانی ها و مسائل روحی و روانی جدیدی را نیز به ارمان آورده است (۶). سلامت روانی متأثر از مجموعه ای از عوامل جسمی، اجتماعی و شناختی است. هر انسانی که بتواند با مسائل عمیق خود کنار بیاید، با خود و دیگران سازش یابد و در برابر تعارض های اجتناب ناپذیر درونی خود ناتوان نشود و خود را بوسیله جامعه مطرود نسازد دارای سلامت روانی است (۷).

درمان های مرتبط با کهیر، همراه با یک تجربه حسی و روانی ناخوشایندی است که مفهوم درد را به دنبال دارد. درد عواطف منفی را در پی دارد و از سویی عاطفه منفی به نوبه خود باعث تداوم درد می شود که پیامدهای عاطفی زندگی با درد، ترس، اضطراب، افسردگی و ناامیدی است (۸). ترغیب بیماران به روشن کردن ارزش ها، تعیین اهداف، پیش بینی موانع و در نهایت تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش ها با وجود درد (با پذیرش درد) باعث می شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن که بر رضایت از زندگی بیمار می افزاید، او را از گیر افتادن در حلقه ای از افکار و احساسات منفی (از قبیل اضطراب، فاجعه پنداری، یأس و افسردگی) که به نوبه ی خود باعث افزایش شدت درد وی نیز می شود رهایی می بخشد (۹). پژوهش ها نشان داده اند که پذیرش بیشتر درد با کارکرد اجتماعی، جسمی و روان شناختی، شدت درد را نیز سطح جسمی و روان شناختی، شدت درد را نیز پیش بینی نماید. نتایج برخی مطالعات حاکی از آن است که پذیرش درد می تواند وضعیت کارکردی و ناتوانی را پیش بینی نماید و در مطالعه Steve و همکاران نشان دادند که پذیرش درد می تواند وضعیت کارکردی و ناتوانی را پیش بینی نماید (۱۰). هر چند مطالعات بسیاری نقش پذیرش درد را در پیش بینی سطح ناتوانی مرتبط با درد حمایت می کند، اما در مطالعه Viane و همکاران (۱۱) سطح پذیرش نتوانست کارکرد جسمی بیماران را پیش بینی نماید.

از جمله درمان هایی که بر پذیرش درد و ابعاد سلامت روان بیماران مبتلا به کهیر می تواند تأثیرگذار باشد و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است، آموزش متمرکز بر هیجان است. درمان متمرکز بر هیجان یک رویکرد تجربی است که هیجان را به عنوان اساس و پایه تجربه در ارتباط با کارکردهای انطباقی و غیرانطباقی می داند (۱۲). همچنین این نوع درمان اساساً ساختاری روانی و تعیین کننده کلیدی برای سازماندهی خود است (۱۳). درمان متمرکز بر هیجان یکی از معدود مدل های درمانی است که ماهیتاً تلفیقی از رویکرد درمانی مراجع محور، گشتالت درمانی و اصول شناختی را شامل می شود (۱۴). این درمان به عنوان یک رویکرد ساختاری تجربی در فعالیت های روان درمانی نظریه های روانشناختی معاصر مطرح شده است. درمان متمرکز کردن بر هیجان هم به صورت فردی و هم به صورت گروهی برای اختلال افسردگی، کیفیت زندگی، اختلال استرس پس سانحه و عملکردهای انطباقی مؤثر است و شامل روش های مبتنی بر فعال کردن

هیجان های خاصی است که در یک زمینه ارتباطی همدلانه برقرار می شود. مسئله اصلی درمان متمرکز بر هیجان این است که هیجان بخش اساسی ساختار فرد است و عامل کلیدی برای سازماندهی خود می باشد (۱۵).

اگر چه مدیریت پزشکی بیماری کهیر موجب بهبود این بیماری شده است، اما بیماری کهیر بر پذیرش درد تأثیر دارد و استرس ناشی از ماهیت غیر قابل پیش بینی بیماری برای بیماران ایجاد کرده است. احتمال می رود که یافته های این پژوهش بتواند به مشخص شدن مشکلات بیماران مبتلا به کهیر کمک کرده، در جهت کاهش مشکلات روان شناختی و ارتقای سطح ابعاد سلامت روان آنها مؤثر باشد. موفقیت آشکار آموزش گروهی درمان متمرکز بر هیجان نسبت به سایر مداخلات روان شناختی ممکن است به دلیل زمان بیشتر توجه و یا تمرکز خاص بر نگرانی های بزرگ افراد مبتلا به کهیر یعنی درد و کاهش استرس باشد. از آن جایی که مطالعات اندکی در زمینه بررسی اثربخشی درمان های روان شناختی بر پذیرش درد و ابعاد سلامت روان بیماران مبتلا به کهیر انجام شده است، بنابراین هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر پذیرش درد و ابعاد سلامت روان بیماران مبتلا به کهیر بود.

