



طلوع بهداشت



دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشکده بهداشت

سال بیست و دوم - شماره: پنجم آذر و دی ۱۴۰۲ - شماره مسلسل: ۱۰۱ شماره استاندارد بین المللی: ۵۱۲۷-۱۷۲۸

- سرمایه اجتماعی و فعالیتهای داوطلبانه در سالمندان شهر تهران
زهرا سنگ سفیدی، سیده ملیکا خارقانی مقدم، محدثه صدری، وحید راشدی
- اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناامیدی و اضطراب کودکان کار شهر یزد
الهه مهدور، آزاده چوبفروش زاده، عدرا محمدپناه اردکان، الهه شیروی
- مقایسه واکنش پذیری هیجانی و توانایی کنترل فکر در دانشجویان با و بدون اختلال خواب شهر زنجان در سال ۱۴۰۱
راضیه اعتصامی پور، نادیا عین الهی مریان
- کشف و شناسایی تجربه زیسته فرد مبتلاء و خانواده‌اش در مواجهه حاد با یکی از انواع بیماری‌های قلبی: یک مطالعه پدیدارشناسی
یگانه فرحزادی، فروغ اسرافیلیان، فرزین باقری شیخانگشه
- بررسی عوامل مرتبط با کاهش مصرف نمک در زنان جنوب ایران: کاربرد مدل فرانظری
فرزانه پورجلیل، عاطفه همایونی
- اثربخشی آموزش تاب آوری مثبت گرا بر خود تنظیمی هیجانی، پریشانی روان شناختی و تعامل والد- فرزند در مادران کودکان کم توان ذهنی
بامداد شادی زواره، معصومه آزموده، بابک کاشفی مهر، جواد مصرآبادی
- مدل یابی معادلات ساختاری رابطه استیگمای اجتماعی سرطان و عادت‌واره ذهنی سرطان در مراقبین خانوادگی بیماران سرطانی
امید مظلومی، مهربان پارسامهر، اکبر زارع شاه آبادی
- تدوین مدل درمانی تلفیقی مبتنی بر درمان متمرکز بر شفقت، درمان یکپارچه اسلامی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اثربخشی آن بر رضایت از زندگی زنان متاهل افسرده شهر یزد
عمید تشکری، نجمه سدرپوشان

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشکده بهداشت یزد

دوره ۲۲/ شماره ۵/ آذر و دی ۱۴۰۲ (شماره مسلسل ۱۰۱)

شماره استاندارد بین المللی: ۵۱۲۷-۱۷۲۸

صاحب امتیاز و ناشر: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

مدیرمسئول و سر دبیر: دکتر سید سعید مظلومی محمودآباد

هیأت تحریریه بر اساس حرف الفبا:

دکتر جمشید آیت اللهی (استاد گروه بیماریهای عفونی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد) **دکتر محمد حسن احرام پوش** (استادگروه مهندسی بهداشت محیط دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد) **دکتر محمد حسین باقیانی مقدم** (استاد بازنشسته گروه خدمات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد) **دکتر ابوالفضل برخوردار** (استاد بازنشسته گروه مهندسی بهداشت حرفه ای دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد) **دکتر احمد حائریان** (استاد بازنشسته گروه پریو دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد) **دکتر داوود شجاعی زاده** (استاد گروه خدمات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران) **دکتر محمدرضا شجاع** (استاد بازنشسته گروه چشم دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد) **دکتر عباسعلی جعفری** (استاد گروه انکس شناسی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد) **دکتر غلامرضا شریفی راد** (استاد گروه آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان) **دکتر مهرداد شکبیا** (استادیار گروه اطفال دانشگاه علوم پزشکی یزد) **دکتر حسین فلاح زاده** (استاد گروه آمار و اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد) **دکتر سید مهدی کلانتر** (استاد گروه ژنتیک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی یزد) **دکتر محمد حسین کاوه** (دانشیار گروه آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شیراز) **دکتر فریده گل بابایی** (استاد گروه مهندسی بهداشت حرفه ای دانشگاه تهران) **دکتر سید سعید مظلومی** (استاد گروه مبارزه با بیماریها دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد) **دکتر امیر حسین محوی** (استادیار گروه مهندسی بهداشت محیط دانشگاه تهران) **دکتر حسن مظفری** (استاد گروه تغذیه دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد) **دکتر محمدعلی مروتی** (استاد گروه مبارزه با بیماریها دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد)

مدیر اجرایی: فرخ لقا ثروت

کارشناس مجله: مریم فلاحتی عقدا

ویراستار فارسی و صفحه آرایی: سحر گارزگر

لیتوگرافی و چاپ: کسری

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲

حیطه علمی فعالیت: فصلنامه طلوع بهداشت به منظور بالا بردن سطح علمی و آگاهی اعضای هیأت علمی، محققان و دانشجویان سراسر کشور با دستاوردهای حاصل از تحقیقات جدید در زمینه های علوم بهداشتی و آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت منتشر می گردد.
شماره و تاریخ مجوز انتشار از وزارت ارشاد: این مجله طبق موافقت نامه شماره ۱۲۴/۶۶۸۰ هیأت نظارت بر مطبوعات، دارای مجوز انتشار گردیده است.

موسسه حامی علمی نشریه: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد و انجمن آموزش بهداشت

موسسه تأمین کننده اعتبارات مالی: معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

داوران این شماره:

منیره بابا شاهی، محمد افخمی عقدا، فرزین باقری، ناهید آردیان، زهره سادات نوابی، معصومه گودرزی

نشانی پستی: یزد، میدان عالم، بلوار شهدای گمنام، پردیس دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دانشکده بهداشت، دفتر مجله «طلوع بهداشت»

صندوق پستی: ۸۹۱۵۱۷۳۱۶۰ :تلفن : ۳۸۲۰۹۱۳۷ :نمبر : ۳۸۲۰۹۱۱۹ -۰۳۵ :آدرس وب سایت: <http://www.Tbj.ssu.ac.ir>

پست الکترونیک: Toloobehdasht@yahoo.com, Tbj@ssu.ac.ir

این مجله در پایگاه های زیر نمایه می شود:

*EMRO(www.emro.who.int/HIS/VHSL/index.htm) *MAGIRAN(www.magiran.com)

*Iran Medex *Sid(www.sid.ir) *Google Scholar *WWW.ISC.gov.ir *Cite Factor

*Copericus *Doaj *SiS *Cabi

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

- سرمایه اجتماعی و فعالیتهای داوطلبانه در سالمندان شهر تهران..... ۱۲
زهرا سنگ سفیدی، سیده ملیکا خارقانی مقدم، محدثه صدری، وحید راشدی
- اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناامیدی و اضطراب کودکان کار شهر یزد..... ۲۷
الهه مهدور، آزاده چوب فروش زاده، عذرا محمدپناه اردکان، الهه شیروی
- مقایسه واکنش پذیری هیجانی و توانایی کنترل فکر در دانشجویان ۴۲
راضیه اعتصامی پور، نادیا عین الهی مریان
- کشف و شناسایی تجربه زیسته فرد مبتلاء و خانواده‌اش در مواجهه حاد با یکی از انواع ۶۶
یگانه فرحزادی، فروغ اسرافیلیان، فرزین باقری شیخانگش
- بررسی عوامل مرتبط با کاهش مصرف نمک در زنان جنوب ایران: کاربردی از ۸۸
فرزانه پورجلیل، عاطفه همایونی
- اثربخشی آموزش تاب آوری مثبت گرا بر خود تنظیمی هیجانی، پریشانی روان شناختی..... ۱۰۶
بامداد شادی زواره، معصومه آزموده، بابک کاشفی مهر، جواد مصرآبادی
- مدل یابی معادلات ساختاری رابطه استیگمای اجتماعی سرطان و عادت‌واره ۱۲۰
امید مظلومی، مهربان پارسامهر، اکبر زارع شاه آبادی
- تدوین مدل درمانی تلفیقی مبتنی بر درمان متمرکز بر شفقت، درمان یکپارچه اسلامی ۱۴۰
عمید تشکری، نجمه سدرپوشان

«بسمه تعالی»

راهنمای تنظیم و تدوین مقالات

فصلنامه علمی پژوهشی «طلوع بهداشت» از اساتید، دانش پژوهان و همکاران ارجمند تقاضا دارد مقالات ارسالی خود را به شیوه زیر تنظیم نمایند.

مقالات مورد پذیرش:

۱- مقالات پژوهشی: شامل: صفحه عنوان، چکیده، مقدمه، روش کار، یافته ها، بحث و نتیجه گیری، سپاسگزاری، منابع، چکیده به زبان انگلیسی و ضمائم (جداول، نمودارها و تصاویر) باشد.

۲- مقالات مروری: مقاله ای که توسط افراد صاحب نظر و پژوهشگران مجرب که دارای تألیفات متعدد در زمینه تخصصی مربوطه باشند (با استفاده از منابع و ماخذ معتبر و جدید) نوشته شده باشد که بایستی به یکی از اشکال زیر تهیه گردد :

-مقالات مروری ساختار یافته (Systematic Review) می توانند به صورت متاآنالیز، متاستز یا بدون تحلیل آماری باشند. این مقالات دارای اجزاء مقالات پژوهشی اصیل می باشند .

-مقالات مروری غیر ساختار یافته بایستی توسط افراد صاحب نظر که خود حداقل دارای یک مقاله در زمینه موضوع مقاله در فهرست منابع باشد، نوشته شوند. اجزای این گونه مقالات شامل چکیده، مقدمه و بحث و نتیجه گیری و حداقل دارای ۲۰ منبع باشند و حداکثر در ۵۰۰۰ کلمه تهیه شوند .

۳- گزارش مورد : (Case Report) مقالات موردی که به گزارش موارد نادر و جالب می پردازد، باید دارای خلاصه، مقدمه، شرح حال، بحث و نتیجه گیری باشد.

*مجله از درج مقالات ترجمه ای معذور است مگر در مواردی که محتوای ترجمه بسیار مفید و جدید باشد.

راهنمای نگارش :

۱-مقالات بایستی بوسیله نرم افزار Word2007 Microsoft با قلم BZar ، پوینت ۱۲ و در متن انگلیسی با قلم تایمز (TimesNewRoman) پوینت ۱۱ تایپ شده و به وب سایت tbj.ssu.ac.ir ارسال گردد. ضمناً مقالات روی یک طرف کاغذ سفید A4 بصورت یک خط در میان (حداکثر ۲۴ خط در هر صفحه (A4 تایپ شود. و حداقل ۲۵ میلی متر حاشیه از دو طرف داشته باشد.

۲- نامه ای به امضای نویسنده (نویسندگان) مبنی بر این که مقاله ارسالی در مجلات داخل کشور پذیرفته نشده و یا به چاپ نرسیده و نیز همزمان، به مجله ای دیگر ارسال نگردیده و تا گرفتن پاسخ نهایی از این مجله، مقاله برای نشریه ای دیگر ارسال نخواهد شد. همچنین باید فرمهای شماره ۱ و ۲ پیوست تکمیل شود.

۳- در صفحه اول باید عنوان کامل مقاله، نام مؤلفین، رتبه علمی، گروه آموزشی، دانشگاه، شهر و یا محل اشتغال مؤلف یا مؤلفین، آدرس پستی و پست الکترونیکی و **شماره تماس نویسنده مسئول** ذکر گردد.

۴- در کلیه مقالات بایستی این ترتیب رعایت شود: عنوان، چکیده، متن، تقدیرنامه (حاصل پایان نامه طرح)، مراجع، جداول و تصاویر (هر کدام در ذیل مطلب اشاره شود).

۵- چکیده مقاله (حداکثر ۲۵۰ واژه) باید شامل ۴ بخش مقدمه، روش بررسی، یافته ها و نتیجه گیری باشد.

در ذیل خلاصه باید واژه های کلیدی یا عبارت کوتاه (طبق واژه های فهرست Mesh در اندکس مدیکوس) ارائه شود. و تعداد آن بین ۳ الی ۵ واژه باشد (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>).

۶- چکیده مقالات به زبان انگلیسی ضروری است. و این چکیده دقیقا معادل چکیده فارسی و حاوی بخشهای زیر به صورت مجزا و قالب دار (structural) و حداکثر شامل ۲۵۰ کلمه می باشد:

. Title, Authors, Affiliation, Introduction, Methods, Results, Conclusion, Keyword

۷- تفاوت شاخص ها در نمودارها حتما باید به وسیله تفاوت در خطوط هاشور و یا تفاوت رنگ مشکی یا خاکستری باشد و نباید از شاخص های رنگی برای نشان دادن تفاوت استفاده کرد.

۸- جداول با فونت B Zar سایز ۱۰، بدون خطوط سطرها و تنها با ستون تیتراها با نرم افزار Word و نمودارها باید به صورت سیاه و سفید، و هر کدام در متن مقاله جایگذاری شوند(لطفا از آوردن جداول در انتهای مقاله یا به صورت فایل جداگانه خودداری کنید).

- معرفی نویسندگان در چکیده انگلیسی مطابق با چکیده فارسی باشد و شامل (رتبه علمی، گروه آموزشی، دانشگاه، شهر، کشور)

متن اصلی مقاله شامل بخش های زیر می باشد

مقدمه: این بخش حداکثر ۲ صفحه بوده و رفرنس ها به ترتیب اعداد از کوچک به بزرگ (روش و نکور) در مقدمه ذکر شود در مقدمه به دانش موجود درباره موضوع ضرورت مسأله تحقیق، مطالعات مشابه و هدف مطالعه اشاره شود.

روش بررسی: در این بخش، نوع مطالعه، جامعه پژوهش، نمونه مورد مطالعه، روش نمونه گیری، ابزار گردآوری داده ها، ملاحظات اخلاقی و روش های آماری به دقت بیان شود.

یافته ها: در این قسمت از متن، جدول، نمودار و عکس به تناسب برای بیان یافته ها استفاده شود. (حداکثر ۵ جدول یا نمودار) جداول و نمودارها باید دارای شماره و عنوان کامل و رسا بوده و جداول بدون خط باشد. ضمناً از آوردن جدول هایی که اطلاعات آن در متن به طور کامل آمده است، خودداری شود. در ضمن عناوین جداول در قسمت بالا و عناوین نمودارها در زیر آن درج گردد.

بحث و نتیجه گیری: یافته های مهم تحقیق بر اساس اهداف ویژه آن به اختصار و با رعایت ترتیب منطقی ذکر و پیرامون آن با استناد به موارد همسان و دگرسان در مطالعات مرتبط بحث شود. اگر فرضیاتی در مطالعه مطرح شده، تأیید و یا رد آن مورد بحث قرار گیرد. نتیجه گیری به صورت روشن و در حد یافته های تحقیق و با توجه به محدودیت های مطالعه بیان شود.

تشکر و قدردانی: در این بخش از موسسه تأمین کننده بودجه، افراد و سازمان هایی که به طور مستقیم و غیر مستقیم در انجام مطالعه و یا نگارش همکاری نموده اند و نامشان به عنوان نویسنده در مقاله نیامده است، تشکر و قدردانی شود. همچنین مقالاتی که از پایان نامه ها و یا طرح های تحقیقاتی حاصل می شود عبارت « این مقاله حاصل از پایان نامه دانشجویی یا طرح تحقیقاتی می باشد» نوشته شود. ضمناً مقالات Clinical trial باید در سایت irct.ir به ثبت رسیده باشد و شماره آن در مقاله نوشته شود.

حمایت مالی: این قسمت اگر حمایت مالی شده، قید شود و در غیر این صورت ذکر شود حمایت مالی نداشته است.

ملاحظات اخلاقی: در این قسمت کد اخلاق و محل اخذ کد اخلاق و ملاحظات اخلاقی انجام شده نوشته شود.

مشارکت نویسندگان: مشارکت تمام نویسندگان در مقاله را فرد به فرد توضیح داده شود که در چه قسمت های از جمله (طراحی پژوهش، جمع آوری داده ها، تحلیل داده ها، نگارش و اصلاح مقاله) مشارکت داشته اند.

تعارض منافع: نویسندگان اعلام می دارند هیچ گونه تضاد منافی در این مقاله وجود ندارد.

۷- شیوه نگارش فهرست منابع :

باید با نظم و ترتیب متوالی به ترتیب اشاره در متن شماره گذاری شوند. مراجع در متن، جداول و زیرنویس با شماره مشخص شوند. و منابع حتی الامکان جدید باشد.

توجه " : کلیه منابع فارسی مثل مجله و کتاب و... باید به صورت لاتین نوشته شود و در انتهای آن کلمه [Persian] قرار گیرد "

الف) کتب فارسی و انگلیسی :

نام خانوادگی و نام نویسنده (در صورت داشتن بیش از شش نویسنده نام شش نویسنده را نوشته و بعد از آن کاما و بعد et al می آید. عنوان کامل کتاب. شماره چاپ. محل نشر: نام ناشر؛ سال انتشار: شماره صفحات اول و آخر مطلب .

Example:

Butler T. principles of health education and health promotion. 2nd ed. USA: Morton publication; 2001:234-47 .

ب) کتب خارجی ترجمه شده :

نام خانوادگی و نام مترجم. «در ترجمه» عنوان کامل کتاب. نام مؤلف اصلی. شماره چاپ. محل نشر : نام ناشر; سال انتشار: شماره صفحات اول و آخر مطلب. مثال

Example:

Nayebi H. In translation Surveys in Social Research. Davaws DA. 3rd ed . Tehran : Ney publication;2003:210-17.

ج) مقالات خارجی :

Authors. Title. Journal name year; Volume (Issue Number): page number.

Example:

Parkin DM, clayton D, Black RJ, et al. Childhood leukemia in Europe after chernobyl. Br j cancer 1996; 73(5): 1006-12.

د) مقالات فارسی:

نام خانوادگی و حرف اول نام نویسنده یا نویسندگان. عنوان کامل مقاله. نام مجله و سال انتشار ; دوره انتشار(شماره): شماره صفحات اول و آخر مقاله.(لازم به ذکر است تمام موارد به لاتین در منبع نوشته شود و در آخر کلمه [Persian] اضافه شود) .

Example:

Bidarpour F, Holakoiinaini K, Rahimi A, et al. A survey of risk factors for type 2 diabetes in patients of Kurdistan Diabetic Center in 2001. Scientific Journal of Kurdistan university of medical sciences 2003; 26: 15-20. [Persian]

ه) فصل کتب خارجی :

chapter Authors. chapter title. In: Editors. Title of book. Edition. Place of publication: publisher; year.(PP).

Example:

Phillips SJ , whisnant JP . Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: Pathology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven publication ;1995:465-78.

ر -استناد به مقاله دریافتی از اینترنت :

Authors. Title. Journal name year; Volume (Issue Number): page number. Available from: Internet Address Accessed (Date) .

Example:

Carl J.Pepine MD.The impact of Nitric oxide in Cardiovascular Medicine untapped potential utility. The American Journal of Medicine May 2009;122(5):1-9.Available from: <Http://www.mdconsult.com/das/article/body>. Accessed September 26,2010

ز -پایان نامه:

Authors.thesis title[submittle for degree].university name.year.

Example:

Amiri M. Epidemiologic Study of Baras disease in primary school of kermanshah [MD thesis]. Kermanshah University of Medical sciences.1998.

ژ -مقالات الکترونیک :

Electronic:

Havens G, Furuya S, Tan KM. The future of continuing Medical Education (CME) technology. The Permanente journal [serial on line] 2001; 5 (1) [18 Screens].Available from: <http://www.Kaiser Permanente.Org/medicin/perm journal/ winter 01/HScme.html>.

س - مطالب کنفرانس :

Kimura J, Shibasli H, editors.Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology: 1995 Oct. 15-19: Kyoto, Japan.Amsterdam:Elsecier;1996.

۸-مجله حق رد، قبول، اصلاح، ویرایش و خلاصه نمودن مقالات را برای خود محفوظ می دارد .

۹-مسئولیت کامل منابع و مطالب چاپ شده از نظر اخلاقی و حقوقی بر عهده نویسنده (نویسندگان) خواهد بود و هیأت تحریریه در صحت و سقم مطالب مسئولیتی ندارد .

۱۰-نویسندگان محترم می توانند مقالات خود را به صورت on-line به آدرس وب سایت مجله <http://tbj.ssu.ac.ir> ارسال نمایند.



Social Capital and Voluntary Activities among Older Adults in Tehran

Zahra Sangsefidi (M.D.)¹, Sayeda Melika Kharghani Moghadam (Ph.D.)², Mohadeseh Sadri (Ph.D.s)³, Vahid Rashedi (Ph.D.)⁴

1.MD, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2.Assistant Professor of Health Education and Promotion, Department of Health Promotion and Education, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3.PhD Student in Gerontology, Iranian Research Center on Aging, Department of Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

4.Corresponding author: Assistant Professor of Gerontology. Iranian Research Center on Aging, Department of Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Email:vahidrashedi@yahoo.com Tel: 09183071851

Abstract

Introduction: Social capital encompasses material and spiritual resources which enable individuals to establish stable networks of institutionalized relationships. Participation in voluntary public service activities at the community level serves as an indicator of social capital. This study aims to assess social capital and voluntary activities among older adults living in Tehran in 2021.

Methods: This cross-sectional study included 384 older adult citizens residing in Region 19, selected through random sampling. Data collection involved a standardized questionnaire comprising three sections: demographic information, measuring social capital, and voluntary activity assessment.

Results: The study found that 99/7% of respondents had an average social capital score (150-75). Additionally, 99/4% of the respondents exhibited a high level of engagement in voluntary activities. A significant relationship was observed between social capital ,age ($P \leq 0/001$) ,and marital status ($P \leq 0/001$). However, no significant relationship was found between voluntary activity and demographic information.

Conclusion: This study suggests that older adults in Tehran possess a reasonable level of social capital and engage actively in voluntary activities. To harness this potential, effective planning and policies must be implemented to align with the needs and goals of society.

Keywords: Social Capital, Voluntary Activity, Participation, Older Adults

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.



This Paper Should be Cited as:

Author: Zahra Sangsefidi, Sayeda Melika Kharghani Moghadam, Mohadeseh Sadri, Vahid Rashedi. Social Capital and Voluntary Activities among Older Adults in Tehran.....Tolooebehdasht Journal. 2023;22(5)1-12.[Persian]



سرمایه اجتماعی و فعالیتهای داوطلبانه در سالمندان شهر تهران

نویسندگان: زهراسنگ سفیدی^۱، سیده ملیکا خارقانی مقدم^۲، محدثه صدری^۳، وحید راشدی^۴

۱. دکترای حرفه ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲. استادیار آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳. دانشجوی دکترای تخصصی سالمند شناسی، مرکز تحقیقات سالمندی، گروه سالمندی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۴. نویسنده مسئول: استادیار سالمندشناسی، مرکز تحقیقات سالمندی، گروه سالمندی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران. تلفن تماس: ۰۹۱۸۳۰۷۱۸۵ Email: vahidrashedi@yahoo.com

چکیده

مقدمه: سرمایه اجتماعی شامل منابع مادی و معنوی است که افراد را قادر می سازد تا شبکه های پایداری از روابط نهادینه شده را ایجاد کنند. شرکت در فعالیتهای داوطلبانه در سطح جامعه به عنوان یک شاخص از سرمایه اجتماعی عمل می کند. هدف این مطالعه ارزیابی سرمایه اجتماعی و فعالیتهای داوطلبانه در بین سالمندان ساکن در شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود.

روش بررسی: مطالعه حاضر به روش مقطعی و بر روی ۳۸۴ شهروند سالمند ساکن در منطقه ۱۹ تهران که با استفاده از نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند، انجام شد. جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد شامل سه بخش: اطلاعات دموگرافیک، اندازه گیری سرمایه اجتماعی و ارزیابی فعالیت داوطلبانه انجام شد.

یافته ها: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ۹۹/۷ درصد از شرکت کنندگان سرمایه اجتماعی متوسط (۷۵-۱۵۰) داشتند. همچنین ۹۹/۴ درصد از شرکت کنندگان سطح بالایی از مشارکت در فعالیتهای داوطلبانه را گزارش کردند. رابطه معنی داری بین سرمایه اجتماعی با سن ($P \leq 0/001$) و وضعیت تأهل ($P \leq 0/001$) مشاهده شد. با این حال هیچ رابطه معنی داری بین فعالیت داوطلبانه و سایر اطلاعات دموگرافیک مشاهده نشد.

نتیجه گیری: مطالعه ی حاضر نشان می دهد سالمندان تهرانی سطح قابل قبولی از سرمایه اجتماعی دارند و به طور فعال در فعالیتهای داوطلبانه شرکت می کنند. برای بهره برداری از این پتانسیل باید برنامه ریزی و سیاست گذاری های موثری اجرا شود که با نیازها و اهداف جامعه هماهنگ باشد.

