

بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر باورهای منفی و اختلال پانیک در نوجوانان

Studying the effectiveness of coping strategies training on negative beliefs and panic disorder in adolescents

Niusha karbasi

Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Sandaj Branch

Email: niushakarbasi@gmail.com

Mosleh shafiei

Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Sandaj Branch

Email: mosleh.shafie@gmail.com

نیوشا کرباسی *

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج.

مصالح شفیعی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج.

Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of training in coping strategies with negative beliefs and panic disorder in adolescents. The statistical population was all adolescents with panic disorder in the city of Sanandaj. The research method was applied and quasi-experimental in terms of purpose, using a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of the study included all adolescents with panic disorder who had visited clinics in Sanandaj in 1403. 37 people were selected from three clinics using cluster sampling method, and 30 of them who were ready to cooperate were randomly assigned to two equal groups: experimental and control. The experimental group was trained in coping strategies for 10 sessions, and no intervention was performed on the control group during this period. The data collection tool was the Leibowitz Panic Disorder Symptoms Questionnaire. The data were analyzed through descriptive statistics (central tendency indices and dispersion indices) and inferential statistics (correlation) using SPSS software. The research findings showed that the relationship between coping strategies with negative beliefs and panic disorder in adolescents has a positive and significant correlation ($p < 0.01$). The results of the study revealed the importance of coping strategies

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ای با باورهای منفی و اختلال پانیک در نوجوانان انجام گرفت. جامعه آماری کلیه نوجوانان دارای اختلال پانیک در شهر سنندج بود. روش تحقیق از لحاظ هدف، کاربردی و نیمه آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه نوجوانان مبتلا به اختلال پانیک بود که به کلینیک‌های شهر سنندج در سال ۱۴۰۳ مراجعه کرده بودند، ۳۷ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از سه کلینیک، انتخاب و ۳۰ نفر از آنها که آماده همکاری بودند در دو گروه برابر آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایشی طی ۱۰ جلسه تحت آموزش راهبردهای مقابله‌ای قرار گرفت، و در این مدت بر گروه گواه مداخله‌ای انجام نگرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه نشانه‌های اختلال پانیک لیبویتز بود. داده‌ها از طریق آمار توصیفی (شاخص‌های گرایش به مرکز و شاخص‌های پراکندگی) و آمار استنباطی (همبستگی) و از طریق نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. یافته‌های پژوهش نشان داد رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای با باورهای منفی و اختلال پانیک در نوجوانان همبستگی مثبت و معناداری دارند ($p > 0.01$). نتایج پژوهش اهمیت راهبردهای مقابله‌ای با باورهای منفی را در کاهش علائم اختلال پانیک آشکار ساخت.

with negative beliefs in reducing panic disorder symptoms. واژه‌های کلیدی: راهبردهای مقابله‌ای، باورهای منفی، اختلال

پانیک، نوجوانان.

Keywords: Coping strategies, negative beliefs, panic disorder, adolescents.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت: بهار ۱۴۰۴

پذیرش: بهار ۱۴۰۴

مقدمه

مفهوم مقابله برای مدت طولانی است که در روانشناسی مطرح می‌باشد و شروع آن به صورت رسمی به دهه های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ بر می‌گردد. به طور کلی قبل از دهه ۸۰ و قبل از رواج اصطلاح مقابله، مفاهیمی چون سازگاری، ساز و کارهای سازگار شدن و تعادل یابی به گونه‌ای گسترده به کار می‌رفت. روانشناسان شخصیت، زیست شناسان تکاملی و زیست روانشناسان معتقدند انسان و سایر جانوران، در مواقع ضروری مانند بروز تعارضات درونی، به خطر افتادن زندگی و تحریک شدن نیازهای روانی جسمانی، در جستجوی تعادل و رفع تنش بر می‌آید. به عبارتی برای سازگاری تلاش می‌کنند. گسترده‌ترین موضوعات مطالعه شده در روانشناسی معاصر، شیوه‌های مقابله است، دسترسی و شیوه‌های مقابله با آن کانون بسیاری از تحقیقات در دو دهه گذشته است. هریک از ما ناچاریم که در برابر رخداد‌های زندگی واکنش نشان دهیم. پاسخی که هریک از ما به این رخدادها می‌دهیم، یک پاسخ مشخص و منحصر به فرد است.

برخورد با استرس در واقع تلاش و کوششی است که هریک از ما برای کاهش و یا تعدیل استرس انجام می‌دهیم. مفهوم مقابله برای اولین بار در سال ۱۹۹۶ توسط لازاروس معرفی شد. او معتقد بود که استرس شامل سه مرحله می‌شود ابتدا ارزیابی اولیه می‌باشد که مشاهده یک خطر است. مرحله دوم شامل ارزیابی ثانویه می‌شود که جستجوی یک پاسخ در ذهن است. مرحله سوم به کارگیری آن پاسخ یا عبارتی مقابله نظر می‌باشد. افراد برای مقابله با استرس از راهبردهای مقابله‌ای مختلفی استفاده می‌کنند. انتخاب راهبردهای مقابله‌ای مناسب در برابر فشارهای روانی می‌تواند از تاثیر فشارها بر سلامت روان کاسته و در نتیجه به سازگاری هرچه بیشتر فرد منجر شود.