### روش و مواد

روش این پژوهش، نیمه تجربی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه شاهد بود. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه بیمارانی بود که با تشخیص بیماری کهیر در شش ماه دوم سال ۱۳۹۶ به بیمارستان امام خمینی تهران مراجعه کرده و تشکیل پرونده دادند. ابتدا فهرست بیماران مبتلا به کهیر از قسمت پذیرش بیمارستان و پرونده بیماران دریافت شد و سپس از بین افراد واجد ملاک های ورودی و خروجی، ۶۰ نفر به طور تصادفی ساده (به کمک قرعه کشی) انتخاب شده و به طور تصادفی، ۳۰ نفر در گروه آزمایش و ۳۰ نفر در گروه شاهد قرار گرفتند. تعداد نمونه پژوهش بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در دو گروه، برای هر گروه تعداد ۳۰ نفر به دست آمد. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از: مراجعه به بیمارستان امام خمینی تهران در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۶، دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، تحصیلات دیپلم تا کارشناسی ارشد و ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل سابقه بیماری روانی، مدرک تحصیلی زیر دیپلم و ارایه اطلاعات ناقص بود. این اطمینان به آزمودنی ها داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد و برای اطمینان از روند کار، کلیه پرسشنامه ها توسط خود پژوهشگر اجرا شد. جلسات آموزش متمرکز بر هیجان در هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هفتگی برای گروه آزمایش انجام شد.

**پرسشنامه پذیرش درد مزمن (CPAQ):** پرسشنامه پذیرش درد مزمن در سال ۲۰۰۴ توسط McCracken & Vowles تهیه شد و به طور گسترده در پژوهش های مرتبط با درد مزمن مورد استفاده قرار می گیرد. این پرسشنامه از ۲۰ مورد تشکیل شده است که هر یک در مقیاس هفت درجه ای نمره گذاری می شوند. پرسشنامه پذیرش درد مزمن شامل دو خرده مقیاس می شود: الف) درگیری در فعالیت ها (یعنی پیگیری فعالیت های روزانه با وجود درد) و ب) پذیرش درد (یعنی فقدان نسبی تلاش ها برای اجتناب یا کنترل درد). ۱۱ عبارت این پرسشنامه به صورت مستقیم نمره گذاری می شود. در حالی که نه آیت دیگر در فعالیت ها نمره گذاری معکوس دریافت می کنند (۱۷). پایایی این پرسشنامه برای درگیری در فعالیت و پذیرش درد به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۵ گزارش شده است. در مطالعه پایلوت، پایایی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۴ به دست آمد (۱۸). این پرسشنامه به خوبی یک همسانی درونی مطلوب را با صفر پذیرش درد نشان داده است (آلفای ۰/۸۲). درگیری در فعالیت (آلفای ۰/۷۹). همچنین این پرسشنامه همبستگی بالایی با مقیاس هایی از اجتناب، آشفتگی روانی و کارکردهای روزانه نشان می دهد. از دو ماده این پرسشنامه پیش بینی مناسبی از درد مرتبط با ناتوانی و آشفتگی روانی به دست آمده است، بنابراین نشان دهنده روایی پیش بین این آزمون است (۱۹). روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۹ به دست آمد.

**پرسشنامه سلامت عمومی:** پرسشنامه سلامت عمومی توسط Goldberg و همکاران در سال ۱۹۷۲ ساخته شده است و دارای ۲۸ ماده است که بر اساس مقیاس لیکرتی چهار گزینه ای (اصلاً، در حد معمول، بیشتر از حد معمول، خیلی بیشتر از

حد معمول) می باشد نمره بالاتر نشان دهنده سلامت روان کمتر است. این پرسشنامه شامل چهار خرده مقیاس علائم جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی می باشد. ضریب پایایی کل آزمون  $0/88$  و ضریب پایایی خرده آزمون ها به ترتیب  $0/77$ ،  $0/81$ ،  $0/50$  و  $0/58$  گزارش شده است (۲۰). روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به ترتیب  $0/75$  و  $0/81$  به دست آمد.