واژه های کلیدی: سرمایه اجتماعی، فعالیت داوطلبانه، مشارکت، سالمندان

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال بیست و دوم

شماره پنجم

آذر و دی

شماره مسلسل: ۱۰۱

تاریخ وصول: ۱۴۰۲/۰۳/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۲



مقدمه

با پیشرفت علم پزشکی، تکنولوژی و گسترش آن هر سال بر شمار سالمندان جهان افزوده می شود (۱). پیش بینی می شود تا سال ۲۰۵۰ بیش از ۲۲ درصد یعنی قریب به یک چهارم جمعیت کره زمین بالای ۶۰ سال سن داشته باشند (۲). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی هر ماه یک میلیون نفر در جهان پا به ۶۰ سالگی می گذارند. از این رقم ۸۰ درصد در کشورهای در حال توسعه زندگی میکنند؛ جایی که در آن فرآیند پیری و سالخورده شدن بسیار سریعتر از کشورهای توسعه یافته است (۳). سازمان ملل ۱۰ کشور را که تا سال ۲۰۵۰ بیشترین سرعت حرکت به سمت پیر شدن را خواهند داشت، معرفی کرده است؛ در این بین کشور ایران رتبه سوم را داراست؛ به طوری که پیش بینی شده است میزان افزایش جمعیت بالای ۶۰ سال ایران از سال ۲۰۱۱ تا ۲۰۵۰ بالغ بر ۲۶ درصد باشد و انتظار می رود در سال ۲۰۵۰ حدود ۳۳ درصد جمعیت ایران بالای ۶۰ سال باشند (۴). افزایش نسبت سالمندان ایران به کل جمعیت کشور در سال های اخیر و چشم انداز نسبت سالمندان در آینده جمعیت کشور، لزوم بررسی پدیده سالمندی و شناسایی مسائل بالقوهای نظیر تنهایی، عدم برخورداری از سرمایه اجتماعی و گاهی عدم استقلال در فعالیتهای فردی که بر سلامت عمومی تاثیر میگذارند را نمایان می سازد (۵).

به نظر جامعه شناسان در ابتدای تشکیل هر نظام اجتماعی، تاثیر روند روابط رودرروی افراد با یکدیگر در تشکیل حیات اجتماعی جامعه و ادامه آن اهمیت دارد؛ بر پایه این روابط است که دستیابی افراد به منافع و حمایت های متقابل آسان می شود؛ امروزه از این روابط به عنوان سرمایه اجتماعی یاد می کنند (۶).

سرمایه اجتماعی از جمله موایی است که کنش و واکنش آن در ابعاد مختلف زندگی تاثیرگذار است؛ به طوری که طبق مطالعات روابط و پیوندهای اجتماعی عامل ارتباط عاطفی در بین افراد بوده و باعث احساس امنیت و سلامت بیشتر می شود (۷). به عبارت دیگر وجود سرمایه اجتماعی رسمی و غیر رسمی، اثرات فشارهای زندگی مانند تامین هزینه های سنگین زندگی، مقابله با حوادث طبیعی و غیر طبیعی را با افزایش حمایت های اجتماعی، عاطفی و روانی کاهش می دهد، احساس امنیت را در فرد تقویت می کند و نهایتاً باعث بهبود سلامت فرد می گردد (۸). این مسئله در خصوص سالمندان به دلیل شرایط خاص جسمی، روانی و اجتماعی آنها از اهمیت بیشتری برخوردار است تا آنجا که می توان با افزایش سلامت روان و سرمایه اجتماعی سالمندان حتی هزینه های صرف شده برای سلامت سالمندان را کاهش داد (۹). این در حالی است که سالمندان به دلیل مسائلی چون بازنشستگی، ابتلا به بیماری مزمن، ضعف قوای جسمانی، عدم استقلال مالی و از دست دادن نزدیکان تحت فشار روانی زیادی هستند که ممکن است باعث انزوای آنها از جامعه شود (۱۰). پژوهش ها نشان داده اند که سرمایه اجتماعی اثرات رویدادهای استرس زا و پرتنش را تعدیل کرده و منجر به کسب عواطف مثبت می گردند که نقش مهمی در حفظ سلامتی دارد و در چنین وضعیتی سالمندانی می توانند خود را برای مقابله موثر با موقعیت پر استرس زندگی آماده کنند که از انواع سرمایه اجتماعی درون گروهی یا برون گروهی که باعث می شود از حمایت های اجتماعی موجود در شبکه های ارتباطی بهره مند شوند، برخوردار باشند (۱۱، ۱۲).

از سوی دیگر کار داوطلبانه به عنوان انجام هر فعالیتی است که



تهران که به روش تصادفی در دسترس انتخاب شدند، انجام شد. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران، با خطای ۵ درصد و ضریب اطمینان ۹۵ درصد برآورد شد. نمونه‌ها از میان سالمندان منطقه ۱۹ شهرداری تهران حاضر در مکان‌هایی از قبیل پارک، مسجد و گروه‌های سالمندی انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه شامل سن بالای ۶۰ سال و با توجه به اینکه پرسشنامه به زبان فارسی طراحی شده و جامعه‌ی هدف نیز فارسی زبان بودند، توانایی برقراری ارتباط و صحبت به زبان فارسی از دیگر معیارهای ورود به مطالعه بود.

همچنین وجود بیماری‌های زمینه‌ای (بیماری‌های روحی و روانی و جسمی شدید) و عدم تمایل فرد جهت شرکت در مطالعه به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است وجود بیماری زمینه‌ای به صورت خود گزارش دهی فرد سالمند یا همراه او سنجیده شده است. پرسشنامه‌ها به روش مداخله‌ی کاغذی و از طریق مصاحبه‌ی پرسشگر با سالمند تکمیل شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای بود مشتمل بر سه بخش اطلاعات دموگرافیک، سنجش سرمایه اجتماعی و سنجش فعالیت‌های داوطلبانه. اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و ترتیبات زندگی (تنها، غیر تنها) بود؛ لازم به ذکر است آیتم‌های موجود در این بخش محقق ساخته بوده و با توجه به ماهیت نوع سوالات نیاز به بررسی روایی و پایایی در این بخش وجود نداشت. جهت سنجش سرمایه اجتماعی از پرسشنامه سرمایه اجتماعی که توسط صداقت زادگان و همکاران (۱۵) طراحی شده، استفاده شد. لازم به ذکر است در طراحی پرسشنامه سرمایه اجتماعی، از نظریه سرمایه اجتماعی کلمن استفاده شده است. کلمن سرمایه

در آن فرد آزادانه زمان خود را در اختیار سایر افراد، گروه‌ها یا سازمان‌ها می‌گذارد بدون اینکه هزینه یا دستمزدی دریافت کند (۱۳). سازمان بهداشت جهانی، کار داوطلبانه را به عنوان راهبردی برای ترویج سالمندی فعال تعیین می‌کند. این سازمان همچنین تأکید می‌کند که اقداماتی که به سالمندان کمک می‌کند تا سالم و فعال بمانند (مانند کار داوطلبانه) باید در جامعه عملی و تشویق شوند و به عنوان یک نیاز نوظهور به آن پرداخته شود (۱۴). از آنجائی که یکی از چالش‌های عمده بهداشت عمومی دستیابی به سالمندی سالم و فعال است توجه به تعیین‌کننده‌ها و عوامل موثر بر آن ضروری است. همانطور که اشاره شد یکی از شاخص‌های مهم سرمایه اجتماعی، مشارکت است که به معنی حضور ارادی و داوطلبانه در فعالیت‌های خدمات عمومی در سطح جامعه می‌باشد و یکی از شروط اصلی توسعه یافتگی است. در ایران نیز توجه به سرمایه‌های اجتماعی و افزایش میزان مشارکت سالمندان در فعالیتهای داوطلبانه مورد توجه است.

حال با توجه به افزایش چشمگیر جمعیت سالمندان و لزوم توجه به نیازهای روانی اجتماعی آنان به عنوان یکی از اساسی‌ترین نیازهای جوامع سالمندی و از سوی دیگر تجربیات و الگوهای مثبت سایر مطالعات در استفاده از ظرفیت سرمایه اجتماعی و فعالیت‌های داوطلبانه در این گروه جمعیتی، پژوهش حاضر با هدف تعیین سرمایه اجتماعی و فعالیت‌های داوطلبانه سالمندان شهر تهران انجام شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی می‌باشد که در نیمه اول سال ۱۴۰۰ بر روی ۳۸۴ سالمند ساکن شهر



۱۷ سوال و پنج خرده مقیاس گرایش های داوطلبانه شهروندی، گرایش های داوطلبانه ارزشگرا یا آرمانی، گرایش های داوطلبانه خاص گرایانه، گرایش های داوطلبانه اعتراضی یا رادیکالی و گرایش های داوطلبی دیگر خواهی است که با طیف لیکرتی ۵ گزینه ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) نمره گذاری شد. حداکثر نمره قابل اکتساب در پرسشنامه مذکور ۸۵ می باشد. لازم به ذکر است طبق پژوهش اسداللهی و همکاران (۱۶) پاسخ ها در سه محدوده فعالیت داوطلبانه ضعیف با نمره ۱-۲۸، فعالیت داوطلبانه متوسط با نمره ۲۸-۵۶ و فعالیت داوطلبانه قوی با نمره ۵۶ تا ۸۵ دسته بندی شدند. روایی و پایایی پرسشنامه توسط اسداللهی مورد بررسی و با توجه به میزان آلفای ۰/۷ مورد تایید قرار گرفته است. لازم به ذکر است در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ کل ۰/۷۴ برآورد شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. در بخش یافته های توصیفی آماره های توصیفی، آماره هایی چون کمترین میزان، بیشترین میزان، میانگین، واریانس، انحراف معیار به کار رفته اند و در بخش یافته های تبیینی جهت بررسی رابطه ی بین سرمایه اجتماعی و فعالیت داوطلبانه با اطلاعات دموگرافیک آزمون هایی چون مقایسه میانگین دو گروه مستقل، آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد.

یافته ها

طبق یافته های گزارش شده در جدول ۱، بیشترین افراد (۶۳/۸۰ درصد) در گروه سنی ۶۰ تا ۷۰ سال قرار داشتند. ۲۰۷ نفر (۵۳/۹۰ درصد) از سالمندان مورد مطالعه مرد بودند. ۳۵۹ نفر

اجتماعی خانواده را در دو بعد درون و برون خانوادگی در نظر می گیرد. هر یک از این ابعاد در قالب دو مؤلفه ساختاری و شناختی تعریف می شوند؛ یعنی دو مؤلفه سرمایه اجتماعی شناختی درون خانواده، برون خانواده و دو مؤلفه سرمایه اجتماعی ساختاری درون خانواده، برون خانواده. سرمایه اجتماعی ساختاری درونی خانواده با ۱۴ گویه (مثل "در خانواده ما از بین نظرات موجود، همیشه نظری که درست تر است، انتخاب می شود")، سرمایه اجتماعی شناختی درونی خانواده با ۱۲ گویه (مثل "اگر زمانی مشکلی داشته باشم، اعضای خانواده ام به من کمک خواهند کرد")، سرمایه اجتماعی ساختاری بیرونی خانواده با ۸ گویه (مثل "ما با دوستان خانوادگی زیادی رفت و آمد داریم" و سرمایه اجتماعی شناختی بیرونی خانواده با ۱۱ گویه (مثل "به داشتن فامیل هایی که الان داریم، افتخار می کنیم") بود که با طیف لیکرت ۵ گزینه ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) نمره دهی شد. حداکثر نمره قابل اکتساب آزمودنی ها ۲۲۵ می باشد. پاسخ ها در سه محدوده سرمایه اجتماعی کم با نمره ۱-۷۵، سرمایه اجتماعی متوسط با نمره ۷۶-۱۵۰ و سرمایه اجتماعی زیاد با نمره ۱۵۰-۲۲۵ دسته بندی شدند. این پرسشنامه توسط صداقت زادگان و همکاران (۱۵) روان سنجی شده و مورد تایید قرار گرفته است. میزان آلفای کرونباخ برای هر یک از شاخص های پژوهش، محاسبه شده و با توجه به اینکه همه این ضرایب در آزمون نهایی بزرگ تر از ۰/۷ هستند، مورد تایید است. لازم به ذکر است در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ کل ۰/۷۷ برآورد شد.

در بخش سوم پرسشنامه جهت سنجش فعالیت های داوطلبانه از ابزار تایید شده اسداللهی و همکاران (۱۶) استفاده شد که شامل



در پژوهش می پردازد، بین سرمایه اجتماعی و سن همبستگی معناداری وجود دارد؛ به طوری که با افزایش سن، سرمایه اجتماعی افزایش می یابد ($P \leq 0/001$). همچنین بین سرمایه اجتماعی و وضعیت تاهل نیز رابطه معناداری وجود دارد؛ به طوری که سالمندان مجرد (مطلقه و بیوه) نسبت به سالمندان متاهل، از سرمایه اجتماعی بالاتری برخوردار بودند ($P \leq 0/001$). همچنین در خصوص رابطه بین فعالیت داوطلبانه با وضعیت دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش، نتایج نشان داد بین فعالیت داوطلبانه با هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک رابطه ی معنی دار وجود ندارد ($P \geq 0/001$).

(۹۳/۵۰ درصد) از سالمندان مورد مطالعه متاهل بودند. ۲۳۹ نفر (۶۲/۳۰ درصد) از شرکت کنندگان در پژوهش سطح تحصیلات زیر دیپلم داشتند. جدول ۲ نشان دهنده وضعیت سرمایه اجتماعی و فعالیت داوطلبانه شرکت کنندگان در پژوهش است. طبق یافته ها نمره سرمایه اجتماعی بیشتر سالمندان مورد بررسی در حالت متوسط ارزیابی شد. همچنین نمره فعالیت داوطلبانه ی اکثر سالمندان مورد بررسی در حالت قوی ارزیابی شد. طبق یافته های جدول ۳ که به بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و فعالیت داوطلبانه با ویژگی های دموگرافیک شرکت کنندگان

جدول ۱: وضعیت دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش ($n=384$)

متغیر	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۲۰۷
	زن	۱۷۷
سن	۶۰-۷۰ سال	۲۴۵
	۷۱-۸۰ سال	۱۲۲
	۸۱-۹۰ سال	۱۷
وضعیت تاهل	متاهل	۳۵۹
	مجرد (مطلقه، بیوه)	۱۶
	بدون پاسخ	۹
سطح تحصیلات	بی سواد	۸۸
	زیر دیپلم	۲۳۹
	دیپلم	۵۰
	دانشگاهی	۷
نوع زندگی	تنها	۳۵۶
	غیر تنها	۲۸



جدول ۲: وضعیت سرمایه اجتماعی و فعالیت داوطلبانه شرکت کنندگان در پژوهش (n=۳۸۴)

متغیر	محدوده نمره	تعداد	درصد
کم	۷۵-۱	۰	۰
متوسط	۱۵۰-۷۶	۳۸۳	۷۰/۹۹
زیاد	۲۲۵-۱۵۱	۱	۳۰/۰
ضعیف	۲۸-۱	۰	۰
متوسط	۵۶-۲۹	۲	۶۰/۰
قوی	۸۵-۵۷	۳۸۲	۴۰/۹۹

جدول ۳) رابطه بین سرمایه اجتماعی و فعالیت داوطلبانه با اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش (n=۳۸۴)

متغیر	آماره آزمون			سطح معنی داری
	ANOVA	T-test	r	
سرمایه	-	-	۰/۱۹۶	۰/۰۰۱
اجتماعی	-	۱/۵۶۲	-	۰/۲۰۳
وضعیت تاهل	-	۳۱/۰۷۶	-	۰/۰۰۱
سطح تحصیلات	۰/۱۸۹	-	-	۰/۹۶۷
نوع زندگی	-	-۶/۰۷۳	-	۰/۱۰۷
فعالیت	-	-	-۰/۰۴۳	۰/۳۹۷
داوطلبانه	-	۰/۹۴۳	-	۰/۹۹۱
وضعیت تاهل	-	۰/۴۰۱	-	۰/۷۵۲
سطح تحصیلات	۰/۳۷۵	-	-	۰/۸۶۶
نوع زندگی	-	-۱/۱۳۶	-	۰/۵۴۰

بحث و نتیجه گیری

سرمایه اجتماعی ۹۹/۷ درصد از سالمندان مورد بررسی در حالت متوسط (۷۶-۱۵۰) ارزیابی شد. این یافته با نتایج پژوهش های ویسی میانکلی و همکاران (۱۷) و افتخاریان و همکاران (۶)

مطالعه حاضر با هدف تعیین سرمایه اجتماعی و فعالیت های داوطلبانه سالمندان شهر تهران انجام شده است. طبق یافته ها نمره



اجتماعی و اقدامات مشارکتی سالمندان در شهر اهواز پرداخته بودند همسو بود؛ به طوری که در این مطالعات نیز نمره فعالیت داوطلبانه شرکت کنندگان در حالت قوی و مطلوب ارزیابی شده بودند. این درحالیست که در مطالعه کلینر و همکاران (۲۱) که به بررسی فعالیت داوطلبانه و کیفیت زندگی در میان سالمندان سوئیس پرداخته بودند بیش از نیمی از شرکت کنندگان در فعالیت های داوطلبانه شرکت نمی کردند. این اختلاف می تواند ناشی از تفاوت در فعالیت و مشارکت در جوامع مورد بررسی باشد همچنین اختلاف در ابزارهای سنجش فعالیت داوطلبانه نیز می تواند در نتایج تاثیر بگذارد.

طبق یافته های مطالعه حاضر بین سرمایه اجتماعی و سن همبستگی مثبتی وجود دارد به طوری که با افزایش سن، سرمایه اجتماعی افزایش می یابد. این یافته با نتایج پژوهش ابراهیمی میمند و همکاران (۲۲) که به بررسی ارزیابی رابطه سرمایه اجتماعی و استفاده از خدمات سلامت در سالمندان شهر کرمان پرداخته بودند، همسو بود؛ به طوری که طبق یافته های پژوهش ابراهیمی میمند (۲۲) نیز با افزایش سن، سرمایه اجتماعی به طور معنی داری افزایش می یافت. در تبیین یافته حاضر می توان به وجود حس نوع دوستی و فرهنگ جامعه ایرانی که در آن افراد کهنسال، به عنوان گروهی که نیازمند حمایت و مراقبت بیشتر هستند شناخته شده و جوانان نیز ارائه کمک به آنان را بخشی از وظایف خود می دانند، اشاره کرد.

همچنین در مطالعه حاضر بین سرمایه اجتماعی و جنسیت، نوع زندگی و سواد رابطه معناداری وجود نداشت. از منظر جنس این یافته با نتایج پژوهش نان لو و همکاران (۲۳) که به بررسی سرمایه اجتماعی و رضایت از زندگی در میان سالمندان در چین

همسو بود؛ به طوری که در مطالعه افتخاریان و همکاران (۶)، نمره سرمایه اجتماعی سالمندان ۷۰/۰۱ به دست آمده بود. همچنین این یافته با نتایج پژوهش کوششی و همکاران (۱۸) و پژوهش اشرفی و همکاران (۱۹) غیرهمسو بود؛ به طوری که در مطالعه کوششی (۱۸) نمره میانگین کل سرمایه اجتماعی سالمندان شهر مشهد حاصل از ابعاد (مشارکت اجتماعی، حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی) ۴۰/۶ از ۱۰۰ به دست آمد که پایین تر از حد متوسط میانگین بود. همچنین میانگین سرمایه اجتماعی در مطالعه اشرفی و همکاران در تهران بالاتر گزارش شده بود (۱۹). دلیل این موضوع می تواند ناشی از تفاوت در برنامه های اجتماعی جامعه و تفاوت در مشارکت اجتماعی افراد دانست. همچنین فعالیت سازمان های غیر دولتی در زمینه مسائل مختلف سالمندان نیز می تواند در سطح سرمایه اجتماعی سالمندان تفاوت ایجاد کند. علاوه بر این حمایت اجتماعی توسط خانواده، نزدیکان، دوستان و سایر افراد جامعه نیز ممکن است بر سطح سرمایه اجتماعی سالمندان تاثیر گذار باشد. علاوه بر آن، می توان علت این تفاوت را در ابزارهای متفاوت مورد استفاده نیز جستجو کرد.

بر اساس یافته های پژوهش حاضر نمره فعالیت داوطلبانه ۹۹/۴ درصد از شرکت کنندگان، در حالت قوی ارزیابی شد. در تبیین این یافته می توان به داشتن زمان کافی و اوقات فراغت در سالمندان اشاره نمود که باعث مشارکت و همکاری بیشتر آنها در فعالیت های داوطلبانه می شود. این یافته با نتایج پژوهش های داوری و همکاران (۲۰) که به بررسی ارتباط بین جذب روش های مشارکت با فعالیت های داوطلبانه پرداخته بودند و مطالعه اسداللهی و همکاران (۱۶) که به بررسی شاخص سلامت، سرمایه



بالای فعالیت داوطلبانه در جامعه مورد بررسی اشاره نمود به طوری که اکثر شرکت کنندگان با ویژگی های دموگرافیکی مختلف از جمله سن و جنس به صورت های گوناگون در فعالیت های داوطلبانه شرکت می کردند.

از منظر سن این یافته با نتایج پژوهش اسداللهی و همکاران (۱۶) غیر همسو بود؛ به طوری که در مطالعه اسداللهی و همکاران بین فعالیت داوطلبانه با سن رابطه ی معنی داری گزارش نشد.

از منظر جنس این یافته با نتایج پژوهش ناکامورا و همکاران (۲۴) که به بررسی مسیرهای افزایش فعالیت داوطلبانه در بزرگسالان مسن ایالات متحده پرداخته بودند غیرهمسو بود؛ به طوری که در این مطالعه فعالیت داوطلبانه در زنان بیشتر از مردان بود. این تفاوت می تواند ناشی از تفاوت های فرهنگی در بین جوامع مورد بررسی باشد.

از منظر نوع زندگی این یافته با نتایج پژوهش اسداللهی و همکاران (۱۶) غیر همسو بود.

در مطالعه اسداللهی سالمندانی که جدا از فرزندان خود زندگی می کردند؛ نمره میانگین بالاتری را در گرایش های داوطلبانه به خود اختصاص می دادند که می تواند به عنوان یک مکانیسم جبرانی برای سالمندان تنها باشد و از این رو با درگیر شدن در فعالیت های داوطلبانه احساس همبستگی با جامعه داشته و از حمایت های اجتماعی برخوردار می گردند. از منظر سواد این یافته با نتایج پژوهش کلینر و همکاران (۲۱) غیرهمسو بود.

به طوری که با افزایش سطح سواد شرکت کنندگان میزان فعالیت های داوطلبانه آنان نیز افزایش می یافت این درحالیست که در مطالعه اسداللهی و همکاران (۱۶) گرایش به فعالیت های شهروندی و ارزش ها و کنش های داوطلبانه با افزایش سطح

پرداخته بودند هم راستا است اما با نتایج پژوهش اشرفی و همکاران (۱۹) و ابراهیمی میمند و همکاران (۲۲) غیر همسو است به طوری که در پژوهش ابراهیمی میمند زنان، سرمایه اجتماعی بیشتری داشتند.

در تبیین یافته حاضر می توان به حرکت جامعه ایرانی به سمت برابری حقوق مرد و زن که منجر به برخورداری یکسان از حق مشارکت در جامعه و به تبع آن افزایش سرمایه اجتماعی در هر دو گروه جنسیتی می شود، اشاره نمود. از منظر سواد نیز این یافته با نتایج پژوهش ابراهیمی میمند و همکاران (۲۲) غیر همسو بود به طوری که در پژوهش ابراهیمی میمند افراد با تحصیلات پایین تر، سرمایه اجتماعی بیشتری داشتند. در تبیین یافته حاضر می توان به تاثیر تحصیلات بر شغل و به تبع آن مشارکت در جامعه اشاره نمود به طوری که انتظار می رود افرادی که تحصیلات بالاتری دارند شغل، شبکه حمایتی و نهایتا سرمایه اجتماعی بهتری داشته باشند.

در مطالعه حاضر بین سرمایه اجتماعی و تاهل، رابطه معناداری وجود داشت به طوری که سالمندان مجرد (مطلقه و بیوه) نسبت به سالمندان متاهل، از سرمایه اجتماعی بالاتری برخوردار بودند در تبیین این یافته می توان به حمایت های اجتماعی بیشتری که از سوی سایر اعضای خانواده و دوستان پس از ازدست دادن همسر یا جداشدن از او صورت می گیرد، اشاره کرد. این درحالیست که یافته حاضر با نتایج پژوهش ابراهیمی میمند و همکاران (۲۲) غیر همسو بود.

