

اثربخشی درمان هیجان مدار بر ارتقای تاب‌آوری و افکارخودآیند منفی نوجوانان

The effectiveness of emotion-focused therapy on promoting resilience and negative self-talk in adolescents

Mosleh shafiei

Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Sandaj Branch

Email: mosleh.shafie@gmail.com

Niusha karbasi

Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Sandaj Branch

Email: niushakarbasi@gmail.com

مصلح شفیعی*

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج.

نیوشا کرباسی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج.

Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of emotion-focused therapy on promoting resilience and modifying negative thought patterns in adolescents. The research method was a quasi-experimental pre-test-post-test type with a control group. The study population was female high school students in Sanandaj city in 1403-1404. The sample size was 30 people according to Cochran's formula using a non-probability purposive sampling method. The Connor and Division Resilience Questionnaire (2003) and the Negative Automatic Thoughts Questionnaire (Holon and Kendall, 1980) were used to collect data. Emotion-focused therapy sessions were conducted on the experimental group in 10 45-minute sessions. Descriptive and inferential statistics (one-way analysis of covariance and Kolmogorov-Smirnov test, Levine test, and regression slope homogeneity test) were used to analyze the data. The findings indicated that: the resilience of adolescents who received emotion-focused therapy was significantly higher than the resilience of students who did not receive emotion-focused therapy, and the negative automatic thoughts of students who received emotion-focused therapy were significantly lower than the negative automatic thoughts of students who did not receive emotion-focused therapy. Therefore, it can be concluded that emotion-focused therapy is effective in promoting resilience and negative self-thoughts in adolescents.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر ارتقای تاب‌آوری و افکارخودآیند منفی نوجوانان انجام گرفت. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه مورد مطالعه دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهرستان سنندج ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. حجم نمونه طبق فرمول کوکران ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی از نوع هدفمند انتخاب شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و پرسشنامه پرسشنامه افکار خودآیند منفی (هولون و کندال، ۱۹۸۰)، استفاده شد. جلسات درمان هیجان مدار در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای روی گروه آزمایش اجرا شد. جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس یک راهه و جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگوروف - اسمیرنوف، آزمون لوین و بررسی همگنی شیب رگرسیون)، استفاده شد. یافته‌ها حاکی از آن بود که: تاب‌آوری نوجوانانی که درمان هیجان مدار را دریافت کرده‌اند به طور معنی‌دار بالاتر از تاب‌آوری دانش‌آموزانی است که درمان هیجان‌مدار را دریافت نکرده‌اند، همچنین افکارخودآیند منفی دانش‌آموزانی که درمان هیجان مدار را دریافت کرده‌اند به طور معنی‌دار کمتر از افکارخودآیند منفی دانش‌آموزانی است که درمان هیجان‌مدار را دریافت نکرده‌اند. بنابراین نتیجه می‌شود که

Keywords: Emotion-focused therapy, resilience, افکارخودآیند منفی، نوجوانان موثر است. negative automatic thoughts, adolescents.

واژه‌های کلیدی: درمان هیجان‌مدار، تاب‌آوری، افکارخودآیند منفی، نوجوانان.

پذیرش: بهار ۱۴۰۴

دریافت: بهار ۱۴۰۴

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

دوره نوجوانی یکی از مهم‌ترین دوره‌های زندگی هر انسان است. به گونه‌ای که بیشترین تغییرات شخصیت در این دوره شکل می‌گیرد. همچنین یکی از رایج‌ترین مشکلات در این دوره، نداشتن تاب‌آوری و عدم شناخت کافی به مسائل است. زندگی در جهان امروز پر از استرس و چالش‌هایی است که افراد ناگزیرند برای مقابله با شرایط استرس و بحران‌ها از مهارت‌هایی استفاده کنند. یکی از این مهارت‌ها تاب‌آوری است (منوز و همکاران، ۲۰۲۰). افراد تاب‌آور از توان برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف برخوردارند. نسبت به خود دیدگاه مثبت دارند. به توانایی‌های فردی خود اطمینان و اعتماد دارند. مهارت‌های گفتگو، شجاعت، آمادگی برای گوش دادن به دیگران و احترام گذاشتن به احساسات و عقاید دیگران را دارند. نظم و ترتیب و ثبات و امنیت در زندگی فردی را نیز دارند. احساس توانمندی در رویارویی با مشکلات می‌کنند و با مشکلات به شیوه مسئله‌مدارانه رو به رو می‌شوند (محمدی و هکاران، ۱۳۹۵).