### جدول شماره ۱- محتوای جلسات آموزش متمرکز بر هیجان

جلسات	هدف
اول	برقراری ارتباط، اجرای پیش آزمون، توضیح درباره ماهیت آزارهای جسمی، عاطفی و هیجانی، عوامل و نشانه های آن، مفهوم سازی درمان متمرکز بر هیجان و مشاهده و ارزیابی آزمودنی ها از لحاظ توانایی تمرکز بر تجربیات درونی خود.
دوم	هدف جلسه دوم درمان شناسایی ناراحتی ها، غم و رنجش های حل نشده و همچنین شناسایی احساس های متناقض، دوگانه و انتقادی درباره خود و اشخاص مهم و تأثیرگذار در زندگی.
سوم	قرار دادن آزمودنی ها در موقعیت گفتگوی صندلی خالی به منظور گفتگو با اشخاص تأثیرگذار مهم زندگی خود با هدف ایجاد شرایط در جهت بروز تجربیات معمولاً ناخوشایند هیجانی در بافت ارتباطی و خانوادگی.
چهارم	اجرای تکنیک آرام سازی، به منظور کاهش اثر تجربه درماندگی آزمودنی ها و یادگیری نیارها و احساسات آنها.
پنجم	شناسایی روش های آزمودنی ها برای درهم شکستن احساس ناکافی بودن و یاددهی کنترل احساسات.
ششم	توصیف و گفت و گو درباره حالت صدا، بروز میزان ناراحتی، خشم و درد آزمودنی ها و پذیرش هیجان ها و انتقاد مثبت.
هفتم	آموزش فرایند انتقال احساس ناامیدی، خشم و شرم آزمودنی ها، افزایش توانایی مواجهه با مشکلات و تغییرات جنبه های مهم زندگی.
هشتم	جمع بندی نکات مطرح شده جلسات قبلی، مروری بر مهارت های ارائه شده و ارائه نمونه هایی از کیفیت روابط بین فردی در زندگی افراد برای تحکیم یادگیری این مهارت ها و اجرای پس آزمون.

جهت بررسی و تجزیه و تحلیل آماری، از روش تحلیل کوواریانس تک متغیری و چند متغیری استفاده شد تحلیل های فوق با بهره گیری از نرم افزار SPSS-22 به اجرا در آمد.

#### یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سنی پاسخگویان،  $41/3$  ( $6/5$ ) سال بود. در دو گروه آزمایش و گواه، تعداد ۱۵ نفر ( $0/50$ ) را مردان و ۱۵ نفر ( $0/50$ ) را زنان تشکیل می دادند. کمینه و بیشینه سن شرکت کنندگان به ترتیب ۲۵ سال و ۴۷ سال بود. میانگین (انحراف معیار) سن گروه آزمایش به ترتیب  $42/2$  ( $5/8$ ) و گروه شاهد  $40/6$  ( $8$ ) سال بود. دو گروه از نظر میانگین سن تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند.

جدول شماره ۲- میانگین (انحراف معیار) نمرات متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
گروه	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	
سلامت عمومی	علایم جسمانی	آزمایش	
	۲۳/۲ (۴/۱)	۲۰/۴ (۵/۳)	
	شاهد	۲۷/۸ (۳/۲)	
	اضطراب	آزمایش	
	۱۸/۲ (۳/۱)	۱۴/۳ (۲/۹)	
	شاهد	۲۱/۸ (۴/۱)	
	افسردگی	آزمایش	
	۱۳/۶ (۴/۲)	۱۰/۵ (۲/۲)	
کارکرد اجتماعی	۱۵/۱ (۳/۳)	۱۵/۶ (۴/۲)	
	۱۵/۱ (۳/۶)	۱۲/۱ (۳/۱)	
	شاهد	۱۶/۵ (۳/۳)	
	مشکلات روانی	آزمایش	
	۴۷/۴ (۸/۵)	۴۰/۵ (۵/۳)	
	شاهد	۴۸ (۹/۲)	
	پذیرش درد	درگیری در فعالیت‌ها	آزمایش
		۲۶/۴ (۵/۲)	۳۱/۵ (۷/۶)
شاهد		۳۰/۹ (۶/۴)	
عدم پذیرش درد		آزمایش	
شاهد	۳۲/۸ (۴/۹)		