طبق نتایج بین فعالیت داوطلبانه و اطلاعات دموگرافیک از جمله سن، جنسیت، نوع زندگی، تاهل و سطح تحصیلات، رابطه معناداری وجود نداشت. در تبیین یافته حاضر می توان به سطح



ملاحظات اخلاقی

این مطالعه مصوب شورای پژوهشی و کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران با شناسه اخلاق IR.IUMS.REC.1400.792 است.

سهم نویسندگان

زهراسنگ سفیدی: طراحی مطالعه و جمع آوری نمونه‌ها، سیده ملیکا خارقانی مقدم: تجزیه و تحلیل داده‌ها، محدثه صدری: تهیه پیش‌نویس مقاله، وحید راشدی: مدیریت پروژه و ویرایش علمی مقاله، لازم به ذکر است کلیه نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تایید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

حمایت مالی

پژوهش حاضر حمایت مالی نداشته است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی را در این مطالعه گزارش نکردند.

تقدیر و تشکر

این مطالعه برگرفته از پایان نامه مقطع MPH و مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران بوده که با حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه انجام پذیرفته است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه شرکت‌کنندگان در این مطالعه قدردانی کنند.

سواد کاهش می‌یافت. این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از اختلاف در جامعه آماری مورد بررسی در مطالعات مختلف باشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به وجود ناکافی منابع در خصوص فعالیت داوطلبانه سالمندان اشاره کرد. همچنین خستگی و کهنلت سن پاسخگویان و عدم همکاری برخی از آنان از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود.

با توجه به نتایج مطالعه به نظر می‌رسد سرمایه اجتماعی سالمندان مورد بررسی در جایگاه مطلوبی قرار دارد. از این رو باید در راستای استفاده از این ظرفیت، برنامه ریزی‌های موثری انجام شده و این ظرفیت را در راستای نیازها و اهداف جامعه هدایت نمود.

همچنین با توجه به نتایج این مطالعه ما نیازی به برنامه ریزی در خصوص افزایش فعالیت‌های داوطلبانه نداریم، زیرا که سالمندان در بالاترین سطح کنش‌گری قرار دارند و مدیران و برنامه ریزان کشوری باید به نحو مطلوبی از این منبع موجود استفاده کنند و از این ظرفیت در جهت مشارکت و فعالیت سالمندان در امور اجتماعی بهره‌برند. در این راستا می‌توان با شناسایی فعالیت‌هایی که به دست سالمندان سپرده می‌شوند و مطابق با آنها هستند، از یک سو به افزایش سرمایه اجتماعی سالمندان و رضایت ایشان از خود دست پیدا کنیم و از سوی دیگر بخشی از نیازمندی‌های جامعه را با هزینه اندک برطرف نماییم.

References

- 1-Mohamadzadeh M, Rashedi V, Hashemi M, & et al. Relationship between activities of daily living and depression in older adults. Iranian Journal of Ageing. 2020;15(2):200-11.
- 2-Hagmann M. The world in 2050: more crowded, urban and aged. Bulletin of the World Health Organization. 2001;79:482-3.



- 3-Sharma S. Universal Particulars towards Maternal Health Circumstance. *Journal of Health Promotion*. 2019;7:27-34.
- 4-Mazandaran I. Assessment of Barriers to Elderly Health Education from Health Care Providers Opinions in the Urban Family Physician Plan of Babol City in 2020. *Journal of Gerontology (joge)*.2022;7(1):29-39.
- 5-Seyyedrasooli A, Ghojazadehm M, Goljaryan S, & et al. The effect of sensory stimulation on quality of life of the elderly and their self-efficacy for coping with the fear of falling. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2020;25(5):407.
- 6-Eftekharian R, Kaldi A, Sum S, & et al. Validity and reliability of Persian version of Onyx Social Capital Scale in elderly people. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2016;11(1):174-89.
- 7-Mehri Nejad SA, Ramezan Saatchi L, Paydar S. Death anxiety and its relationship with social support and adherence to religion in the elderly. *Iranian journal of Ageing*. 2017;11(4):494-503.
- 8-Heidari M, Ghodusi Borujeni M, Kabirian Abyaneh S, & et al. The effect of spiritual care on perceived stress and mental health among the elderlies living in nursing home. *Journal of Religion and Health*. 2019;58(4):1328-39.
- 9-Haghani M, Mandegari Z, Dehghani Tafti A, & et al. The effect of teaching fundamentals of geriatric life on nurses' knowledge and attitudes toward aging. *Elderly Health Journal*. 2022;8(1):49-55.
- 10-Tavousi M, Mehrizi AAH, Hashemi A, & et al. Mental health in Iran: A nationwide cross sectional study. *Payesh (Health Monitor)*. 2016;15(3):233-9.
- 11-Heine C, Browning CJ. Mental health and dual sensory loss in older adults: a systematic review. *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2014;6:83.
- 12-Hamzehgardeshi Z, Kalantari F, Bakouei F, & et al. Investigation of social capital and its relationship with emotional adjustment in infertile couples: A cross-sectional study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*. 2022;20(2):91.
- 13-Wang G, Duan J, Kan Q, & et al. The correlation analysis of WeChat usage and depression among the middle-aged and elderly in China: the mediating role of social participation. *BMC public health*. 2023;23(1):462.
- 14-Garbaccio JL, Tonaco LAB, Estêvão WG, & et al. Aging and quality of life of elderly people in rural areas. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018;71:724-32.



- 15-Sh S, Danesh P, Baghery H. The Comparison of Familial Social Capitals With and Without the Elderly. *Iranian Journal of Ageing*. 2018;13(2):222-35.
- 16-Asadollahi A, Ismaeli A, Fani-Saberi L. Health Index, Social Capital and Participatory Actions of Elderly People in Ahwaz City/Iran. *Sociological studies*. 2014;7(23):45-64.
- 17-Veisi Miankali MJ, Dehghan Z, Haghani H. Investigating the Relationship between Social Capital and Demographic Characteristics of the Elderly Referred to Tehran Neighborhoods. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2020;20(1):116-26.
- 18-Koosheshi M, Mirzaei M, Pourreza A, & et al. The effect of social capital on the health of the elderly with 60 or more years of age in Mashhad urban districts. *Journal of Social Sciences*. 2016;13(1):109-29.
- 19-Ashrafi E, Montazeri A, Mousavi M, & et al. Influence of sociodemographic features and general health on social capital: Findings from a large population-based survey in Tehran, Iran (Urban-HEART). *Public health*. 2012 Sep 1;126(9):796-803.
- 20-Davari K, Shojaei Moghaddam AR, Razavi Motlagh ZS. Relationship Between The Attraction of Participation Methods With Voluntary Activities Among Volunteers of Red Crescent Society of Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad in 2010. *Journal of Rescue Relief*. 2011;2(4):0-10.
- 21-Kleiner AC, Henchoz Y, Fustinoni S, & et al. Volunteering transitions and change in quality of life among older adults: A mixed methods research. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2022;98:104556.
- 22-Ebrahimi Meimand M, Mohseni M, Kazemian E, & et al. Assessment of the Relationship between Social Capital and Utilization of Health Services among the Elderly in Kerman. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2020;11(4):35-41.
- 23-Lu N, Wu B. Perceived neighborhood environment, social capital and life satisfaction among older adults in Shanghai, China. *Scientific Reports*. 2022;12(1):6686.
- 24-Nakamura JS, Lee MT, Chen FS, & et al. Identifying pathways to increased volunteering in older US adults. *Scientific Reports*. 2022;12(1):12825.



ORIGINAL ARTICLE

Received:2023/08/06

Accepted:2023/12/03

The Effectiveness of Therapy Based on Acceptance and Commitment regarding Reducing Hopelessness and Anxiety of Working Children in Yazd city

Elahe Mahdvar (M.A.)¹, Azadeh Choobforoushzadeh (Ph.D.)², Azra Mohammad panah (Ph.D.)³,
Elahe Shirovi (Ph.D.s)⁴

1.Master of Psychology, Departement of Humanities and social sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.

2.Corresponding Author: Associate Professor, Departement of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.

Email: Azadechoobforoush@ardakan.ac.ir Tel: 09127553502

3.Assistant Professor, Departement of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.

4.Ph.D Student of Psychology, Departement of Humanities and social sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.

Abstract

Introduction: The phenomenon of working and street children is one of the problems that plagues most big cities. Working children means children and teenagers who, according to social laws, under the age of 18 engage in activities to earn money. The purpose of this research is to investigate the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment regarding reducing hopelessness and anxiety of working children in Yazd City.

Method: The method of the current research was semi-experimental, and its design was pre-test-post-test with a control group and a four-week follow-up. The statistical population included working children in the age group of 8 to 12 who were covered by the welfare management of Yazd city in the spring of 2019. The study sample included 30 working children who were placed randomly in 2 control and experimental groups using convenience sampling. Data collection tools included Kazdin's Children's Hopelessness Scale and Spence's Children's Anxiety Scale. The experimental group received 8 one and half an hour sessions of treatment based on commitment and acceptance, but the control group was placed on the waiting list. Data analysis was done using analysis of covariance test and SPSS software.

Results: The results of the present study, according to the analysis of covariance, showed that the treatment based on acceptance and commitment significantly reduced the level of frustration and anxiety in working children ($p < 0/05$).

Conclusion: Based on the findings, it can be concluded that the treatment based on commitment and acceptance has been able to reduce hopelessness and anxiety of working children. It is suggested to organize psychological interventions and trainings with the help of relevant organizations in order to improve working children's mental health and reduce their anxiety and frustration.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Hopelessness, Anxiety, Working Children

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.



This Paper Should be Cited as:

Author: Elahe Mahdvar, Azadeh Choobforoushzadeh, Azra Mohammad panah, Elahe Shirovi. The Effectiveness of Therapy Based on Acceptance and Commitment regarding ReducingTolooebehdasht Journal. 2023;22(5)13-27.[Persian]

**طلوع بهداشت**

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال بیست و دوم

شماره پنجم

آذر و دی

شماره مسلسل: ۱۰۱

تاریخ وصول: ۱۴۰۲/۰۵/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۲

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناامیدی و اضطراب کودکان کار شهر**یزد**نویسندگان: الیه مهدور^۱، آزاده چوبفروش زاده^۲، عدرا محمدپناه اردکان^۳، الیه شیروی^۴

۱. کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

تلفن تماس: ۰۹۱۲۷۵۵۳۵۰۲ Email: azadechoobfroush@ardakan.ac.ir

۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

۴. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

چکیده

مقدمه: پدیده کودکان کار و خیابانی یکی از معضلات گریبان گیر اکثر شهرهای بزرگ است. کودک کار به معنای کودک و نوجوانی که طبق قوانین اجتماعی زیر سن ۱۸ سال اقدام به فعالیت‌هایی جهت کسب درآمد می‌کند. هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناامیدی و اضطراب کودکان کار شهر یزد بود.

روش بررسی: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح آن به صورت پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری چهار هفته‌ای بود. جامعه آماری شامل کودکان کار گروه سنی ۸ تا ۱۲ سال که در بهار سال ۱۳۹۹، تحت پوشش مدیریت بهزیستی شهرستان یزد بودند. نمونه مورد مطالعه شامل ۳۰ کودک کار بود که با استفاده از روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جای دهی شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مقیاس ناامیدی کودکان کازدین و اضطراب کودکان اسپنس بود. گروه آزمایش هشت جلسه یک و نیم ساعت درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش را دریافت کردند ولی گروه گواه در فهرست انتظار قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و نرم‌افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت معناداری موجب کاهش سطح ناامیدی و کاهش میزان اضطراب در کودکان کار گردید ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: براساس یافته‌ها می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش توانسته است باعث کاهش ناامیدی و اضطراب کودکان کار شود. پیشنهاد می‌شود با همت سازمان‌های ذیربط جهت ارتقاء سلامت روان و کاهش اضطراب و ناامیدی کودکان کار مداخلات و آموزش‌های روانشناختی برگزار شود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ناامیدی، اضطراب، کودکان کار

این مقاله برگرفته از رساله کارشناسی ارشد رشته روانشناسی استخراج شده است.



مقدمه

یکی از آسیب‌های جدی که جوامع در حال توسعه از جمله جامعه ایران را تهدید می‌کند گسترش روزافزون کودکان کار است که به دلایل گوناگون بخشی یا همه اوقات خود را در خیابان‌ها سپری می‌کنند که برای کودکان محیطی ناامن و متشنج به شمار می‌رود (۱).

بر اساس آمار تعداد کودکان کار در ایران ۲۰ هزار نفر است اما آمارهای غیررسمی این تعداد را بین چهارصد هزار تا یک میلیون نفر برآورد می‌کنند (۲). طبق تعریف سازمان بین‌المللی کار (International Labour Organization-ILO)، کار کودک به عنوان کاری تعریف شده است که کودکان را از دوران کودکی و شأن منزلت محروم می‌کند و برای تحول جسمانی و روانی آن‌ها مضر است (۳). کودک کار به کودکان زیر ۱۸ سال گفته می‌شود که با هدف کسب درآمد برای کمک به خانواده کار می‌کنند (۴). عوامل ریشه‌ای اجتماعی (مشکلات و فقر اقتصادی، رشد سریع جمعیت، بیکاری)، عوامل زمینه‌ای اجتماعی (توزیع ناعادلانه منابع و خدمات و شرایط نامطلوب کاری)؛ عوامل مستقیم (خانواده‌های بزرگ و فقیر، اعتیاد به الکل و ...) و عوامل دیگر مانند کمک کودکان به معیشت خانواده، طرد کودکان توسط خانواده‌ها، ترک خانه به خاطر بدرفتاری خانواده از جمله عوامل مؤثر در بروز و تقویت این پدیده اجتماعی می‌باشد (۵).

با توجه به اینکه کودکان کار همراه در محیط‌های نابسامان زندگی می‌کنند در نتیجه در معرض اختلال روانی و جسمی بسیاری قرار می‌گیرند به طوری که عوامل محیطی برای پدیدار شدن اختلال‌های اضطرابی در این کودکان نقش به‌سزایی دارد

شاید بتوان اضطراب را به‌عنوان احساس رنج آوری که با یک موقعیت ضربه‌آمیز کنونی یا با انتظار خطری که به شیء نامعین وابسته است، تعریف کرد (۶).

اختلال روان پریشی و اضطراب اغلب در دوران کودکی و بلوغ بروز داده می‌شود و با علائمی از قبیل خجالت، افت تحصیلی و عدم موفقیت در مدرسه، اختلال در خواب، نارضایتی‌های روانی و جسمی، کندی حرکتی و خشونت قابلیت تشخیص دارد (۷). مطالعات متعددی نشان می‌دهند که اختلال‌های اضطرابی پدیده‌ای گذرا نبوده و در صورت درمان نشدن تا سنین نوجوانی و بزرگسالی ادامه خواهند یافت (۸، ۱۰).

اختلال اضطرابی در روند تفکر و یادگیری شخص اختلال زیادی ایجاد می‌کند. به‌علاوه، وجود اضطراب و کم‌جرات بودن منجر به اختلال در عملکرد تحصیلی، تخریب توانایی‌های هوش و یادگیری، کاهش تفکر انتزاعی و رکود استعدادها شده و همچنین با ایجاد معضلات اقتصادی آثار زیانباری برای فرد، خانواده و اجتماع به بار خواهد آورد (۹، ۱۰). اختلال در عملکرد خانواده، محیط نامناسب و دیگر اشکال سوء استفاده از کودکان در پیدایش اختلالات اضطرابی در این کودکان نقش مهمی ایفا می‌کند. تحقیقات نشان داده است عوامل محیطی بیشتر از عامل ژنتیک در ایجاد اختلالات اضطرابی مؤثر هستند. تجربیات تروماتیک در کودکی به ویژه سوء استفاده جنسی یکی از مهم‌ترین فاکتورهای جدی در پیدایش اختلالات اضطرابی می‌باشد (۱۱، ۱۲).

مواجهه کودک کار با چالش‌های استرس‌زای محیط اجتماعی منجر به تجربه زیاد اضطراب می‌شود. ویژگی بارز اضطراب، نگرانی است که عبارت است از دلواپسی بیش از حد درباره



معنابخشی منفی رویدادهای کودکی مانند سوءرفتارها و اسناد آن‌ها به عوامل درونی (سبک اسناد درونی) افراد را در معرض ناامیدی قرار می‌دهد (۱۶). همچنین افراد ناامید در موقعیت استرس‌زا راه‌حلی برای خود نمی‌یابند (۲۱).

طبق پژوهش آپیک (۲۲) سهم ناامیدی ناشی از کمبود ساز و کارهای مقابله‌ای کارآمد در خودکشی ۲۳/۵ درصد است. توانایی کم در خلق دورنما، خودمحوری، فقدان خودنظم‌بخشی هیجانی و عدم پاسخ منعطفانه به رویدادهای غیرقابل پیش‌بینی، تجربه ناامیدی را برای کودکان نسبت به بزرگسالان سخت‌تر می‌کند و انجام مداخله‌های روان‌درمانی را در این زمینه ضروری می‌سازد (۲۳).

از جمله درمان‌هایی که می‌تواند بر کاهش آسیب‌های روانی کودکان کار تأثیر داشته باشد آموزش تعهد و پذیرش می‌باشد (۲۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد رفتار درمانی موج سوم است که هدف آن افزایش مشارکت در فعالیت‌هایی است که برای زندگی افرادی که درد، ناراحتی یا پریشانی مداوم دارند معنا، نشاط و ارزش می‌آورد (۲۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آگاهی شخص همراه با تعهد نسبت به عمل و پذیرش درد تأکید می‌کند. یعنی شخص بدون اینکه مانع صور افکار مرتبط با بیماری در ذهن خود شود آگاهانه آن‌ها را در ذهن خود مورد بررسی و ارزیابی قرار می‌دهد (۲۶).

هنگامی که این افکار و احساسات با گشودگی و پذیرش مشاهده شوند حتی دردناک‌ترین آن‌ها کمتر تهدیدکننده و قابل پذیرش‌تر می‌شوند (۲۷). در این زمان سعی بر این است که به فرد یاد داده شود که هرگونه فعالیتی برای اجتناب یا کنترل این تجارب روانی بی‌فایده است؛ یا اثر منفی دارد و باید تجارب

موقعیت‌های دارای پیامدهای نامطمئن (۱۳). دشواری‌های زندگی و اختلال‌های اضطرابی، کودکان را نیز دچار یأس و ناامیدی می‌کند (۱۴).

سازمان جهانی کار به کودکان اجازه می‌دهد که از سن ۱۳ سالگی کارهای سبک را انجام دهند. کارهای سبک به فعالیت‌هایی گفته می‌شود که در دامنه کارهایی مانند فعالیت‌های نظامی یا مواد مخدر نباشد و با تحصیل، تکامل جسمی و روانی کودک تداخل نداشته باشد (۱۵، ۱۶). یکی دیگر از چالش‌های کار کودکان، تأثیرات آن بر سلامت روان کودکان می‌باشد. یکی از مهم‌ترین ابعاد سلامت روان که در کودکان کار آسیب می‌بیند امید است (۱۷). بدرفتاری، سواستفاده، خشونت و کم توجهی نسبت به کودک باعث ناامیدی در کودک می‌شود (۱۶). در مطالعه میل کرافت (۱۸) ۵۲ درصد از کودکان کاری که کاملاً از خانواده‌هایشان جدا شده‌اند احساس ناامیدی را تجربه کرده‌اند و در کودکان کار شاخص‌های امید به آینده نسبت به سایر همسالان کمتر بوده است (۱۹).

تنهایی اغلب با بی‌هدفی همراه است؛ هدف یکی از سه مؤلفه تشکیل‌دهنده امیدواری است و برای درک ناامیدی دانستن تعریف امیدواری لازم است (۲۰). امیدواری را چنین تعریف شده است: اینکه فرد بداند چه هدفی دارد، راه‌های مختلف رسیدن به هدف را بداند (تفکر راهیاب) و خود را در رسیدن به آن هدف مؤثر بداند (تفکر عامل) (۲۱). در مقابل ناامیدی، نظامی از طرحواره‌های منفی است که فرد هم نسبت به خود و هم نسبت به آینده‌اش دارد (۲۲) که به خودپنداره و کفایت اجتماعی فرد آسیب می‌رساند (۱۵). شیوه معنابخشی به رویدادها و مهارت حل‌مسأله ناکارآمد از عوامل مؤثر بر ناامیدی است.



معلوم کرده که بیش از ۷۰ درصد کودکان کار مورد آزار جسمی والدین قرار گرفته‌اند (۳۰).

شیوع اختلالات در سنین کودکی در کودکان کار نسبت به افراد عادی نتایج مخرب‌تری دارد؛ همچنین اختلال در رشد جسمی و روحی منجر به ناتوانی دائمی در این کودکان می‌شود. کودکان کار به طور ناخواسته در معرض استرس و اضطراب اجتماعی و روانی قرار می‌گیرند و عدم دسترسی به مدرسه باعث تضعیف عزت نفس و در نتیجه ناامیدی در این کودکان می‌شود. با توجه به وجود آثار و پیامدهای پدیده کودکان کار نیاز به مطالعات نظام‌مندی در خصوص شناسایی ابعاد سلامت روان مانند بررسی ابعاد ناامیدی و اضطراب است. بنابراین برای ایجاد تغییرات سازنده، دسترسی به اطلاعات توصیفی در مورد وضعیت مربوط به کودکان کار و شناسایی متغیرهای تأثیرگذار بر سلامت روان آنان مورد نیاز است. این پژوهش می‌تواند به عنوان مطالعه پایه برای پژوهش‌های آتی باشد. همچنین پس از ارزیابی متغیرهای پژوهش با اجرای مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میتوان در جهت بهبود سلامت روان جامعه هدف گام برداشت. این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناامیدی و اضطراب کودکان کار انجام شد.

روش بررسی

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری چهار هفته‌ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کودکان کار گروه سنی ۸ تا ۱۲ سال که در بهار سال ۱۳۹۹، در مرکز روزانه سرای امید تحت پوشش مدیریت بهزیستی شهرستان یزد بودند. با روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در

ایجاد شده را بدون هیچ‌گونه واکنش برای حذف آن‌ها بطور کامل پذیرفت (۲۸).

در پژوهشی بتول و بلال (۲۹) نشان دادند که فقر، بیکاری والدین و ترک تحصیل کودکان از دلایل اصلی کار کودکان در پاکستان است. علاوه بر این، این مطالعه نشان می‌دهد که کار کودک باعث استرس، ناامیدی، پرخاشگری و افسردگی در کودکان می‌شود. در این راستا Kelson و همکاران (۲۵) در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک درمان مؤثر و قابل قبول در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر و اضطراب عمومی هست. در مطالعه‌ای دیگر Lappalainen و همکارا (۳۰) نشان دادند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سلامت روان نوجوانان تأثیر بسزایی دارد.

مسئله کودکان کار علاوه بر ابعاد انسانی، اخلاقی، اجتماعی و اقتصادی‌اش یک بعد مهم دیگر دارد که شاید در نگاه کسانی که از منظر سلامت به مسائل اجتماعی می‌نگرند، مهم‌ترین بعد این مسئله باشد (۲۰). از این منظر مسئله کودکان کار نه تنها یک معضل اجتماعی، بلکه یک مسئله بهداشتی قابل توجه است که طی آن زندگی بخشی از کودکان در معرض خطرات و تهدیدهای ریز و درشت قرار می‌گیرد. این مسئله بهداشتی وقتی درخور حساسیت و توجه می‌شود که بدانیم مطالعات مختلف در طی سال‌های گذشته نشان داده‌اند که وضعیت سلامت کودکان کار در هر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی به طور فاحشی بدتر از همسالان آن‌هاست. از طرف دیگر سلامت روانی و اعتماد به نفس‌شان پایین و سطوح متفاوتی از اضطراب را تجربه می‌کنند و خشونت فیزیکی به عنوان تلخ‌ترین تجربه کودکی، تجربه مشترک بسیاری از آن‌هاست، چنان‌که یک پژوهش



دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (در هر گروه ۱۵ کودک کار). حجم نمونه بر اساس نتایج نرم افزار Power*G (۳۱) و در نظر گرفتن نکات مطرح شده در تحلیل کوواریانس تعیین شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل کودک کار بودن، دامنه سنی ۸ تا ۱۲ سال و عدم سوء مصرف مواد بود. همچنین معیارهای خروج از مطالعه نظیر غیبت بیش از ۲ جلسه و عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات بود.