فشارهای زندگی به تنهایی نمی‌توانند وضعیت سلامت روانی افراد را تبیین کند و لازم است متغیرهایی مانند مهارت‌های مقابله‌ای، شبکه حمایت اجتماعی و جنبه‌های شناختی مانند: سبک تفکر را نیز در نظر گرفت. در رابطه با راهبردهای مقابله‌ای، پژوهش‌های متعددی انجام گرفته است. در یک پژوهش داده شده که افراد اقدام کننده به خودکشی ارزیابی بالاتری از میزان فشار روانی ناشی از استرس‌های زندگی داشته‌اند و کمتر شیوه مقابله متمرکز بر حل مسئله را به کار برده‌اند.

از آنجایی که نیمی از اختلالات روانی در اواسط نوجوانی آغاز می‌شود (یاپ و همکاران، ۲۰۲۲). می‌توان گفت که رسیدگی به سلامت روان نوجوانان که یک سرمایه‌گذاری سودمند و پر فایده است باید مورد توجه روانشناسان و سایر افرادی که به نحوی با نوجوانان کار می‌کنند، قرار گیرد. یکی از مشکلاتی که نوجوانان در مدارس با آن درگیر هستند و هنوز به جرات می‌توان گفت که تدابیری به نحو شایسته برای آن سنجیده نشده است، طریقه پاسخگویی به مشکلاتی است که نوجوان هر لحظه با آن درگیر می‌باشد و می‌توان آن را راهبردهای مقابله‌ای نامید. راهبردهای مقابله‌ای اغلب به صورت تئوری و تجربی در نظر گرفته شده است: جستجوی حمایت اجتماعی (مانند حمایت عاطفی دیگران)، حل مسائل (شامل رویکردهای متمرکز بر مسئله)، اجتناب (از جمله تلاش برای از بین بردن استرس) حواس‌پرتی (از جمله طیف گسترده‌ای از فعالیت‌های لذت بخش جایگزین) و مقررات

عاطفی (از جمله تلاش برای تحریک احساسات برای بازگشت به حالت آرام لذت بخش و یا آرامش پایدار) تعریف می‌شود (زیمر-گمبک و اسکینر، ۲۰۱۱).

مرور مطالعات انجام شده در مورد اهمیت یادگیری راهبردهای مقابله‌ای نوجوانان نشان می‌دهد که چنانچه نوجوانان به راهبردهای مقابله‌ای کارآمد مجهز نباشند و توانایی کمی برای درک هیجان‌های خود و دیگران داشته باشند، در برخورد با فشارها و بحران‌های دوران نوجوانی، توان کمتری خواهند داشت و مشکلات رفتاری بیشتری را به صورت پرخاشگری، افسردگی و اضطراب نشان می‌دهند (کارکلا پانایوتو، ۲۰۱۱). که نوع مقابله دانش آموزان با مسائل و مشکلات و نیز شیوه‌ای که هیجان‌های خود را تنظیم می‌کنند، در بروز نشانه‌های اختلال هیجانی مرتبط با اضطراب نقش دارد و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در جهت کنار آمدن دانش آموزان با چالش‌های زندگی و افزایش عزت نفس و ایجاد باورهای خودکارآمدی در آنها موثر است (محمود علیلو؛ خانجانی و بیات، ۱۳۹۵).

اندلر و پارکر، افراد را برحسب سه نوع اساسی راهبردهای مقابله‌ای مجزا می‌سازند: راهبردهای مقابله‌ای مسئله محور، هیجان مدار و اجتنابی. راهبردهای مسئله محور، راهبردهایی را در بر می‌گیرد که در آنها فرد به جستجوی اطلاعات بیشتر درباره مسئله، تغییر ساختار مسئله از نظر شناختی، محاسبات و اولویت دادن به حل مسئله می‌پردازد. راهبردهای هیجان محور، فرد به جای حل مسئله خود تلاش می‌کند احساسات ناخوشایند خویش را کاهش دهد و شامل عصبی و ناراحت شدن، گریه کردن، جویی عیب و اشتغال ذهنی است. راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی، رفتارهایی را شامل می‌شود که بیشتر از نوع اجتناب و فرار از موقعیت پراسترس است (سعادت، اصغری و جزایری، ۱۳۹۴).

کوکوادای (۲۰۱۲) معتقد است که چنانچه نوجوانان به راهبردهای مقابله‌ای مجهز نباشند و توانایی کمی برای درک هیجان‌های خود و دیگران داشته باشند در برخورد با فشارها و بحران‌های دوره نوجوانی توان کمتری خواهند داشت و مشکلات رفتاری بیشتری را به صورت پرخاشگری و اضطراب و افسردگی نشان خواهند داد. راهبردهایی که فرد برای مقابله بر می‌گزیند بخشی از نیمرخ آسیب پذیری وی به شمار می‌روند. به کار بردن راهبردهای نامناسب در رویارویی با عوامل فشار زا می‌تواند موجب افزایش مشکلات گردد، در حالی که به کار بردن راهبدهای مناسب می‌تواند پیامدهای سودمندی در پی داشته باشد.