قبل از بررسی فرضیه‌ها برای رعایت پیش فرض تساوی واریانس‌ها متغیرهای تحقیق از آزمون لون استفاده شده است. همچنین نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنف جهت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه، برای متغیرهای پژوهش انجام داده شده است. نتایج آزمون لون نشان داد که فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمره‌های دو گروه در متغیرهای تحقیق تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در دو گروه آزمایش و شاهد تأیید گردید. فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای پژوهش تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هر دو گروه آزمایش و شاهد تأیید گردید. همچنین مقدار F تعامل برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون برای کلیه متغیرهای تحقیق غیرمعنی‌دار می‌باشد. به عبارت دیگر، همگنی شیب خط رگرسیون پذیرفته شده است. برای بررسی تفاوت در دو گروه آزمایش و شاهد در مورد نمره کل و خرده مقیاس‌های پذیرش درد و سلامت عمومی از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. ارزیابی ویژگی داده‌ها نشان داد که مفروضه آماری همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برای مؤلفه‌های پذیرش درد و سلامت عمومی ( $P < 0.001$ , Box's  $M = 65/68$ ) برقرار نیست و بنابراین برای ارزیابی معناداری اثر چندمتغیری از شاخص پیلای استفاده شد.

جدول شماره ۳- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی میانگین پس‌آزمون نمرات پذیرش درد و سلامت عمومی

گروه‌های آزمایش و شاهد با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	P	مجذور اتا	توان آماری
اثر پیلای	۰/۶۷	۷	۵۰	۸/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۱۲	۷	۵۰	۸/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
اثر هتلینگ	۶/۹۲	۷	۵۰	۸/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
بزرگترین ریشه روی	۶/۹۲	۷	۵۰	۸/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰

شاخص پیلای نشان داد که اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنی‌دار است ( $\eta^2 = 0/67$  و  $P < 0/001$ ،  $F = 8/46$ ). به عبارت دیگر، بین دو گروه حداقل در یکی از مؤلفه‌های پذیرش درد و سلامت عمومی تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری وجود دارد.

#### جدول شماره ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس نمرات پذیرش درد و سلامت عمومی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورت	df	میانگین مجذورات	F	P
علایم جسمانی	۲۶۸/۴۱	۱	۲۶۸/۴۱	۶۲/۶۶	۰/۰۰۱
اضطراب	۲۷۰/۴۳	۱	۲۷۰/۴۳	۴۳/۸۱	۰/۰۰۱
افسردگی	۲۲۰/۹۹	۱	۲۲۰/۹۹	۴۱/۷۰	۰/۰۰۱
کارکرد اجتماعی	۲۱۲/۹۹	۱	۲۱۲/۹۹	۴۱/۵۳	۰/۰۰۱
مشکلات روانی	۱۴۰/۹۵	۱	۱۴۰/۹۵	۲۶/۷۶	۰/۰۰۱
درگیری در فعالیت‌ها	۷۱/۹۹	۱	۷۱/۹۹	۱۲/۴۰	۰/۰۰۱
عدم پذیرش درد	۴/۱۸	۱	۴/۱۸	۸/۸۳	۰/۰۰۱

بعد از آموزش درمان متمرکز بر هیجان، میانگین (انحراف معیار) علایم جسمانی کاهش یافته و از ۲۳/۲ (۴/۱) در پیش آزمون به ۲۰/۴ (۵/۳) در پس آزمون رسیده است ( $P < 0/02$ ). میانگین (انحراف معیار) اضطراب کاهش یافته و از ۳/۱ (۳/۱) در پیش آزمون به ۱۴/۳ (۲/۹) در پس آزمون رسیده است ( $P < 0/001$ ). میانگین (انحراف معیار) افسردگی کاهش یافته و از ۱۳/۶ (۴/۲) در پیش آزمون به ۱۰/۵ (۲/۲) در پس آزمون رسیده است ( $P < 0/001$ ). میانگین (انحراف معیار) کارکرد اجتماعی کاهش یافته و از ۱۵/۱ (۳/۶) در پیش آزمون به ۱۲/۱ (۳/۱) در پس آزمون رسیده است ( $P < 0/001$ ). بعد از آموزش درمان متمرکز بر هیجان، میانگین (انحراف معیار) درگیری در فعالیت‌ها کاهش یافته و از ۲۶/۴ (۵/۲) در پیش آزمون به ۳۱/۵ (۷/۶) در پس آزمون رسیده است ( $P < 0/001$ ). به طور کلی میانگین (انحراف معیار) مشکلات روانی در گروه آزمایش از ۴۷/۴ (۸/۶) در پیش آزمون به ۴۰/۵ (۵/۳) در پس آزمون و میانگین (انحراف معیار) عدم پذیرش درد گروه آزمایش از ۳۰/۱ (۴/۱) در پیش آزمون به ۲۷/۲ (۳/۵) در پس آزمون کاهش یافت اما میانگین (انحراف معیار) هر دو متغیر در پیش آزمون و پس آزمون گروه شاهد تفاوت آماری معنادار نشان نداد.