پرسشنامه ناامیدی کودکان کازدین: مقیاس ناامیدی کودکان توسط Kazdin و همکاران در سال ۱۹۸۳ تهیه شده و در سال ۱۹۸۶ مورد بازنگری قرار گرفت و بر اساس مقیاس ناامیدی بک ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۱۷ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی میزان ناامیدی در کودکان ۶ تا ۱۸ سال است. طیف پاسخگویی آن از نوع دو گزینه‌ای بوده که در آن هر جوابی که مطابق کلید پرسشنامه باشد ۱ امتیاز و گزینه‌های غیرمطابق با کلید ۰ امتیاز دریافت خواهند نمود. سؤالات ۱، ۱۱، ۷، ۶، ۵، ۴، ۳، ۱ و ۱۶ بصورت پاسخ غلط و سؤالات ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۰، ۹، ۸، ۲ و ۱۷ به صورت صحیح نمره دریافت می‌کنند (۳۲).

برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سؤالات را با هم جمع می‌شوند. این نمره دامنه‌ای از صفر تا ۱۷ را خواهد داشت. هر چه امتیاز بالاتر باشد نشان دهنده میزان ناامیدی بالاتر کودک پاسخ‌دهنده خواهد و برعکس. از نظر اعتبار پیش‌بین، مایر (۳۳) مقیاس ناامیدی کودکان را برای پیش‌بینی رفتارهای خودکشی گرایانه آینده در مورد گروهی از کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ ساله بهنجار و دچار اختلال‌های روانی بررسی کرد. ۱۰۰ نفر از این گروه دچار افسردگی حاد و ۳۸ نفر فاقد افسردگی بودند. طبق نتایج این مطالعه نمره‌های

مقیاس ناامیدی کودکان در یک دوره پیگیری سه ساله رابطه‌ای با رفتارهای خودکشی گرایانه نداشت. کازدین و همکاران (۳۲) در پژوهشی به بررسی ویژگی‌های روان سنجی و روایی همزمان مقیاس ناامیدی کودکان پرداختند. آن‌ها پژوهش خود را بر روی ۲۶۲ کودک شش تا سیزده ساله بستری (۶۲ دختر و ۲۰۰ پسر) مادران آن‌ها انجام دادند. نتایج نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی مقیاس برابر با ۰/۹۷ و ضریب اسپیرمن-براون حاصل از دو نیمه‌سازی مقیاس برابر با ۰/۹۶ بود که هر دو مقدار نشان‌دهنده همسانی درونی و پایایی قابل قبول مقیاس بودند.

برای بررسی روایی همزمان، همبستگی متقابل مقیاس ناامیدی با مقیاس افسردگی بک، عزت‌نفس کوپراسمیت (۳۴) و رفتار اجتماعی ماتسون، روتاتوری و هلسل (۳۵) بررسی شد. نتایج نشان داد که ناامیدی با افسردگی همبستگی مثبت معنادار ($r=0/58$) و با عزت‌نفس ($r=0/61$) و مهارت‌های اجتماعی ($r=0/39$) همبستگی منفی معنادار دارد.

پرسشنامه اضطراب کودکان اسپنس: این پرسشنامه توسط Spence در سال ۲۰۰۳ برای ارزیابی نشانه‌های اضطراب کودکان در جمعیت عمومی ساخته شد (۳۶). این پرسشنامه شامل ۳۸ سؤال و دارای ۶ زیر مقیاس شامل اضطراب جدایی (۶ عبارت) و ترس اجتماعی یا فوبیا (۶ عبارت)، اضطراب فراگیر (۵ عبارت)، حملات هراس و ترس از فضای باز (۹ عبارت)، وسواس فکری عملی (۶ عبارت) و ترس از آسیب فیزیکی (۵ عبارت) است. طریقه نمره‌دهی به پاسخ‌ها بر اساس یک مقیاس لیکرتی به صورت هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، اغلب=۲ و همیشه=۳ است که حداکثر نمره ممکن برابر با ۱۱۱ به دست



پذیرش و تعهد Hayase و همکاران (۳۹) طی هشت جلسه ۲ ساعته (هر هفته یک جلسه) برگزار شد. لازم به ذکر است که این جلسات توسط سه تن از اساتید این حوزه مورد تأیید قرار گرفت.

در پژوهش گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در نهایت پس از چهار هفته آزمون پیگیری انجام شد. در جدول ۱، شرح مختصر محتوای جلسات مداخله ارائه شده است. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS بررسی شد در انتهای مطالعه توضیحات کامل‌تری در مورد موضوع، روش و اهداف پژوهش به شرکت‌کنندگان ارائه شد. لازم به ذکر است که پس از اتمام کامل مطالعه به منظور رعایت اصول اخلاقی، گروه گواه همچون گروه آزمایش مداخله دریافت کردند.

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش: پس از هماهنگی‌ها و اخذ کد اخلاق، با مراجعه به مراکز بهزیستی، ۳۰ کودک کار با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند.

می‌آید. نمره بالاتر نشان‌دهنده اضطراب بیشتر در کودکان است. روایی همگرایی مقیاس اضطراب کودکان اسپنس با مقیاس تجدید نظر شده اضطراب آشکار کودکان به طور معنادار همبستگی داشته است ($r=0/71$). روایی افتراقی مقیاس نیز با پرسشنامه افسردگی کودکان همبستگی پایین و کم بدست آمد. اعتبار همسانی درونی مقیاس نیز با آلفای کرونباخ $0/92$ و اعتبار بازآزمایی مقیاس به مدت شش ماه، $0/60$ بدست آمد. این ابزار توسط موسوی و همکاران (۳۷) در یک مطالعه (کودکان ۶-۱۲ سال) و توسط بساک نژاد و همکاران (۳۸) در مطالعه دیگر (۴-۶ سال) استانداردسازی شد. اعتبار آزمون اضطراب اسپنس کودکان در پژوهشی که در شهر خرم آباد از یک نمونه ۳۹۶ نفری حاکی از آن بود که میانگین نمره کل اضطراب آزمودنی‌ها برابر $68/38$ و پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برابر $0/85$ می‌باشد.

در ابتدا توضیحات کلی به افراد داده شد و پس از نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج و اخذ رضایت از آن‌ها شرکت‌کنندگان وارد پژوهش شدند. جلسات درمان مبتنی بر

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کودکان کار

فعالیت‌ها	
جلسه اول	آشنایی و ایجاد رابطه درمانی، بحث در مورد حدود رازداری، ذهن آگاهی
جلسه دوم	تمثیل جزیره و کشتی و تعیین تکلیف (رفتارهای جزیره ای)
جلسه سوم	بیان و معرفی مبحث گسلش با استفاده از تمثیل کارخانه و معرفی قصه گوی بزرگ
جلسه چهارم	داشتن احساس بهتر (انجام تمرین‌های تمثیل دروغ سنج، تمرین شیر، بیان افکار در قالب آواز، تمثیل مسافران اتوبوس و تمثیل بافتار انگاشتن خویشتن.
جلسه پنجم	مفهوم گسلش و تمرین قدم زدن با افکار (تمثیل همسایه مزاحم، تمرین فرونشانی فکر، تمثیل طناب‌کشی با هیولا).
جلسه ششم و هفتم	پذیرش رویدادهای ناخوشایند، تمثیل ریگ‌های روان و سؤال‌هایی درباره آمال و آرزوها، تمرین هم‌آزمی شناختی و تمرین بافتار انگاشتن خویشتن، تمرین رویارویی آدم آهنی غول پیکر، تمرین قطب‌نمای ارزش و تعیین اهداف.
جلسه هشتم	تمرین‌های ذهن آگاهی و مشاهده‌گری، آماده‌سازی درمانجو برای مواجه احتمالی با موانع و تمییز دادن موانع بیرونی از درونی، تمرین تعهد مجدد به هنگام عهدشکنی و تمرین‌های مشاهده‌گری.



یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی کودکان کار گروه آزمایش ۱۰/۵±۱/۴۱۴ سال و کودکان کار گروه کنترل ۱۰/۱۳±۱/۸۸۵ سال بود. برای تحلیل داده‌ها قبل از بررسی آزمون تحلیل کوواریانس، آن چه باید در نظر گرفته شود مباحث مربوط به رعایت و بررسی کردن پیش فرض‌های آماری است که در این پژوهش پیش فرض همگنی واریانس‌ها به وسیله‌ی آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاصل از آزمون نشان داد که مقدار آماره F در متغیرهای مورد بررسی معنادار نیست ($p > 0/05$).

بنابراین با توجه به این نتیجه، پیش فرض همگنی واریانس‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد. جهت بررسی طبیعی بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. با توجه به این که فرض صفر در آزمون شاپیرو-ویلک، نرمال بودن توزیع داده‌هاست؛ با توجه به نتایج سطح معناداری متغیر اضطراب ۰/۸۳۸ و متغیر ناامیدی ۰/۰۹۱ شد که بالاتر از ۰/۰۵ است لذا فرص صفر رد نمی‌شود و ادعای نرمال بودن توزیع داده‌ها پذیرفته شده است.

همگنی شیب رگرسیون یکی دیگر از پیش فرض‌های لازم برای تحلیل کوواریانس است. لازم به ذکر است زمانی فرض همگنی شیب‌ها برقرار خواهد بود که میان متغیرهای کمکی (در این پژوهش پیش‌آزمون‌ها) و متغیرهای وابسته (در این پژوهش پس‌آزمون‌ها) در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) برابری حاکم باشد. آن چه مورد نظر خواهد بود تعاملی غیرمعنی دار بین متغیرهای وابسته و کمکی (کووریت‌ها) است.

در این پژوهش قبل از تحلیل داده‌ها برای بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون باید میان متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) برابری حاکم باشد و بر اساس نتایج این برابری تا حدودی برقرار است.

با توجه به این که مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است می‌توان از این آزمون برای تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

مقادیر برآورد شده در جدول ۲ بیانگر این است که بین گروه آزمایش و کنترل به لحاظ میانگین متغیر اضطراب کودکان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0/001$).

به عبارت دیگر میانگین متغیر اضطراب کودکان در بین گروه آزمایش پایین‌تر از گروه کنترل برآورد شده است. میزان تاثیر درمان بر اضطراب ۸۲ درصد در مرحله پس‌آزمون و ۷۲ درصد در مرحله پیگیری بوده است.

مقادیر برآورد شده در جدول ۳ بیانگر این است که بین گروه آزمایش و کنترل به لحاظ میانگین متغیر ناامیدی کودکان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0/05$).

به عبارت دیگر میانگین متغیر ناامیدی کودکان در بین گروه آزمایش پایین‌تر از گروه کنترل برآورد شده است. میزان تاثیر درمان بر ناامیدی ۳۵ درصد در مرحله پس‌آزمون و ۳۸ درصد در مرحله پیگیری بوده است.



جدول ۲: برآورد تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین متغیر اضطراب کودکان در بین گروه‌ها

متغیر وابسته	گروه	میانگین تعدیل شده	مجموع مربعات	آماره F	P	مجذوراتا
اضطراب کودکان (پس-آزمون)	آزمایش	۴۶/۶۷	۲۴۲/۰۸	۵۷/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۸۲
	کنترل	۵۴/۴۵				
اضطراب کودکان (پیگیری)	آزمایش	۴۷/۵۵	۱۹۷/۸۸	۳۳/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۲
	کنترل	۵۴/۵۸				

جدول ۳: برآورد تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین متغیر ناامیدی کودکان در بین گروه‌ها

متغیر وابسته	گروه	میانگین تعدیل شده	مجموع مربعات	آماره F	P	مجذوراتا
ناامیدی کودکان (پس آزمون)	آزمایش	۵/۰۳	۱۹/۱۸	۶/۹۴	۰/۰۲۱	۰/۳۵
	کنترل	۷/۲۲				
ناامیدی کودکان (پیگیری)	آزمایش	۵/۴۰	۲۳/۸۶	۸/۰۲	۰/۰۱۴	۰/۳۸
	کنترل	۷/۸۵				

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناامیدی و اضطراب کودکان کار بوده است. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و ناامیدی کودکان مؤثر بوده است. گرچه پژوهشی مستقیم در ارتباط با یافته این پژوهش یافت نشد اما این نتایج با یافته‌های نزدیک و مشابه قابل مقایسه است.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات حیدری و همکاران (۴۰) که نشان دادند پس از آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد نمرات اضطراب و افسردگی در کارکنان مرکز روانپزشکی به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته بود همخوانی دارد. شیرازی و همکاران (۴۱) نیز به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دانش آموزان به طور موفقیت آمیزی اضطراب و افسردگی را کاهش داده است.

جعفری (۴۲) در تطابق با مطالعه حاضر نشان داد که آموزش

مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب دانش آموزان دختر متوسطه اول شده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد با ویژگی‌های اختلالات اضطرابی هماهنگ است به عبارتی هر دو جنبه اختلالات اضطرابی، یعنی "اجتناب شناختی" و "تخریب عملکرد" را مد نظر قرار می‌دهد (۴۳).

در این روش درمانی به افراد آموخته می‌شود که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های اضطراب‌زا، افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی مانند افکار و احساسات و همچنین با ایجاد اهداف و تعهد به آنها با این اختلال خود مقابله کنند. در واقع رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی را تحمیل کرده است، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به اهداف را می‌توان جزء عوامل اصلی مؤثر در این



روش درمانی دانست (۴۴).

مطالعه عمقی روش درمانی ACT خود نشان دهنده آموزش نحوه‌ای از فکر کردن و نگاه کردن به مسائل است که با روش‌های خود سبک‌های سالم مقابله با استرس را آموزش می‌دهد و مهارت‌های مقابله‌ای افراد را افزایش می‌دهد (۴۵). بدین ترتیب در واقع کودکان طی این درمان در پژوهش حاضر یاد گرفتند که به اهداف خود در زندگی پایبند باشند و شرایط زندگی خود را بپذیرند و به جای کلنجار رفتن روزانه با استرس‌های خود و برخورد هیجانی با مشکلات به صورت هدفمند در زندگی عمل کنند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش ناامیدی کودکان کار مؤثر است. در پژوهشی Ibrahim و همکاران (۴۵) نشان دادند که کار کودکان می‌تواند در سلامت جسم و روان آن‌ها تاثیر منفی داشته باشد و همچنین در پژوهش صنعتگر و همکاران (۳۳) نشان دادند که قصه درمانی گروهی را می‌توان به عنوان روش مؤثری برای کاهش ناامیدی کودکان مراکز شبه خانواده در نظر گرفت.

در تبیین تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش ناامیدی می‌توان گفت که فرآیندهای ACT به آزمودنی‌ها آموزش داد که چگونه عقیده‌ی بازداری فکر را رها کنند، از افکار مزاحم گسیخته شوند، به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آن‌ها پردازند (۴۳). هاینز معتقد است که رویکرد پذیرش و تعهد درمانی به جای آن که روی برطرف سازی و حذف عوامل آسیب زا تمرکز نماید

به مراجعان کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلات‌شان گردیده است، رها کنند و به آن‌ها اجازه دهد که از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست بردارند (۴۴). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با آموزش استفاده از راهبرد مقابله مناسب با اضطراب، اجتناب و پریشانی و ترس از ارزیابی منفی در افراد باعث شد تا در مقابل هیجان منفی و ناملايمات اجتماعی دچار ناامیدی نشوند و با افزایش قدرت نگرش واقع‌بینانه و برقراری ارتباط متقابل با دیگران موجب شد احساس تنش یا ناتوانی در تنش زدایی، ناآرامی، بی‌قراری، گریز از ارتباطات معمول و دل‌مشغولی‌های مفرط که ناشی از ناتوانی در بیان هیجانات هستند، کاهش یابد (۴۶).

پذیرش و تعهد درمانی اساساً فرآیند محور است و آشکارا بر ارتقا پذیرش تجربیات روانشناختی و تعهد، با افزایش فعالیت‌های معنابخش انعطاف پذیر، سازگارانه، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روانشناختی تأکید می‌کند (۴۳).

کاملاً بدیهی است که پذیرش تجربیات و هیجان‌ها و عمل ارزش مدار و هدفمند، افراد را به سمت شیوه‌های مقابله مسأله مدار و برخی از شیوه‌های سالم هیجان مدار سوق می‌دهد و به نوبه خود باعث افزایش بهداشت روان کودکان می‌شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم بررسی تأثیر عوامل جمعیت شناختی بر اثربخشی مداخله را نام برد که پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی تأثیر متغیرهایی همچون جنسیت و سن در میزان اثربخشی مداخله کنترل یا بررسی شوند. استفاده از نمونه‌گیری دردسترس که پیشنهاد می‌شود در



سهم نویسندگان

آزاده چوب فروش زاده: مفهوم سازی، روش شناسی، مدیریت داده‌ها، مدیریت پروژه، تحلیل‌های آماری، الهه مهدور: جمع‌آوری داده، نگارش مقاله، عذرا محمدپناه اردکان: نظارت بر پروژه، اعتبارسنجی، تحلیل‌های آماری، الهه شیروی: ویرایش و اصلاح مقاله، تحلیل‌های آماری. نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

حمایت مالی

پژوهش حاضر هیچ گونه حمایت مالی از طرف هیچ سازمانی دریافت نکرده است.

تضاد منافع

انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تعارض در منافع را به دنبال نداشته است و نتایج آن به صورت کاملاً شفاف و بدون سوگیری گزارش شده است.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی کودکان، مسئولین بهزیستی و افرادی که در انجام این پژوهش نویسندگان را یاری کردند، تقدیر و تشکر نمایند.

پژوهش‌های آتی روش‌های معتبر دیگر مورد استفاده قرار گیرد. همچنین عدم امکان پیگیری بلندمدت تأثیر برنامه با استفاده از آزمون پیگیری نیز از دیگر محدودیت‌ها بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده این موضوع مورد توجه قرار گیرد.

در مجموع می‌توان اذعان داشت که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش منجر به کاهش اضطراب و ناامیدی کودکان می‌شود و بنابراین آموزش‌های ارائه شده به کودکان کار جهت کاهش اضطراب و ناامیدی باعث شده است تا توانمندی روانی اجتماعی آن‌ها افزایش یابد تا بتوانند در رویارویی با موانع و دشواری‌های زندگی شخصی در محیط‌های همچون مدرسه و خانواده بر هیجانات و رفتار خود تسلط داشته باشند.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله کارشناسی ارشد رشته روانشناسی استخراج شده است. کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه یزد (IR.YAZD.REC.1399.012) دریافت شد. ملاحظات اخلاقی از قبیل رازداری، رضایت آگاهانه شرکت کنندگان، محرمانه ماندن اطلاعات هویتی در این مطالعه کاملاً رعایت شده است.

References

- 1-Fatima A. Child labour in Pakistan: Addressing supply and demand side labour market dynamics. *The Economic and Labour Relations Review*. 2017; 28(2): 294-311.
- 2-Pasdar Y, Darbandi M, Nachvak SM. Nutritional status of working children as a neglected group in Kermanshah west of Iran. *Journal of Community Health Research*. 2014; 3(2): 124-131. [Persian]
- 3-Pinilla-Roncancio M, Silva R. Children in Angola: Poverty, deprivation and child labour. *Child Indicators Research*. 2018; 11: 981-1005.



- 4-Martin M. Child labour: parameters, developmental implications, causes and consequences. *Contemporary Social Science*. 2013; 8(2): 156-65.
- 5-Dash BM, Prashad L, Dutta M. Demographic trends of child labour in India: implications for policy reforms. *Global Business Review*. 2018; 19(5): 1345-1362.
- 6-Ahmadi Tabar M, Jafari F, Shafi'i N. The effectiveness of group reality therapy on aggression and anxiety in child laborers. *The Journal of New Advances in Behavioral Sciences*. 2020; 5(51): 14-27. [Persian]
- 7-Ali E, Letourneau N, Benzies K & etal. Maternal prenatal anxiety and children's externalizing and internalizing behavioral problems: the moderating roles of maternal-child attachment security and child sex. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2020; 52(2): 88-99.
- 8-Heydari MT, Hazrati M. Explaining the role of social security in promoting social health in the informal settlement area (case: Aslam Abad area in Zanjan city). *Journal of Studies of Human Settlements Planning*. 2020; 15(1): 233-248. [Persian]
- 9-Hill C, Waite P, Creswell C X. Anxiety disorders in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*. 2020; 26(12): 548-553.
- 10-Ramezani J, Hossaini M, Ghaderi MR. The relationship between test anxiety and academic performance of Nursing and Emergency Medical Technician students. *Education Strategies in Medical Sciences*. 2016; 9(5): 392-399. [Persian]
- 11-Kheiri Hassan M, Khodabakhshi A, Taghvaei D. The difference between aggression and anxiety in children working with and without sexual abuse. *Journal of Pediatric Nursing*. 2016; 3(2): 10-15. [Persian]
- 12-Khankesh M, Amini Rarani M, Nosratabadi M. The effect of anger management training on aggression and anxiety in working children. *Koomesh*. 2020; 22 (2): 255-262. [Persian]
- 13-Sturrock S, Hodes M. Child labour in low-and middle-income countries and its consequences for mental health: a systematic literature review of epidemiologic studies. *European child & adolescent psychiatry*. 2016; 25(12): 1273-1286.
- 14-Mahmoodnejad M, Karbalaie Mohammad Meigooni A, Sabet M. Prediction of suicidal ideation and interpersonal violence among labor children based on childhood trauma, emotion regulation difficulties and callous-unemotional traits. *Journal of Psychological Achievements*. 2018; 25(1): 1-22. [Persian]



- 15-Unicef. Child protection advocacy brief: child labour. (2020). <https://www.unicef.org/documents/child-protection-advocay-brief-child-labour>.
- 16-Dube J. Suicidal Children. An un-published thesis for Master of Education, The faculty of Education Lethbridge Alberta, B.S.W University of Calgary. 2005.
- 17-Courtney E, Jeffrey G J, Alloy L. Association of Childhood Maltreatment with Hopelessness and Depression among Adolescent. *Journal of Cognitive Therapy*. 2008; 1(7): 4-17.
- 18-Ortiz-Ospina E, Roser M. Child labor. *Our World in Data*. 2016 Feb 9.
- 19-Inanloo M, Seyed Fatemi N, Ghasemi F & et al. Hopelessness and Dysfunctional Attitude in Children Under the Support of Child Labor Centers in the South of Tehran in 2021. *Iran Journal of Nursing*. 2023; 35(140): 614-29. [Persian]
- 20-Sheer A, Shouping L, Yaseen M & et al. Socio-economic effects of children employment law in reducing child labor in Punjab-Pakistan. *Pakistan Administrative Review*. 2018; 2(3): 323-32.
- 21-Atik G, Kemer G. Psychometric properties of children hope scale validity and reliability study. *Journal of Elementary Education online*. 2008; 8(2):379-390
- 22-Ipek N. The levels of anxiety and hopelessness of primary education children with speech disorders and of their parents. *Journal of Elementary Education Online*. 2010; 9(1): 23-30.
- 23-Zimmerman B. Orphans living situation in Malawi: A comparison of orphanages and foster homes. *Journal of Review of policy Research*. 2005; 22(6): 881-899
- 24-Williams K. Childhood disappointment and the recession holidays. *Journal of Child Study Center*. 2008; 7(4): 154-160.
- 25-Kelson J, Rollin A, Ridout B & etal. Internet-delivered acceptance and commitment therapy for anxiety treatment: systematic review. *Journal of medical Internet research*. 2019; 21(1):e12530.
- 26-Pielech M, Vowles KE, Wicksell R. Acceptance and commitment therapy for pediatric chronic pain: theory and application. *Children*. 2017; 4(2): 10.
- 27-Critchley D, McCracken L, Wileman V, Holmes MG, Norton S, Godfrey E. Physiotherapy informed by Acceptance and Commitment Therapy (PACT) for people with chronic low back pain: a randomised controlled trial. *Physiotherapy*. 2019; 105(1): 34 -5.
- 28-Kanzler KE, Robinson PJ, McGeary DD, Mintz J, Kilpela LS, Finley EP, McGeary C, Lopez EJ, Velligan D, Munante M, Tsevat J. Addressing chronic pain with Focused Acceptance and



- Commitment Therapy in integrated primary care: findings from a mixed methods pilot randomized controlled trial. *BMC Primary Care*. 2022; 23(1): 77 -91
- 29-Batool SA, Bilal M. Understanding child labour: the debate of children's mental and physical health in Pakistan. *Journal of Humanities, Social and Management Sciences (JHSMS)*. 2022; 3(1): 217-29.
- 30-Lappalainen R, Lappalainen P, Puolakanaho A, Hirvonen R, Eklund K, Ahonen T, Muotka J, Kiuru N. The Youth Compass-the effectiveness of an online acceptance and commitment therapy program to promote adolescent mental health: A randomized controlled trial. *Journal of contextual behavioral science*. 2021; 20:1-2.
- 31-Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007; 39(2): 175-191
- 32-Kazdin AE, Rodgers A, Colbus D. The hopelessness scale for children: Psychometric characteristics and concurrent validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986; 54: 241-245.
- 33-Sanatnegar S., Hassanabadi H.R., Asgharinekah M. The effectiveness of group story therapy on reducing hopelessness and loneliness of female children in family-like community centers. *Journal of Applied Psychology*. 2013; 6(4): 7-23. [Persian]
- 34-Coopersmith S. The antecedents of self-esteem. San Francisco: Freeman.1967.
- 35-Matson J.L, Rotatori A.F, Helsel W.J. Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). *Behavior Research and Therapy*. 1983; 21: 335-340.
- 36-Spence S H. Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study. *Journal of abnormal psychology*. 1997; 106(2): 280.
- 37-Mousavi R, Moradi A, Farzad V, Mahdavi S. Psychometric properties of the Spence children's anxiety scale with an Iranian sample. *Int J of Psycholy* 2007; 1(1): 17–26. [Persian]
- 38-Bosaknejad. The effectiveness of family stress management training on the Mothers of preschool anxious children. *Sci Med J Jundishapour* 2012; 11(4): 26–35. [Persian]
- 39-Hayes SC, Strosahl KD. A Practical Guide to Acceptance and commitment therapy. New York: Springer Science and Business Media Inc; 2010.