لازم است که افراد از راهبردهای مقابله‌ای مسالمدار استفاده کنند زیرا افراد زمانی که از راهبرد احساسی در مواجهه با مشکلات استفاده می‌کنند، پرخاشگری بیشتری از خود در تهاجم، خشم و کینه‌توزی نشان می‌دهند. اما دو راهبرد دیگر (عقلانی و اجتنابی) برای این ابعاد معکوس می‌باشند، زیرا افرادی که راهبرد اجتنابی از خود نشان می‌دهند، دلیلی برای پرخاشگری نمی‌بینند، بلکه آنها از این رفتار به این خاطر کناره می‌گیرند که قدرت رویارویی با آن را ندارند در حالی که برای بعد عقلانیت افراد سعی دارند با موانع مقابله کنند. آن هم نه از طریق خشونت و پرخاشگری، بلکه با منطقی، عقلانی و صحیح. (لهسای زاده و مرادی، ۱۳۸۹).

یکی از راهکارهای موثر برای مقابله با افکار منفی، توجه به راهبردهای مقابله‌ای است. هنگامی که افکار منفی بروز می‌کنند، مهم است که فرد به تشخیص و شناسایی الگوهای منفی فکری خود بپردازد و سپس آنها را با افکار مثبت و سازنده تعویض کند. این می‌تواند از طریق تمرین مداوم و توجه به افکار مثبت و امیدوار کننده صورت گیرد. باور، مجموعه‌ای از ایده‌ها، اعتقادات و تصورات ذهنی است که فرد درباره خود، دیگران و دنیای اطرافش دارد. این اعتقادات به عنوان چارچوبی ذهنی عمل می‌کنند که افکار، تصمیمات و رفتارهای ما را هدایت می‌کنند. باورها می‌توانند آگاهانه یا ناخودآگاه باشند و از تجربیات زندگی، محیط، آموزش، و تأثیرات فرهنگی و اجتماعی شکل بگیرند. برای مثال، باور به توانایی موفقیت می‌تواند فرد را به تلاش بیشتر و

^۱Zimmer-Gembeck, M. J. & Skinner, E. A.

^۲Karekla, M., & Panayiotou, G.

^۳Meuret AE et al

دستیابی به اهدافش ترغیب کند، در حالی که باورهای محدودکننده می‌توانند مانعی برای پیشرفت باشند. افکار منفی، بخشی از زندگی هر فرد است که ممکن است بر اثر فشارها و استرس‌های روزمره بروز کند. این افکار می‌توانند احساسات منفی، استرس، و اضطراب را در فرد تقویت کرده و کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهند. باورهای منفی نوعی نگرش ذهنی هستند که فرد در درون خود نسبت به توانایی‌ها، شرایط یا دنیای اطرافش می‌سازد. این باورها باعث می‌شوند فرد در مواجهه با چالش‌ها، فرصت‌ها یا حتی موقعیت‌های ساده، احساس کمبود، ناتوانی یا محدودیت کند. این باورها معمولاً به صورت ناخودآگاه در ذهن شکل می‌گیرند و تأثیرات عمیقی بر رفتار، تصمیم‌گیری‌ها و احساسات فرد دارند. انواع باورهای منفی و محدودکننده به شرح زیر هستند:

باور به ناتوانی در تغییر: «من همیشه اینطور بوده‌ام و هیچ‌وقت نمی‌توانم تغییر کنم». فرد ممکن است باور کند که تغییرات اساسی در زندگی یا شخصیتش امکان‌پذیر نیست. این نوع باور می‌تواند باعث شود که فرد هیچ تلاشی برای بهبود شرایط خود نکند.

باور به عدم لیاقت یا شایستگی: فرد ممکن است احساس کند که لیاقت موفقیت یا خوشبختی را ندارد و به همین دلیل از دستیابی به اهدافش می‌ترسد.

باور به محدودیت‌های محیطی: این باورها مربوط به موانع خارجی هستند که فرد معتقد است نمی‌تواند بر آن‌ها غلبه کند. مثلاً من در چنین شرایط اقتصادی نمی‌توانم به اهدافم برسم.

باور به نقص در توانایی‌ها یا استعدادها: فرد ممکن است باور کند که استعداد کافی برای انجام یک کار یا رسیدن به هدف خاصی را ندارد.

ترس از شکست یا انتقاد: فرد به دلیل ترس از شکست یا قضاوت دیگران از تلاش برای تغییر یا رشد خودداری می‌کند (روی و فتنیس، ۲۰۱۸).

تسلیم شدن در برابر باورهای منفی می‌تواند آثار و پیامدهای منفی زیادی در جنبه‌های مختلف زندگی فرد به همراه داشته باشد. این باورها که در حقیقت تفکرات منفی و محدودکننده‌ای هستند که به طور ناخودآگاه در ذهن فرد شکل می‌گیرند، می‌توانند به تدریج به یک سد روانی برای رشد شخصی و دستیابی به اهداف تبدیل شوند.

خطاهای شناختی، یا سوگیری شناختی، اشاره به افکار تحریف شده و الگوهای فکری و شناختی غلط و اغراق آمیز در فرد دارد که با واقعیت منطبق نیست و باعث بروز مشکلاتی در طول زندگی و شرایط مختلف، می‌شود. خطاهای شناختی در روانشناسی، تحریف‌های شناختی و فکری افراد هستند که آن‌ها را نسبت به رویدادها و اتفاقات پیش آمده دچار افکار منفی می‌کنند. تحریف‌های شناختی الگوهای فکری غیرمنطقی هستند که با تفکر و احساسات منفی اغراق آمیز مشخص می‌شوند (شین، ۲۰۱۸). این شرایط می‌تواند زمینه را برای ابتلا به برخی اختلالات روانی، مانند اختلال پانیک فراهم کند.