#### بحث

مطالعه نشان داد که میانگین (انحراف معیار) مشکلات روانی در گروه آزمایش از ۴۷/۴ (۸/۶) در پیش آزمون به ۴۰/۵ (۵/۳) در پس آزمون و میانگین (انحراف معیار) عدم پذیرش درد گروه آزمایش از ۳۰/۱ (۴/۱) در پیش آزمون به ۲۷/۲ (۳/۵) در پس آزمون کاهش یافت اما میانگین (انحراف معیار) هر دو متغیر در پیش آزمون و پس آزمون گروه شاهد تفاوت آماری معنادار نشان نداد. یافته‌های این مطالعه به طور کلی با یافته‌های پژوهش‌های Greenberg و همکاران (۲۱) مبنی بر تأثیر متمرکز بر هیجان بر دردهای عاطفی و پژوهش Austenfeld و همکاران (۲۲) مبنی بر تأثیر رویکرد هیجانی بر عاطفه، مقابله و پیامدهای مرتبط با سلامت همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که رویکرد متمرکز بر هیجان این قابلیت را دارد که با افزایش آگاهی هیجانی، نمادگذاری هیجانی، آگاهی از عاملیت در تجربه و تغییر پردازش‌ها به افراد مبتلا به کهیر کمک می‌کند تا روابط بین فردی خود را که مهم‌ترین آن روابط با دیگران است تغییر دهد و کنترل بیشتری بر آن داشته باشد. رویکرد متمرکز بر هیجان به این افراد این توانایی را می‌دهد که هیجان‌ات منفی از قبیل اضطراب، افسردگی و ناامیدی را کنترل نموده و میزان سازگاری روان-شناختی خود را بالا ببرند. در روش‌های متمرکز بر هیجان تلاش می‌شود تا بیماران از افکار و هیجان‌ات منفی که سبب آشفتگی و اجتناب در حین برقراری روابط با دیگران می‌شود، آگاهی یابند. به آنها به وضوح آموزش داده می‌شود تا خودگویی‌هایی ناسازگارانه را که در موقعیت‌های استرس‌زا طرح می‌شوند، برطرف ساخته و راه‌های نسبتاً خوش‌بینانه



تفسیر را در خود به ویژه در هنگام قرار گرفتن در موقعیت های مختلف آسیب زا جایگزین سازند. در جریان درمان، مراجع تشویق می شوند تا افکار ناراحت کننده خود را مورد سؤال قرار داده و خودگویی های جایگزین برای مقابله با این هیجانات و نشخوارهای فکری که سبب آشفتگی هم از لحاظ جسمانی و روانی می شود را برطرف نمایند. همچنین می توان گفت ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی، سازمان عواطف و شناخت های فرد را مختل می سازد و در شرایط استرس زا فرد را دچار ناکامی می کند. به عبارتی بیماران که می توانند رفتارهای نامناسب خود را کنترل کنند و از توانایی تنظیم و تعدیل کردن هیجانات منفی برخوردارند در مواجهه با رویدادهای استرس زا و شرایط ناکام کننده بیشتر از راهبردهای مسئله مدار استفاده می کنند تا هیجان مدار (۲۴) در نتیجه احساسات منفی آنها کاهش می یابد. همچنین بیماران مبتلا به کهیر که احساسات خود را تشخیص می دهند و معنی ضمنی آنها را درک می کنند به گونه مؤثرتری تجربه هیجانی خود را تنظیم کرده و در نتیجه در سازگاری با تجربه های منفی موفقیت بیشتری دارند تا بیماران مبتلا به کهیر که از لحاظ توانش هیجانی ضعیف عمل می کنند (۲۵). همچنین این یافته می تواند تاییدی بر یافته های Gamefski و همکاران (۲۶) مبنی بر ارتباط مثبت تجربه هیجان های مثبت و ارتباط منفی تجربه هیجان های منفی با رضایت از زندگی باشد. هیجان با هماهنگ کردن فرایندهای ذهنی، زیستی، و انگیزشی موجب می شود وضعیت بیماران مبتلا به کهیر در ارتباط با زندگی تثبیت شود و فرد را با پاسخ های ویژه و کارآمد مناسب با مسائل مجهز می کند و در نهایت موجب بقای جسمانی و اجتماعی وی می شود. از طرفی هیجان ها در ایجاد، حفظ و قطع روابط بین افراد انجام می دهند، زیرا هیجان ها ما را به طرف هم می کشانند و یا از هم دور می کنند (۲۷).

وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، بیمارستان ها و سازمان نظام روان شناسی و مشاوره با اجرای کارگاه های آموزش گروهی درمان متمرکز بر هیجان، زمینه را برای آشنایی هر چه بیشتر روان شناسان، پزشکان و پرستاران با مفاهیم آموزش گروهی درمان متمرکز بر هیجان را فراهم نمایند. با توجه به اهداف این نوع درمان یعنی انعطاف پذیری روانی، می توان به بیماران متقاضی در پذیرش مسئله و انتخاب گزینه متناسب در جهت حل مسئله به بیماران کمک رسانی کرد. بنابراین اجرای این پروتکل درمانی در مراکز مختلف اعم از مراکز درمانی، بیمارستان ها و همه مراکزی که در حوزه مشاوره فعالیت دارد در جهت کاهش مشکلات روان شناختی بیماران کهیر ضروری به نظر می رسد. با توجه به نتایج بدست آمده پیشنهاد می گردد که کارگاه های آموزشی در زمینه افزایش پذیرش درد و ابعاد سلامت روان بیماران مبتلا به کهیر برگزار گردد. پیشنهاد می-گردد برنامه آموزش آموزش گروهی درمان متمرکز بر هیجان برای بیماران مبتلا به کهیر تدارک ببینند که می تواند راهبردهای مناسب و کارآمد را به فرد آموزش دهد. متخصصان می توانند مداخلات روان شناختی از جمله روش های درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش مدیریت استرس را در برنامه مراقبتی بیماران کهیر بگنجانند.

### نتیجه گیری

مطالعه نشان داد که آموزش گروهی درمان متمرکز بر هیجان منجر به افزایش پذیرش درد و بهبود ابعاد سلامت روان بیماران مبتلا به کهیر شد.

### تشکر و قدردانی

محقق بر خود لازم می داند از همه کسانی که در اجرا و پیشبرد این تحقیق همکاری و مساعدت داشته اند و همچنین تمامی شرکت کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی را کند. این مقاله دارای کد کمیته اخلاق IR.IAUZAH.REC.1396.23183 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان می باشد.

### تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

### REFERENCES

1. Movahedi M, Tavakol M, Hirbod-Mobarakeh A, Gharagozlou M, Aghamohammadi A, Tavakol Z, Momenzadeh K, Nabavi M, Dabbaghzade A, Mosallanejad A, Rezaei N. Vitamin D deficiency in chronic idiopathic urticaria. Iranian Journal of Allergy, Asthma and Immunology. 2015;14(2):222-7.