- 40-Heydari M, Masafi S, Jafari M, Saadat SH, Shahyad S. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of Razi Psychiatric Center staff. Open access Macedonian journal of medical sciences, 2018; 6(2): 410. [Persian]
- 41-Shirazi Chaleshtari Q, Ghasemi Pirblouti M, Sharifi T, Beigi Herchгани M. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on negative emotional regulation (anxiety, stress, depression) of high school male students. Journal of Clinical Psychology. 2017. [Persian]
- 42-Jafari H. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment training and emotion regulation on social anxiety and resilience of female students with first grade social anxiety disorder. Master Thesis in Psychology, Lorestan University. 2016. [Persian]
- 43-Mojdehi M, Etemadi A, Falsafinejad M. [Study of therapeutic interventions and effectiveness of ACT in reduction of general anxiety disordered patients symptoms]. Q J Cult Couns Psychother; 2012. 2(7): 12-23. [Persian]
- 44-Hayes SC. Stability and change in cognitive behavior therapy: considering the implication of ACT and RFT. J Ration Emot Cogn Behav Ther, 2005; 23(2): 131-51.
- 45-Ibrahim A, Abdalla SM & et al. Child labor and health: a systematic literature review of the impacts of child labor on child's health in low-and middle-income countries. Journal of public health. 2019; 41(1): 18-26.
- 46-Sedigh Rad Gh, Asgari P, Hedari A & et al. The Effects of Acceptance-Commitment Therapy on Behavior Impulsivity, Alexithymia and Disappointment in Depressed Patients. Psychological Achievements, 2021; 28(2): 12-26. [Persian]



ORIGINAL ARTICLE

Received:2023/10/03

Accepted:2023/12/03

Comparing Emotional Reactivity and the Ability to Control Thought in Students with and without Sleep Disorder in Zanjan City in 2022

Razieh Eatesamipour(Ph.D.)¹, Nadia einollahi Marian(M.Sc.)²

1. Corresponding Author: Assistant Professor, Department Of psychology, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran. Email: r_etesamipour@pnu.ac.ir Tel: 09171906899

2. Masters of General Psychology, Department of psychology, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Sleep disorder is a condition characterized by disturbed patterns or behaviors related to sleep, and failure to meet this physiological need can compromise human life. The purpose of this research is to compare emotional reactivity and thought control ability in students with and without sleep disorder in Zanjan city.

Methods: This was a descriptive and causal-comparative research. 100 people (50 people with sleep disorder and 50 people without sleep disorder) were selected using random sampling method from the students of Payame Noor University Zanjan city in 2022. To collect data, the questionnaires of insomnia and hypersomnia screening by Zomer et al., thought control ability by Luciano et al. and emotional reactivity by Knock et al. were used. To analyze data, independent t-test and multivariate analysis of variance through SPSS version 26 software were used.

Results: Findings showed that there was a significant difference between students with and without sleep disorder regarding the components of emotional reactivity and the ability to control thoughts ($P < 0/05$). Also, there was no significant difference between the emotional reactivity of male and female students ($P < 0/05$), and there was a significant difference in the ability to control their thoughts between male and female students ($P = 0/001$).

Conclusion: The findings showed that people with high emotional reactivity and lower thought control ability have more sleep disorders. Therefore, it is suggested to improve personal and social performance of students by identifying and eliminating personal and environmental factors governing sleep status of people, as well as providing appropriate educational programs.

Keywords: Sleep Disorder, Students, Thought Control, Emotional Reactivity, Thought Control

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.



This Paper Should be Cited as:

Author: Razieh Eatesamipour, Nadia einollahi Marian. Comparing Emotional Reactivity and the Ability to Control Thought in Students with and without Sleep Disorder in Zanjan CityTolooebehdasht Journal. 2023;22(5)28-42.[Persian]



مقایسه واکنش پذیری هیجانی و توانایی کنترل فکر در دانشجویان با و بدون اختلال

خواب شهر زنجان در سال ۱۴۰۱

نویسندگان: راضیه اعتصامی پور^۱، نادیا عین الهی مریان^۲

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

شماره تماس: ۰۹۱۷۱۹۰۶۸۹۹ Email: r_etesamipour@pnu.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: اختلال خواب وضعیتی است که با مختل شدن الگو یا رفتارهای مربوط به خواب مشخص می‌شود و برآورده نشدن این نیاز فیزیولوژیک می‌تواند حیات انسان را به خطر بیندازد. هدف از پژوهش حاضر مقایسه واکنش پذیری هیجانی و توانایی کنترل فکر در دانشجویان با و بدون اختلال خواب شهر زنجان بود. **روش بررسی:** روش تحقیق پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای بود. از میان دانشجویان دانشگاه پیام نور مشغول به تحصیل در سال ۱۴۰۱ در شهر زنجان تعداد ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر نمونه با اختلال خواب و ۵۰ نفر نمونه بدون اختلال خواب) به عنوان نمونه با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های غربالگری بی‌خوابی و پرخوابی زومر و همکاران، توانایی کنترل فکر لوچیانو و همکاران و واکنش پذیری هیجانی ناک و همکاران استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون t مستقل و تحلیل واریانس چندمتغیره به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین دانشجویان با و بدون اختلال خواب از لحاظ واکنش‌پذیری هیجانی و توانایی کنترل فکر، تفاوت معنادار وجود داشت ($P < 0/05$). همچنین بین واکنش‌پذیری هیجانی دانشجویان دختر و پسر تفاوت معنادار وجود نداشت ($P > 0/05$) و دانشجویان دختر و پسر در توانایی کنترل فکر تفاوت معناداری داشتند ($P = 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج بیانگر این بود که افرادی که دارای واکنش‌پذیری هیجانی بالا و توانایی کنترل فکر پایین‌تری هستند میزان اختلال خواب بیشتری دارند. بنابراین پیشنهاد می‌شود با شناسایی و رفع عوامل فردی و محیطی حاکم بر وضعیت خواب افراد و همچنین ارائه برنامه‌های آموزشی مناسب در جهت بهبود عملکرد فردی و اجتماعی دانشجویان اقدام نمود.

واژه‌های کلیدی: اختلال خواب، دانشجویان، کنترل فکر، واکنش‌پذیری هیجانی

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال بیست و دوم

شماره پنجم

آذر و دی

شماره مسلسل: ۱۰۱

تاریخ وصول: ۱۴۰۲/۰۷/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۲

**مقدمه**

بدن برای حفظ سلامت فیزیولوژیکی مناسب، سلامت روانی و عملکرد شناختی به خواب کافی نیاز دارد (۱). خواب یک فرآیند فیزیولوژیکی حیاتی است که نقش مهمی در بازسازی عملکرد عصبی و حفظ سیستم های فیزیولوژیکی متعدد ایفا می کند (۲). به طور کلی خواب برای بهبود سلامتی مهم است و اختلالات خواب می توانند با سلامت جسمی و روانی تداخل داشته باشند و کیفیت زندگی را کاهش دهند (۳).

اختلالات خواب در درجه اول شامل مشکل در به خواب رفتن، محرومیت از خواب، خواب زیاد، خواب با کیفیت پایین، و اختلال عملکرد در طول روز است و ارتباط نزدیکی با اختلالات پزشکی، روانی و اجتماعی دارد (۲). به طور معمول کم خوابی با تغییرات خلقی، افزایش تحریک پذیری ذهنی و نوسانات عاطفی ارتباط دارد (۴). گزارش برخی از تحقیقات بیانگر این است که خواب واکنش پذیری هیجانی را کاهش می دهد در حالی که برخی تحقیقات افزایش یا حفظ واکنش پذیری را گزارش می کنند (۵).

واکنش پذیری هیجانی، میزان هیجانی است که فرد در پاسخ به محرک های هیجانی تجربه می کند و به عنوان میزان و قدرت هیجان و مدت زمانی که فرد به خط پایه برسد (پایداری هیجانی) تعریف می شود. واکنش پذیری هیجانی در ایجاد و تداوم مشکلات رفتاری نقش دارد به طوری که گفته می شود مشکلات رفتاری شدید ممکن است تلاشی برای اجتناب یا فرار از واکنش پذیری هیجانی قوی تجارب آزاردهنده باشد (۶). پردازش هیجانی ناکافی در طول روز نیز منجر به افزایش نگرانی های پر تنش در طول دوره پیش خوابی و در نتیجه افزایش

فعالیت های شناختی منفی می شود. افراد کم خواب به طور خاص در کنار گذاشتن افکار مزاحم هنگام خواب که می تواند به شکل تفکر کلامی یا تصویرسازی بصری باشد با مشکل مواجه هستند (۷). تحقیقات نشان می دهد سرکوب افکار مزاحم در شرایط خستگی ذهنی دشوارتر است (۸).

وقتی فکر مزاحمی بروز می کند می تواند با آشفتگی هیجانی، برانگیختگی فیزیولوژیکی و تداخل در تمرکز یا تکمیل تکالیف همراه بوده و در هر جا و برای دقایق یا حتی ساعت ها ادامه داشته باشد؛ بنابراین وجود افکار مزاحم باعث تداخل در تمرکز می شود و بروز تعداد خطای بیشتر و زمان واکنش طولانی تری را به دنبال دارد (۹). با گذشت زمان، این واکنش شناختی و عاطفی باعث تداوم اختلالات خواب و تقویت چرخه باطل بی خوابی شده و عملکرد شبانه روز افراد را تحت تأثیر قرار می دهد (۱۰). در این مواقع افراد به منظور رهایی از افکار مزاحم به سرکوب مستقیم آن ها و در نتیجه رهایی از هوشیاری خاطرات ناخواسته به ذهن خود اقدام می کنند (۸). استراتژی های کنترل فکر اتخاذ شده در تلاش برای کنترل افکار مزاحم در زمان خواب، بر کیفیت خواب نقش دارند (۱۱). منظور از کنترل فکر تلاش برای نیندیشیدن در مورد یک فکر خاص است (۱۲). در فرایند کنترل فکر، هدف اصلی سرکوبی افکار مزاحم و ناخواسته ناراحت کننده است (۱۳).

کنترل فکر با آسیب ها و مشکلات روانشناختی مانند افسردگی اساسی، اختلال اضطراب منتشر و افکار و رفتارهای پرخطرانه ارتباط مثبت دارد. به عبارتی هر چه نگرانی بیشتر باشد با وجود تلاش بیشتر برای بازداری آن کنترل فکر بیشتر با شکست روبه رو می شود (۱۴). به طور کلی محرومیت از خواب منجر به



از خواب در مقایسه با افراد عادی، در پاسخ به محرک‌های مثبت واکنش شدیدتر و منفی‌تری نشان می‌دهند (۵). در زمینه ارتباط توانایی کنترل فکر با اختلالات خواب نیز تحقیقات متعدد به نتایج متفاوتی دست یافته‌اند. در این زمینه Sella و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه دست یافتند که افراد کم‌خواب نسبت به افرادی که خوب می‌خوابند به میزان بیشتری از راهبردهای کنترل فکر که شامل سرکوب تهاجمی، ارزیابی مجدد و نگرانی است استفاده می‌کنند (۱۱). همچنین در تحقیقی که توسط Jiang و همکاران صورت گرفت نتایج نشان داد که استراحت ناکافی به توانایی فکر کردن و نیروی تمرکز آسیب رسانده، توانایی برخورد با استرس را کاهش داده و سیستم ایمنی بدن را دچار اختلال می‌کند (۳).

با توجه به اینکه شیوع بالای اختلالات خواب و پیامدهای عمیق آن به یک نگرانی حیاتی برای سلامت عمومی تبدیل شده است نیاز به توجه فوری به آن الزامی است (۲). از طرفی در این مطالعه واکنش پذیری هیجانی و توانایی کنترل فکر به صورت همزمان و با توجه به جنسیت دانشجویان مورد بررسی قرار گرفت که در مطالعات دیگر به آن پرداخته نشده است. بنابراین با توجه به پیامدهای مطرح شده در زمینه مشکلات مرتبط با خواب افراد، جامعه علمی وظیفه دارد تا عوامل قابل تغییر مرتبط با بی‌خوابی را در بین دانشجویان شناسایی کند که این مسأله می‌تواند به تحریک اقدامات متقابل یا طراحی مداخلات سبک زندگی برای بهبود رفاه کلی دانشجویان کمک کند. در پیوند با یافته‌های پژوهش‌های این حوزه در این مطالعه هدف آن است که به مقایسه واکنش‌پذیری هیجانی و توانایی کنترل فکر در دانشجویان با و بدون اختلال خواب شهر زنجان در سال ۱۴۰۱ بپردازیم.

خواب آلودگی، کاهش هوشیاری، بدخلقی، مشکل در تمرکز، عملکرد ضعیف علمی و تغییرات خلقی از جمله افسردگی در دانشجویان شده که می‌تواند بر پیشرفت تحصیلی دانشجویان اثر منفی بگذارد (۱۵). فشارهای روانی موجود در زندگی دانشجویی همچون دوری از خانواده، تجربه زندگی مستقل، تجربه روابط اجتماعی و بین فردی جدید، دغدغه‌های تحصیلی همچون امتحانات، اضطراب و تجربه علائم اضطرابی بخش اجتناب‌ناپذیر زندگی دانشجویان است و این علائم اضطرابی می‌تواند تشدیدکننده واکنش‌پذیری هیجانی و یا برعکس باشد. این دو با هم در نهایت کیفیت زندگی دانشجویان را کاهش خواهند داد (۶)؛ به گونه‌ای که انباشت استرس ناشی از منابع متعدد موجب می‌شود تا دانشجویان به علت خواب ناکافی به خصوص زمانی که قادر به مقابله موثر نباشند از نظر سلامت روان آسیب‌پذیرتر شوند (۱۶).

بررسی‌های مختلف نشان داده که بیش از ۳۰ درصد دانشجویان دچار مشکلات شدید خواب هستند که این امر عامل خطری برای تحت تأثیر قرار گرفتن سلامت آن‌هاست. از سوی دیگر اختلال خواب می‌تواند در محیط تحصیلی بر وظایف محوله درسی صدمه بزند و باعث تخریب کیفیت و کمیت آن و همچنین افت شدید عملکرد تحصیلی شود (۳).

بسیاری از نظریه پردازان اختلال در تنظیم عواطف را نتیجه جدی خواب ناکافی می‌دانند (۸). Alhamed در تحقیق خود نشان داد که کیفیت پایین و خواب کوتاه باعث افزایش عواطف منفی (یعنی خشم، ترس و استرس درک شده) و کاهش رضایت از زندگی و احساسات مثبت می‌شود (۱۷). Lipinska و همکاران در تحقیق خود نشان دادند که شرکت‌کنندگان محروم



روش بررسی

روش تحقیق پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه پیام نور مشغول به تحصیل در سال ۱۴۰۱ در شهر زنجان بود. از میان جامعه آماری پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی تعداد ۲۰۰ آزمودنی انتخاب شده و به پرسشنامه‌های تحقیق پاسخ دادند (ملاک انتخاب این تعداد برای حجم نمونه با توجه به مطالعات پیشین و با بهره‌گیری از فرمول آماری حداکثر حجم نمونه برای هر گروه جهت پاسخ‌گویی به اهداف و فرضیه‌های پژوهش تعداد ۱۰۰ نفر است که ۵۰ نفر برای هر گروه در پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای جهت تعمیم داده‌ها می‌باشد (۱۸)). علت انتخاب ۲۰۰ نفر احتمال ریزش پرسشنامه‌ها به دلیل بررسی شرط داشتن و نداشتن اختلال خواب و مخدوش شدن پرسشنامه‌ها بود. پس از بررسی اطلاعات تعداد ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر نمونه با اختلال خواب و ۵۰ نفر نمونه بدون اختلال خواب) انتخاب شدند.

گروه‌ها بر حسب نمرات بالا و پایین در اختلال خواب (نمره بالا به معنی داشتن اختلال و نمره پایین به عنوان نداشتن اختلال) انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به نمونه‌گیری شامل رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری‌های زمینه‌ای جسمی و روانی و داشتن مشکل شب‌بیداری، عدم اشتغال در مشاغل با شیفت کاری شب، دارا بودن حداقل تحصیلات کارشناسی و همچنین ملاک‌های خروج از نمونه‌گیری عدم تمایل به شرکت کامل در پژوهش، وجود علائم روان‌پریشی و مشکلات جسمی و نداشتن مشکل خواب و عدم پاسخگویی به بیش از ده درصد از پرسش‌ها بود.

جهت سنجش اختلال خواب از پرسشنامه غربالگری بی‌خوابی و پرخوابی (Mini sleep questionnaire) استفاده شد. این پرسشنامه در سال (۱۹۸۵) توسط زومر و همکاران ساخته شده است (۱۹). این پرسشنامه دارای ۶ سؤال و دو بعد بی‌خوابی (سوالات ۱، ۲، ۳) و پرخوابی (سوالات ۴، ۵، ۶) بوده و بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از خیلی کم=صفر تا خیلی زیاد=۴) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالا نشان‌دهنده اختلال در خواب است. در این پرسشنامه هر چه نمره فرد بالاتر باشد نشان‌دهنده وجود اختلال در خواب است. فالوویچنا، ضرایب پایایی آن را بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۱ گزارش کرده است (۲۰). همچنین در پژوهش معنوی پور برای محاسبه پایایی از آلفای کرونباخ استفاده گردید که پایایی آن ۰/۷۹ بدست آمد (۲۱). در این پژوهش جهت سنجش پایایی پرسشنامه میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

برای سنجش کنترل افکار از پرسشنامه توانایی کنترل فکر لوجیانو و همکاران استفاده شد (۲۲). این پرسشنامه دارای ۲۳ سؤال و به صورت تک مؤلفه‌ای بوده و براساس طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت (شدیدا مخالف برابر ۱ تا شدیدا موافق برابر ۵) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده کنترل فکر پایین‌تر است. ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه در پژوهش لوجیانو و همکاران (۲۰۰۵) برابر ۰/۹۰ و در پژوهش براتی و عریضی بالای ۰/۷ برآورد شد (۱۳). در پژوهش حاضر جهت سنجش پایایی پرسشنامه میزان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

جهت سنجش واکنش‌پذیری هیجانی نیز از پرسشنامه واکنش‌پذیری هیجانی (Emotional Response Scale) تاک،



ودیگ، هالمبرگ و هولی (۲۳) استفاده شد.

این مقیاس دارای ۲۱ آیتم و ۳ خرده مقیاس حساسیت (۲۱،۲۰،۱۹،۱۷،۱۶،۱۴،۱۳،۱۲،۹،۷،۵،۲) و پایداری (۱۱،۱۰،۸،۱) است. عبارت های این پرسشنامه بر روی یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از صفر (اصلاً شبیه من نیست) تا ۴ (کاملاً شبیه من است) نمره گذاری می شوند. نمره صفر پایین ترین و نمره ۴ بالاترین میزان واکنش پذیری هیجانی را به خود اختصاص می دهد. سازندگان این پرسشنامه، پایایی آن را به روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۵ و برای مقیاس حساسیت ۰/۹۰، شدت ۰/۸۰ و پایداری ۰/۷۸ گزارش کردند (۲۴).

در مطالعه دیگری آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۴، خرده مقیاس پایداری ۰/۸۱، شدت ۰/۸۶ و حساسیت ۰/۷۸ گزارش شده است (۲۳). همچنین در پژوهش قبلی هترانی و همکاران همسانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و پایایی باز آزمایی ۰/۷۲ به دست آمد (۶). در پژوهش حاضر جهت سنجش پایایی پرسشنامه میزان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل واریانس چند متغیره برای بررسی واکنش پذیری هیجانی و توانایی کنترل فکر در دانشجویان با و بدون اختلال و تی مستقل جهت بررسی تفاوت دانشجویان دختر و پسر از نظر واکنش پذیری هیجانی و توانایی کنترل فکر استفاده شد. محاسبات آماری با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۳ انجام شد.

یافته ها

تعداد افراد نمونه در این پژوهش ۱۰۰ نفر می باشند که شامل

(۵۰ نفر نمونه با اختلال خواب و ۵۰ نفر نمونه بدون اختلال خواب) بودند.

بر اساس ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها، بیشترین فراوانی مربوط به دختران (۲۸ نفر بدون اختلال خواب و ۲۶ نفر با اختلال خواب)، گروه سنی ۲۰ تا ۲۵ سال دارای بیشترین فراوانی (۱۵ نفر بدون اختلال خواب) و گروه سنی ۲ تا ۲۵ سال و ۳۱ تا ۳۵ سال دارای بیشترین فراوانی از نظر اختلال خواب (۱۴ نفر) بودند، وضعیت تحصیلی کارشناسی ارشد دارای بیشترین فراوانی در هر دو گروه بود (۲۵ نفر بدون اختلال خواب و ۲۹ نفر دارای اختلال خواب) و افراد مجرد دارای بیشترین فراوانی در هر دو گروه بودند (۳۵ نفر بدون اختلال خواب و ۳۳ نفر با اختلال خواب) (جدول شماره ۱). فرض نرمال بودن برای واکنش پذیری هیجانی و توانایی کنترل فکر در آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در گروه بدون اختلال خواب به ترتیب ($p > 0/05$ ، $p > 0/20$)، ($p > 0/05$ ، $p > 0/20$) و در گروه با اختلال خواب به ترتیب ($p > 0/05$ ، $p > 0/20$) در همه متغیرهای پژوهش تأیید گردیده است و آزمون لون برای واکنش پذیری هیجانی و توانایی کنترل فکر به ترتیب ($p < 0/05$ ، $p < 0/00$)، ($p > 0/05$ ، $p > 0/304$) به دست آمده است. میانگین و انحراف معیار نمره کلی توانایی کنترل فکر و واکنش پذیری هیجانی و مؤلفه های آن به ترتیب در دو گروه از دانشجویان با و بدون اختلال خواب در جدول ۲ آمده است.

آماره F تحلیل واریانس چند متغیری بررسی تفاوت گروه ها در متغیر واکنش پذیری هیجانی و توانایی کنترل فکر (۶۷۳۵/۵۵) در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار می باشد. بنابراین می توان گفت که بین این دو گروه در متغیر واکنش پذیری هیجانی و توانایی



گروه عادی بودند (جدول ۴). بین میانگین دانشجویان دختر و پسر از نظر واکنش پذیری هیجانی تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0.05$) اما بین میانگین دانشجویان دختر (۶۱/۳۹) و پسر (۶۷/۱۱) از نظر توانایی کنترل فکر تفاوت معناداری وجود داشت ($p = +0.001$). بنابراین نتیجه گرفته می شود که دانشجویان پسر توانایی کنترل فکر بیشتری نسبت به دانشجویان دختر دارند (جدول ۵).