اختلال پانیک یکی از انواع مهم اختلالات اضطرابی می‌باشد. اختلالات اضطرابی به انواعی از اختلالات روانشناختی گفته می‌شود که ویژگی اصلی آنها تجربه‌ی حالت اضطراب به صورت شدید و مداوم است. حالت اضطراب نوعی حالت هیجانی شایع می‌باشد و با علائم فیزیولوژیک و روانشناختی زیادی مانند بالا رفتن میزان ضربان قلب، افزایش میزان آهنگ تنفس و احساس ناراحتی همراه می‌باشد. مهمترین اختلالات اضطرابی شامل اختلال اضطراب منتشر، اختلال فوبیا، اختلال پانیک می‌باشند (احمدی پور، ۱۴۰۱).

^۴Rowe, A. D., & Fitness, J

^۵Shen, C. X

^۶panic disorder

نوعی هجوم ناگهانی حس ترس باعث بروز برخی علائم جسمی و روانی می‌شود که این عارضه اختلال پانیک نام دارد. در هنگام بروز حملات پانیک فرد علائم استرس و اضطراب را در وجود خودش احساس می‌کند. احساس تپش قلب شدید، تنگی نفس، سبکی سر و احساس گرما و سرمای شدید در بدن از علائم بیماری پانیک هستند (کلاریک و همکاران،^۴ ۲۰۲۴). طبق ویرایش پنجم دستورالعمل تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، منظور از حمله پانیک افزایش ناگهانی ترس یا ناراحتی شدید است که در عرض چند دقیقه به اوج خود می‌رسد. بسیاری از افراد در طول زندگی خود فقط یک یا دو بار این مسئله را تجربه می‌کنند و مشکل برطرف می‌شود (سید محمدی، ۱۴۰۲).

حمله پانیک یک حمله غیرمنتظره و منحصر به فرد از اضطراب شدید با چنان فعال شدن ناگهانی و شدید سیستم های بدن از جمله قلب است که فرد معمولاً احساس می‌کند که در شرف مرگ است. احساس خطر با احساس تهدید از درون ترکیب می‌شود. اغلب احساس عدم فرار وجود دارد. حملات پانیک بسیار ناخوشایند و ناراحت کننده هستند. در نتیجه، آن‌ها می‌توانند، و اغلب هم چنین می‌کنند، باعث ترس از حمله دیگری شوند (سید محمدی، ۱۴۰۲).

اختلال پانیک زمانی ایجاد می‌شود که افرادی که در معرض حملات پانیک هستند رفتار خود را تغییر می‌دهند تا از احتمال ابتلا به دیگری جلوگیری کنند. در حدود ۳۰ درصد از موارد، مردم به شدت زندگی خود را کاهش می‌دهند و برای دوری از فضاهای شلوغ یا بسته یا مکان‌های عمومی شلوغ مانند کنسرت، آسانسور، سفر با هواپیما، تلاش زیادی می‌کنند. این پیشرفت به عنوان آگورافوبیا شناخته می‌شود (خواجوی، ۱۴۰۰).

اختلال پانیک ناشی از حملات مکرر و ناگهانی ترس و اضطراب است که در عرض چند دقیقه به اوج خود می‌رسد (مورت و همکاران،^۹ ۲۰۱۸). این اختلال یک اختلال منحصر به فرد در میان اختلالات اضطرابی است که علائم و نشانه‌های آن در مرحله اول دارای ماهیتی فیزیکی است (کنگ و همکاران،^{۱۵} ۲۰۱۵). این بیماران حساسیت شدیدی نسبت به وقایع و رویدادهای غیر قابل پیش‌بینی دارند (هالد-پوچاردت و همکاران،^{۱۱} ۲۰۱۸). علائم اختلال پانیک تقریباً به یکی از سه سیستم، شامل سیستم عصبی خودمختار (تپش قلب، عرق کردن)، سیستم تنفسی (تنگی نفس، تنگی قفسه سینه) و سیستم شناختی (شخصی‌سازی، ترس از دست دادن کنترل، ترس از مرگ) تقسیم می‌شود (خالصه و همکاران،^{۱۲} ۲۰۱۶). این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلال‌ها در سیستم سلامت است (سودک و همکاران،^{۱۳} ۲۰۱۷). تقریباً ۱ الی ۲ درصد مردم از اختلال پانیک رنج می‌برند و شیوع آن در سال‌های اخیر رو به افزایش بوده و هزینه‌ی مراقبت‌های بهداشتی این اختلال به تدریج رو به افزایش است (کارتا و همکاران،^{۱۴} ۲۰۱۵). میزان شیوع این اختلال در میان زنان ۱ الی ۸ درصد گزارش شده است (بارلو، ۲۰۱۴). با توجه به اینکه در اختلال پانیک فرد به ناگهان و بی‌دلیل دچار مجموعه نشانه‌های آزاردهنده (تنگی نفس، تپش قلب، حالت تهوع، درد سینه، احساس خفگی، سرگیجه، تعریق، رعشه، بیم شدید، وحشت و احساس مرگ قریب الوقوع) می‌شود، دارای مخاطرات فراوانی است. و از آنجایی که درمان و پیشگیری از آنها بدون دانش عوامل سبب‌ساز ممکن نخواهد بود. شناخت دلایلی که موجب پیدایش و انسجام این اختلالات می‌شود امری ضروری است.