2. Shin M, Lee S. Prevalence and causes of childhood urticaria. *Allergy, asthma & immunology research*. 2017;9(3):189-90.
3. Di Lorenzo G, Leto-Barone MS, La Piana S, Seidita A, Rini GB. Chronic spontaneous urticaria: an autoimmune disease? A revision of the literature. *Clinical and experimental medicine*. 2013;13(3):159-64.
4. Rostamy MM. Prevalence of the *Helicobacter pylori* infection in chronic urticaria. *Journal of Pakistan Association of Dermatology*. 2016;20(3):142-5.
5. Atefi N, Rahimi M, Peyghambari S, Ghourchian S. Psychological status in patients with chronic urticaria. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran (MJIRI)*. 2011;25(4):200-4.
6. Gericke J, Metz M, Ohanyan T, Weller K, Altrichter S, Skov PS, Falkencrone S, Brand J, Kromminga A, Hawro T, Church MK. Serum autoreactivity predicts time to response to omalizumab therapy in chronic spontaneous urticaria. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2017;139(3):1059-61.
7. Auyeung P, Mittag D, Hodgkin PD, Harrison LC. Autoreactive T cells in chronic spontaneous urticaria target the IgE Fc receptor I subunit. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2016;138(3):761-8.
8. Chang TW, Chen C, Lin CJ, Metz M, Church MK, Maurer M. The potential pharmacologic mechanisms of omalizumab in patients with chronic spontaneous urticaria. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2015;135(2):337-42.
9. Diamond GM, Shahar B, Sabo D, Tsvieli N. Attachment-based family therapy and emotion-focused therapy for unresolved anger: The role of productive emotional processing. *Psychotherapy*. 2016;53(1):34.
10. Esteve R, Ramírez-Maestre C, López-Martínez AE. Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*. 2007;33(2):179-88.
11. Dillon A, Timulak L, Greenberg LS. Transforming core emotional pain in a course of emotion-focused therapy for depression: A case study. *Psychotherapy Research*. 2018;28(3):406-22.
12. Gu J, Strauss C, Bond R, Cavanagh K. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical psychology review*. 2015; 37:1-2.
13. Mendes I, Rosa C, Stiles WB, Caro Gabalda I, Gomes P, Basto I, Salgado J. Setbacks in the process of assimilation of problematic experiences in two cases of emotion-focused therapy for depression. *Psychotherapy Research*. 2016;26(6):638-52.
14. Metz M, Ohanyan T, Church MK, Maurer M. Omalizumab is an effective and rapidly acting therapy in difficult-to-treat chronic urticaria: a retrospective clinical analysis. *Journal of dermatological science*. 2014;73(1):57-62.
15. Pascual-Leone A, Yeryomenko N, Sawashima T, Warwar S. Building emotional resilience over 14 sessions of emotion focused therapy: Micro-longitudinal analyses of productive emotional patterns. *Psychotherapy Research*. 2017; 3(2):1-5.
16. Pinto-Gouveia J, Costa J, Marôco J. The first 2 years of rheumatoid arthritis: The influence of acceptance on pain, physical limitation and depression. *Journal of Health Psychology*. 2015;20(1):102-12.
17. McCracken LM, Vowles KE. Psychological flexibility and traditional pain management strategies in relation to patient functioning with chronic pain: an examination of a revised instrument. *The Journal of Pain*. 2007;8(9):700-7.
18. Ribeiro AP, Mendes I, Stiles WB, Angus L, Sousa I, Gonçalves MM. Ambivalence in emotion-focused therapy for depression: The maintenance of problematically dominant self-narratives. *Psychotherapy Research*. 2014;24(6):702-10.
19. Smith AM, Sieberg CB, Odell S, Randall E, Simons LE. Living life with my child's pain: The parent pain acceptance questionnaire (PPAQ). *The Clinical journal of pain*. 2015;31(7):633.
20. Steinmann R, Gat I, Nir-Gottlieb O, Shahar B, Diamond GM. Attachment-based family therapy and individual emotion-focused therapy for unresolved anger: Qualitative analysis of treatment outcomes and change processes. *Psychotherapy*. 2017;54(3):281.
21. Brenning KM, Braet C. The emotion regulation model of attachment: An emotionspecific approach. *Personal Relationships*. 2013 Mar;20(1):107-23.
22. Bonanno GA, Burton CL. Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*. 2013 Nov;8(6):591-612.

23. Berking M, Ebert D, Cuijpers P, Hofmann SG. Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2013;82(4):234-45.
24. Timulak L, McElvaney J. Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An overview of the model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2016;46(1):41-52.
25. Viane I, Crombez G, Eccleston C, Poppe C, Devulder J, Van Houdenhove B, De Corte W. Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal. *Pain*. 2003;106(1-2):65-72.
26. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive coping and goal adjustment are associated with symptoms of depression and anxiety in people with acquired hearing loss. *Int J Audiol*. 2012;51(7):545-50.
27. Zhao ZT, Ji CM, Yu WJ, Meng L, Hawro T, Wei JF, Maurer M. Omalizumab for the treatment of chronic spontaneous urticaria: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2016;137(6):1742-50.