کنترل فکر تفاوت معنی داری وجود دارد (جدول ۳). نتایج تحلیل واریانس نشان می دهد که دانشجویان دارای اختلال خواب در میانگین نمرات واکنش پذیری هیجانی ($F = 14/223$) و متغیر توانایی کنترل فکر ($F = 6/589$) با گروه بدون اختلال خواب تفاوت معناداری دارند. به عبارت دیگر دانشجویان دارای اختلال خواب در میانگین نمرات واکنش پذیری هیجانی بالاتر از گروه بدون اختلال خواب و در توانایی کنترل فکر پایین تر از

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی آزمودنی

بدون اختلال خواب فراوانی / درصد فراوانی	دارای اختلال خواب فراوانی / درصد فراوانی		
۲۲ (۴۴)	۲۴ (۴۸)	پسر	جنسیت
۲۸ (۵۶)	۲۶ (۵۲)	دختر	
۱۸ (۳۶)	۱۶ (۳۲)	لیسانس	تحصیلات
۲۵ (۵۰)	۲۹ (۵۸)	فوق لیسانس	
۷ (۱۴)	۵ (۱۰)	دکتر	
۳۳ (۶۶)	۳۵ (۷۰)	مجرد	وضعیت تأهل
۱۷ (۳۴)	۱۵ (۳۰)	متاهل	
۳۴/۳۰	۳۳/۰۶		میانگین سن

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره کلی توانایی کنترل فکر و واکنش پذیری هیجانی و مؤلفه های آن

متغیر	بدون اختلال خواب انحراف معیار \pm میانگین	با اختلال خواب انحراف معیار \pm میانگین
حساسیت	۱۹/۰۶ \pm ۷/۴۶	۲۲/۱۴ \pm ۵/۸۸
شدت	۱۳/۲۴ \pm ۴/۱۲	۱۵/۲۴ \pm ۳/۹۴
پایداری	۸/۵۶ \pm ۳/۶۷	۱۰/۳۸ \pm ۳/۰۹۸
واکنش پذیری هیجانی	۴۰/۸۶ \pm ۱۱/۳۴	۴۷/۴۶ \pm ۶/۲۳
توانایی کنترل فکر	۶۵/۶۴ \pm ۶/۱۰	۶۲/۴۰ \pm ۶/۵۲



جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری مربوط به واکنش پذیری هیجانی و توانایی کنترل فکر در بین گروه‌ها

آزمون	مقدار	واریانس	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
اثر پیلانی	۰/۹۹۳	۶۷۳۵/۵۵	۲	۹۷	۰/۰۰۰
لامبدای ویکلز	۰/۰۰۷	۶۷۳۵/۵۵	۲	۹۷	۰/۰۰۰
اثر هوتلینگ	۱۳۸/۸۷	۶۷۳۵/۵۵	۲	۹۷	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه روی	۱۳۸/۸۷	۶۷۳۵/۵۵	۲	۹۷	۰/۰۰۰

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس تفاوت گروه‌ها در متغیر واکنش پذیری هیجانی و توانایی کنترل فکر

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
واکنش پذیری هیجانی	۱۱۹۰/۰۵۸	۱	۱۱۹۰/۰۵۸	۱۴/۲۲۳	۰/۰۰۰	۰/۱۲۷
توانایی کنترل فکر	۲۶۲/۴۴۰	۱	۲۶۲/۴۴۰	۶/۵۸۹	۰/۰۱۲	۰/۰۶۳

جدول ۵: میانگین، انحراف استاندارد و آزمون تی مستقل مربوط به واکنش پذیری هیجانی و توانایی کنترل فکر دانشجویان دختر و پسر

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین تفاوت‌ها	df	آماره t	سطح معناداری
واکنش پذیری هیجانی	۵۴	۴۴/۵۸	۹/۴۲	۰/۵۷۳	۹۸	۰/۲۹۲	۰/۷۷
توانایی کنترل فکر	۵۴	۶۱/۳۹	۵/۶۴	-۵/۷۲	۹۸	-۴/۸۷	۰/۰۰۰

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه واکنش پذیری هیجانی و توانایی کنترل فکر در دانشجویان با و بدون اختلال خواب شهر زنجان انجام شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین دانشجویان با و بدون اختلال خواب از نظر واکنش پذیری هیجانی و توانایی کنترل فکر تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج تحقیق جیانگ و همکاران (۳) نشان داد که مشکلات

عاطفی و رفتاری خطر اختلال خواب را در نوجوانان افزایش می‌دهد. لیبینسکا و همکاران (۵) در تحقیق خود نشان دادند که شرکت‌کنندگان محروم از خواب، در مقایسه با افراد عادی در پاسخ به محرک‌های مثبت واکنش شدیدتر و منفی‌تری از خود نشان می‌دهند. نتایج تحقیق هرینگتون و همکاران (۸) نشان داد که کمبود شبکه سرکوب حافظه به دنبال حملات خواب ناکافی منجر به افکار مزاحم و در نتیجه اختلال در تنظیم احساسات



می شود. مداخلات فکری مداوم و اختلالات عاطفی، مشکلات خواب را تشدید می کند که منجر به انباشته شدن افکار مزاحم مداوم و ناراحت کننده و تشدید ناراحتی عاطفی می شود. بالت و همکاران نیز در تحقیق خود نشان دادند که راهبردهای مقابله ای ناسازگار با هیجان پس از یک رویداد استرس زا و باورها و نگرش های ناکارآمد مرتبط با خواب بر تأخیر در به خواب رفتن و کارایی خواب بزرگسالان جوان تأثیر می گذارد (۱۰).

به طور کلی اختلالات خواب یک شکایت رایج در بین دانشجویان سراسر جهان است که احتمالاً نتیجه استرس ناشی از افزایش مسائل تحصیلی است. علاوه بر این برنامه های شلوغ، فرصت های اجتماعی جدید و تغییر ناگهانی در محیط خواب می توانند از عوامل مؤثر دیگر در اختلالات خواب باشند (۲۵).

تحقیقات نشان می دهد پریشانی و عاطفه منفی با تشویش ذهنی، رویاپردازی، خاطرات غیرارادی و افکار مزاحم خودبه خودی همراه هستند (۲۶). افکار مزاحم زمانی رخ می دهند که حوادث روزمره باعث بازایی تجربیات ناخوشایند گذشته می شود. یکی از راه هایی که افراد افکار مزاحم را کنترل می کنند سرکوب مستقیم آن ها در نتیجه رهایی از هوشیاری خاطرات ناخواسته است (۸). در فرایند کنترل فکر هدف اصلی سرکوبی افکار مزاحم و ناخواسته ناراحت کننده است. افکار مزاحم عموماً ریشه درونی دارند و به عنوان افکار، تصاویر یا تکانه های تکرار شونده، غیر قابل قبول و ناخوشایند تعریف می شوند (۱۳). تلاش برای سرکوب یک فکر بر هر دو جریان (الف) تأخیر شروع خواب و (ب) کیفیت خواب تأثیر منفی می گذارد (۷). در واقع افرادی که دچار بی خوابی هستند هنگام خواب از سرکوب فکر، ارزیابی مجدد و نگرانی برای مقابله با افکار پریشان کننده

خود استفاده می کنند (۱۱) اما سرکوب افکار ناخواسته در شرایط خستگی ذهنی دشوارتر است. به طور کلی فرایندهای شناختی به ویژه ناتوانی برای قطع یا کنترل افکار مزاحم، یک عامل مهم در حفظ بی خوابی هستند (۲۷). با توجه به مطالب مطرح شده خواب ناکافی و محرومیت از خواب سبب تغییرات عصبی، رفتاری و فیزیولوژیکی می گردد؛ با افت تحصیلی و کاهش عملکرد عادی روزانه در کلاس درس دانشجویان همراه است؛ سبب خستگی و افسردگی می گردد، مانع شرکت آنان در کلاس درس و خواب آلودگی در هنگام شرکت در کلاسها می شود؛ احساس خستگی و ناراحتی در روز را به دنبال دارد و نشانه های افسردگی و اضطراب را در آنان پدید آورده و یا افزایش می دهد.

از دیگر نتایج این پژوهش این بود که بین دانشجویان دختر و پسر از نظر واکنش پذیری هیجانی تفاوت معناداری وجود ندارد. در ادبیات موجود، هیچ اتفاق نظری در مورد اینکه چگونه زنان و مردان تحت تأثیر تعاملات و محرک های مختلف مثبت و منفی قرار می گیرند، وجود ندارد (۲۸). به طوری که برخی از مطالعات نشان داده اند هیچ تفاوت جنسیتی در تجربه عاطفی وجود ندارد (۲۹). این نتایج با یافته های تحقیق حاضر همسو است؛ اما نتایج این تحقیق با تحقیقات دیگر ناهمسو می باشد (۳۲-۳۰). مردان و زنان تفاوت های مهمی را در شرایط بالینی نشان می دهند که دلیل آن نقص در کنترل شناختی است (۳۳). احساسات ما منعکس کننده نیازهای خودمان و دیگران هستند. تصدیق این احساسات برای بقا و رفاه ما ضروری است. بیان آزادانه احساسات فواید زیادی دارد در حالی که سرکوب عاطفی می تواند منجر به پیامدهای منفی شود (۳۴).



دارای درجه تمایز بیشتری در بیان هیجانی بر روی احساسات مثبت و منفی هستند (۲۹). مردان ممکن است در هنگام استفاده از تنظیم شناختی تلاش کمتری انجام دهند؛ شاید به دلیل استفاده بیشتر از تنظیم خودکار هیجان باشد. دوم، زنان ممکن است از احساسات مثبت در خدمت ارزیابی مجدد احساسات منفی به میزان بیشتری استفاده کنند. زنان از نظر واکنش پذیری روانی-فیزیولوژیکی از نظر عاطفی بیشتر از مردان واکنش نشان می دهند و به نظر می رسد گزارش های زیادی وجود دارد که نشان نمی دهد که تفاوت های جنسی در پاسخگویی وجود دارد (۳۷).

از دیگر نتایج این پژوهش این بود که بین دانشجویان دختر و پسر از نظر توانایی کنترل فکر تفاوت معناداری وجود داشت. نتایج این پژوهش با تحقیق (۳۹, ۳۸, ۲۸) همسو می باشد. منظور از توانایی کنترل فکر این است که فرد می تواند بدون دردسر از ورود افکار ناخواسته به هوشیاری که موجب تداخل با دیگر فرآیندهای شناختی تداخل می شود جلوگیری کند (۴۰). در فرایند کنترل فکر، هدف اصلی سرکوبی افکار مزاحم و ناخواسته ناراحت کننده است (۱۳). توانایی کنترل افکار برای سلامت روان، توجه، تمرکز، برنامه ریزی آینده و ایده پردازی مهم است (۴۱). از طرف دیگر کنترل فکر با آسیب ها و مشکلات روانشناختی مانند افسردگی اساسی، اختلال اضطراب منتشر و افکار و رفتارهای پرخاشگرانه ارتباط مثبت دارد. به عبارتی هر چه نگرانی بیشتر باشد با وجود تلاش بیشتر برای بازداری آن، کنترل فکر بیشتر با شکست روبه رو می شود. این یافته ها مطابق با نظر واگر تحت عنوان «اثر ارتجاعی یا تاثیر معکوس» می باشد که نشان داد تلاش برای بازداری یک فکر

همچنین تفاوت در بیان عاطفی مردان و زنان می تواند محصول اجتماعی شدن باشد تا تفاوت های بیولوژیکی (۳۰). گارساید و کلیمز-دوگان در مطالعه خود نشان دادند که والدین تمایل به تنبیه احساسات منفی (مانند غم و اندوه، خشم، ترس) در پسران دارند؛ در حالی که همان احساسات را در دختران تقویت می کنند. تنبیه شدن برای ابراز احساسات منفی منجر به مشکلات روانی در زندگی بعدی می شود (۳۰).

به طور خلاصه تفاوت های جنسی در پاسخ های عاطفی نامشخص است. دو دلیل اصلی برای این موضوع می توان در نظر گرفت. اول اینکه، مطالعات هنگام بررسی پاسخ های هیجانی دو مفهوم تجربه هیجانی (emotional experience) و بیان (جلوه گیری یا نمایش) هیجانی (emotional expressivity) را اشتباه گرفته اند. برخی از محققان تجربه هیجانی را به عنوان شاخص واکنش هیجانی در نظر گرفته اند؛ در حالی که برخی دیگر بیان هیجانی را به عنوان شاخص واکنش هیجانی در نظر گرفته اند. با این حال پاسخ های هیجانی پدیده های چند وجهی و چند سیستمی از قبیل پاسخ های فیزیولوژیکی، احساسات ذهنی و رفتار هستند که هنگام مطالعه آنها باید همه عوامل را در نظر گرفت (۲۹). به طور خلاصه تفاوت های جنسی در پاسخ های عاطفی نامشخص است. یک مطالعه نشان داد که در مقایسه با مردان، زنان به محرک های منفی با برانگیختگی بالاتر و محرک های خنثی را مثبت تر ارزیابی می کنند (۳۵).

مطالعات دیگر همچنین نشان داده اند که زنان خشم پویا و هیجانان لذت را شدیدتر از احساسات ساکن ارزیابی می کنند اما مردان فقط خشم را شدیدتر ارزیابی می کنند (۳۶). علاوه بر این، یک سری نتایج نشان داد که در مقایسه با مردان، زنان



سلامت آحاد جامعه دارند، لازم است با شناسایی و رفع عوامل فردی و محیطی حاکم بر وضعیت خواب افراد و همچنین ارائه برنامه های آموزشی مناسب، در جهت بهبود عملکرد فردی و اجتماعی دانشجویان اقدام نمود. از جمله محدودیت های این پژوهش به این مورد می توان اشاره نمود که این پژوهش از جهت اینکه در شهر زنجان و بر روی دانشجویان دانشگاه پیام نور و به صورت مقطعی صورت گرفته در تعمیم آن بایستی احتیاط لازم صورت بگیرد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه مصوب شورای پژوهشی و کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران با شناسه اخلاق IR.IUMS.REC.1400.792 است.

سهم نویسندگان

زهرا سنگ سفیدی: طراحی مطالعه و جمع آوری نمونه ها، سیده ملیکا خارقانی مقدم: تجزیه و تحلیل داده ها، محدثه صدری: تهیه پیش نویس مقاله، وحید راشدی: مدیریت پروژه و ویرایش علمی مقاله. لازم به ذکر است کلیه نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تایید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته اند.

حمایت مالی

پژوهش حاضر حمایت مالی نداشته است.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی گزارش نکردند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه پیام نور زنجان و تمامی

غالباً به افزایش فراوانی آن فکر منتهی می شود. بنابراین تلاش برای سرکوب افکار نگران کننده و همچنین افکار ناکارآمد نه فقط ناموفق خواهد بود بلکه اندیشه ناخواسته را تأثیر پذیرتر می کند (۱۴).

مطالعات متعدد به نقش تفاوت های فردی در سرکوب افکار اشاره کرده اند (۴۲): زنان گزارش می دهند که در فعالیت های سرکوب افکار بیشتر (ناموفق) شرکت می کنند و مردان توانایی های کنترل فکر بالاتری را گزارش می کنند (۳۹). مردان ممکن است از سرکوب افکار (TS) برای اجتناب از افکار مرتبط با احساساتی مانند غم و اندوه استفاده کنند. تحقیقات نشان داده است مردانی که تحت تأثیر هنجار مردانه سرسختی قرار دارند، بیشتر از سرکوب فکر استفاده می کنند (۳۸). این یافته ها ممکن است نتیجه نشخوار فکری بیشتر و تلاش های ناموفق برای سرکوب افکار در زنان باشد، اما همچنین نشان دهنده تفاوت های جنسیتی در پذیرش اجتماعی تجربه و ابراز احساسات است. چنین تفاوت های جنسیتی ممکن است بازتاب فشار اجتماعی نابرابر بر مردان برای حفظ کنترل افکارشان نسبت به مقبولیت اجتماعی بالاتر زنان برای تجربه و ابراز احساسات باشد (۳۹).

نتایج پژوهش نشان داد که بین دانشجویان با و بدون اختلال خواب از لحاظ واکنش پذیری هیجانی و توانایی کنترل فکر تفاوت معنادار وجود دارد به گونه ای که دانشجویان دارای اختلال خواب واکنش پذیری هیجانی بیشتر و توانایی کنترل فکر کمتری دارند و دختران نسبت به پسران از توانایی کنترل فکر بیشتری برخوردارند. با توجه به اهمیت کیفیت خواب در بین دانشجویان و با توجه به نقشی که آنها در ارتقاء و حفظ



مطالعه همکاری نمودند تشکر و قدردانی می گردد .

دانشجویان دانشگاه پیام نور مرکز زنجان که در انجام این

References

- 1-Guadiana N, Okashima TL. The effects of sleep deprivation on college students. 2021.
- 2-Zhang J, Yuan G, Guo H, & et al. Longitudinal association between problematic smartphone use and sleep disorder among Chinese college students during the COVID-19 pandemic. *Addictive Behaviors*. 2023;144:107715.
- 3-Jiang Y, Guo L, Lai W, Li Y, Sun X, Zhao H, et al. Association of emotional and behavioral problems with sleep disturbance among Chinese adolescents: The moderation effect of academic performance. *Journal of Affective Disorders*. 2023;330:94-100.
- 4-Tempesta D, Succi V, De Gennaro L, Ferrara M. Sleep and emotional processing. *Sleep medicine reviews*. 2018;40:183-95.
- 5-Lipinska G, Austin H, Moonsamy JR, Henry M, Lewis R, Baldwin DS, et al. Preferential consolidation of emotional reactivity during sleep: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2022;16:976047.
- 6-Moghbeli HM, Zanjani Z, Omid A. Evaluating The Psychometric Properties Of The Persian Version Of The Emotional Reaction Scale (Ers) In Students. 2020.[Persian]
- 7-Schmidt RE, Harvey AG, Van der Linden M. Cognitive and affective control in insomnia. *Frontiers in Psychology*. 2011;2:349.
- 8-Harrington MO, Cairney SA. Sleep loss gives rise to intrusive thoughts. *Trends in Cognitive Sciences*. 2021;25(6):434-6.
- 9-Abolghasemi A, Bakhshian F, Narimani M. The Thought Control Strategies and Response Inhibition in the Patients with Acute Stress Disorder and Normal Persons. 2013.[Persian]
- 10-Ballot O, Daviaux Y, Sanz-Arigita E, Ivers H, Micoulaud-Franchi J, Bioulac S, et al. Emotion coping strategies and dysfunctional sleep-related beliefs are associated with objective sleep problems in young adults with insomnia. *Sleep Medicine*. 2021;88:180-6.
- 11-Sella E, Borella E. Individual differences between poor and good sleepers on thought control strategies, objective and subjective sleep quality. *Sleep Medicine*. 2019;64:S342.
- 12-Wells A, Davies MI. The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour research and therapy*. 1994;32(8):871-8.



- 13-Barati H, Oreyzi H. Investigating the Reliability and Validation of Luchiano and His Colleagues Thought Control Ability Questionnaire. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017;16(1):33-41. [Persian]
- 14-Ahmadpour R, Torkan H. The prediction of rumination and worry based on the ability to control thought and cognitive behavioral avoidance in students university with clinical depression. 2022.[Persian]
- 15-Rajabi Jourshari M, Amini S, Jafarirad S. The Effect of Doogh (a Traditional Yogurt Drink) Consumption on Quality of Sleep in Female Students with Sleep Disorders: A Randomized Clinical Trial. *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology*. 2019;14(2):31-8. [Persian]
- 16-Zhang Y, Chernaik M, Hallet K. Relationship issues among college nursing students: associations with stress, coping, sleep, and mental disorders. *Teaching and Learning in Nursing*. 2017;12(4):246-52.
- 17-Alhamed AA. The link among academic stress, sleep disturbances, depressive symptoms, academic performance, and the moderating role of resourcefulness in health professions students during COVID-19 pandemic. *Journal of Professional Nursing*. 2023;46:83-91.
- 18-Delavar A. *Research methods in psychology and educational sciences*. Tehran: Roshd. 2016:100-99.
- 19-ZOMER J. Mini Sleep Questionnaire (MSQ) for screening large populations for EDS complaints. *Sleep*'84. 1985.
- 20-Falavigna A, de Souza Bezerra ML, Teles AR, Kleber FD, Velho MC, Da Silva RC, et al. Consistency and reliability of the Brazilian Portuguese version of the Mini-Sleep Questionnaire in undergraduate students. *Sleep and Breathing*. 2011;15:351-5.
- 21-Manavipour D. Psychometric properties of the sleep questionnaire. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*. 20.20-16:(3)3;15
- 22-Luciano JV, Algarabel S, Tomás JM, Martínez JL. Development and validation of the thought control ability questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 2005;38(5):997-1008.
- 23-Nock MK, Wedig MM, Holmberg EB, Hooley JM. The emotion reactivity scale: development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behavior therapy*. 2008;39(2):107-16.



- 24-O'Bryan EM, McLeish AC, Johnson AL. The role of emotion reactivity in health anxiety. *Behavior modification*. 20.45-829:(6)41;17
- 25-Al Salmani AA, Al Shidhani A, Al Qassabi SS, Al Yaaribi SA, Al Musharfi AM. Prevalence of sleep disorders among university students and its impact on academic performance. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2020;25(1):974.81
- 26-Cárdenas-Egúsuiza AL, Berntsen D. Sleep well, mind wander less: A systematic review of the relationship between sleep outcomes and spontaneous cognition. *Consciousness and Cognition*. 2022;102:103333.
- 27-Yarahmadi M, Hafezi F, Makvandi B. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia on Emotional Regulation and Dysfunctional Sleep Beliefs Among Insomnia Patients. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2022;28(2):196-209. .[Persian]
- 28-Tran E. Gender Differences in Daily Emotional Reactivity in Late Life 2020.
- 29-Deng Y, Chang L, Yang M, Huo M, Zhou R. Gender differences in emotional response: Inconsistency between experience and expressivity. *PloS one*. 2016;11(6):e0158666.
- 30-Carlton S, Harrison A, Honoré S, Goodmon LB. Conceal, don't feel: Gender differences in implicit and explicit expressions of emotions. *Modern Psychological Studies*. 2020;25(1):10.
- 31-Dell NA, Vidovic KR, Huang J, Pelham M. Self-Reported emotional reactivity, depression, and anxiety: gender differences among a psychiatric outpatient sample. *Social Work Research*. 2020;44(3):205-14.
- 32-Stoica T, Knight L, Naaz F, Patton S, Depue B. Gender differences in functional connectivity during emotion regulation. *Neuropsychologia*. 2021;156:107829.
- 33-Li C-sR, Zhang S, Duann J-R, Yan P, Sinha R, Mazure CM. Gender differences in cognitive control: an extended investigation of the stop signal task. *Brain imaging and behavior*. 2009;3:262-76.
- 34-Low RS, Overall NC, Hammond MD, Girmé YU. Emotional suppression during personal goal pursuit impedes goal strivings and achievement. *Emotion*. 2017;17(2):208.
- 35-Gard MG, Kring AM. Sex differences in the time course of emotion. *Emotion*. 2007;7(2):429.
- 36- Biele C, Grabowska A. Sex differences in perception of emotion intensity in dynamic and static facial expressions. *Experimental brain research*. 2006;171:1-6.



- 37-McRae K, Ochsner KN, Mauss IB, Gabrieli JJ, Gross JJ. Gender differences in emotion regulation: An fMRI study of cognitive reappraisal. *Group processes & intergroup relations*. 2008;11(2):143-62.
- 38-Lacy HG, Genuchi MC. Men's Conformity to Masculine Gender Role Norms: A Broad Association to Thought Suppression. 2021.
- 39-Göbel K, Hensel L, Schultheiss OC, Niessen C. Meta-analytic evidence shows no relationship between task-based and self-report measures of thought control. *Applied Cognitive Psychology*. 2022;36(3):659-72.
- 40-Massar K, Bělostíková P, Sui X. It's the thought that counts: Trait self-control is positively associated with well-being and coping via thought control ability. *Current Psychology*. 2020:1-10.
- 41-Kwok EL, Leys G, Koenig-Robert R, Pearson J. Thought Control Failure: Sensory Determinants and Functional Effects. *BioRxiv*. 2018:293761.
- 42-Williams AD, Moulds ML, Grisham JR, Gay P, Lang T, Kandris E ,et al. A psychometric evaluation of the Thought Control Ability Questionnaire (TCAQ) and the prediction of cognitive control. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2010;32:397-405.



ORIGINAL ARTICLE

Received:2023/08/05

Accepted:2023/12/03

Discovering and Identifying the Lived Experience of the Affected Person and His Family in an Acute Encounter with One of the Types of Heart Diseases: A Phenomenological Study

Yeganeh Farahzadi (M.Sc.)¹, Forough Esrfilian (Ph.D.)², Farzin Bagheri Sheykhangafshe (Ph.D.s)³

1.M.A in Clinical Psychology, Family Therapy, University of Science and Culture, Tehran, Iran.

2.Corresponding Author: Assistant Professor of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. Email: esrfilian.fo@modares.ac.ir Tel: +982182884688

3. Ph.D.s Candidate in Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Accepting the fact that a member of the family has heart disease and the stress of living with a heart patient can be so effective in the family that it might change its nature. In this context, the present research was conducted to discover and identify the patient's and his family's lived experience with acute exposure to one type of heart disease.

Methods: The present study was a qualitative research conducted through phenomenological analysis method in 2019 in Tehran. To collect data, semi-structured interviews were conducted regarding 6 patients hospitalized in the special care department of Baqiyatullah Hospital and 4 people accompanying the patients until the data saturation was reached. Data analysis was done using MAXQDA 20 software.

Results: Based on the findings of this research, 19 sub-themes and 7 main themes were obtained regarding the initial experiences of cardiovascular problems (malfunction)and internal states related to cardiovascular disease, the initial experience of the family related to cardiovascular disease, the atmosphere of Participants' life before experiencing cardiovascular disease, life experiences before experiencing cardiovascular disease, perceived changes after experiencing cardiovascular disease, and finally, facing the experience of cardiovascular disease.

Conclusion: The obtained results showed that suffering from cardiovascular diseases has wide psychological, social, and family consequences for the individual and their family. For this purpose, it is necessary to pay special attention to psychological aspects of these patients in addition to drug therapy.

Keywords: Lived Experience, Cardiovascular Disease, Phenomenology, Qualitative

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.



This Paper Should be Cited as:

Author: Yeganeh Farahzadi, Forough Esrfilian, Farzin Bagheri Sheykhangafshe. Discovering and Identifying the Lived Experience of the Affected Person and His Family in an AcuteTolooebhdasht Journal. 2023;22(5)43-66.[Persian]

**طلوع بهداشت****کشف و شناسایی تجربه زیسته فرد مبتلاء و خانواده‌اش در مواجهه حاد با یکی از انواع****بیماری‌های قلبی: یک مطالعه پدیدارشناسی**نویسندگان: یگانه فرحزادی^۱، فروغ اسرافیلیان^۲، فرزین باقری شیخاتگنشه^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی گرایش خانواده درمانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

شماره تماس: ۰۲۱۸۲۸۸۴۶۸۸ Email: esrafilian.fo@modares.ac.ir

۳. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: پذیرفتن این موضوع که عضوی از خانواده مبتلا به بیماری قلبی است و استرس زندگی با بیمار قلبی می‌تواند در خانواده چنان موثر باشد که ماهیت آن را متحول کند. در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف کشف و شناسایی تجربه زیسته فرد مبتلاء و خانواده‌اش در مواجهه حاد با یکی از انواع بیماری‌های قلبی انجام شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر یک پژوهش کیفی بود که به روش تحلیل پدیدارشناسانه در سال ۱۳۹۹ در شهر تهران انجام گرفت. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته با ۶ بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان بقیه‌الله و ۴ نفر از همراهان بیماران تا مرحله اشباع داده‌ها استفاده گردید. تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA ۲۰ انجام شد.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های این پژوهش، ۱۹ مضمون فرعی و ۷ مضمون اصلی تجربه اولیه مشکل (بدکارکردی) قلبی و عروقی، تجربه حالات درونی مرتبط با بیماری قلبی و عروقی، تجربه اولیه خانواده مرتبط با بیماری قلبی و عروقی، فضای حاکم بر زندگی مشارکت‌کنندگان پیش از تجربه بیماری قلبی و عروقی، آخرین برش‌های زندگی قبل از تجربه بیماری قلبی و عروقی، تحول‌های ادراک شده پس از تجربه بیماری قلبی و عروقی و در نهایت مواجهه با تجربه بیماری قلبی و عروقی به دست آمد.

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده مشخص کرد ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی پیامدهای روانی، اجتماعی و خانوادگی بسیار گسترده‌ای را برای فرد و خانواده آنها به همراه دارد. بدین منظور لازم است در کنار دارودرمانی به ابعاد روان‌شناختی این بیماران نیز توجه ویژه‌ای شود.

واژه‌های کلیدی: تجربه زیسته، بیماری قلبی و عروقی، پدیدارشناسی، کیفی

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال بیست و دوم

شماره پنجم

آذر و دی

شماره مسلسل: ۱۰۱

تاریخ وصول: ۱۴۰۲/۰۵/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۲



مقدمه

طیف بیماری‌های قلبی و عروقی (Cardiovascular disease: CVD) با دامنه وسیع در انواع و شیوع نسبتاً زیاد و رو به افزایش در جمعیت جهانی، در سال‌های اخیر توجه عده‌ی کثیری از پژوهشگران را بر این حوزه متمرکز ساخته است (۱). مطابق با آخرین گزارش ارائه شده از سازمان جهانی بهداشت، بیماری‌های قلبی ایسکمیک و سکته مغزی، بزرگترین قاتلان دنیا هستند که ۱۵ میلیون مورد مرگ را در سال ۲۰۱۵ رقم زدند. از این بین کشورهای روسیه، اوکراین و آمریکا بیشتری فوتی را گزارش کردند (۲). این تعداد در گزارش بعدی که از سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۹ منتشر شد، حدود ۱۷/۷ میلیون نفر اعلام شده است که ۳۱ درصد از کل مرگ و میر جهان را تشکیل می‌دهد (۳).

پژوهش مروری انجام شده در کشورهای اروپایی نشان داد CVD شایع‌ترین علت مرگ و میر در قاره اروپا است. مرگ و میر ناشی از CVD در سنین کمتر از ۷۰ سال، که معمولاً به عنوان زودرس شناخته می‌شود، یک نگرانی خاص است. اگرچه زنان بیشتر از مردان در اثر CVD عروقی جان خود را از دست می‌دهند، نرخ استاندارد شده مرگ و میر در مردان بیشتر است و این تفاوت‌ها در افراد کمتر از ۷۰ سال بیشتر است (۴). مطالعه مروری انجام شده طی سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۶ در آمریکا نیز حاکی از شیوع بالای مرگ و میر ناشی از ابتلاء به CVD است. در این میان سن، جنس، اضافه وزن، مصرف سیگار، استرس و فرسودگی شغلی با ابتلاء به بیماری همبستگی مثبتی نشان داد (۵). نتایج پژوهش انجام شده در داخل کشور ایران نیز مشخص کرد CVD در زنان بیشتر از مردان شیوع دارد (۶).

دو ماهنامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت یزد

با این حال همان‌طور که مشخص است گزارش‌ها حاوی این آمارها بیشتر متمرکز بر میزان ابتلاء و شیوع مرگ و میر ناشی از این طیف بیماری است و آمار دقیقی از وضعیت روانی-اجتماعی خانواده‌ها و مبتلایان CVD در سرتاسر دنیا در دست نیست (۷). آماري که نشان دهد در حال حاضر چند نفر در دنیا با این بیماری‌ها و البته ناتوانی‌ها و محدودیت‌های فیزیکی ناشی از آن و شاید مهم تر از این موارد با استرس یک آینده نه چندان مشخص و واضح زندگی می‌کنند (۸). تعداد زیادی از مبتلایان CVD سالیان زیادی با این بیماری زندگی می‌کنند و ممکن است به دلایل دیگری فوت کنند و هرگز جز آمار مرگ و میر ثبتی ناشی از این بیماری‌ها قرار نگیرند (۹).

شاید با یک نگاه کلی و از میزان شیوع منطقه‌ای این دسته از بیماری‌ها، بتوان برآوردی اجمالی از میزان مبتلایان آن داشت. انجمن قلب آمریکا در گزارشی در سال ۲۰۱۴ اعلام کرد که تقریباً نیمی از بزرگسالان آمریکایی و آفریقایی دارای نوعی بیماری قلبی عروقی هستند (۱۰). این آمارها در کنار حقایق اعم از این موضوع که بیشتر مرگ و میرهای ناشی از CVD در کشورهای متوسط و کم درآمد مثل کشورهای آسیایی و آفریقایی است (۱۱) و توجه به این موضوع که قاره آسیا با جمعیتی بیشتر از دو قاره آمریکا و اروپا سهم بیشتری در میزان شیوع مرگ و میر در اثر این بیماری (۱۲).

تمرکز پژوهشگران روی آمارهای مرگ و میر سالیانه ناشی از این بیماری‌ها با توجه به میزان بالای مرگ و میر در گستره وسیعی از انواع مختلف این بیماری و در نظر گرفتن مقیاس DALYs (معدل سال‌های از دست رفته عمر به دلیل مرگ یا ناتوانی) و بالا بودن آن در بیماری‌های ایسکمیک و سکته مغزی تا حدی قابل

سال بیست و دوم، شماره پنجم، آذر و دی ۱۴۰۲



دو عضو زندگی زناشویی باشد زیرا آنها به طور مشترک با چالش های ناشی از بیماری مواجه می شوند. والدین فرزندان مبتلا به بیماری های قلبی مادرزادی بیشتر علائم افسردگی، اضطراب و ناامیدی را نسبت به والدین کودکان سالم نشان می دهند. همراه با علائم توصیف شده، والدین ممکن است کمبود کنترل و عدم توانایی را تجربه کنند (۲۱).

بنابراین همان گونه که نتایج پژوهش های انجام شده نشان می دهند دامنه ی آسیب های ناشی از CVD، فراتر از مشکلات جسمی، نقصان ها و هزینه های زیادی است که افراد مبتلا متحمل می شوند (۲۲). هر فرد مبتلا علاوه بر هویت فردی، عضوی تاثیرگذار در مجموعه ی بنیادی خانواده است که فشارهای زیادی را با خود به فضای خانواده و ارتباطات می کشاند (۲۳).

این مجموعه درون دادها با توجه به سیستم منحصر به فرد خانواده و تاثیر متقابل و زیاد افراد، برون داد منحصر به فرد و متفاوتی در کل سیستم خانواده و هر عضو آن اعم از فرد مبتلا و سایر اعضا دارد. در واقع خانواده در یک زمینه اجتماعی وجود دارد و خود یک زمینه اجتماعی است (۲۴). به عبارت دیگر پذیرفتن این موضوع که عضوی از خانواده مبتلا به بیماری قلبی است و استرس زندگی با بیمار قلبی می تواند در خانواده چنان موثر باشد که ماهیت آن را متحول کند. در واقع برخلاف نگاه مادی گرا به این موضوع بیماری قلبی برای یک خانواده رخ می دهد و نه برای یک فرد (۲۵). با این حال کمبود مطالعات متمرکز بر تاثیرات متقابل طیف این بیماری و سیستم خانواده مشهود است. در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف کشف و شناسایی تجربه زیسته فرد مبتلاء و خانواده اش در مواجهه حاد با یکی از انواع بیماری های قلبی انجام شد.

توجه است و جهت گیری مداخلات را به سمت پیشگیری هر چه بیشتر نسبت به این بیماری سوق می دهد (۱۳). به نحوی که بیشترین تمرکز متخصصان در این راستا صورت می گیرد که راه های جدیدی پیدا کنند که افراد کمتری از جمعیت جهانی به این طیف از بیماری ها مبتلا شوند و از این طریق آمار شیوع مرگ و میر ناشی از آنها نیز کاهش یابد (۱۴).

علی رغم همه پیشگیری ها، این بیماری مبتلایان قابل توجهی در جمعیت جهانی دارد که تا لحظه مرگ که در بعضی موارد قابل تخمین نیست و ممکن است بر اثر این بیماری باشد و یا نباشد با آن دسته و پنجه نرم می کنند (۱۵). در واقع در کنار توجه به لزوم بر پیشگیری از ابتلا به این بیماری ها، نیاز توجه به سلامت روانی و اجتماعی مبتلایان به این طیف بیماری به عنوان افرادی که درصد قابل توجهی از جمعیت جامعه را تشکیل می دهند، احساس می شود (۱۶).

زندگی با CVD ساده نیست اما این چیزی است که میلیون ها نفر از مردم در حال انجام آن هستند (۱۷). افراد مبتلا به CVD تنها نیاز به مقابله با محدودیت های جسمانی این بیماری ندارند بلکه بیشتر از آن نیاز به مدیریت مسائل هیجانی و روانی دارند که می تواند بر زندگی آنها و بر زندگی افراد نزدیک تر زندگی آنها تاثیر بگذارد و از برخورد آنها تاثیر پذیرد (۱۸). با هر بیماری صعب العلاج نه فقط خود فرد بلکه خانواده او هم که به طور میانگین ۳ عضو دیگر دارد، با بیماری درگیر می شوند (۱۹).

Pretter و همکاران (۲۰) در مطالعه خود دریافتند که استرس زندگی با بیماری قلبی می تواند در ازدواج یک زوج موثر باشد و ماهیت آن را دگرگون کند و مراقبت های مداوم برای بیماران قلبی باید شامل تمرکز بر همسران مراقبت کننده و حمایت از هر



روش بررسی

مطالعه حاضر یک پژوهش کیفی بود که به روش تحلیل پدیدارشناسانه در سال ۱۳۹۹ در شهر تهران انجام گرفت. پژوهش کیفی بیش از آن که به دنبال کشف رابطه علت و معلولی باشد، دغدغه درک کیفیت، بافت و ساختار تجربه‌ها را دارد و درصدد دستیابی به ذهنیت‌ها و تجربه‌ها است (۲۶).

روش کیفی پدیدارشناسی، اساساً مطالعه تجربه زیسته یا جهان زندگی است. پدیدارشناسی به جهان، آنچنان که به وسیله یک فرد زیسته می‌شود نه جهان یا واقعیتی که چیزی جدای از انسان باشد، توجه دارد. لذا این پرسش را مطرح می‌سازد که "تجربه زیسته چه نوع تجربه‌ای است؟" زیرا پدیدارشناسی می‌کوشد معانی را آنچنان که در زندگی روزمره زیسته می‌شوند، آشکار نماید (۲۷).

در پژوهش‌هایی که با روش کیفی صورت می‌گیرند هدف، تعمیم یافته‌های پژوهش نیست؛ بنابراین جامعه آماری به شکلی که در پژوهش‌های کمی مطرح می‌شود، تعریف نمی‌شود (۲۸).

جامعه پژوهش بیمارستان بقیه‌الله (ع) شهر تهران بود که به عنوان مرکز ویزیت و درمان بیماران قلبی و عروقی سالیان زیادی است که در این حیطه فعالیت می‌کند. منظور جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با ۶ بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان بقیه‌الله و ۴ نفر از همراهان بیماران تا مرحله اشباع داده‌ها استفاده گردید.

در پژوهش حاضر با تعداد ۸ نفر از بیماران بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان بقیه‌الله مصاحبه‌ها شروع شد. دو نفر از مشارکت کنندگان در طی مدت مصاحبه‌ها به دلیل فوت و ادامه پیدانکردن مصاحبه‌ها، از نمونه‌ها حذف شدند و با معرفی ۴ نفر

دو ماهنامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت یزد

از اعضای خانواده‌ی مشارکت کنندگان، تعداد افرادی که با آنها تا مراحل نهایی پیش رفته شد به ۱۰ نفر رسید (دو شرکت کننده از معرفی اعضای خانواده خود امتناع ورزیدند).

تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰ انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش برای بیماران شامل داشتن رضایت آگاهانه، بستری در بیمارستان، عدم ابتلاء به مشکلات جسمانی شدید (بررسی پرونده پزشکی) بود. ابتلاء به مشکلات قلبی مزمن، فوت بیماران و ابتلاء به مشکلات قلبی ژنتیکی و مادرزادی به عنوان معیارهای خروج از پژوهش برای بیماران در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به پژوهش برای اعضای خانواده بیماران نیز شامل معرفی از طرف خود بیمار، عضو درجه یک خانواده بودن و مساعد بودن وضعیت روان‌شناختی فرد بود. همچنین داشتن سابقه تعارض شدید و تنش در خانواده و نیمه‌کاره ماندن مصاحبه‌ها به عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش برای خانواده بیماران در نظر گرفته شد.

روش‌های جمع‌آوری داده‌ها در تحقیقات کیفی و تحقیق پدیدارشناسی شامل مشاهده، مصاحبه و اسناد و مدارک یا یادداشت‌برداری میدانی و اغلب ترکیبی از این روش‌ها است (۲۹).

مصاحبه به عنوان اصلی‌ترین روش جمع‌آوری در پژوهش پدیدارشناسی شناخته شده است. هدف استخراج پاسخ‌های شرکت کنندگان از عمق موضوع است. بنابراین مصاحبه محدود نبوده و شرکت کنندگان روی تجارب خود درباره موضوع مورد نظر بحث می‌کنند (۳۰).

روند این قبیل مصاحبه‌ها به این شکل است که پژوهشگر تلاش



مراقبت‌های ویژه و مصاحبه با مشارکت کنندگان فراهم شد. با هماهنگی با واحد پرستاری مستقر در بخش در روند مداوم رفت آمد پرونده‌های پزشکی بیماران چک شد و مواردی که می‌توانستند در زمره مشارکت کنندگان قرار گیرند، مشخص شدند. چون مشارکت کنندگان در این پژوهش در بخش مراقبت‌های ویژه بستری بودند، بهبودی نسبی حال عمومی و رضایت پزشک آنها جهت شروع مصاحبه‌ها ضروری بود.

در ابتدای مصاحبه‌ها پژوهشگر شرکت کنندگان را از هدف کلی پژوهش آگاه ساخته و به آنها اطمینان می‌داد که اطلاعات به صورت ناشناس ثبت و ضبط می‌شوند. در ادامه به منظور مستندسازی و قابلیت تبدیل مصاحبه‌ها به متن نوشتاری با ارائه توضیحات کامل و اطمینان دادن از محرمانه و محفوظ بودن اطلاعات، موافقت شرکت کنندگان جهت ضبط صدا و یادداشت برداری حین مصاحبه جلب می‌شد.

در طول مصاحبه پژوهشگر همواره تلاش کرد تا ضمن همدلی با شرکت کننده، در جریان روایت وی دخالت ننماید و عرصه را برای روایت‌گری او باز بگذارد؛ اما برای حفظ روند مصاحبه گاهی گفته‌های وی را خلاصه کرده و در قالب چند جمله و عبارت به او باز می‌گرداند تا هم به بهبود روند مصاحبه کمک کرده باشد و هم از درک درست و متقابل بین خود و شرکت کننده اطمینان حاصل نماید خصوصا با نظر به این موضوع که مصاحبه با مشارکت کنندگان به دلیل وخامت حال عمومی آنها بارها و بارها قطع می‌شد و کمک به اطمینان خاطر مشارکت کنندگان از درک درست و مد نظر آنها به آرامش بیشترشان کمک می‌کرد. مصاحبه‌های بعدی با مشارکت کنندگان و اعضای خانواده آنها پس از ترخیصشان و در طی جلسات پیگیری صورت گرفت.

می‌کند با طرح سوالات بازپاسخ و کلی، جو آزاد برای بیان کامل تجارب را فراهم نماید و سپس با عبارات کاوشگرانه و برانگیزاننده موجب هدایت جریان مصاحبه، مطابق با اهداف پژوهشی شود (۳۱).

روش اصلی گردآوری داده‌ها در این پژوهش نیز مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته بود. برای طرح سوالات مصاحبه‌ها در ابتدا با توجه به مطالعه پیشینه پژوهش‌ها، موضوعات و محورهای سوالات مشخص شد.

در مرحله بعدی یک طرح کلی و نقشه ذهنی بر اساس موضوعات رسم شد و اجزای موضوعات مشخص تر شد. سپس برای هر موضوع سوالات اولیه‌ای طرح شد که با راهنمایی متخصصین روانشناسی لیست سوالات مورد اصلاح و بازبینی قرار گرفت و در نهایت به فرم و شکل اصلی خود درآمد (نمونه سوالات: میشه به من یه خلاصه کوتاهی بدین از اینکه اولین بار کی و به چه نحوی متوجه بیماریتون شدید؟ احساس شما در مورد این بیماری و اینکه شما فرد مبتلا هستید چیه؟ وقت‌هایی که برای درمان مراجعه می‌کنید چه فکرهایی تو ذهنتون می‌گذره؟ این بیماری چه تاثیری روی دیدگاه شما به زندگی گذاشته؟ اگر بخواید این بیماری رو با کلمات توصیف کنید اولین کلماتی که به ذهنتون میاد چیه؟).

به منظور اجرای پژوهش، در ابتدا برای ایجاد ذهنیت کافی با کمک اساتید اقدام به مرور اهم پژوهش‌های انجام شده در این باب شد که ضمن تامین دقیق و عمیق مفاد مورد پژوهش، کمک شایانی به ایجاد نمونه‌ای از یک فرم مصاحبه‌ای اولیه‌ای کرد. در مراحل بعدی مکان مورد نظر برای شروع مصاحبه‌ها انتخاب شد و هماهنگی‌های لازم جهت حضور در بخش

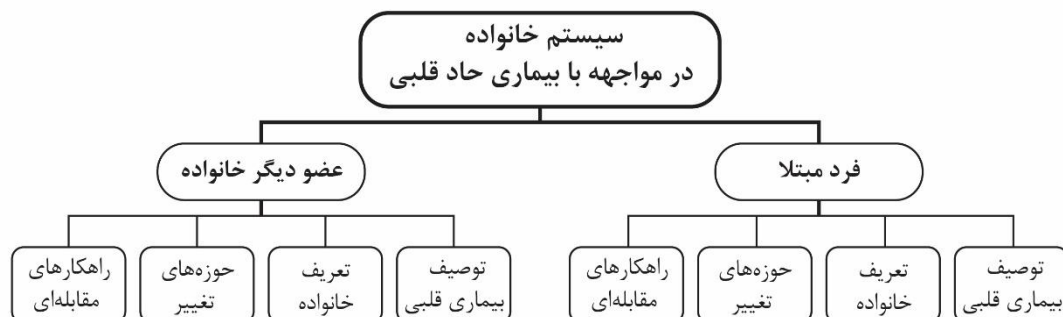


کاربرد این مفهوم در مطالعات اجتناب ناپذیر بوده است. از گذشته Creswell & Miller (۲۹) برای نیل به اعتبار یا روایی پژوهش کیفی هشت راهبرد را پیشنهاد می‌کنند که البته در انتها تذکر می‌دهند که رعایت دست کم دو راهبرد در هر پژوهش کیفی می‌تواند برای پژوهش اعتباری قابل قبول ایجاد کند. از بین هشت راهبرد پیشنهادی، ۴ مورد از آنها در طی پژوهش رعایت شد که عبارتند از:

(۱) درگیری طولانی مدت پژوهشگر با فضای پژوهشی و مشاهدات مداوم او در محیط پژوهش از جمله اعتمادسازی با افراد موضوع پژوهش، فراگیری فرهنگ آن محیط و کنترل بدفهمی‌های ناشی از مداخله‌های پژوهشگر. طی این پژوهش مدت زمانی حدود ۹ ماه جهت انتخاب نمونه‌هایی مطابق با ملاک‌های ورود و سپس جمع‌آوری مصاحبه‌ها صرف شد. به دلیل شرایط جسمانی خاص مشارکت‌کنندگان و حضور در بخش مراقبت‌های ویژه، هر بار مصاحبه باید کوتاه می‌بود و بنابراین تعداد دفعات ملاقات با شرکت‌کنندگان برای تکمیل مصاحبه اولیه بین ۳ تا ۵ بار متغیر بود که این موضوع باعث شد مشارکت‌کننده در حالات و شرایط متنوع مورد مشاهده قرار گیرد.

مدت زمان صرف شده برای مصاحبه‌ها با توجه به میزان هوشیاری پس از کمک‌های فوری بخش مراقبت‌های ویژه و توانایی صحبت مصاحبه‌شونده‌ها و نیز خود افشایی آنها از ۴۰ دقیقه تا ۱۱۰ دقیقه متغیر بود. پس از پایان هر مصاحبه فایل صوتی مصاحبه چند بار بررسی سپس به صورت نوشتاری و واژه به واژه پیاده‌سازی شد و تحلیل بر روی متن نوشتاری مصاحبه‌ها و کدگذاری‌ها در اسرع وقت صورت گرفت.

کوچکترین واحد معنایی به دست آمده که قابل تأمل، تحلیل و تفسیر برآورد می‌شد با درج کدهای اختصاری کدگذاری شد تا مستندات پژوهش و گزارش‌های مرحله‌ای و پایانی آن شفاف، قابل انتقال، قابل بررسی و انتقادپذیر باشند. در کنار بررسی دقیق و کدگذاری، یادآورها که یادداشت‌های حین مصاحبه‌ها بودند و همچنین اسناد ثبت شده نظیر ژنوگرام و شماتیک ترسیم شده از خانواده‌های مشارکت‌کنندگان به عنوان یکی دیگر از ابزارهای گردآوری شواهد و این یادداشت‌ها در جریان تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفته و بر غنای پژوهش افزودند. مفهوم اعتبار در تحقیقات کیفی از منظرهای مختلفی به کار رفته است. این مفهوم واحد نبوده بلکه مفهومی پیچیده و فراگیر و همه‌جانبه بوده است.



نمودار ۱: نقشه ذهنی مبنای طرح سوالات و مصاحبه



مشارکت کنندگان، شرایط انجام پژوهش و روش تحلیل داده‌ها دارد.

در این پژوهش از ضبط مصاحبه‌ها و دست‌نویس کردن آنها به همراه یادداشت‌های میدانی استفاده شده است. همچنین به منظور قابلیت تکرار پذیری پژوهش، جزئیات کامل تمامی مراحل عنوان شده است تا راهنمایی انجام پژوهش‌های مشابه باشد.