در زیر به انواع حملات پانیک اشاره می‌کنیم؛

^۴Klaric, M., et al

^۹Kong., He Y et al

^{۱۱}Hald-Poschardt D et al

^{۱۲}Khalsa SS

^{۱۳}Sawchuk C et al

^{۱۴}Carta MG et al

^{۱۵}Barloo DH

الف). اختلال هراس خاص^{۱۵}

فوبیا یا احساس ترس شدید ناشی از موضوعی خاص یکی از انواع اختلال هراس یا پانیک است. فردی که به این نوع حمله عصبی دچار می‌شود، فکر می‌کند که با مواجه شدن با موضوعی که نسبت به آن فوبیا یا احساس ترس شدید دارد، اتفاقات بسیار بد و وحشتناکی رخ خواهد داد، به همین دلیل دچار پانیک می‌شود. انواع اختلال هراس خاص یا فوبیا متنوع هستند. به عنوان مثال تعداد زیادی از افراد نسبت به عنکبوت، ارتفاع، مار، خون، هواپیما، رعدوبرق، رانندگی و غیره فوبیا دارند (خواجوی، ۱۴۰۰).

۲). اختلال هراس اجتماعی^{۱۶}

نوع دیگری از حملات پانیک، اختلال اضطراب اجتماعی نام دارد. افراد مبتلا به این نوع پانیک از حضور در فعالیت‌های اجتماعی و شرکت در جمع دوستان و غریبه‌ها دچار حملات عصبی می‌شوند و استرس و اضطراب شدید می‌گیرند. این نوع حمله یا هراس را می‌توان به احساس خجالت شدید نیز تشبیه کرد. این حس مانع از برقراری ارتباط با افراد دیگر می‌شود. افرادی که دچار اختلال هراس اجتماعی هستند، برای فرار از این حالت و جلوگیری از بروز ترس شدید و نگرانی ترجیح می‌دهند که در اجتماع حضور نداشته باشند و از گفتگو با دیگران فاصله بگیرند (خواجوی، ۱۴۰۰).

۳). هراس از مکان‌های شلوغ یا آگورافوبیا^{۱۷}

نوع دیگری از حمله پانیک یا هراس نیز وجود دارد که با نام آگورافوبیا یا هراس از مکان‌های شلوغ شناخته می‌شود. این هراس را با نام‌های دیگری مانند اختلال گذر هراسی و برون هراسی نیز می‌شناسند. افرادی که دچار این هراس هستند با حضور در فضاهای باز و مکان‌های شلوغ و ناآشنا دچار استرس و ترس بسیار شدید می‌شوند؛ به همین دلیل همیشه سعی می‌کنند که از حضور در چنین جاهایی اجتناب کنند و از خانه یا محل کار خود بیرون نروند.

در حالی که بسیاری از علائم فیزیکی حمله پانیک بعد از حدود ۲۰ دقیقه کاهش می‌یابند، برخی از آن‌ها ممکن است برای مدت طولانی‌تری ادامه یابند. افراد مبتلا ممکن است همچنان احساس ترس و اضطراب کنند یا درد در ناحیه سینه و معده خود تجربه کنند. اگر اختلال پانیک درمان نشود، می‌تواند منجر به افسردگی، مشکلات سوء مصرف مواد و سایر اختلالات روانی گردد.

علاوه بر روش‌های درمان دارویی روش‌های خودمراقبتی هم وجود دارد که انجام آنها می‌تواند به کاهش علائم اختلال پانیک کمک کند. این راهکارها عبارت‌اند از:

- عدم مصرف سیگار، الکل و کافئین
- انجام مدیتیشن و تکنیک‌های آرام‌بخش
- ورزش منظم
- خواب کافی
- کسب اطلاعات درباره حملات پانیک (خواجوی، ۱۴۰۰).

با توجه به این حقیقت که بیماران مبتلا به اختلال پانیک در معرض تهدید باورهای منفی و علائم پانیک قرار دارند، و از آنجا که کاهش مشکلات این بیماران در حوزه‌های روانشناختی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و بهداشت روان آنها منجر گردد و از آنجا که در ایران تاکنونی تحقیقی در خصوص اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر روی متغیرهای مربوطه در بیماران

^{۱۵}Specific phobias

^{۱۶}Social Anxiety Disorder

^{۱۷}Agoraphobia

مبتلا به اختلال پانیک کار نشده است، بر همین اساس هدف از پژوهش حاضر پاسخ گویی به این سؤال اساسی است که آیا آموزش راهبردهای مقابله‌ای می‌تواند موجب حذف باورهای منفی و علائم پانیک در نوجوانان مبتلا به اختلال پانیک شود؟

روش تحقیق: طرح این پژوهش به لحاظ روش از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل، و به لحاظ هدف کاربردی است. جامعه پژوهش شامل تمامی نوجوانان مبتلا به اختلال پانیک بود که به کلینیک‌های شهر سنندج در سال ۱۴۰۳ مراجعه کرده بودند. با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای و انتخاب سه کلینیک مشاوره از کل کلینیک‌های سطح شهر سنندج، ۳۷ نفر شناسایی و از این تعداد ۳۰ نفر از نوجوانان با اطلاع والدین، و حفظ محرمانه بودن اطلاعات شرکت کنندگان، آماده همکاری با محقق شدند و پس از تشریح اهمیت و اهداف پژوهش به صورت تصادفی در دو گروه تعداد ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و تعداد ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند.