## پذیرش درد مزمن (CPAQ)

ردیف	عبارات	کاملاً موافقم	تا حدی موافقم	موافقم	بدون نظر	مخالفم	تا حدی مخالفم	کاملاً مخالفم
۱	در موقع درد، محل آن مثل نبض، ضربان دارد.							
۲	در موقع درد، آنقدر هیجان زده می شوم که کسی نمی تواند با من حرف بزند.							
۳	در موقع درد، احساس می کنم محل آن تحت فشار چیزی مثل منگنه است.							
۴	به واسطه این درد نمی توانم کارهایم را به خوبی گذشته انجام دهم.							
۵	در موقع درد، محل آن داغ و سوزان می شود.							
۶	از وقتی به این درد مبتلا شده ام، احساس می کنم مثل قبل شاد و سرزنده نیستم.							
۷	در موقع درد، در محل آن احساس کرحتی و خواب رفتگی می کنم.							
۸	چه حالم خوب باشد و چه بد، احساس می کنم این درد باز هم عود نموده یا بدتر می شود.							
۹	در موقع درد، احساس می کنم که گوشت و پوست محل درد، در حال پاره شدن است.							
۱۰	نگران این هستم که چه وقت درد مجدداً شروع می شود.							
۱۱	در موقع درد، احساس تهوع و دل به هم خوردگی می کنم.							
۱۲	فکر می کنم هیچ چیزی نمی تواند این درد را مهار کند.							
۱۳	در موقع درد، احساس می کنم که محل درد چنگه می شود.							
۱۴	شروع مجدد درد، برایم ترسناک است.							
۱۵	در موقع درد، احساس می کنم که در محل آن پتک یا چکش می کوبند.							
۱۶	اغلب اوقات فکر این درد، ذهنم را به خود مشغول می کند.							
۱۷	در موقع درد، در محل آن لرزش هایی را احساس می کنم.							
۱۸	از این که من باید درد بکشم، عصبانی می شوم.							
۱۹	در موقع درد، محل آن سوزن سوزن شده و می خارد.							
۲۰	همواره فکر می کنم تحمل این درد از توانایی من خارج است.							

## پرسشنامه سلامت عمومی GHQ

لطفاً سوالات زیر را بدقت مطالعه و در هر مورد گزینه ای را که فکر می کنید با وضعیت کنونی شما (از یک ماه پیش تا کنون) مطابقت دارد مشخص کنید.

ردیف	سوالات
۱	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که کاملاً "خوب و سالم هستید"؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۲	آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که به داروی تقویتی نیاز دارید؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۳	آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس ضعف و سستی کرده اید؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۴	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که بیمار هستید؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۵	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز سر درد داشته اید؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۶	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که سرتان را محکم با چیزی مثل دستمال بسته اید یا اینکه فشاری به سرتان وارد می شود؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۷	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که بعضی وقتها بدنتان داغ و یا سرد می شود؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۸	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که بر اثر نگرانی دچار بی خوابی شده باشید؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۹	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز شبها وسط خواب بیدار می شوید؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۱۰	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که دائماً "تحت فشار هستید"؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۱۱	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز عصبانی و بد خلق شده اید؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۱۲	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز بدون هیچ دلیل قانع کننده ای هراسان و یا وحشت زده شده اید؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۱۳	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز متوجه شده اید که انجام هر کاری از توانایی شما خارج است؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۱۴	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که در تمامی مدت عصبی هستید و دلشوره دارید؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۱۵	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز توانسته اید خودتان را مشغول و سرگرم نگه دارید؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۱۶	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که وقت بیشتری را صرف انجام کارها نمایید؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

ردیف	سوالات
۱۷	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز بطور کلی احساس کرده اید که کارها را بخوبی انجام می دهید؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۱۸	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز از نحوه انجام کارهایتان احساس رضایت می کنید؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۱۹	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که نقش مفیدی در انجام کارها بعهده دارید؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۲۰	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز توانایی تصمیم گیری درباره مسائل را داشته اید؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۲۱	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز قادر بوده اید از فعالیتهای روزمره زندگی لذت ببرید؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۲۲	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز فکر کرده اید که شخصی بی ارزشی هستید؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۲۳	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که زندگی کاملاً ناامید کننده است؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۲۴	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که زندگی ارزش زنده بودن را ندارد؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۲۵	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به این مسئله فکر کرده اید که ممکن است دست به خودکشی بزنید؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۲۶	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که چون اعصابتان خراب است نمی توانید کاری انجام دهید؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۲۷	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به این نتیجه رسیده اید که ایکاش مرده بودید و کلاً از شر زندگی خلاص می شدید؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
۲۸	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز این فکر به ذهنتان رسیده است که بخواهید به زندگیتان خاتمه دهید؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول