

تأثیر طرح‌واره درمانی و توجه آگاهی بر افکار خود آیند منفی در افراد دارای علائم افسردگی و اضطراب

اختیاری

شینا وکیلی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج، دانشکده علوم انسانی
گروه آموزشی روانشناسی، گرایش روانشناسی بالینی

Vakilishina8@gmail.com

چکیده

در این پژوهش از طرح تجربی یا نیمه آزمایشی استفاده شد و در آن تأثیر طرح‌واره درمانی و توجه آگاهی بر افکار خود آیند منفی در افراد دارای علائم افسردگی و اضطراب در کلیه نوجوانان و جوانان دختر که به کلینیک‌های مشاوره خانواده در شهر سنندج در سال ۱۴۰۲ مورد بررسی قرار گرفت. فرضیه‌های مطرح‌شده برای محقق این بود که از طریق آموزش درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی می‌توان اضطراب و کاهش افکار خود آیند منفی در نوجوانان و جوانان دختر را تغییر داد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه نوجوانان و جوانان دختر شهر سنندج در بهار ۱۴۰۲ تشکیل دادند. ابتدا برای انتخاب منطقه‌ای از شهر سنندج، از روش انتخاب تصادفی استفاده شد که از بین مناطق شهر سنندج، انتخاب شد. سیر پژوهش به این صورت بود که در مرحله اول آزمودنی‌ها به پرسشنامه اضطراب و کاهش افکار خود آیند پاسخ دادند که در نهایت از بین آنان ۴۰ نفر متناسب باهدف تحقیق انتخاب شدند. آزمودنی‌ها با استفاده از گمارش تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در مرحله دوم گروه آزمایش در ۸ جلسه آموزش درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی شرکت کردند در طول این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. در نهایت در مرحله سوم پس از اجرای آموزش یعنی به فاصله ۲ هفته بعد، مجدداً هر دو گروه با پس‌آزمون مورد آزمایش قرار گرفتند. نتایج ارزیابی نشان داد که مداخله گروهی آموزش طرح‌واره درمانی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی به نسبت گروه توجه آگاهی تأثیر بیشتری بر بهبود مؤلفه‌های طرح‌واره درمانی داشته است و در نتیجه وجود تفاوت بین این دو گروه احراز می‌گردد در نتیجه فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه طرح‌واره درمانی و توجه آگاهی بر افکار خود آیند منفی در افراد دارای علائم افسردگی و اضطراب تأثیر معناداری دارد تأیید می‌گردد.

کلیدواژه‌گان: طرح‌واره درمانی، توجه آگاهی، افکار خود آیند منفی، افسردگی و اضطراب

معرفی

آمارهای همه‌گیر شناختی در کشورهای مختلف حاکی از شیوع متفاوت افسردگی در جوامع مختلف است. مطالعات، میزان شیوع افسردگی بالینی را در ایران بیشتر از کشورهای دیگر نشان می‌دهد؛ احتمال ابتلای زنان به افسردگی (۳۰/۵٪) بیشتر از مردان (۷/۱۶٪) است (گاوپانی، احمدی ابهری، نظری و هرمزی، ۱۳۸۱). مطالعات انجام‌شده گروه‌های دانشجویی نیز دامنه بالایی از اختلال افسردگی را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد حدود ۷۸ درصد از دانشجویان دانشگاه‌ها از بعضی نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند. از این میان شدت علائم ۴۶ درصد از دانشجویان به‌گونه‌ای است که آن‌ها را نیازمند بعضی کمک‌های تخصصی می‌کند (امینی و همکاران، ۱۳۸۰). همچنین در پژوهش دیگری، میزان شیوع این اختلال در دانشجویان ۱۴/۵ درصد گزارش شده است (ضیایی، معین‌الغریابی و مالکی‌نژاد، ۱۳۸۰).

افسردگی از دسته اختلال‌های خلقی محسوب می‌شود و آن را شیوه دید فرد از خود، از دیگران و از دنیا تعریف می‌کنند (پارک و کیم^۱، ۲۰۲۰). انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲ (۲۰۱۳) در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی اختلالات افسردگی را شامل اختلال کز تنظیمی خلقی ایدایی، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسردگی مداوم، اختلال ملال پیش از قاعدگی، اختلال افسردگی ناشی از مواد/دارو، اختلال افسردگی ناشی از یک بیماری طبی دیگر، سایر اختلالات افسردگی معین و اختلال افسردگی نامعین مشخص کرده است (ریچاردسون و آدامز، ۲۰۱۸).

2

اختلال افسردگی اساسی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که بار قابل‌ملاحظه‌ای هیجانی، اجتماعی و اقتصادی فراوانی را به فرد و جامعه تحمیل می‌کند (علیچانی و رنجبرکهن، ۱۴۰۱). ویژگی مشترک تمام اختلالات روانشناسی وجود اندوه، احساس تهی بودن یا خلق تحریک‌پذیر همراه تغییرات شناختی و جسمی است که به شکل چشمگیری روی ظرفیت کارکردی فرد تأثیر منفی می‌گذارد. تفاوت آن‌ها مربوط به زمان‌بندی یا علت احتمالی یا مدت اختلال است (فازی و حامد^۳، ۲۰۱۷). به عبارتی می‌توان گفت افسردگی یک حالت خلقی شامل بی‌حوصلگی و گریز از فعالیت یا بی‌علاقگی و بی‌میلی است که می‌تواند بر روی افکار، رفتار، احساسات و خوشی و تندرستی یک فرد تأثیر بگذارد. افسردگی منجر به ازکارافتادگی قابل‌توجه فرد در قلمروهای زندگی فردی و اجتماعی و اشتغال می‌شود (ونجان، سیکینگ و ایکسینکیا^۴، ۲۰۱۴).

شیوع اضطراب در جامعه ایران نیز همانند افسردگی است (گاوپانی، احمدی ابهری، دهقان و همکاران، ۱۳۸۱). همچنین از آنجا که برخی تحقیقات نشان می‌دهند هم‌آیندی مرضی افسردگی و اضطراب در جامعه ایران احتمالاً اندکی کمتر از ۶۰ درصد و همپوشی این علائم در جامعه ایرانی بسیار بالاست (گاوپانی و قاسم‌زاده، ۱۳۸۲). در این تحقیق، اضطراب نیز جزو مؤلفه‌هایی است که در کنار افسردگی به‌عنوان متغیر همراه سنجیده شد.

باید اشاره نمود که افراد دارای افسردگی و اضطراب دارای افکار خودآیند منفی هستند (نادری، ۱۳۹۵) چراکه چرخه افکار خود آیند منفی و پردازش‌های شناختی ناکارآمد، خود به‌عنوان یکی از عوامل تقویت‌کننده و تثبیت‌کننده افسردگی به شمار می‌رود (دا^۵ و همکاران، ۲۰۱۵). افکار خود آیند منفی، اظهارات منفی خود آیند درباره خود است. عقاید و باورهایی که بدون تلاش عمدی و بدون انتخاب به ذهن فرد خطور می‌کنند و معمولاً تحریف‌شده‌اند که منجر به پاسخ‌های هیجانی نامتناسب می‌شوند

¹ Park, Kim² American psychiatric association (APA)³ Fawzy, Hamed⁴ Wenjuan, Siqing, Xinqiao⁵ Du

(فریون، ایوانس، مراچ، دوزویس و پارتریج، ۲۰۰۸). این افکار می‌توانند به صورت نگرش‌های بنیادی یا طرح‌واره‌های شناختی درونی سازمان‌یابند (کلارک و کوسن، ۲۰۰۹). افکار خود آیند منفی، ارزیابی‌های کوتاه و مختصری از شکست‌ها در افراد مبتلا به افسردگی است. در افرادی که مستعد افسردگی هستند، ذهن دائماً به سمت افکار ناراحت‌کننده و منفی گرایش پیدا می‌کند که این خود باعث تداوم بیشتر غم و افسردگی می‌شود. در اصل فرض بر این است که آسیب‌پذیری در مقابل عود و بازگشت افسردگی ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق افسرده و الگوهای منفی خود ایرادگیر و ناامیدانه تفکر است که به نوبه خود به تغییراتی در سطوح شناختی و عصبی می‌انجامد (آرپین و کریبی، ۲۰۰۷).

با وجود پشتوانه محکمی که در اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در بهبود اضطراب در انواع جمعیت‌های بالینی وجود دارد و درمان انتخابی این اختلال به حساب آمده است (بارلو، ۱۹۹۷)؛ اما در مطالعات پیگیری مشخص شده است که حدود ۵۰ درصد از بیماران به بهبودی معناداری دست‌یافته‌اند. در طی سه دهه گذشته مشخص شده است که صورت‌بندی‌های نظری کلاسیک درمان‌های شناختی در تبیین مسائل و ارائه مداخلات درمانی مناسب، با کاستی‌های فراوان روبه‌رو بوده است. لذا، پس از نقدهای نظری، برای تبیین رابطه شناخت و هیجان، مدل‌های خطی به تدریج جای خود را به مدل‌های پیچیده‌تر داده‌اند. در مطالعات اخیر، گرایش به سمت بررسی اثربخشی رویکردهای درمانی جدید مرتبط با درمان شناختی افزایش یافته است و درمان‌هایی چون درمان پذیرش و تعهد، طرح‌واره درمانی، برنامه کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن معرفی و مورد آزمون واقع شده‌اند. طبق نظر فیگلی، همه افرادی که در معرض مواجهه غیرمستقیم با ترومای فرد آسیب‌دیده قرار دارند، دچار اختلالات روان‌شناختی نمی‌شوند، بلکه طرح‌واره‌های شناختی فرد او را مستعد ترومای ثانویه ساخته و از عوامل پیش‌بینی‌کننده ابتلا هستند. در حقیقت، طرح‌واره‌های ناسازگار احتمال استرس و سرخوردگی را می‌افزایند (کلاریک^۶ و همکاران، ۲۰۱۳) از این رو درمان مبتنی بر طرح‌واره برای کاهش علائم سربازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه (کوکرام، ۲۰۱۰) و نیز همسران مبتلا به ترومای ثانویه استفاده شده و اثربخشی این روش درمانگری در کاهش علائم ترومای ثانویه، اضطراب و افسردگی آن‌ها به اثبات رسیده است (ابوالمعالی، کمال، ۱۳۹۳). روش‌های درمانی مختلفی برای افراد دارای اختلال افسردگی بکار گرفته شده است تا از طریق آن مؤلفه‌های روان‌شناختی آسیب‌زای آن‌ها کاهش یابد. یکی از روش‌های درمانی پرکاربرد، درمان مبتنی بر توجه آگاهی است که کارایی بالینی آن جهت بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی افراد مختلف در پژوهش‌های گوناگون نشان داده شده است. دلیل کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال افسردگی، تمرکز این درمان بر نادیده گرفتن افکار به‌عنوان واقعیت و همچنین تشریح و تصریح ارزش‌های زندگی جدید برای این افراد است. درمان مبتنی بر طرح‌واره درمانی نشأت گرفته از یک تئوری فلسفی به نام عمل‌گرایی است و بر اساس یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت پدید آمده است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود (لانس، مک کارکن، ساتو و تیلور، ۲۰۱۳).

کاهش استرس از طریق توجه آگاهی نوعی روش مداخله روانی- آموزشی است که در راستای تمرین مراقبه ذهنی- بدنی به افراد مدد می‌رساند (یو و همکاران، ۲۰۲۱). کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی از یک سو یک رویه آموزشی و درمانی به شمار می‌رود و از سوی دیگر به‌عنوان یک روش پیشگیرانه وارد عمل شده و به‌عنوان یک استراتژی در اختیار مراجعان قرار می‌گیرد

⁶ Frewen, Evans, Maraj, Dozois, Partridge

⁷ Arpin-Cribbie, Cribbie

⁸ Clarke, Goosen

⁹ Lance, McCracken, Sato, Taylor

تا بتوانند با موانع و وقایع استرس‌زای زندگی مقابله سازگارانه را اتخاذ نمایند. آموزش کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی به مددجویان یاد می‌دهد که چگونه می‌توانند با استفاده از توجه آگاهی به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای سازگارانه بر مشکلات هیجانی و استرس، آسیب‌های روان‌شناختی، درد و بیماری فائق آیند (الک، براون و کینسر، ۲۰۲۰). در کنار گستردگی مطالعه در مورد اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی، نوآوری پژوهش حاضر به شکل عمده مربوط به جامعه مورد مطالعه (دانش آموزان دختر با دشواری در کنترل اضطراب) است. چراکه این گروه از افراد در پژوهش‌های پیشین و در به‌کارگیری روش‌های مداخله‌ای کارآمد مورد غفلت قرار گرفته است. افکار خود آیند منفی شناخت‌هایی هستند که به‌عنوان نتیجه طرح‌واره‌های شناختی یا باورهای بنیادین، به‌طور خودکار در موقعیت خاصی فعال می‌شوند و پاسخ‌های هیجانی و رفتاری افراد را تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهند (بک، ۱۹۶۷). به‌طوری‌که یک واکنش دردناک، کشنده و تنش‌زایی را موجب می‌شوند. ویژگی بارز افکار خود آیند منفی این است که به‌سرعت از ذهن عبور می‌کنند و قابلیت چالش یا کنترل آن‌ها در همان لحظه وجود ندارد (بک، ۲۰۱۱) در پژوهش زهرا ولی تبار و فریده حسین ثابت (۱۳۹۵) نتایج نشان‌دهنده نقش افکار خود آیند منفی در آمادگی ابتلا به افسردگی بود. نگرش‌های ناکارآمد مجموعه‌ای از شناخت‌هایی هستند که انعطاف‌ناپذیر، افراطی، ناکارآمد و مقاوم در برابر تغییر هستند و نظام شناختی فرد را تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهند به‌طوری‌که افراد مبتلا ارزیابی درست و واقع‌بینانه‌ای از خود، آینده و دنیای پیرامون خود ندارند (لئو، ۲۰۰۴ بیرامی و همکاران، ۱۳۹۴). به دیگر سخن نگرش‌های ناکارآمد طرح‌واره‌های ناسازگاری هستند که مناسبات بین فردی افراد را محدود کرده و موجب آشفتگی روان‌شناختی در افراد می‌شوند (معین‌الغریبایی و همکاران، ۱۳۹۷). در پژوهشی که موسی رضایی و خالدی (۲۰۱۵) انجام دادند، نتایج نشان‌دهنده نقش نگرش‌های ناکارآمد در بروز افسردگی بود

در گام بعدی آگاهی روان‌شناختی فرد نسبت به زمان حال در کانون توجه قرار گرفته و نسبت به افزایش آن اقدام می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در زمان حال آگاهی می‌یابد (تاکاهاشی، ایشیزو، ماتسابارا، اوتساکا و شیمودا، ۲۰۲۰). در قدم سوم جداسازی فرد از تجارب ذهنی مورد هدف است (جداسازی شناختی) به شکلی که بتواند عمل مستقل از تجارب را در خود نهادینه کند. سپس تلاش برای کاهش تمرکز بر خود تجسمی (گسلش شناختی) یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. در قدم بعد، به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی اصلی خود را شناخته و به‌طور واضح مشخص سازد و در جهت تبدیل آن‌ها به اهداف رفتاری اقدام نماید (روشن‌سازی ارزش‌ها). در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (پتس، داناس و گابنور، ۲۰۱۷). نتایج پژوهش تقوایی، جهانگیری و زارع بیدکی (۱۳۹۸)؛ نامنی و مذهب یوسفی (۱۳۹۸)؛ قدم، پور مرمری، پور رنجبردار، آج، پیرعین‌الدین، یوسف وند (۱۳۹۸)؛ زارع (۱۳۹۶)؛ زارع و برادران (۱۳۹۷)؛ زارع بیدکی و جهانگیری (۱۳۹۷)؛ حیدری، سجادیان و حیدریان (۱۳۹۵)؛ عرفانیان مقدم و علیزاده موسوی (۱۳۹۵)؛ اونگ‌آو همکاران (۲۰۱۹)؛ واین و همکاران (۲۰۱۹)؛ توهیگ، ویلاردگا، لوین و هایز^۳ (۲۰۱۵)؛ اسوین، هانکوک، دیکسون و بومان^۴

¹ Takahashi, Ishizu, Matsubara, Ohtsuki, Shimoda

¹ Petts, Duenas, Gaynor 1

¹ Ong 2

¹ Twohig, Vilardaga, Levin, Hayès 3

¹ Swain, Hancock, Dixon, Bowman 4

(۲۰۱۵)؛ بلات، هومان، موریسون، لوین و توهیگ^۱ (۲۰۱۴) نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانایی بالینی بالایی در جهت بهبود مولفه‌های روانشناختی افراد دارای اختلال‌های روانی و هیجانی دارد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است. طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری تحقیق حاضر شامل کلیه نوجوانان و جوانان دختر که به کلینیک‌های مشاوره خانواده در شهر سنندج در سال ۱۴۰۲ مراجعه کردند بود با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۶۰ نفر از دختران که به کلینیک‌های مشاوره خانواده طی دوماهه (فروردین و اردیبهشت) مراجعه داشته‌اند، به صورت تصادفی انتخاب شد و پرسشنامه‌های اضطراب، افسردگی و پرسشنامه افکار خودآینده منفی روی ایشان اجرا شد که ۴۰ نفر از دختران نوجوان که در پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب نمره بالاتری اخذ نمودند به عنوان حجم نمونه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل) گمارده شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: جنسیت دختر، داشتن اختلال اضطراب یا افسردگی (با معرفی معلم و مشاور، اجرای پرسشنامه افسردگی و مصاحبه بالینی)، داشتن سن ۱۲-۱۶ سال، حضور در دوره اول متوسطه، رضایت دانش‌آموز و والدین جهت شرکت فرزندشان در پژوهش و نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌های آنان) بود.

همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: غیبت در دو جلسه آموزشی و همکاری نکردن و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در دوره آموزشی بود.

ابزار گردآوری اطلاعات در این تحقیق پرسشنامه‌های مندرج در ذیل می‌باشند:

(الف) پرسشنامه افکار خودآینده منفی: پرسشنامه افکار خودآینده منفی این مقیاس در سال ۱۹۸۰ توسط کندال و هولون به منظور ارزیابی مؤلفه شناختی افسردگی از دید خود فرد تهیه شده است. این آزمون یک ابزار ۳۰ گونه ای است که میزان خودگویی‌های درونی منفی فرد را مورد سنجش قرار می‌دهد. پرسشنامه افکار خودآینده منفی چهار بعد از این افکار را مورد بررسی قرار می‌دهد: ناسازگاری فردی و تمایل به تغییر؛ خودپنداره‌های من و انتظارات منفی و عزت نفس پایین، درماندگی. شیوه نمره گذاری گزینه‌ها در پرسشنامه بدین شرح است: هرگز = ۱، گاهی = ۲، متوسط = ۳، اغلب = ۴، همیشه = ۵ است. در پژوهش مقتدر (۱۳۹۵) روایی همگرایی این پرسشنامه مطلوب گزارش شده است. همچنین این پژوهشگر پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه افکار خودآینده منفی از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمد. در پژوهش حاضر پایایی این آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

(ب) پرسشنامه افسردگی: نسخه نهایی پرسشنامه افسردگی توسط بک، اپستین، براون و استیر در سال ۱۹۹۶ تدوین شد. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست،

¹ Bluett, Homan, Morrison, Levin, Twohig

احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و ... هستند. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به طور مستقیم به دست می‌آید. نمره‌های زیر را می‌توان برای نشان دادن سطح کلی افسردگی به کار بست: تا ۱۰: ۱۳ هیچ یا کمترین افسردگی (نمره صفر تا)، ۱۳ افسردگی خفیف (نمره، ۱۹ تا ۲۴)، افسردگی متوسط (نمره تا ۲۰، ۲۸)، افسردگی شدید (نمره ۲۹ تا ۶۳) بک و همکاران (۱۹۹۶) روایی همزمان این پرسشنامه را ۷۹/۰ و اعتبار بازمی‌آزمایی آن را ۰/۶۷ گزارش کردند. همچنین ضریب بازمی‌آزمایی برای بیماران روانی ۰/۸۶ و برای بیماران غیر روانی ۰/۸۱ گزارش شده است (به نقل از فتحی، حاتمی و ورزنده، اصلی آزاد و فرهادی، ۱۳۹۵). گودرزی اعتبار پرسشنامه بک را از طریق محاسبه ضریب همسانی درونی ۰/۸۴ و ضریب اعتبار حاصل از روش تصنیف را ۰/۷۰ به دست آورد. ضریب همبستگی بین فرم ۱۳ سوالی و فرم ۲۱ سوالی آن بر اساس گزارش گودرزی، ۰/۷۴ می‌باشد که حاکی از روایی مناسب پرسشنامه جهت استفاده در ایران می‌باشد (به نقل از رئیس‌یان، گلزاری و برجعلی، ۱۳۹۰). پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد.

ج) پرسشنامه اضطراب بک (BAI)، اپستین و هاریسون (۱۹۸۳): این پرسشنامه براساس ۲۱ نشانه اضطرابی تنظیم شده است و بر طبق مقیاس لیکرت (نمرات ۱، ۲، ۳ برای هر سؤال) نمره بالاتر، اضطراب بیشتری نشان می‌دهد. این پرسشنامه در ایران روایی سنجی و پایایی یابی شده است. آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش فاضلی و همکاران (۱۳۹۳) ۰/۷۵ به دست آمد.

6

روش گردآوری اطلاعات

روش اجرای پژوهش ابتدا با کسب اجازه از مسئولین کلینیک‌های مشاوره خانواده در شهر سنندج و کسب مجوزهای لازم، افرادی به صورت تصادفی انتخاب خواهند شد و پرسشنامه‌های اضطراب، افسردگی و پرسشنامه افکار خود آینده منفی روی ایشان که برای شرکت در جلسات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی اعلام آمادگی می‌نمایند، اجرا خواهد شد. سپس ۴۰ نفر از افرادی که نمره کمتری در پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی و نمره بیشتری در پرسشنامه افکار خود آیند منفی کسب کردند و در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۲ جلسه یک‌ساعته (ظرف مدت دوماهه) درمان مبتنی بر توجه آگاهی دریافت کرد و در گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. همچنین به افراد گروه گواه گفته خواهد شد که پس از آزمون مرحله‌ی اول تقریباً دو ماه بعد نیز از آن‌ها آزمونی گرفته شد. پس از پایان دوره‌ی آموزش، هر دو گروه در پس‌آزمون شرکت کردند، مجدداً پرسشنامه‌هایی اضطراب، افسردگی و افکار خود آینده منفی را تکمیل کرد. سپس داده‌ها با آزمون‌های آماری مناسب تجزیه و تحلیل شدند.

مداخلات درمانی:

- ۱- کمک به شرکت‌کنندگان برای اینکه مهارت‌های پیشگیری از عود یا برگشت افسردگی و اضطراب را یاد بگیرند.
- ۲- آگاهی بیشتر به احساس‌ها، افکار و حس‌های بدنی لحظه‌به‌لحظه و بودن در لحظه حاضر
- ۳- توجه به احساس‌ها و افکار خود و گسترش آن‌ها و پذیرش افکار و احساس‌های ناخوشایند
- ۴- مهارت‌های پاسخگویی به فکر یا احساس ناخوشایند
- ۵- جلوگیری از تداوم و تشدید افکار منفی

۶- تغییر عادات قدیمی فکر کردن، مانند شناخت امور روزمره خودکار، بی‌انگیزه بودن در کارها، بی‌نتیجه دانستن کارها

تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها

در این پژوهش جهت پاسخگویی به فرضیات پژوهشی از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است. برای انجام آزمون‌های آماری پارامتریک، علاوه بر فاصله ای بودن مقیاس اندازه‌گیری متغیرها بهنجار بودن توزیع متغیرها ضروری است. از سوی دیگر برای استفاده از تحلیل کوواریانس محقق شدن مفروضات همگنی واریانس‌ها و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس و نیز همبستگی میان متغیرهای وابسته باید مورد بررسی قرار گیرد. در ادامه به توضیح و بررسی هر یک از مفروضات پرداخته شده است.

بهنجار بودن توزیع متغیرها: این مفروضه بدین معناست که توزیع متغیرها در این جامعه بهنجار بوده است؛ به عبارت دیگر زمانی می‌توان آزمون پارامتریک را بکار برد که دلیلی برای این اعتقاد وجود داشته باشد که توزیع‌های جامعه، تفاوت زیادی با توزیع بهنجار نداشته باشند (فرگوسن و تاکانه، ۱۳۸۸). جهت بررسی بهنجار بودن توزیع متغیرها به واسطه آندک بودن حجم نمونه از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد. بزرگتر بودن سطح معناداری آزمون از $P > 0.001$ نشان از نرمال بودن توزیع متغیرها دارد (میرز، گامست و گارینو، ۱۳۹۶). نتایج در جدول ۱ و ۲ آورده شده است.

7

جدول ۱- نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی بهنجاری توزیع مولفه‌ها

ابعاد مقابله با درد	گروه	آماره شاپیرو ویلک	درجات آزادی	سطح معناداری
غمگینی	آزمایش ۰۱	۰/۸۸	۱۰	۰/۱۵
	آزمایش ۰۲	۰/۹۷	۱۰	۰/۸۵
بدبینی	آزمایش ۰۱	۰/۹۳	۱۰	۰/۴۵
	آزمایش ۰۲	۰/۹۱	۱۰	۰/۳۳
احساس ناتوانی و شکست	آزمایش ۰۱	۰/۹۶	۱۰	۰/۷۵
	آزمایش ۰۲	۰/۹۳	۱۰	۰/۴۱
احساس گناه	آزمایش ۰۱	۰/۹۵	۱۰	۰/۶۸
	آزمایش ۰۲	۰/۸۹	۱۰	۰/۱۸
آشفته‌گی خواب	آزمایش ۰۱	۰/۹۵	۱۰	۰/۶۷
	آزمایش ۰۲	۰/۹۸	۱۰	۰/۹۵

¹ - Ferguson., & Takane ⁶

1 . Meyers, Gamest & Garino 7

۰/۱۷	۱۰	۰/۸۹	آزمایش	از دست دادن اشتها
۰/۲۳	۱۰	۰/۹۰	آزمایش ۰۲	
۰/۰۸	۱۰	۰/۸۶	آزمایش	از خود بی‌زاری
۰/۴۵	۱۰	۰/۹۳	آزمایش ۰۲	
۰/۱۹	۱۰	۰/۸۹	آزمایش	نمره کل
۰/۷۲	۱۰	۰/۹۵	آزمایش ۰۲	

جدول ۲- نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی بهنجاری توزیع مولفه‌ها

ابعاد شدت درد	گروه	آماره شاپیرو ویلک	درجات آزادی	سطح معناداری
ناسازگاری فردی و تمایل به تغییر	آزمایش	۰/۸۶	۱۰	۰/۰۷
	آزمایش ۰۲	۰/۹۴	۱۰	۰/۵۵
خودپنداره‌های من و انتظارات منفی	آزمایش	۰/۸۷	۱۰	۰/۱۱
	آزمایش ۰۲	۰/۹۳	۱۰	۰/۴۴
عزت نفس پایین	آزمایش	۰/۹۲	۱۰	۰/۳۹
	آزمایش ۰۲	۰/۸۹	۱۰	۰/۱۶
درماندگی	آزمایش	۰/۹۷	۱۰	۰/۹۱
	آزمایش ۰۲	۰/۹۴	۱۰	۰/۵۸
نمره کل	آزمایش	۰/۹۳	۱۰	۰/۴۱
	آزمایش ۰۲	۰/۹۴	۱۰	۰/۵۱

نتایج جداول ۱ و ۲ نشان می‌دهد که توزیع تمامی متغیرها به تفکیک گروه‌ها نرمال است ($P \geq 0.05$).

۲. همگنی واریانس‌ها: این مفروضه بدین معناست که دو نمونه از جامعه‌هایی با واریانس‌های مساوی انتخاب شده‌اند؛ به عبارت دیگر زمانی می‌توان آزمون پارامتریک را بکار برد که دلیلی برای این اعتقاد وجود داشته باشد که واریانس‌های جامعه از حالت تساوی اختلاف زیادی نداشته باشند (فرگوسن و تاکانه، ۱۳۸۸). جهت بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون برابری خطای واریانس لوین^۱ استفاده شده است. در این آزمون اگر سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ باشد، بدین معنی است که داده‌ها

1 - Levene's test of equality of error variance

مفروضه تساوی خطای واریانس‌ها را زیر سؤال نبرده‌اند (بریس، کمپ و سلنگار؟ ۱۳۸۴). نتایج بررسی این مفروضه در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳- نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی خطای واریانس

متغیرها	F	df1	df2	سطح معناداری	سازه
غمگینی	۱/۸۳	۱	۱۸	۰/۱۹	طرح‌واره درمانی
بدبینی	۰/۰۷	۱	۱۸	۰/۷۹	
احساس ناتوانی و شکست	۰/۱۱	۱	۱۸	۰/۷۵	
احساس گناه	۰/۰۰۱	۱	۱۸	۰/۹۸	
آشفته‌گی خواب	۰/۰۶	۱	۱۸	۰/۸۰	
از دست دادن اشتها	۱/۸۶	۱	۱۸	۰/۱۹	
از خود بی‌زاری	۱/۳۵	۱	۱۸	۰/۲۶	
ناسازگاری فردی و تمایل به تغییر	۰/۶۷	۱	۱۸	۰/۴۳	توجه به آگاهی
خودپنداره‌های من و انتظارات منفی	۰/۲۶	۱	۱۸	۰/۶۲	
عزت نفس پایین	۱/۴۳	۱	۱۸	۰/۲۵	
درماندگی	۰/۰۱	۱	۱۸	۰/۹۵	

بر اساس نتایج جدول ۳ چنین استنباط می‌شود که همگنی واریانس‌ها در تمامی متغیرها محقق شده است.

۳. فرض همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس: تحقق این مفروضه برای تحلیل کوواریانس چند متغیره ضروری است. به طور کلی فرض همگنی واریانس‌ها به دنبال بررسی این مسئله است که آیا نمونه‌ها از جامعه‌هایی با واریانس‌های مساوی انتخاب شده‌اند یا نه. هرگاه این فرض برآورده شود، داده‌های حاصل از این دو نمونه را می‌توان برای بدست آوردن برآوردی بدون اریب از واریانس جامعه، با یکدیگر ترکیب کرد (فرگوسن و تاکانه، ۱۳۸۸). اجرای فرض همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس نیز چنین هدفی را دنبال می‌کند. جهت بررسی همگن بودن ماتریس‌های واریانس - کوواریانس متغیرهای پژوهشی

¹ - Brace, Camp & Selnegar. ⁹

از آزمون ام. باکس استفاده می‌شود. بر اساس سطح معناداری بدست آمده در این آزمون، می‌توان در خصوص همگنی یا عدم همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس قضاوت نمود. بدین صورت که اگر سطح معناداری بدست آمده بزرگ‌تر از 0.05 باشد، ماتریس‌ها برابرند و بالعکس (بریس و همکاران، ۱۳۸۴). نتایج بررسی این مفروضه در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴- بررسی فرض همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس در مدل طرح‌واره درمانی و توجه به آگاهی

مدل	Box` s M	F	df 1	df 2	سطح معناداری
طرح‌واره درمانی	۴۲/۲۲	۰/۸۵	۲۸	۱۱۲۹/۰۰۲	۰/۶۹
توجه به آگاهی	۱۱/۰۶	۰/۸۳	۱۰	۱۵۴۹/۰۰۴	۰/۶۰

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که فرض همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس محقق شده است ($P > 0.05$).

۴. همبستگی چندگانه متغیرهای وابسته: در مورد میزانی که متغیرهای وابسته بهتر است یا باید با یکدیگر همبستگی داشته باشند، اختلاف نظرهایی وجود دارد. بررسی این مفروضه با آزمون بارتلت انجام می‌شود. ضرایب معنادار این آزمون نشان دهنده همبستگی چند متغیره میان متغیرهای وابسته است (میرز و همکاران، ۱۳۹۶). نتایج بررسی این مفروضه در جدول ۵ آمده است. نتایج حاکی از تحقق این مفروضه است.

جدول ۵- نتایج آزمون کرویت بارتلت در مدل طرح‌واره درمانی و توجه به آگاهی

مدل	χ^2	df	سطح معناداری
طرح‌واره درمانی	۸۴/۵۷	۲۷	۰/۰۰۰۱
توجه به آگاهی	۳۲/۸۱	۹	۰/۰۰۰۱

بررسی مفروضات نشان داد که شرایط برای اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره در راهبردهای طرح‌واره درمانی و توجه به آگاهی وجود دارد. بر این اساس در ادامه به بررسی یافته‌ها ذیل فرضیات پژوهشی پرداخته می‌شود.

2 - Box` s M	0
2 . Bartlett's Test	1

فرضیه اول: بین اثربخشی رویکردهای طرح‌واره درمانی و توجه به آگاهی بر مؤلفه ناسازگاری و تمایل به تغییر تفاوت معناداری وجود دارد.

جهت پاسخگویی به این فرضیه از نتایج آزمون تک متغیره در برونداد تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۶ و میانگین‌های تعدیل شده آورده شده است.

جدول ۶- تحلیل کوواریانس تک متغیره تفاوت دو گروه آزمایش در رویکردهای طرح‌واره درمانی

توان آزمون	مجذور اتای سهمی	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات*	طرح‌واره درمانی
۰/۹۸	۰/۵۹	۰/۰۰۱	۲۰/۱۱	۱۶۲/۸۳	ناسازگاری فردی و تمایل به تغییر

* از آنجه که درجات آزادی برابر با ۱ بوده است تنها میانگین مجذورات در جدول آورده شده است.

جدول ۷- میانگین‌های تعدیل شده پس آزمون توجه به آگاهی

آزمایش ۰۲		آزمایش		متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۹۱	۲۳/۴۸	۰/۹۱	۱۷/۶۳	ناسازگاری فردی و تمایل به تغییر

نتایج جدول ۷ گویای آن است که تفاوت دو گروه آزمایش در تمامی ابعاد معنادار است ($P \leq 0/01$). میانگین‌های اصلاح شده در جدول ۴-۱۰ نشان می‌دهند که آزمودنی‌های گروه آزمایش در تمامی ابعاد میانگین کمتری دارند. بر این اساس می‌توان بهبود ناسازگاری فردی و تمایل به تغییر در گروه آزمایش را نتیجه گرفت.

بر اساس آنچه ذکر شد فرضیه فرعی اول پژوهش حاضر تأیید می‌شود. بدین معنی که ذهن آگاهی بر ناسازگاری فردی و تمایل به تغییر موثر بوده است. میزان تأثیر این آموزش از ۰/۴۰ تا ۰/۵۹ در تغییر می‌باشد. بدین معنی که ۴۰ تا ۵۹ درصد از تغییرات در ابعاد ادراک شدت درد بر حسب درمان مبتنی بر ذهن آگاهی قابل تبیین است. میزان توان آزمون نیز از ۰/۸۰ تا ۰/۹۸ در تغییر است. بدین معنی که میزان دقت این تحلیل‌ها در کشف تفاوت‌های معنادار در ناسازگاری فردی و تمایل به تغییر در سطح متوسط و بالاتر قرار دارد.

فرضیه دوم: بین اثربخشی رویکردهای طرح‌واره درمانی و توجه به آگاهی بر مؤلفه خودپنداری‌های من و انتظارات منفی تفاوت معناداری وجود دارد

جهت پاسخگویی به این فرضیه نیز از نتایج آزمون تک متغیره در برونداد تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۸ و میانگین‌های تعدیل شده در جدول ۹ آورده شده است.

جدول ۸- تحلیل کوواریانس تک متغیره تفاوت دو گروه آزمایش در رویکردهای طرح‌واره درمانی

توان آزمون	مجذور اتای سهمی	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات*	رویکردهای طرح‌واره درمانی
۰/۸۰	۰/۴۹	۰/۰۱	۹/۰۱	۲۸/۰۹	خودپنداری‌های من و انتظارات منفی

* از آنجه که درجات آزادی برابر با ۱ بوده است تنها میانگین مجذورات در جدول آورده شده است.

جدول ۹- میانگین‌های تعدیل شده پس آزمون توجه به آگاهی

آزمایش ۰۲		آزمایش		متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۵۹	۲۰/۱۳	۰/۵۱	۲۰/۶۹	خودپنداری‌های من و انتظارات منفی

نتایج جدول ۴-۱۱ گویای آن است که تفاوت دو گروه آزمایش در توجه به آگاهی معنادار است ($P \leq 0/01$). بر اساس آنچه ذکر شد فرضیه فرعی دوم پژوهش حاضر تأیید می‌شود. بدین معنی که شناخت درمانی و ذهن آگاهی بر خودپنداری‌های من و انتظارات موثر بوده است.

12

تبیین فرضیه‌های پژوهش

در خصوص بررسی و تبیین فرضیه پژوهش می‌توان بیان نمود که طرح‌واره درمانی به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق بیماران را دقیق‌تر تعریف کرده، آن‌ها را به گونه‌ای قابل درک سازمان‌دهی کنند. در این مدل، ردپای طرح‌واره‌ها با تأکید بر روابط بین فردی بیمار از کودکی تا زمان حال دنبال می‌شود. با به‌کارگیری این مدل بیماران می‌توانند طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه‌ی خود را به‌صورت ناهمخوان ببینند. در نتیجه، با آگاهی از وجود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، برای رها شدن از مشکلات انگیزه‌ی بیشتری پیدا می‌کنند. به‌طور خلاصه، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن فرد شکل‌گرفته‌اند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند. می‌توان گفت ایده‌ی طرح‌واره‌های شناختی بر این باور است که فرآیندهای ناهشیار بر فکر و عاطفه و رفتار تأثیر می‌گذارند. اما برخلاف مفهوم ناهشیار در نظریه‌ی روان‌پویایی، طرح‌واره‌ها از طریق پردازش ناهشیار اطلاعات بر افکار، عاطفه و رفتار تأثیر می‌گذارند، نه از طریق انگیزش‌های ناهشیار و سائقه‌ی غریزی. به‌طور کلی در تبیین این امر چنین به نظر می‌رسد که رویکرد طرح‌واره درمانی یک رویکرد جامع هست. در این رویکرد بر تغییر لحظه‌به‌لحظه در آگاهی نسبت به عواطف و احساسات تأکید می‌شود و افراد با رویکرد تجربی می‌توانند با دیگران در ارتباط باشند و هیجانات منفی خود را نسبت به آن‌ها نشان دهند و در این میان درمانگر وارد شده و از افراد آسیب‌پذیر دفاع کرده و نوعی همدلی در او ایجاد می‌کند و به مراجع کمک می‌کند که به‌درستی با دیگران ارتباط برقرار کنند. به نظر می‌رسد زنان مبتلا به افکار خودآیند منفی از طرح‌واره‌های استحقاق، محرومیت هیجانی، رهاشدگی بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی بد رفتاری و نقص و شرم رنج‌برده و در این رویکرد به آن‌ها کمک می‌شود تا طرح‌واره‌های ناسازگار خود را شناخته و نسبت به شیوه‌هایی که باعث تداوم طرح‌واره‌های آن‌ها شده آگاه شوند؛ شامل اجتناب، تسلیم و جبران افراطی؛ و به

آن‌ها کمک شد با فن تصویرسازی به دوران کودکی خود رفته و بتوانند هیجانات منفی خود را نسبت به مراجع قدرت بیان کرده و در روابط کنونی با دیگران، سالم ارتباط برقرار کنند و این کار باعث کاهش نشخوار فکری و افزایش بهزیستی روانی در زنان می‌شود (لهیی، ۲۰۱۸).

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، می‌توان اذعان نمود که بین اثربخشی رویکردهای طرح‌واره درمانی و توجه به آگاهی بر مؤلفه ناسازگاری و تمایل به تغییر تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج با یافته‌های سهرابی و همکاران (۱۳۹۹)، منتظری و همکاران (۱۳۹۵)، هویت و همکاران (۲۰۱۷)، شاپو همکاران (۲۰۱۶) پور ذبیحی و همکاران (۲۰۱۶)، ماهور و فرزین فر (۱۳۹۶)، گلی و همکاران (۱۳۹۵)، محمدی (۱۳۹۴) همسو است. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که ناسازگاری و تمایل به تغییر شامل اعمال یا افکار وسواسی و اجباری که وقت‌گیر بوده و موجب رنج بسیار یا مختل شدن چشمگیر کارکردهای فرد شوند (چنگ و همکاران، ۲۰۱۹). در سال‌های اخیر، اقدامات و مداخلات در زمینه طرح‌واره درمانی به‌طور فزاینده‌ای محبوبیت یافته و توجه بسیاری را به خود جلب کرده است؛ به‌طوری‌که طرح‌واره درمانی جایگاه خود را به‌عنوان درمان مکمل در کنار سایر درمان‌های جسمی و روان‌شناختی یافته است. طرح‌واره به‌طور کلی، به‌عنوان ساختار، قالب یا چارچوب تعریف می‌شود. در حوزه رشد شناختی، طرح‌واره را به‌صورت قالبی در نظر می‌گیرند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند (لوپینو و همکاران، ۲۰۱۹). علاوه بر این، ادراک از طریق طرح‌واره‌ها، واسطه مندی می‌شود و پاسخ‌های افراد نیز توسط طرح‌واره جهت پیدا می‌کنند. افزون بر آن یکی از مفاهیم جدی و بنیادی حوزه روان‌درمانی این است که بسیاری از طرح‌واره‌ها در اوایل زندگی شکل می‌گیرند، به حرکت خود ادامه می‌دهند و خودشان را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می‌کنند (کیزیالگاک و سریت، ۲۰۱۹). می‌توان گفت توجه به آگاهی نیز همچون طرح‌واره درمانی، رویکردی یکپارچه نگر است که از ترکیب نظریه‌ها و فن‌هایی که از قبل وجود داشته‌اند حاصل شده است، مانند درمان شناختی- رفتاری، روان تحلیلی روابط شیء، نظریه دل‌بستگی و گشتالت درمانی (لوپینو و همکاران، ۲۰۱۹).

در بخش دوم با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، توجه آگاهی بر افکار خود آیند منفی در زنان مبتلا به علائم افسردگی و اضطراب تأثیر دارد. این نتایج با یافته‌های قوتی و همکاران (۱۳۹۹)، حقانی و همکاران (۱۳۹۸)، پورجایی و دشت بزرگی (۱۳۹۸)، سنگانی و دشت بزرگی (۱۳۹۷)، موذنی (۱۳۹۶)، لهیی (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که افکار خود آیند منفی همچون پنداره‌های من و اختلالات مربوطه ششمین طبقه اختلالات در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی هستند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۳). ویژگی عمده این وسواس‌ها و اجبارها (افکار و رفتارها) لذت‌بخش نبودن آن‌ها برای فرد مبتلا است، ولی بیمار به نشخوار افکار و تکرار اعمال ادامه می‌دهد تا شاید از ناراحتی‌اش کاسته شود. بسیاری از این افراد، هیجان‌های اضطرابی قابل‌ملاحظه‌ای را که می‌تواند حملات برگشتی پانیک را در برگیرد، تجربه می‌کنند. برخی از این افراد احساسات انزجار قدرتمندی را نیز گزارش می‌کنند. در مجموع، افراد دارای افسردگی و اضطراب هنگام مواجه‌شدن با موقعیت‌های برانگیزاننده افکار و اعمال وسواسی، دامنه‌ای از پاسخ‌های هیجانی را تجربه می‌کنند. این پاسخ‌ها و احساسات هیجانی می‌بایست تنظیم گردند، چراکه شیوه تنظیم هیجان، پیامدهای مختلفی در زندگی فرد به‌خصوص در حوزه مسائل اجتماعی و سازشی دارد (شاملی، ۱۳۹۴). بر اساس نظریه‌های شناختی رفتاری افراد مبتلا به اختلال وسواس، توجه آگاهی خاصی دارند که به‌صورت افکار خود آیند و منفی نظیر اجتناب شناختی، نشخوار فکری، و تداوم نگرانی تجربه می‌شود (علی و همکاران، ۲۰۲۱). یکی دیگر از عوامل اثرگذار استراتژی درمانی توجه به آگاهی می‌باشد که بر افسردگی و اندیشناکی تأکید آن بر نقش فرا آگاهی می‌باشد. اگرچه آگاهی هشیارانه یک بخش ضروری تغییر یا یادگیری

هیجانی و ۱- Meta-Awareness رفتاری نیست. ولی مدل طرح‌واره درمانی هیجانی به دنبال افزایش هشیاری آگاهانه و افتراق هیجانی می‌باشد. در واقع طرح‌واره درمانی به این علت بر هشیاری آگاهانه تمرکز می‌کند که ناخوانا هیجانی (درک و آگاهی ناچیز از هیجان) اغلب خصیصه همراه افسردگی است. طرح‌واره درمانی با به‌کارگیری فن‌های درمان هیجان مدار به بیمار کمک می‌کند تا به این آگاهی برسد و دامنه‌ای از هیجان‌اتش را شناسایی کند، به آن‌ها برجسب بزند و از همدیگر متمایز سازد که این اعمال باعث می‌شود بیمار برانگیختگی و تجربه هیجانی عمیق را تجربه کند که با کاهش نشانه‌های افسردگی همراه است. به‌طور کلی، طرح‌واره درمانی هیجانی از طریق افزایش پذیرش هیجان‌های دردناک و متعارض بر بهبودی افسردگی و اندیشناکی کمک می‌کند، که در آن بیمار می‌آموزد به جای سرکوب کردن هیجان‌های خود یا قربانی شدن توسط آن‌ها، بر وجود هیجان‌های خود، آگاه باشد و تلاش کند تجربه خود را هر چه عمیق‌تر دریافت کند. بیمار در طول جلسات درمانی به این ادراک می‌رسد که هیجان‌ها نه الزاماً ترسناک هستند و نه پایدار. بنابراین، می‌توان به جای اجتناب تجربی یا اندیشناکی درباره هیجان‌ها، آن‌ها را از طریق توجه آگاهی پذیرفت و بدین طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران را بیشتر می‌کند.