این نوجوانان در ابتدا طبق معیارهای تشخیصی DSM-5 و مصاحبه‌های بالینی ارزیابی و بعد از آن، جهت استفاده از خدمات و درمان مشاوره با رویکرد راهبردهای مقابله‌ای مورد آزمایش و اثربخشی درمان قرار گرفتند. همه آزمودنی‌ها بعد از دریافت توضیحات لازم در خصوص فرآیند درمان و ارائه رضایت کتبی در مطالعه شرکت کردند. تشخیص اختلال پانیک، عدم دریافت درمان‌های دارویی در خلال جلسات آموزشی، داشتن سواد، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی دیگر در طول انجام آزمایش رعایت گردید.

الف) پرسشنامه نشانه‌های اختلال پانیک لیبویتز^۱ این پرسشنامه توسط لیبویتز و همکاران در سال ۱۹۸۴ تدوین شده است. این پرسشنامه، ۲۱ آیتم دارد که آزمودنی با یک مقیاس چهار درجه‌ای (هرگز، کمی، متوسط و شدید) به این آیتم پاسخ می‌دهد. این آزمون ویژگی‌ها و میزان شدت اختلال پانیک را مورد سنجش قرار می‌دهد و در مراکز و کلینیک‌های بالینی کاربرد بیشتری دارد. اعتبار و پایایی این آزمون در تحقیقات بالینی و غیر بالینی رضایت بخش گزارش شده است (بندورا و همکاران^۲؛ ۲۰۰۱). در این پژوهش پایایی مقیاس مذکور با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶. به دست آمد.

ب) پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای موس و بیلینگز^۳ (۱۹۸۱)، که مشتمل بر ۱۹ سؤال و از حیثه‌های مقابله شناختی با ۶ سؤال، مقابله رفتاری فعال با ۶ سؤال و مقابله اجتنابی با ۷ سؤال تشکیل شده است. از نمونه‌ها درخواست شد به سؤالات مذکور با استفاده از مقیاس لیکرتی چهار گزینه‌ای (همیشه، اغلب، گاهی، هیچوقت) پاسخ دهند. به هر سؤال بر اساس گزینه‌ای که از سوی نمونه‌ها انتخاب شد، نمرهای بین صفر تا ۳ تعلق گرفت. در مجموع، دامنه نمرات نمونه‌ها بین صفر تا ۵۷ بود. خصوصیات روانسنجی پرسشنامه مذکور در مطالعه صفاری و همکاران تأیید شده است.

روند اجرای پژوهش:

جلسات درمانی به صورت گروهی بر اساس یک طرح از پیش تعیین شده به مدت ۱۰ هفته بر روی شرکت کنندگان گروه آزمایش اجرا شد، این در حالی بود که شرکت کنندگان گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. برای اقناع گروه کنترل به آنها تعهد کتبی داده شد که بعد از دوره‌های آموزشی تنظیم هیجان برای گروه آزمایش و تکمیل پرسشنامه‌ها در مرحله پس‌آزمون توسط گروه کنترل و آزمایش خدمات روانشناختی و مداخلات درمانی به صورت کاملاً رایگان برای آنها نیز ارائه خواهد شد. پس از اتمام جلسات درمان، شرکت کنندگان هر دو گروه برای به دست آوردن نمره‌های پس‌آزمون توسط پرسشنامه مذکور، مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این پژوهش آموزش راهبردهای مقابله‌ای، طی ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای روی گروه دریافت کننده آموزش مهارت راهبردهای مقابله‌ای انجام و در هر جلسه تکالیف جلسه قبل بررسی شد.

^۱Liebowitz Panic Inventory

^۲Bandelow B et al

^۳Moss and Billings Coping Strategies Questionnaire

جدول (۱)، خلاصه محتوای جلسات آموزشی راهبردهای مقابله‌ای

جلسه	عنوان جلسه	شرح جلسه
اول	هدف از برگزاری جلسه	جلسه آشنایی افراد باهم و هدف از برگزاری جلسات
دوم	تعریف اختلال پانیک	بیان مقدمه و آشنایی با تعریف اختلال پانیک و ماهیت آن
سوم	تفاوت های فردی	آشنایی با تفاوت‌های فردی در مقابله با اختلال پانیک
چهارم	تأثیرات اختلال پانیک	آشنایی با علائم اختلال پانیک و تأثیرات آن بر انسان
پنجم	باورهای منفی	تعریف باورهای منفی و تأثیر آن در ذهن و جسم انسان
ششم	راهبردهای مقابله	آشنایی با مفهوم راهبردهای مقابله‌ای و تفکیک سه روش مقابله (عملی، هیجانی، اجتنابی).
هفتم	تنظیم هیجان	آموزش سه راهبرد بیان احساس، استفاده از فعالیت‌های جسمانی و تن آرامی
هشتم	خودگویی مثبت و شناخت	آموزش دو راهبرد خود گویی مثبت و بازسازی شناختی
نهم	رفتاری	آشنایی با بررسی راهبردهای رفتاری
دهم	ارزیابی و کاربرد	جمع بندی و ارائه خلاصه‌ای از کل جلسات

یافته‌ها:

برای تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ بشرح زیر استفاده شده است؛ در این تحقیق برای تحلیل داده‌های بدست آمده از سوال‌های جمعیت شناختی پرسشنامه از تحلیل آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد و نمودارهای لازم استفاده شده است. در این پژوهش، قبل از اینکه به بررسی فرضیه تحقیق پرداخته شود نرمال بودن متغیرها را با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف بررسی شد. به منظور بررسی اینکه آیا میانگین اختلال پانیک بر اساس نمرات پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل با در نظر گرفتن متغیر پیش آزمون به عنوان کواریته تفاوت معنی داری دارد یا خیر از تحلیل کوواریانس استفاده می‌کنیم. لذا قبل از هر چیز فرض همگنی شیب‌ها را بررسی می‌کنیم. زمانی مجاز به استفاده از این آزمون می‌باشیم که اثر متقابل عامل و پیش آزمون معنی دار نباشد. به عبارتی فرض همگنی شیب‌ها را بپذیریم.

جدول (۲): آزمون فرض همگنی شیب‌ها جهت متغیر وابسته باورهای منفی و اختلال پانیک

Sig	F	میانگین توان دوم خطا	درجه آزادی	مجذور توان دوم خطا	منابع تغییر
۰/۴۱۸	۰/۶۷۲	۶/۲۱۹	۱	۶/۲۱۹	اثر اصلی گروه
۰/۱۳۱	۲/۴۰۸	۲۲/۲۷۲	۱	۲۲/۲۷۲	اثر اصلی پیش آزمون
۰/۶۴۵	۰/۲۱۶	۱/۹۹۸	۱	۱/۹۹۸	اثر متقابل گروه و پیش آزمون
		۹/۲۴۹	۳۲	۲۹۵/۹۵۵	خطا
			۳۵	۳۴۸/۸۸۹	کل

با توجه به جدول (۲) ملاحظه می شود که آزمون همگنی شیب ها بیانگر آن است که $F=0/216$ و $sig=0/645 > 0/05$ می باشد بنابراین فرض همگنی شیب ها را می پذیریم و مجاز به استفاده از تحلیل کواریانس می باشیم.

جدول (۳): آزمون فرض همگنی واریانس ها برای متغیر وابسته باورهای منفی و اختلال پانیک

F	DF1	DF2	sig
.259	۱	۳۴	0/614

جدول (۳) نشان می دهد که $sig=0/645 > 0/05$ و $F(1/34)=0/259$ می باشد. لذا فرض همگنی واریانس ها برای متغیر اختلال پانیک را می پذیریم.

جدول (۴): آمارهای توصیفی نمرات پس از آزمون اختلال پانیک

گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
آزمایش	۵/۷۲	۳/۴۲۷	۱۵
کنترل	۷/۱۷	۲/۲۷۷	۱۵
کل	۳/۱۵۷	۳/۱۵۷	۳۰

با توجه به جدول (۴) ملاحظه می شود که میانگین نمرات پس از آزمون اختلال پانیک در گروه آزمایش ۵/۷۲ و در گروه کنترل ۷/۱۷ می باشد که به نظر می رسد راهبردهای مقابله ای در کاهش علائم اختلال پانیک نوجوان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

حمله پانیک به دلایلی همچون عوامل بیولوژیکی، عوامل روانی، عوامل شناختی و... رخ می دهد. علائم این بیماری نیز شامل علائم روانی، شناختی، فیزیکی و رفتاری هستند. برای درمان پانیک از دارو و روان درمانی استفاده می شود. از سویی دیگر استفاده از روش هایی همچون راهبردهای مقابله ای، استراتژی هایی است که مردم اغلب در مواجهه با استرس و یا ضربه روحی برای کمک به مدیریت احساسات دردناک یا دشوار استفاده می کنند. مکانیسم های مقابله ای به افراد کمک می کند تا با حوادث استرس زا سازگار بشوند. در عین حال به آن ها کمک می کند تا از سلامت عاطفی خود برخوردار شوند. استفاده از این تکنیک می تواند در کاهش استرس و مدت زمان احساسات منفی مانند اضطراب، خشم و غم کمک می کند و با مدیریت بهتر احساسات، فرد می تواند تمرکز و عملکرد خود را در زمینه های مختلف زندگی بهبود بخشد. همچنین با تقویت روابط، برخورد آرام و کنترل شده با موقعیت های چالش برانگیز می تواند به حفظ و تقویت روابط بین فردی کمک کند و در نهایت با کاهش استرس و بهبود کیفیت زندگی، فرد می تواند رضایت بیشتری از زندگی خود داشته باشد. نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که درصد قابل توجهی از نوجوانان دارای نشانه هایی از اختلال پانیک و دارای باورهای منفی هستند که نیاز به خدمات حمایتی مشاوره ای و روان شناسی دارند، بنابراین پیشنهاد می گردد مسئولین مرتبط با این مسئله و خانواده ها با انجام برنامه ریزی دقیق و جامع اقدام به تأمین سلامت روان نوجوانان بنمایند. با توجه به نقش خانواده در شکل گیری ویژگی های روان شناختی نوجوانان پیشنهاد می شود از همان سال های نخست دوران نوجوانی و حتی کودکی، برنامه ریزی جهت آموزش مهارت های مقابله ای به آنها صورت گیرد.

منابع

- [۱] انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۴۰۲)، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ترجمه یحیی سید محمدی DSM-5-TR چاپ دوازدهم تهران، انتشارات روان.
- [۲] سعادت سجاد، اصغری فرهاد، جزایری رضوان السادات (۱۳۹۴). رابطه خودکارآمدی تحصیلی با استرس ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و حمایت‌های اجتماعی ادراک شده در دانشجویان دانشگاه گیلان. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*. ۱۳۹۴؛ ۱۵ : ۶۷-۷۸.
- [۳] لهسایی زاده، عبدالعلی، و مرادی، گل مراد. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین راهبردهای مقابله و رفتار پرخاشگرانه جوانان: مطالعه موردی شهر اسلام آباد غرب. *جامعه‌شناسی کاربردی (مجله پژوهشی علوم انسانی دانشگاه اصفهان)*، ۲۱(۲) (پیاپی ۳۸)، ۱-۱۸. <https://sid.ir/paper/154917/fa>. SID.
- [۴] مارشاند، آندره؛ لیترت، آندره و سییدا، امیلی (۱۴۰۱)، کتاب من از تو نمی‌ترسم: راهنمای اختلال پانیک و آگورافوبیا، مترجم محیا احمدی‌پور، تهران، انتشارات شمعدونی، چاپ اول.
- [۵] محمود علیلو، مجید و خانجانی، زینب و بیات، احمد، ۱۳۹۵، مقایسه راهبردهای مقابله‌ای و تنظیم هیجان دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال‌های هیجانی مرتبط با اضطراب با گروه بهنجار، <https://civilica.com/doc/1278530>
- [۶] ویلسون، رید (۱۴۰۰)، رهایی از حملات وحشت‌زدگی (پانیک) راهنمای عملی گام‌به‌گام برای بیماران، مترجم: دکتر یاسر خواجوی، تهران، انتشارات ارجمند، چاپ اول.
- [۷]
- [8] Barloo DH. Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual. Guilford Publications. 2014.
- [9] Carta MG, Moro MF, Aguglia E, Balestrieri M, Caraci F, Dell'Osso, L, & et al. The attributable burden of panic disorder in the impairment of quality of life in a national survey in Italy. *Int. Journal Social Psychiatry*. 2015; 61: 693-699.
- [10] Hald-Poschardt D, Sterzer P, Schlagenhaut F, Pehrs C, Wittmann A, Stoy M, & et al. Reward and loss anticipation in panic disorder: An fMRI study. *Journal of Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2018; 271: 111-117.
- [11] Karelka, M., & Panayiotou, G. (2011). Coping & experiential avoidance: Unique or overlapping constructs? *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 42: 163-170.
- [12] Khalsa SS, Feinstein JS, Li W, Feusner JD, Adolphs R, Hurler R. Panic anxiety in human with bilateral amygdala lesions: pharmacological induction via cardiorespiratory interoceptive pathways. *Journal Neuroscience*. 2016; 36: 3559- 3566
- [13] Klaric, M., Lovric, S., Kresic Coric, M., Galic, K., Coric, S., & Franciskovic, T. (2024). Psychiatric comorbidity and PTSD-related health problems in war veterans: Cross-sectional study. *The European Journal of Psychiatry*, 31(4), 151-157.
- [14] Kong., He Y, Auerbach RP, McWhinnie C. Xiao J. Rumination and depression in chinese university students: The mediating role of over general autobiographical memory. *Personality and Individual Differences*. 2015; 77(1): 221-224.
- [15] Meuret AE, Ritz T, Wilhelm FH, Roth WT, Rosenfield D. Hypoventilation Therapy alleviates panic by repeated induction of dyspnea. *Journal Biological psychiatry: cognitive neuroscience and neuroimaging*. 2018; 3(6): 539-546.
- [16] Rowe, A. D., & Fitness, J. (2018). Understanding the Role of Negative Emotions in Adult Learning and Achievement: A Social Functional Perspective. *Behavioral Sciences*, 8(27), 2-20.

- [17] Saadat S, Asghari F, Jazayeri R. The relationship between academic self-efficacy with perceived stress, coping strategies and perceived social support among students of University of Guilan. *Iranian Journal of Medical Education*. 2015; 15:67-78.
- [18] Sawchuk C, Roy-Byrne P, Noonan C, Craner J, Goldberg J, Manson S, & Buchwald D. Panic attacks and panic disorder in the American Indian Community. *Journal of Anxiety Disorders*. 2017; 48: 6-12.
- [19] Shen, C. X. (2018). Does school-related internet information seeking improve academic self-efficacy? The moderating role of internet information seeking styles, *Computers in Human Behavior*, 24, 1-12.
- [20] Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., Ryan, S. M., & Jorm, A. F. (2022). Parental factors associated with depression & anxiety in young people: A systematic review & metaanalysis. *Journal of Affective Disorders*, 156, 8-23.
- [21] Zimmer-Gembeck, M. J. & Skinner, E. A. (2011). The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35, 1–17.