تاب‌آوری به عنوان فرآیندی پویا و محافظتی باعث می‌شود که افراد با موقعیت‌های تنش‌زا در زندگی به طور مناسب روبرو شوند. به بیان دیگر، تاب‌آوری منجر می‌شود که فرد خود را با جهان پیرامون سازگار نماید و با دیگران با آرامش و صفا زندگی کرده و در جامعه جایگاه

مناسب کسب نماید (ولکیر، ۲۰۲۰). تاب‌آوری از طریق افزایش ظرفیت، مشارکت، بهبودی و سازگاری با حداقل میزان آشفتگی و تواف با حفظ شایستگی منجر به سازگاری با تغییرات، به خصوص تغییرات رفتاری مرتبط با سلامت می‌گردد (گیوی و همکاران، ۲۰۲۳).

تاب‌آوری به عنوان یکی از ویژگی‌های شخصیتی و همچنین به منزله یکی از سازه‌های روانشناسی مثبت، نقش مهمی در رضایت از زندگی افراد بازی می‌کند (میری و همکاران، ۱۴۰۰). تاب‌آوری به فرآیند پویای انطباق و سازگاری مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار گفته می‌شود و شامل مهارت‌ها و خصوصیات و توانایی‌هایی است که فرد را قادر می‌کند با سختی‌ها، دشواری‌ها و چالش‌های زندگی سازگار باشد (بهرامی و همکاران، ۱۴۰۰).

تاب‌آوری نوعی مصون‌سازی در برابر مشکلات روانی و اجتماعی بوده و کارکرد مثبت زندگی را افزایش می‌دهد به عقیده کامفر^۱ تاب‌آوری بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر است و از این رو سازگاری موفق در زندگی را فراهم می‌کند. فرد تاب‌آور چاره ساز و انعطاف پذیر بوده و مطابق تغییرات محیطی خود را وفق داده و بعد از برطرف شدن عوامل فشار زا به سرعت به حالت بهبود باز می‌گردد. تاب‌آوری می‌تواند سلامت روان افراد را حفظ کرده و ارتقا دهد. تاب‌آوری به عنوان یک ویژگی شخصیتی است در علوم مرتبط با سلامت به عنوان یک توانایی برای مقابله با مشکلات زندگی تعریف می‌شود و همانند

¹ Resilience

² Menuz et al

³ Walker

⁴ Givi et al

⁵ kampfer

یک سپر در برابر رویدادهای منفی روزمره زندگی عمل خواهد کرد. یک مولفه مثبت روان‌شناختی بوده که بر توانایی‌های فردی به منظور مقابله با رویدادهای ناگوار زندگی تمرکز دارد. عوامل متعددی در افزایش تاب‌آوری نقش دارند که از آن جمله می‌توان به زمینه‌های ژنتیکی و محیط و آموزش اشاره کرد. به عبارتی دیگر، بر اساس نظریه کانر و دیویدسون^۱، تاب‌آوری به عنوان قدرت و توانایی فرد برای رویارویی مواجهه با مشق‌ها و سختی‌ها تعریف شده است. در واقع تاب‌آوری شرکت فعال و سازنده‌ی فرد در محیط است و می‌توان گفت که تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی در شرایط خطرناک است (ناصری و همکاران، ۱۳۹۹). تاب‌آوری از شاخصه‌های بهنجار موردتوجه روانشناسی مثبت‌نگر است که به محرک پویا و جاری انطباق مثبت با تجارب ناگوار و تلخ اطلاق می‌گردد (فومبوکیت، ۲۰۲۳).

در تاب‌آوری به عنوان مقاومت موفقیت‌آمیز فرد در برابر موقعیت‌های تهدیدآمیز و چالش‌انگیز تعریف می‌شود و افراد تاب‌آور، افرادی هستند که علیرغم مواجهه با استرس‌های مزمن و تنیدگی‌ها، از آثار نامطلوب آنها می‌کاهند. افراد تاب‌آور دارای رفتارهای خودشکنانه نیستند، از نظر عاطفی آرام هستند و توانایی مقابله با شرایط ناگوار و ناخوشایند را دارند همچنین در برخورد با بحران فرد، نیازمند به امیدواری می‌باشد. زیرا امیدواری یکی از جنبه‌های مهم رفتار است که نقش مهمی در زندگی انسان و در تحرک و پویایی او دارد.