یافته‌ها در بررسی بخش سوم این تحقیق بر اساس تجزیه و تحلیل کوواریانس نشان داد میزان خودکنترلی گروه آزمایش طرح‌واره درمانی و توجه به آگاهی، پس از حذف اثر پیش‌آزمون به‌طور معناداری باهم تفاوت داشتند. این نتیجه به این معنا بود که با توجه به نتایج ذکرشده، مداخله طرح‌واره درمانی و پذیرش و تعهد تأثیر معنادار بر میزان عزت‌نفس داشته است. این نتایج با یافته‌های برزگران و همکاران که در پژوهشی باهدف بررسی تأثیر طرح‌واره درمانی هیجانی بر بخشودگی، عزت‌نفس و تمایزیافتگی زنان و دختران مواجه شده با ناملایمی انجام شد و نتایج نشان داد طرح‌واره درمانی می‌تواند به‌طور معناداری موجب افزایش بخشودگی، عزت‌نفس و تمایزیافتگی زنان و دختران مواجه شده با ناملایمی شود.

طرح‌واره‌ها می‌توانند بر رفتارهای بین فردی تأثیر بگذارند و با توانایی فرد در ارضای نیازهای اولیه‌اش در روابط فعلی تداخل کنند. بر این اساس برای تقویت اصلاح و افزایش عزت‌نفس باید تجارب کودکی و ساختار طرح‌واره‌ای ریشه گرفته از آن را مورد بررسی قرارداد و با بازسازی و اصلاح در ساختار منفی زمینه بهبود و اصلاح در آن را موجب گردید. رویکرد طرح‌واره درمانی با همین اسلوب درمانی و اصلاحی زمینه بازسازی طرح‌واره‌های منفی و مشکل‌ساز را مورد هدف قرار می‌دهد و با بازسازی زمینه شناختی و ادراک هیجانی زمینه بهسازی و مدیریت در تصمیمات را موجب می‌گردد و یکی از مهم‌ترین تغییرات سازه‌ای در این ساختار مربوط به مسئله خودکنترلی هست که طرح‌واره درمانی با بالا بردن ظرفیت‌های شناختی و نیز اصلاح الگوی ادراکی زمینه تقویت و بالا بردن آن را موجب می‌گردد که این تحقیق نیز آن را مورد تأیید قرارداد.

یافته‌های این مطالعه، با پژوهش علیزاده و همکاران (۱۳۹۷)، میرزاوند (۱۳۹۲)، همتی و همکاران (۱۳۹۶)، آقا جانپور (۱۳۹۶)، زندی، صالح و دستنشان (۱۳۹۴) مبنی بر اینکه طرح‌واره درمانی باعث افزایش سطح عزت‌نفس می‌شود همسو است. و در نهایت با توجه به مبانی نظری پژوهش و نقش طرح‌واره درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان عوامل کلیدی در ارتباط با مؤلفه درماندگی افراد مضطرب به‌ویژه در بیماران افسرده و خلأهای پژوهشی در این زمینه، اثربخشی رویکرد طرح‌واره درمانی در این پژوهش احراز گردید. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از تجزیه و تحلیل اطلاعات بر اساس آزمون آماری تحلیل کوواریانس با ۰/۹۵ احتمال می‌توان گفت بین اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر توجه به آگاهی بر درماندگی بیماران مبتلا به افسرده خویی، تفاوت وجود ندارد. این نتایج با یافته‌های قوتی و همکاران (۱۳۹۹)،

حقانی و همکاران (۱۳۹۸)، پورجبری و دشت بزرگی (۱۳۹۸)، سنگانی و دشت بزرگی (۱۳۹۷)، موذنی (۱۳۹۶)، لهیی (۲۰۱۸) همسو است.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی و توجه آگاهی بر افکار خود آیند منفی در افراد دارای علائم افسردگی و اضطراب تأثیر داشته است. یکی از خصوصیات مراجع آمیختگی شناختی می‌باشد و هنگامی اتفاق می‌افتد که فرد افکارش را صحیح بداند مثلاً من دچار هیجان، اضطراب، افسردگی هستم و نمی‌توانم با کسی ارتباط داشته باشم، یا افکار خود آیند منفی بیشتر می‌شود و ... افکار خود آیند منفی با این فکر شامل دیدن آن به صورت کاملاً درست و دنبال کردن آن از طریق دلایلش است. در این رویکرد بر روی زمینه مرتبط با افکار و احساسات که منجر به رفتارهای نامطلوب می‌شود کار شده و باعث کاهش باورپذیری در شرکت‌کنندگان و درنهایت انعطاف‌پذیری آنان گردید. در مهارت‌های گسیختگی شناختی بر روی مواردی چون قضاوت‌ها، تفسیرها و پیش‌بینی‌های مراجع کار شد و در حقیقت عملکرد زبان برای آزمودنی‌ها آشکار گردید و به مراجع آموزش داده شد تا خودشان را در افکار، هیجانات و احساسات جدا ببینند. عزت‌نفس پایین به نظر می‌رسد بیشتر برگزیده متمرکز باشد ولی میزان ابتلای هم‌زمان به اختلالات اضطرابی نشان داد، که مراجع به آینده و گذشته هم مشغول هستند مفهوم اینجا و اکنون یعنی همیشه رویدادها به‌طور مستقیم تجربه می‌شوند.

منابع فارسی

اصلی آزاد، م.، منشی، غ.، و قمرانی، ا. (۱۳۹۸). تأثیر درمان ذهن آگاهی بر تحمل ابهام و درآمیختگی فکر و عمل مبتلایان به اختلال وسواس بی‌اختیاری. فصلنامه سلامت روان کودک. ۹۴-۸۳، (۱)۶.

اکبری نیا، م.، منشی، غ.، و یوسفیان، س. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان ذهن آگاهی کودک محور بر افسردگی و اضطراب پس از دارودرمانی کودکان سرطانی. مجله علوم روان‌شناختی. ۱۸(۷۶)، ۴۳۹-۴۳۱.

امیری، ف.، ویسکرمی، ح.، و سپهوندی، م.ع. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر اضطراب و تنظیم هیجانی دانش‌آموزان تیزهوش دوره اول متوسطه. نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی. ۱۰(۲)، ۱۴۸-۱۳۷.

ابوالمعالی خدیجه، کمال، اکرم سادات. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مبتنی بر طرح‌واره بر کاهش علائم استرس پس از ضربه ثانویه (STS) در همسران جانبازان مبتلا به PTSD. نشریه طب جانباز، سال هفتم، شماره ۲۶، صص ۲۸-۲۱.

ترخان، مرتضی (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خودآیند منفی، پرخاشگری و نگرش‌های ناکارآمد دانش‌آموزان پرخاشگر. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء (س) تابستان ۱۳۹۷. مطالعات روانشناختی دوره ۱۴ / شماره ۲، ۱۹-۲۲.

تقوایی، داوود، جهانگیری، محمد مهدی، زارع بیدکی، زهرا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ارتقای سلامت مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران، ۷(۲)، ۱۴۳-۱۵۳.

جوادیان قمی، نرگس، شریفی، طیبه، مشهدی زاده، شهرام، رضااحمدی، طیبه (۱۴۰۱) اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خودآیند منفی دانش‌آموزان دختر با دشواری در نظم‌جویی هیجانی. نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی، سال ۱۳، شماره ۲، شماره پیاپی ۳۹، تابستان ۱۴۰۱، ۱۰۶-۱۰۹.

حیدری، سمیه، سجادیان، ایلناز، حیدریان، اندیشه. (۱۳۹۵). اثر بخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درماندگی روان‌شناختی و افکار خودآیند منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، مجله اصول بهداشت روانی، (۱۸(۱)، ۴۹۱-۴۹۹.

ریسیان، اکرم سادات، گلزاری، محمود، برجعلی، احمد. (۱۳۹۰). اثربخشی امیددرمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمان‌نجوی وابسته به مواد مخدر. فصلنامه اعتیادپژوهی، (۱۷(۵)، ۲۱-۴۰.

زارع بیدکی، زهرا، جهانگیری، محمد مهدی. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم، مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، (۷(۲۱)، ۳۹-۴۷.

زارع، حسین. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود انعطاف‌پذیری و همجوشی شناختی، شناخت اجتماعی، (۱) ۶-۱۲۱. ۱۳۰.

زارع، حسین، برادران، مجید. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود مهار شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی دانشجویان مضطرب، روانشناسی کاربردی، (۴(۱۲)، ۵۱۱-۵۴۹.

عرفانیان مقدم، مینا، علیزاده موسوی، سیدابراهیم. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل افکار منفی دانش‌آموزان، چهارمین همایش ملی مشاوره و سلامت روان، قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان.

فتحی، الهام، حاتمی ورزنده، ابوالفضل، اصلیاژاد، مسلم، فرهادی، طاهره. (۱۳۹۵). تاثیر آموزش گروهی خودبخشودگی مبتنی بر مفاهیم قرآنی بر افسردگی دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه، اندیشه‌های نوین تربیتی، (۳(۱۲) - ۱۱۰. ۱۳۰.

فرهادی، ط.، اصلی آزاد، م.، و شکرخدايي، ن. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کارکردهای اجرایی و همجوشی شناختی نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی. نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی. (۴(۹)، ۸۱-۹۲.

فنايي عیده، حبیب الهی، اعظم، غضنفری، حمدا. (۱۳۹۴). اثرات مثبت و منفی درمان شناختی - رفتاری بر سلامت روان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد دارای اضافه وزن، مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت. (۲(۲)، ۳۸-۲۸.

قدم پور، الله عزت زهرا، پور، مرمزی، رنجبردار، آ.ج. مهرا، آرمان، پیرعینالدین، سعید، وند، یوسف مهدی. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی، پژوهش پرستاری. (۲(۱۴)، ۶۷-۷۶.

محمودی تبار، مینا، عالی محمدی، اشکان، کردی بروجن، لیلا، پیرزاده، فاطمه، احمدی پور، فریدون، جعفری، مهرباب، صالحی، فرزانه. (۱۳۹۷). اثربخشی معنوی درمان استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار منفی خودآیند و تحریک‌پذیری در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی.

مقتدر، ل. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند منفی در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر. مجله مطالعات علوم پزشکی. (۹(۲۷)، ۸۳۵-۸۲۵.

نادری، فائزه. (۱۳۹۵). کاربست تئوری انتخاب بر افکار خودآیند منفی، آسیب عمدی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به کلینیک‌های درمانی شهر اهواز، مجله دست‌ش‌آوردهای روان‌ناختی، (۲(۲۵): ۷۲-۵۵.

نامنی، ابراهیم، مذهب یوسفی، آزاده. (۱۳۹۸). اثربخشی تلفیق روشهای درمان پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر انعطاف پذیری شناختی و نگرش های ناکارآمد دختران نوجوان بی سرپرست. پژوهشهای روانشناسی بالینی و مشاوره، ۲۷-۵۹(۲).

وجدیان، م.ر.، عارفی، م.، و منشئی، غ. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش ذهن آگاهی نوجوانمحرور بر افسردگی و اضطراب دختران دارای شکست عاطفی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۶۳ (۱)، 51-61.

Foreign References

Allmann, A.E., Coyne, L.W., Michel, R., McGowan, R. (2020). Chapter 17 - Acceptance and commitment therapy-enhanced exposures for children and adolescents. *Exposure Therapy for Children with Anxiety and OCD*, 2020, 405-431.

Arpin-Cribbie, C.A., Cribbie, R.A. (2007). Psychological correlates of fatigue: Examining depression, perfectionism, and automatic negative thoughts. *Personality and Individual Differences*, 43(6), 1310-1320.

Barnhart, W.R., Braden, A.L., & Price, E. (2021). Emotion regulation difficulties interact with negative, not positive, emotional eating to strengthen relationships with disordered eating. *An exploratory study. Appetite*. 158, 105-110.

Bluett, E.J., Homan, K.J., Morrison, K.L., Levin, M.E., Twohig, M.P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6): 612-624.

Koerner, K. & Jacobson, N. J. (2019). Evaluation of the effectiveness of mindfulness-based therapy on the quality of sexual relations. *Current direction in psychological science*. 10 (4), 111-122.

Lack, S., Brown, R., Kinser, P. A., Kinser, P. A., & Faan, W. B. (2020). An Integrative Review of Yoga and Mindfulness-Based Approaches for Children and Adolescents with Asthma. *Journal of Pediatric Nursing*. 52, 76-81.

Lack, S., Brown, R., Kinser, P. A., Kinser, P. A., & Faan, W. B. (2020). An Integrative Review of Yoga and Mindfulness-Based Approaches for Children and Adolescents with Asthma. *Journal of Pediatric Nursing*. 52, 76-81.

Lance, M., McCracken, L., Sato, A., Taylor, G. (2013). A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results, *The Journal of Pain*, 14(11), 1398-1406.

Lau, R. & Mc Main, A. (2015). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 10, 125- 143.

Laumann, E. O., Gagnon, G. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (2016) *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.

Liu, G., Fang, L., Pan, Y., & Zhang, D. (2019). Media multitasking and adolescents' sleep quality: The role of emotional-behavioral problems and psychological sushi. *Children and Youth Services Review*. 100, 415-421.

Liu, G., Fang, L., Pan, Y., & Zhang, D. (2019). Media multitasking and adolescents' sleep quality: The role of emotional-behavioral problems and psychological sushi. *Children and Youth Services Review*. 100, 415-421.

Mamun, M.A., Hossain, S., Siddique, A.B., Sikder, T., Kuss, D.J., Griffiths, M.D. (2019). Problematic internet use in Bangladeshi students: The role of socio-demographic factors, depression, anxiety, and stress. *Asian Journal of Psychiatry*, 44, 48-54.

- Mamun, M.A., Hossain, S., Siddique, A.B., Sikder, T., Kuss, D.J., Griffiths, M.D. (2019). Problematic internet use in Bangladeshi students: The role of socio-demographic factors, depression, anxiety, and stress. *Asian Journal of Psychiatry*, 44, 48-54.
- Ong, C.W., Lee, E.B., Krafft, J., Terry, C.L., Barrett, T.S., Levin, M.E., Twohig, M.P.(2019). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Journal of ObsessiveCompulsive and Related Disorders*, 22: 1004-1009.
- Park, S., Kim, D. (2020). The Centrality of Depression and Anxiety Symptoms in Major Depressive Disorder Determined Using a Network Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 271, 19-26.
- Rufino, K. A., Ward-Ciesielski, E. F., Webb, C. A., & Nadorff, M. R. (2020). Emotion regulation difficulties are associated with nightmares and suicide attempts in an adult psychiatric inpatient sample. *Psychiatry Research*. 293, 113-117.
- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD.(2018) *Mindfulness-based therapy on the quality of sexual relations and marital conflict. A new approach to preventing relapse.* New York: Guilford Press.
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., & Bowman, J. (2015). Acceptance and commitment therapy for children: A systematic review of intervention studies, *Journal of Contextual Behavioral Science*, Author's Accepted Manuscript.
- Takahashi, T., Ishizu, .K., Matsubara, K., Ohtsuki, T., Shimoda, Y. (2020). Acceptance and commitment therapy as a school-based group intervention for adolescents: An open-label trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 71-79.
- Zhang, J., Hua, Y., Xiu, L., Oei, T., & Hu, P. (2020). Resting state frontal alpha asymmetry predicts emotion regulation difficulties in impulse control. *Personality and Individual Differences*. 159, 109-114.