افراد امیدوار همیشه عوامل و گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن هدف خود دارند و وقتی با بحرانی برخورد می‌کنند، انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاه‌های جانشین استفاده می‌کنند، اما افراد ناامید به دلیل این که، عامل یا گذرگاه‌های کمی دارند، در برخورد با بحران، به راحتی انگیزه خود را از دست می‌دهند و دچار هیجان‌های منفی می‌شوند. امید داشتن باور به نتیجه مثبت اتفاق‌ها یا شرایط، در زندگی است (لوتانز و همکاران، ۲۰۱۰). افراد امیدوار همواره نسبت به آینده زندگی خویش خوشبین هستند و بر این باور می‌باشند که می‌توانند به راحتی از عهده مسائل و مشکلات با تکیه بر دانش و آگاهی‌های خود ب‌آیند. بنابراین امیدواری سبب می‌شود، زمانی که فرد با بحران و مشکلی روبرو می‌شود، امید خود برای حل آن را بحران از دست نداده و با آرامش و اتکاء به توانمندی‌های خود، بهترین بازدهی و عملکرد را در زمان بحران داشته باشد و در نتیجه بحران به وجود آمده را مدیریت نماید.

افکار خود آیند منفی‌اشناخت‌هایی هستند که به‌عنوان نتیجه طرحواره‌های شناختی یا باورهای بنیادین، به طور خودکار در موقعیت خاصی فعال می‌شوند و پاسخ‌های هیجانی و رفتاری افراد را تحت الشعاع خود قرار می‌دهند. به طوریکه یک واکنش دردناک، کشنده و تنش‌زایی را موجب می‌شوند. ویژگی بارز افکار خودآیند منفی این است که به سرعت از ذهن عبور می‌کنند و قابلیت چالش یا کنترل آنها در همان لحظه وجود ندارد (بک، ۲۰۲۳). افکار خودآیند منفی در اثر رخداد‌های استرس‌زای زندگی به وجود می‌آیند و پیامدهای سوگیری پردازش اطلاعات شخصی محسوب می‌شوند و از شکست در پاسخ دادن به استرس‌های زندگی ناشی می‌شوند (استاتوس و همکاران، ۲۰۲۴)، تحقیقات نشان می‌دهند افکار خودآیند منفی عاملی مهم در ایجاد برخی از اختلالات روانپزشکی هستند (ون در گیسن، ۲۰۲۴). در مجموع، تفکر خودکار منفی می‌تواند به کاهش تاب‌آوری منجر شود، در حالی که ذهن آگاهی، نگرش مثبت و خودگویی‌های مثبت می‌توانند تاب‌آوری را افزایش دهند.

¹ Connor and Davidson

² Fombouchet

³ Luthans et al.

⁴ thoughts negative Spontaneous

⁵ Beck

⁶ Status et al

⁷ Van der Giessen

درمان هیجان‌مدار (EFT)، نیز یک رویکرد ساختاریافته کوتاه مدت به حساب می‌آید و مسئله اصلی آن این است که هیجان ماهیت زیستی دارد و بخش اساسی ساختار فرد به حساب می‌آید و عامل کلیدی برای سازماندهی خود محسوب می‌شود (جانسون، ۲۰۱۹). درواقع، اساسی‌ترین سطح کارکرد هیجان یک شکل انطباقی و سازگارانه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار وی جهت می‌دهد و موجب بهزیستی روانشناختی می‌شود (گلدنبرگ و گولدمن، ۲۰۱۹). فرایند درمان هیجان‌مدار مشتمل بر سه مرحله پیوستگی و آگاهی، فراخوانی و کشف، و بازسازی هیجانی در هشت گام عملی است. این سه مرحله با یکدیگر همپوشی دارند و در سرتاسر درمان به مراجع به‌عنوان فرد متخصص در مورد تجربه خود، و به درمانگر به عنوان راهنما و تسهیلگر برای اهداف مراجع، نگاه می‌شود (سالاری راد و همکاران، ۲۰۲۲). به نظر می‌رسد درمان هیجان‌مدار به لحاظ اینکه مستقیماً روی هیجانات اولیه متمرکز می‌شود، از توانایی لازم برای بهبود وضعیت روانشناختی افراد است (راتگیباشنیر و گرین، ۲۰۲۳). درمان هیجان محور با ایجاد تعاملات سازنده بین بیماران و شناسایی الگوهای دلبستگی ایمن باعث رضایت‌مندی و کاهش تحریف‌های شناختی در آنان می‌شود. این رویکرد بر تغییر رفتارهای دلبستگی به‌عنوان ابزاری برای بهبود روابط آشفته تمرکز می‌کند (غزنوی خضرابادی و نیکنام، ۱۳۹۸). درمانگران حوزه درمان هیجان‌مدار معتقدند که انسان‌ها عمیقاً به وسیله تجربیات هیجانی شکل می‌گیرند و سازمان می‌یابند و هیجان نیروی خلاق و سازمان دهنده در زندگی افراد است. تعدادی از روان‌درمانی‌ها به افراد کمک می‌کنند جلوی هیجان‌های خود را بگیرند و آنها را کنترل کنند، انگار که می‌خواهند با دشمن مبارزه کنند، در حالی که درمان هیجان‌مدار برای هیجان‌ها به عنوان کارکرد برجسته و تقویت کننده رشد انسان‌ها ارزش قائل است. در واقع این اواخر درمان فرآیندی تجربی نام ساده‌تر درمان هیجان‌مدار را کسب کرده است (واتسون و شربانی، ۲۰۲۱).

روش تحقیق

طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. همچنین از نظر هدف، کاربردی و از نظر زمان، مقطعی بود. جوامعه آماری پژوهش حاضر نوجوانان ۱۴ تا ۱۶ سال دختر از دانش آموزان مدارس شهر سمنان در سال ۱۴۰۳ بودند. حجم نمونه طبق فرمول کوکران ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی از نوع هدفمند انتخاب شد. سپس نوجوانان با توجه به ملاک‌های ورود انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه (آزمایش و یک گروه کنترل) (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه تحت تأثیر متغیر مستقل (درمان هیجان‌مدار) قرار گرفتند؛ و گروه دوم در لیست انتظار قرار می‌گیرند تا در صورت تمایل و پس از پایان مداخلات و همچنین به لحاظ رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای، تحت درمان قرار گرفتند. به منظور هم‌تاسازی بهتر، گروه‌ها هیچگونه تعاملی با یکدیگر نداشتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه تاب‌آوری (کانر-دیویدسون)، این پرسشنامه را کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کرده‌اند و دارای ۲۵ سوال بوده و هدف آن سنجش میزان تاب‌آوری در افراد مختلف است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت پنج درجه‌ای بوده و برای به دست آوردن امتیازات کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات با هم جمع می‌شود. این امتیازات دامنه‌ای از صفر تا ۱۰۰ خواهد داشت. هرچه نمرات افراد از ۵۰ بالاتر باشد، بیانگر تاب‌آوری بیشتر شرکت کنندگان است. تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط

¹ Emotion-focused therapy (EFT)

² Johnson SM

³ Greenberg LS, Goldman RN

⁴ Rathgeb-Schnierer E, Green M

⁵ Watson, J.C., Sharbanee, J.M

⁶ Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC)

ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی زیر مقیاس‌های این پرسشنامه است (نقوی و کمالی، ۱۴۰۲). کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۹ گزارش کردند. همچنین ضریب پایایی حاصل از بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. این مقیاس در سال ۱۳۸۴ توسط محمدی در ایران، ترجمه و اعتباریابی گردید؛ پس از انجام فرایند ترجمه و ترجمه برگردان مقیاس و تایید طراحی کنندگان مقیاس، به منظور احراز پایایی از محاسبه آلفای کرونباخ و ۰/۹۳ بدست آمد. برای تعیین روایی از روش تحلیل عاملی استفاده شد که نتایج آن، بیانگر تک عاملی بودن مقیاس بود. در مطالعه‌ای که امیرپور و همکاران (۱۳۹۳) به منظور بررسی همسانی درونی و تحلیل عاملی تاییدی مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون انجام دادند، نشان داده شد که مقدار آلفای کرونباخ و دو نیمه سازی اسپیرمن-بروون به ترتیب برابر با ۰/۹۶۶ و ۰/۶۵۶ بوده است.

پرسشنامه افکار خودآیند منفی^۱ (هولون و کندال^۲)، پرسشنامه افکار خودآیند منفی را با هدف سنجش افکار منفی شناور در ذهن افراد توسعه دادند. این پرسشنامه شامل ۳۰ سوال است و مشارکت کنندگان به هر سوال بر روی یک طیف پنج درجه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۵) پاسخ می‌دهند. در این آزمون، نمره بالا نشان دهنده فزون یافتگی افکار و شناختارهای منفی در افراد است. هولون و کندال (۱۹۸۰)، ضریب همسانی درونی نمره کلی پرسشنامه افکار خودآیند منفی را ۰/۹۷ گزارش کردند. در مطالعه کاویانی، جواهری و بحیرایی (۱۳۸۴)، نتایج مربوط به همبستگی بین نمرات پرسشنامه افکار خودآیند و افسردگی در مشارکت کنندگان، شواهدی در دفاع از روایی همگرایی پرسشنامه افکار خودآیند منفی فراهم کرد. همچنین، در مطالعه کاویانی و همکاران (۱۳۸۴)، نتایج مربوط به همبستگی بین نمرات مشارکت کنندگان در مراحل اول و دوم اجرای پرسشنامه افکار خودآیند منفی نشان داد که این ابزار از اعتبار قابل قبولی نیز برخوردار است. در مطالعه حاضر، ضریب همسانی درونی نمره کلی افکار خودآیند منفی، ۰/۹۵ به دست آمد.

برنامه آموزشی: در این پژوهش جلسات درمانی در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای دو بار بر روی گروه آزمایش از طریق جلسات درمان هیجان مدار اجرا شد که شرح آن به قرار ذیل است؛

جدول (۱)، خلاصه محتوای جلسات آموزشی درمان هیجان مدار

جلسه	عنوان جلسه	شرح جلسه
اول	هدف از برگزاری جلسه	جلسه آشنایی افراد باهم و هدف از برگزاری جلسات
دوم	بازگشودن مشکل مراجعان	تاگشایی مشکل مراجع و مشاهده سبک پردازش هیجانی او از طریق گوش دادن به مشکل کنونی و شناسایی تجربه هیجانی دردناک و برجسته مراجع
سوم	همراهی، مشاهده و کشف سبک پردازش هیجانی	همراهی، مشاهده و کشف سبک پردازش هیجانی مراجع و کوچینگ هیجانی از طریق مراحل شناسایی، آگاهی، پذیرش، تحمل و تنظیم هیجان
چهارم	تاگشایی هیجان اصلی	تاگشایی هیجان اصلی مراجع از طریق بازنمایی تجربه‌ای تروماهای مراجع مرتبط با دل‌بستگی با هویت
پنجم	کشف و شناسایی هیجانات اولیه، ثانویه و یا ابزاری	کشف و شناسایی هیجانات اولیه، ثانویه و یا ابزاری از طریق کار بر روی مار کرای خرد و وظیفه‌ای و استفاده از فنون کار با صندلی
ششم	تنظیم هیجانات اصلی زیربنایی	ادامه شناسایی، بازنمایی و تنظیم هیجانات اصلی زیربنایی، سازگار/ناسازگار و یا سالم / ناسالم
هفتم	شناسایی انسدادها و وقفه‌های دسترسی به هیجانات	شناسایی و کار بر روی وقفه‌ها یا انسدادهای دسترسی به هیجانات اولیه و ثانویه و تجربه

¹ Automatic Thought Questionnaire (ATQ)

² Hollon & Kendall

هشتم	شناسایی تصاویر ابژه‌ای از مشکل کنونی	ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ابژه‌ای از مشکل کنونی و مرتبط کردن آن با تصاویر خود، پدر، مادر و یا سایر ابژه‌های احتمالی
نهم	ادامه و کار با تصاویر باقیمانده	ادامه شناسایی و کار بر روی نشانگرهای نمودار شده و کار با تصاویر باقیمانده
دهم	ارزیابی و کاربرد	جمع بندی و ارائه خلاصه‌ای از کل جلسات

پس از به انجام رساندن مراتب اداری و شناسایی واحدهای نمونه گیری و جایگزینی واحدها در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل و توجیه مسئله، اهداف و روش انجام تحقیق برای مشارکت کنندگان نسبت به اجرای پیش آزمون اقدام خواهد شد و پس از اجرای مداخله آزمایشی (اجرای پروتکل درمان هیجان مدار هر کدام به مدت ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) نسبت به اجرای پس آزمون اقدام شد و پرسشنامه‌ها به صورت گروهی به اجرا در آمد. به مشارکت کنندگان توضیح داده شد که در هر مرحله‌ای از تحقیق در صورتی که تمایلی با ادامه همکاری نداشته باشند، می‌توانند از جریان مطالعه خارج شوند.

یافته‌ها:

تعداد ۳۰ نوجوانان ۱۴ تا ۱۶ سال دختر از دانش آموزان ساکن شهر سنندج در مطالعه حاضر مشارکت داشتند. جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد نمرات دو متغیر اصلی پژوهش حاضر یعنی تاب‌آوری و افکار خودآیند منفی در گروه‌های آزمایش و گواه را در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول (۲)، میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای تاب‌آوری و افکار خودآیند منفی نوجوانان

متغیر	گروه	تعداد	مرحله	
			پیش آزمون	پس آزمون
			میانگین	انحراف استاندارد
تاب‌آوری	آزمایش	۱۵	۵۹/۶۳	۶/۷۲۱
	گواه	۱۵	۵۸/۸۷	۶/۲۷۸
افکار خودآیند منفی	آزمایش	۱۵	۳۶/۴۰	۳/۴۲۳
	گواه	۱۵	۳۴/۴۷	۴/۰۱۵

همانطور که در جدول (۲)، ملاحظه می‌شود در خصوص متغیر تاب‌آوری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، شاهد افزایش بیشتر نمرات در پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون و در خصوص متغیر افکارخودآیند منفی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، شاهد کاهش بیشتر نمرات در پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون هستیم. در این پژوهش جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف، آزمون لوین و بررسی همگنی شیب رگرسیون استفاده شد. آماره Z حاصل از آزمون ناپارامتریک کلموگروف - اسمیرنوف برای متغیر افکارخودآیند منفی به ترتیب برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون معادل (۰/۸۵۸ و ۰/۱۱۶)، در مقایسه با مقادیر بحرانی برای سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار نیست و مقادیر مشاهده شده از مقادیر بحرانی کمتر است؛ بنابراین فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات تأیید می‌شود و توزیع نمرات در متغیر وابسته (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) برای گروه‌های آزمایش و گواه، طبیعی است. همچنین، آماره Z حاصل از آزمون ناپارامتریک کلموگروف - اسمیرنوف برای متغیر تاب‌آوری به ترتیب برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون معادل (۰/۱۰۷ و ۰/۱۲۳)، در مقایسه با مقادیر بحرانی برای سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار نیست و مقادیر مشاهده شده از مقادیر بحرانی کمتر است؛ بنابراین فرض

صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات تأیید می‌شود و توزیع نمرات در متغیر وابسته (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) برای گروه‌های آزمایش و گواه، طبیعی است. بنابراین با توجه به پذیرفته شدن فرض نرمال بودن توزیع نمرات، از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس به منظور بررسی تفاوت میان گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای مورد بررسی استفاده نماییم. از جمله دیگر پیش‌فرض‌های مهم در آزمون تحلیل کواریانس، همگنی واریانس‌های خطا است که با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار می‌گیرد. در پژوهش حاضر، با استفاده از آزمون لوین سطح معناداری به دست آمده برای هر دو متغیر افکارخودآیند منفی و تاب‌آوری بزرگتر از ۰/۰۵ بود، بنابراین همگنی واریانس‌های خطا برای هر دو متغیر تأیید می‌شود. همچنین در مورد متغیر افکارخودآیند منفی، نتایج همگونی شیب رگرسیون سطح معناداری به دست آمده بزرگتر از ۰/۰۵ است ($F=260$ و $P<0/05$) و برای متغیر تاب‌آوری نیز ($F=355$ و $P<0/05$) است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که پیش‌فرض همگونی شیب رگرسیون رعایت شده است. به منظور بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر افکارخودآیند منفی نوجوانان، از آزمون تحلیل کواریانس یک راهه استفاده شد. نتایج مربوط به اجرای این آزمون در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول (۳)، نتایج تحلیل کواریانس جهت مقایسه افکارخودآیند منفی در گروه هیجان‌مدار و گروه گواه

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۲۳۷/۲۳۰	۱	۲۳۷/۲۳۰	۱۱۰/۲۶۹	۰/۰۰۱	۰/۸۰۳
گروه	۳۱/۴۹۷	۱	۳۱/۴۹۷	۱۴/۶۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۵۲
خطا	۵۸/۰۸۷	۲۷	۲/۱۵۱	-	-	-
کل	۲۹۸/۱۳۹	۲۹	-	-	-	-

همانطور که نتایج آزمون تحلیل کواریانس در جدول ۳ (مقایسه نمرات افکارخودآیند منفی در گروه‌های درمان هیجان‌مدار و گواه)، در مرحله پس‌آزمون نشان داده شده است. مقدار F بدست آمده برابر با ۱۴/۶۴۰ است و در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد ($P<0/01$). بر این اساس و با توجه به پایین‌تر بودن میانگین نمرات گروه درمان هیجان‌مدار در پس‌آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که درمان هیجان‌مدار مؤثر بوده و موجب کاهش افکارخودآیند منفی نوجوانان شده است.

جدول (۴)، نتایج تحلیل کواریانس جهت مقایسه تاب‌آوری در گروه هیجان‌مدار و گروه گواه

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۷۶۳/۳۱۶	۱	۷۶۳/۳۱۶	۲۸/۸۵۶	۰/۰۰۱	۰/۵۱۴
گروه	۴۳۳/۶۱۷	۱	۴۳۳/۶۱۷	۱۶/۲۳۹	۰/۰۰۱	۰/۳۷۶
خطا	۷۲۰/۹۷۰	۲۷	۲۶/۷۰۳	-	-	-
کل	۱۹۹۲/۶۹۵	۲۹	-	-	-	-

همانطور که در جدول (۴)، ملاحظه می‌شود با مقایسه نمرات تاب‌آوری در گروه‌های درمان هیجان‌مدار و گواه در مرحله پس‌آزمون نشان می‌دهد مقدار F بدست آمده برابر با ۱۶/۲۳۹ است و در آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد ($P<0/01$). بر این اساس و با توجه به بالاتر بودن میانگین نمرات گروه درمان هیجان‌مدار در پس‌آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که درمان هیجان‌مدار تأثیرگذار بوده است و موجب بهبود تاب‌آوری نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر ارتقای تاب‌آوری و اصلاح الگوهای فکری منفی نوجوانان انجام گرفت. تاب‌آوری نوجوانان، از مهم‌ترین عوامل موثر در رشد روانی و اجتماعی آنهاست. تاب‌آوری به اشخاص کمک می‌کند که در مواجهه با چالش‌ها، استرس‌ها و ناملایمات زندگی با قدرت و انعطاف‌پذیری بیشتری عمل کنند. نوجوانان با تقویت این ویژگی می‌توانند با مشکلات اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی به خوبی کنار بیایند و از آنها برای رشد و یادگیری بیشتر بهره‌برداری کنند. تاب‌آوری نوجوانان برای سازگاری خوب در مواجهه با موقعیت‌های چالش برانگیز اعم از عوامل بیرونی یا کشمکش‌های درونی اشاره دارد.

بسیاری از افراد زمان زیادی را در ذهن خود سپری می‌کنند، نگران آینده، مرور رویدادهای گذشته و تمرکز بر بخش‌هایی از زندگی که موجب ناراضی‌های آنهاست. در حالی که افکار رایج، منفی هستند یا ناخواسته می‌توانند افراد را از لذت بردن از تجربیات باز دارند، حواس آنها را از تمرکز بر چیزهای مهم منحرف می‌کنند و انرژی آنها را تخلیه می‌کنند. این افکار می‌توانند نوجوانان را مضطرب و افسرده کنند. زیرا افکار، عواطف و رفتارهای آنها همگی به هم مرتبط هستند، بنابراین افکار نوجوانان بر احساس و رفتار آنها تاثیر می‌گذارند. پس اگرچه همه نوجوانان هر از گاهی افکار غیرمفیدی دارند، مهم است که بدانند وقتی افکار منفی ظاهر می‌شوند چه کاری انجام دهند تا آنها را مدیریت کنند. در این خصوص لازم است مهارت تغییر الگوهای فکری خود را بیاموزند. تاب‌آوری نوجوانان به طور ذاتی ایجاد نمی‌شود، بلکه از طریق آموزش مهارت‌ها و شیوه‌های مختلف توسعه می‌یابد. یکی از مولفه‌های کلیدی که در تاب‌آوری در نوجوانان می‌تواند درمان هیجان مدار و آموزش آن باشد.

طبق یافته‌های پژوهش مشخص شد که؛ در خصوص متغیر تاب‌آوری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، شاهد افزایش بیشتر نمرات در پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون و در خصوص متغیر افکارخودآیند منفی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، شاهد کاهش بیشتر نمرات در پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون هستیم. بنابراین نتیجه می‌گیریم با آموزش جلسات هیجان مدار بتوانیم افکارخودآیند منفی را مدیریت و کنترل کنیم و از سویی دیگر تاب‌آوری نوجوانان را ارتقاء دهیم. پیشنهاد می‌گردد؛ نسبت به آموزش درمان هیجان مدار اهتمام بیشتری شود و همچنین در مورد افزایش تاب‌آوری نوجوانان راهکارهای لازم جهت پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی ارائه و آموزش داده شود.

منابع

- (۱) بهرامی، لادن؛ محمدی شاه‌بلاغی، فرحناز؛ ره‌گویی، ابولفضل و بیگلریان، اکبر (۱۴۰۰)، پیش‌بینی راهبردهای مقابله‌ای بر اساس سلامت معنوی و تاب‌آوری در سالمندان شهر تهران. نشریه روان‌پرستاری، ۹ (۱): ۵۶-۶۵.
- (۲) غزنوی‌خضرابادی، فاطمه و نیکنام، ماندانا (۱۳۹۸)، بررسی اثربخشی درمانی زوج‌هیجان‌مدار بر سبک دلبستگی و رضایت‌مندی جنسی زوجین. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۲۶ (۲): ۲۱۳-۲۲۵.
- (۳) کاویانی حسین، جواهری فروزان، بحیرایی هادی (۱۳۸۴)، اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش افکارخودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۷ (۱)، ۴۹-۵۹.
- (۴) محمدی، الهام؛ کشاورزی ارشدی، فرناز؛ فرزاد، ولی‌اله؛ صالحی، مهدیه (۱۳۹۵)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان افسرده، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، دوره ۱۷، شماره ۲ (پیاپی ۶۴): ۲۶-۳۵.
- (۵) میری، میر نادر؛ همتی، عباس، و میکاییلی، نیلوفر. (۱۴۰۰)، فراتحلیل تحقیقات انجام شده پیرامون رابطه بین تاب‌آوری و رضایت از زندگی. فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۲۲ (۱): ۱۸۲-۱۹۲.

۶) ناصری، محنا، جعاری، داود، جدیدیان، احمدعلی، رابطه بین تاب‌آوری و امیدواری با مدیریت بحران در اعضای هلال احمر، کنگره بین‌المللی مطالعات رفتاری جامعه و سبک زندگی سالم، ۱۳۹۹.

- 7) Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2023). *Cognitive therapy of depression*. New York; Guildford.
- 8) Fombouchet, Y. (2023). The Development of Emotion Regulation in Adolescence: What Do We Know and Where to Go Next? *Social Development*, 32(4), 1227-1242. <https://doi.org/10.1111/sode.12684>.
- 9) Givi, F., Meschi, F., Zhian Bagheri, M., & Farhood, D. (2023). Structural equation modeling of pain management based on rumination mediating resiliency and vitality in women with breast cancer. *Journal of Applied Family Therapy*, 4(1), 447-465.
- 10) Greenberg LS, Goldman RN. Clinical handbook of emotion-focused therapy: American Psychological Association; 2019.
- 11) Hollon SD, Kendall PC. Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*. 1980; 4(4):383-395.
- 12) Johnson SM. Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families: Guilford Publications; 2019.
- 13) Munoz, R. T., Hanks, H., & Hellman, C. M. (2020). Hope and resilience as distinct contributors to psychological flourishing among childhood trauma survivors. *Traumatology*, 26(2), 177-184.
- 14) Rathgeb-Schnierer E, Green M. Profiles of Cognitive Flexibility in Arithmetic Reasoning: A CrossCountry Comparison of German and American Elementary Students. *Journal of Mathematics Education*. 2023;10(2):1-16.
- 15) Salarirad Z, Leilabadi L, Salehi M, Mujembari AK. Effectiveness of emotion-focused therapy on anxiety and quality of life in women with breast cancer. *Iranian Journal of Health Psychology*; Vol. 2022;5(3).
- 16) Staats, S., van der Valk, I. E., Meeus, W. H., & Branje, S. J. (2024). Longitudinal Transmission of Conflict Management Styles Across Inter-Parental and Adolescent Relationships. *Journal of Research on Adolescence*, 28(1), 169-185.
- 17) Van der Giessen, D., Branje, S., Keijsers, L., Van Lier, P. A., Koot, H. M., & Meeus, W. (2024). Emotional variability during mother-adolescent conflict interactions: Longitudinal links to adolescent disclosure and maternal control. *Journal of adolescence*, 37(1), 23-31.
- 18) Walker, B. (2020). Resilience: what it is and is not. *Ecology and Society*, 25(2).
- 19) Watson, J.C., Sharbanee, J.M. (2021). Emotion Focused Therapy – Case Conceptualization and Treatment: Adults. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, 145, 241-251.