یافته‌ها:

در این پژوهش با ۶ نفر از مراجعه‌کنندگان به بیمارستان بقیه‌الله اعظم که در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان بستری شده بودند به عنوان مشارکت‌کنندگان اصلی مصاحبه شد.

در طی مصاحبه از افراد خواسته شد که به دلخواه فردی از اعضای خانواده خود را جهت پیگیری پژوهش و برای مصاحبه معرفی کنند که با اینکه هر ۶ نفر، فردی از اعضای خانواده خود را معرفی کردند ما تنها ۴ نفر از این افراد به مصاحبه با افراد خانواده‌شان راضی بودند. میانگین سنی مشارکت‌کنندگان اصلی ۶۰/۳۳ و میانه سنی آنها ۵۹ بود. همچنین میانگین سنی اعضای خانواده آنها ۳۹ و میانه سنی آنها ۴۱ بود. ۴ نفر از مشارکت‌کنندگان ساکن تهران، یک نفر ساکن دزفول و یک نفر از آنها ساکن لاهیجان بودند. در ادامه نمای کلی از یافته‌های پژوهش (مضامین اصلی و فرعی) در قالب یک جدول کلی، تصویر شده و سپس در بخش‌های بعدی هر مضمون اصلی به همراه مضامین فرعی و کدهای تشکیل‌دهنده‌ی آن در قالب جداول جداگانه ارائه می‌شود و توضیحات مربوطه به آنها در ذیل جداول بیان می‌شود.

۲) همه‌جانبه‌نگری که در آن پژوهشگر از طریق گردآوری شواهد از منابع مختلف، روش‌ها شامل تئوری‌های گوناگون، افراد مختلف و منابع اطلاعاتی متنوع و شیوه‌های گوناگون به عنوان شواهد تقویت‌کننده استفاده می‌کند.

طی این پژوهش بررسی پرونده پزشکی مشارکت‌کنندگان، مصاحبه‌های چندگانه، تحلیل طرح شماتیک خانواده مشارکت‌کنندگان و همچنین مصاحبه با اعضای خانواده آنها موجب شد که فضای دید پژوهشگر به تدریج گسترش یابد و شواهد متنوعی برای ارزیابی داشته باشد.

۳) مرور یا بازخورد همتایان که نوعی کنترل بیرونی پژوهش از طریق داوری یا گزارش شخص ثالث است و بسیار شبیه پایایی بین ارزیاب‌ها است. بخش پژوهش‌های بالینی بیمارستان بقیه‌الله اعظم به طور مستمر و پیگیر در جهت روند ثبت داده‌ها و کدگذاری آن قرار داشت و پیگیر پیشروی پژوهش بودند.

۴) روش کنترل اعضا که در آن پژوهشگر از دیدگاه مشارکت‌کنندگان برای اطمینان‌پذیری یافته‌ها استفاده می‌کند. تکنیکی که پژوهشگران آن را حیاتی‌ترین کنترل برای تثبیت اعتبار.

پس از کدگذاری و ایجاد شدن لیست مضامین اصلی و مهم، محتوای این تحلیل‌ها و کدگذاری‌های به یکی از مشارکت‌کنندگان اصلی و یکی از اعضای خانواده ارجاع داده شد و آنها نزدیکی و صحت کدگذاری‌ها و تجربه خویش را تایید کردند.

در پژوهش‌های کیفی برای توصیف مفهوم پایایی مطالعات کیفی از اصطلاحاتی مثل اتکاپذیری و تاییدپذیری استفاده می‌شود و اشاره به ثبات پاسخ مشارکت‌کنندگان و کدگذاری‌ها و خاصیت تکرارپذیری پژوهش در صورت مشابه بودن



جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌های مورد بررسی

ردیف	سن	شغل	مدت بیماری	نوع تشخیص	تعداد اعضای خانواده	عضو معرفی شده	سن فرد مشخص
۱	۴۹	مرد مهندس	۱ ماه و ده روز	سکته قلبی	۵	همسر	۴۸
۲	۶۲	مرد بازنشسته	۴ سال	گرفتگی عروق و عمل آنژیوپلاستی	۴	فرزند (دختر)	۳۲
۳	۶۱	مرد آزاد	۲ هفته	سکته قلبی	۵	همسر	۵۸
۴	۶۹	مرد بازنشسته	۵ ماه	گرفتگی عروق و عمل آنژیوپلاستی	۵	فرزند (پسر)	۳۲
۵	۵۸	مرد بازنشسته	حدود دو سال	سکته قلبی	۴	فرزند (دختر)	۲۴
۶	۶۹	زن خانه دار	۶ سال	سکته قلبی	۵	فرزند (دختر)	۴۰



نمودار ۲: روند تجربه مضامین اصلی توسط مصاحبه‌شوندگان پیش و پس از تجربه

و بدکار کردی قلبی یاد نمود. به عنوان مثال مشارکت کننده شماره ۱ در یک جمله کلی مجموعه علائمش را اینطور توصیف می‌کند: "درد شدید قفسه سینه و عدم توانایی نفس کشیدن و زجر فراوان". تشخیص صورت گرفته در مورد مصاحبه‌شوندگان این پژوهش به دلیل سال بیست و دوم، شماره پنجم، آذر و دی ۱۴۰۲

تجربه اولیه مشکل (بدکار کردی) قلبی و عروقی: نخستین مضمون بدست آمده به تغییراتی اشاره دارد که مصاحبه‌شوندگان در روند درک تجربه CVD گزارش کرده‌اند. به نظر می‌رسد مجموعه علائم گزارش شده توسط مشارکت کنندگان تقریباً یکسان است و می‌توان از آنها به عنوان علائم اولیه یک مشکل دو ماهنامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت یزد



پیگیری، در مصاحبه شوندگان با نوع تشخیص هایی که بیان شد، اغلب کوتاه مدت بود.

با این حال ۳ تا از مشارکت کنندگان مراجعات دیگری در گذشته به پزشک داشته اند اما پس از درمان، پیگیری ها دیگری تا مراجعه فعلی به بیمارستان نداشتند.

داشتن معیارهای خاصی برای مشارکت کنندگان در عین محدودیت دامنه کمی با هم متفاوت بودند.

بنابر اسناد پزشکی اکثر مشارکت کنندگان به دلیل سکته قلبی در بخش مراقبت های ویژه بستری شده بودند. مدت بیماری و البته با اصطلاح درست تر مدت زمان پس از تشخیص تا اولین مصاحبه

جدول ۳: نمایش کلی یافته های پژوهش در قالب مضامین اصلی و فرعی (کدها) تجربه بیماری قلبی و عروقی توسط فرد و خانواده اش

یافته های پژوهش	مضامین اصلی	مضامین فرعی	کدها
		علائم گزارش شده	درد قفسه سینه نفس تنگی سوزش قفسه سینه تعریق حالت تهوع سکته قلبی گرفتگی عروق
	تجربه اولیه مشکل (بد کارکردی)	نوع تشخیص	گرفتگی عروق و لزوم انجام عمل باز قلب
		مدت بیماری	کدهای کاملاً متفاوت دریافت کردند
"چیستی" تجربه بیماری		هیجانان و احساسات نامطلوب اولیه فرد پس از تجربه بیماری	شوکه شدن تلاش در جهت انکار بیماری احساس ترس
	تجربه حالات درونی مرتبط با بیماری	افکار اولیه فرد پس از تجربه بیماری	استرس، اضطراب و نگرانی احساس نقص پس از عمل احساس عذاب وجدان ناامیدی و یاس
		واکنش اولیه فرد پس از تجربه بیماری	پیش بینی نتیجه تشخیص ها چقدر طول درمان دارد کسب اطلاع بیشتر از بیماری فکر در مورد دلایل بیماری شکه شدن خانواده
	تجربه اولیه خانواده مرتبط با بیماری	احساسات اولیه افراد خانواده پس از تجربه بیماری	گریه و بی قراری اعضای خانواده استیصال ناراحتی برای فرد مبتلا



احساس ترس و نگرانی اعضای خانواده			
هدف مشترک و تلاش برای رسیدن به هدف	خانواده از دیدگاه مشارکت کنندگان		
خانواده حامی همیشگی			
صمیمیت خانواده			
مدل مداری		فضای حاکم بر زندگی	
مدل هرمی		مشارکت کننده	
مدل خطی و تقابلی	طرح شماتیک خانواده	پیش از بیماری	"چرایی"
نزدیکی عاطفی			تجربه بیماری
ترتیب تولد			
ترسیمی	ژنوگرام (تاریخچه خانواده)		
داشتن استرس و تنش در خانواده	سبک زندگی مشارکت کنندگان و خانواده		
فشار مالی			
مرگ و بیماری نزدیکان			
نادیده گرفتن علائم و عدم مصرف داروها	استرسورهای نهایی پیش از تجربه	آخرین برش‌های زندگی	
بحث و جدل شدید		قبل از تجربه	
فعالیت بدنی شدید		بیماری	
احساس نقص داشتن			
احساس عدم توانایی			
امیدواری			
احساس ندامت و پشیمانی	احساسات فرد پس از ادراک تجربه بیماری		
احساس تفاوت داشتن و جدا افتادن از دیگران			
احساس سربار بودن			
غنیمت شمردن فرصت زندگی		تحول‌های ادراک شده	چگونگی
خانواده انگیزه‌ای برای بهبود یافتن		پس از تجربه	تجربه بیماری
تغییر دیدگاه در حوزه معنوی	دیدگاه فرد پس از ادراک تجربه بیماری	بیماری	
اعتقاد پیدا کردن به جمله: بیماری اثر تنش و استرس است			
توجه به تغییرات			
تاثیر بیماری بر روی دیدگاه کلی فرد به خانواده (تغییر طرح شماتیک)	دیدگاه مشارکت کنندگان به خانواده پس از ادراک تجربه بیماری		



افزایش حساسیت اعضای خانواده

در مورد سلامتی فرد مبتلا

برهم خوردن روال عادی زندگی

خانواده

تغییر در شرایط روانی خانواده

تغییر در روابط داخلی اعضای

خانواده

تلاش در جهت افزایش آرامش

ذهنی

احتیاط و هوشیاری به علائم

مراعات دارویی و غذایی

اصلاح عادات نامطلوب زندگی

برای شرایط جدید

برگشت به روال عادی و نرمال

زندگی پس از تجربه

کاهش تنش و فشار بر بیمار

افزایش آرامش در خانواده و ذهن

فرد مبتلا

چک کردن مراعات غذایی و

دارویی

تلاش در جهت بهتر کردن شرایط

بهبود

حمایت روانی و عاطفی

میزان تاثیر خانواده بر روند

سازگاری

تغییرات در خانواده و اعضای آن پس

از تجربه بیماری

مواجهه مشارکت کنندگان با بیماری

مواجهه با

تجربه بیماری

مواجهه خانواده ها با بیماری

تاثیر خانواده در روند سازگاری فرد

مبتلا با بیماری

گزارش شده است، جز اولین پیام های ارسالی است که خبر از غافلگیر شدن افراد و نداشتن تصور خاصی از این بیماری در مورد خودشان است. گفته های مشارکت کننده شماره ۶ شاید تصویر بهتری از این واکنش بدهد. مشارکت کننده شماره ۶ می گوید: "این دفعه اصلا برای چیز دیگه ای مراجعه کرده بودم و نه من و نه خانواده ام اصلا فکر نمی کردیم که مشکلم باز به اینجا ختم بشه. اینکه علایم سخته باشه و اینا." احساس ترس اولین حس دریافتی و احساس مشترک در همه

تجربه حالات درونی مرتبط با بیماری قلبی و عروقی: یکی از مضامینی که به توصیف بهتر رویدادی که افراد تجربه کرده اند کمک می کند، توضیحاتی است که مصاحبه شوندگان از حالات درونی خود مرتبط با تجربه CVD گزارش کرده اند. مصاحبه شوندگان به خواست پژوهشگر در سه وجه متفاوت به موضوع پرداختند و احساسات، افکار و واکنش اولیه خود بلافاصله پس از تجربه CVD را توضیح دادند. به نظر می رسد شوکه شدن اولیه که در اکثر مصاحبه شوندگان



دید عضوی از خانواده شرح داده می‌شود. همانند مشارکت کنندگان اصلی که این تجربه را با واکنش‌های اولیه و سپس با احساس و افکار اولیه تجربه می‌کنند، خانواده هم این رخداد را با همین توالی‌ها تجربه می‌کند. به نظر می‌رسد تفاوت میان حالات اولیه خانواده و فرد (در میان یافته‌های نه چندان زیاد پژوهش ما) در پراکندگی بیشتر واکنش مبتلایان نسبت به خانواده است. از یافته‌ها اینطور بر می‌آید که واکنش‌ها و احساسات خانواده نسبت به فرد دامنه محدود تری دارد. واکنش اولیه خانواده نسبت به تجربه بیماری قلبی و عروقی در یافته‌های به دست آمده در پژوهش تنها شامل شوکه شدن می‌باشد. مصاحبه کننده شماره ۱ می‌گوید: "دیشب که این اتفاق افتاد و من اوادم تو بیمارستان و تو بخش بستری شدم، برای همشون این‌یه شک بزرگ بود." در مصاحبه دیگری مشارکت کننده شماره ۶ می‌گوید: "این دفعه اصلا برای چیز دیگه ای مراجعه کرده بودم و نه من و نه خانواده ام اصلا فکر نمی‌کردیم که مشکلم باز به اینجا ختم بشه".

فضای حاکم بر زندگی مشارکت کننده پیش از بیماری قلبی و عروقی: این مضمون و مضمون اصلی بعدی به بخشی از دلایل چرایی این تجربه می‌پردازند. در این مضمون به بخشی از بسترهای ایجاد کننده این تجربه تا پیش از رخداد آن پرداخته می‌شود. در ترسیم فضای زندگی مشارکت کنندگان از چند زاویه مختلف یافته‌هایی به دست آمده، دسته بندی شدند تا پس از بررسی هر دسته، نمای کلی زندگی افراد تا پیش از تجربه CVD کامل تر شود. بخش مهمی از زندگی هر فرد خانواده او و تعاملاتش با اعضای آن است. در ابتدا به مفهوم خانواده از دید مشارکت کنندگان پرداختیم و بعد تلاش شد تا روابط مشارکت

مصاحبه شوندگان بود. در برخی از مشارکت کنندگان احساس ترس از نام و برچسب بیماری بود. به عنوان مثال مصاحبه شونده شماره ۱ می‌گوید: "واقعیت اینه که اسم بعضی از مریضی‌ها واقعا ترسناکه و آدما رو از دور هم حتی میترسونه؛ این بیماری‌ها از دور هم یه حسی به آدم میده و با بیماری‌های دیگر فرق داره و اسم این بیماری‌ها که میاد یه ترس ویژه همراه باهاش میاد". اکثر مشارکت کنندگان اذعان داشتند که در طول طی کردن مراحل درمان، این موضوع جز اصلی ترین موضوعاتی بود که در ذهنشان به آن فکر می‌کردند و اضطراب زیادی را از پرداختن به این فکر تجربه می‌کردند. مصاحبه شونده شماره ۱ در این مورد می‌گوید: "یه دست از فکر هام خوبه مثلاً فکر می‌کنم شاید وقتی نتایج مشخص بشه، بگن خب یه حمله عصبی خفیف بوده مثل این فقط باید مراقب باشم یا مثلاً مشخص بشه که مشکل جدی قلبی دارم بین این دو تا در واقع تناوبی وجود داره. یه مدت به این فکر می‌کنم که احتمالاً چیز جدی نیست و نتیجه خیلی خوبه بعدش فکر می‌کنم که نه چرا باید باشه. علائم جدی بوده و اگر واقعا مشکل جدی باشه چه تبعاتی رو زندگیم داره. شاید بهتر باشه که بگم فکرهام تو برزخ گیر افتاده یه کمی از اون یکمی از این".

تجربه اولیه خانواده مرتبط با بیماری قلبی و عروقی: خانواده به تنها نهادی که همواره کنار مشارکت کنندگان اصلی در تجربه بیماری قلبی و عروقی سهیم هستند احساسات و ادراکات مخصوص به خود را از این تجربه دارند. در این مضمون همانند مضمون قبل به توصیف حالات اولیه تجربه CVD در این قسمت از دیدگاه خانواده پرداخته می‌شود و همزمان یافته‌های ادراک شده فرد از تجربه بیماری قلبی توسط خانواده اش و از



بغل دست من سمت راست زخم و سمت چپم بچه ها. ترتیب بچه ها اول دختر اولم بعد از اون دختر کوچیکم. فاصله ام با همسرم خیلی کم و بچه ها بیشتره اما نه خیلی دور."

ژنوگرامها (تاریخچه زندگی) طی این پژوهش حاوی خلاصه‌ی اطلاعاتی است که از مصاحبه‌های چندگانه با مشارکت کنندگان اصلی و دقت بر فضای غالب بر لحن و کلامشان، بررسی پرونده پزشکی آنها، مصاحبه با عضو منتخب معرفی شده آنها و بررسی یادداشت های پژوهشگر در مورد فضای غالب مصاحبه ها به دست آمده است و می توان بیان داشت خلاصه و جمع بندی نسبتا مناسبی است که یک ادراک کلی و مختصر از فضای حاکم بر زندگی مشارکت کنندگان ارائه می دهد. در تشریح فضای حاکم بر زندگی اش مشارکت کننده شماره ۱ می گوید: "تنش ها و اعصاب خوردی هایی که تو زندگی وجود داره اثرش بالاخره به روزی مشخص میشه و این جا و این بیماری یکی از مواردی که اثر همون هاست. تو یک سال گذشته با من استرس زیادی تو زندگی داشتم و مطمئنم که این اثر هموناست". در جای دیگری از مصاحبه هم می گوید: "بچه ها کاری ندارند انجام بدن با من درگیر میشن با مادرشون درگیر میشن و همین عصبی تر میکنه همه رو".

آخرین برش های زندگی قبل از تجربه بیماری قلبی و عروقی: در این مفهوم به ترسیم کلیتی از اتفاقاتی پرداخته می شود که شاید بتوان گفت یک برش عرضی از اتفاقات زندگی مشارکت کنندگان است که دقیقا پیش از رخداد تجربه CVD برای افراد اتفاق افتاده است. این برش شامل تنش هایی است که به ظهور تجربه CVD در برهه خاص زندگی افراد منجر شدند. بنابراین در این بخش به بررسی و تشریح تنش هایی در زندگی

کننده با اعضای خانواده (و اعضای دیگر با هم) بیشتر شناخته شود (با کمک طرح شماتیک، تحلیل مدل و روابط اعضا و البته ترتیب رسم اعضا و دلایلی که یک عضو خاص برای مصاحبه توسط مشارکت کننده انتخاب شد). سبک زندگی فرد و نقاط متمایز در این غالب نیز با کمک یافته های مصاحبه های مشارکت کنندگان اصلی و اعضای خانواده بیان می شود. مشارکت کننده شماره ۴ درباره مفهوم خانواده می گوید: "خانواده یعنی آرامش بدون بحث و جدل. واقعا باید به ایجا برسن. دور هم بودن، اینها خانواده رو سر پا نگه می دارن. چه خانواده هایی دیدم که از هم پاشیدن، بچه ها آواره شدن، معتاد شدن. کنار هم بودن در هر شرایط از ویژگی های خانواده است. زندگی خانواده هدف داره. اگر بر طبق دین خانواده اداره بشه همه این ویژگی ها رو داره." مصاحبه شونده شماره ۱ هم اذعان داشت که: "اعضای خانواده هدف مشترک دارند و برای رسیدن به اون با هم تلاش می کنن".

در ترسیم طرح شماتیک خانواده از مشارکت کنندگان خواسته شد که بر روی صفحه سفید خانواده خود را ترسیم کنند. برای اینکه مشارکت کنندگان متوجه نوع درخواست و نحوه پاسخ دادن شوند پژوهشگر توضیح داد که: "به طور مثال این نقطه در روی این صفحه شما هستید. لطفا بگید که بقیه اعضای خانواده به ترتیب کجای این صفحه قرار دارند". مشارکت کنندگان شماره ۱، ۳، ۴ و ۶ از مدل مداری برای رسم شکل خود استفاده کردند که این ۶۶٪ کل طرح های رسم شده است. مصاحبه شونده شماره ۱ می گوید: "خانواده ما مثل مدار زمینه اگر اون وسط من باشم، پس من میشم خورشید و مابقی اعضای خانواده میشن کرات دیگه." مصاحبه شونده شماره ۳ می گوید: "اول



بود: "با خودم می‌گم چرا قلبم و عمل کردم و قلبم دست خورده. بعدش یکم اضطراب از اینکه همش باید مراقب باشم و ترس از اینکه نکنه همش این موضوع تکرار بشه. نمی‌دونم حسرت هم یه حسه؟ اگر هست من همش با خودم می‌گم کاش اینطوری نشده بودم. کاش بر می‌گشتم به قبلم و همه چیزم سالم و مثل اول بود."

در طی روند مصاحبه از مشارکت کنندگان درخواست شده بود که توضیح بدهند که آیا تجربه بیماری قلبی و عروقی در تغییر دیدگاه آنها به مسائل مختلف موثر بوده است یا نه و اگر بوده است حوزه‌های این تأثیرات را بیان کنند. بررسی پاسخ اولیه آنها نشان می‌دهد بیش از ۸۳٪ مشارکت کنندگان (۵ نفر) معتقدند که این تجربه روی دیدگاه آنها تأثیر داشته و آن را در حوزه‌های مختلف تغییر داده است. مصاحبه شونده شماره ۴ می‌گوید: "کارهای مربوط به سلامتیم رو هم بیشتر پیگیری می‌کنم چون دوست دارم نهایت استفاده از زندگی رو ببرم. اون لحظه‌هایی که حالم بد بود و فکر می‌کردم دارم می‌میرم دیدم واقعا دوست دارم بیشتر زندگی کنم همش خدا رو صدا می‌کردم که کمک کنه تا زنده بمونم. این برای خودم جدید بود که چقدر دوست دارم دارم زندگی کنم و چقدر در کنار ترسم با یاد خدا آرام می‌شم". در طی این مضمون اشاره به زاویه دید مشارکت کنندگان اصلی به تغییرات خانواده، کیفیت مواجهه خانواده با این تجربه و تأثیری که این مواجهه در دیدگاه آنها به خانواده دارد، پرداخته می‌شود. سوال پژوهشگر در این مقوله اینطور مطرح شده بود: "این شکلیه که تو مصاحبه‌های قبلی به عنوان طرحی که نشان دهنده شکل کلی خانواده شماست رسم کردیم. الان که بهش نگاه می‌کنید دوست دارید

مشارکت کنندگان پرداخته می‌شود که به ظهور این تجربه بیماری در این برهه از زندگی آنها کمک کرده است. در شرح اتفاقاتی که پیش از تجربه علائم شدید بیماری قلبی و عروقی مصاحبه شونده شماره ۵ می‌گوید: "حقیقتش من برادر زاده مو که بیست و شش سالش بود هفته پیش بر اثر کرونا از دست دادم. از این واقعا استرس شدید تر؟ من اوضاع جسمیم واقعا خوب بود خیلی خیلی مراقب خودم بودم؛ اما خب داغ جوون سخته. همه خانواده واقوامم مثل من شدن. دایم هم سخته کرده و بستری شده". عضو منتخب مصاحبه شونده شماره ۵ هم این شرایط را بیشتر تشریح می‌کند: "دوتا داغ بزرگ داشتیم. اول پسر عموم که جوون بود و بر اثر کرونا فوت کردو بعدشم دایی پدرم که مشکل قلبی داشت وقتی این خبر رو شنید سخته کرد و متاسفانه فوت شدن استرس هامون واقعا زیاد بودند".

تحول‌های ادراک شده پس از تجربه بیماری قلبی و عروقی: پس از تجربه‌ای در وسعت و شدت CVD توسط فرد و خانواده، مسلما دامنه تغییرات هم وسیع و همه جانبه خواهد بود. تغییراتی که در پس تجربه می‌آید و شاید قابل پیشگیری نباشد اما احتمالا تبعات آن را تا حدی می‌توان کنترل کرد. این تغییرات و ادراکات ناشی از آن پس از تجربه CVD توسط مشارکت کنندگان اصلی و اعضای خانواده آنها می‌تواند بخشی از توصیف جامعی باشد که نحوه مواجهه با این تجربه را شرح می‌دهد. به نظر می‌رسد احساسات ته نشین شده‌ای که پس از طی کردن حداقل بخشی از مراحل درمان و بهبودی نسبی مشارکت کنندگان و پس از گذشت حداقل ۴۰ روز ثبت شده است می‌توان به عنوان راه انداز جریان رفتاری و تنظیم مجدد سبک زندگی در نظر گرفت. مشارکت کننده شماره ۲ در مصاحبه اولیه گفته



عروقی است و در این بین سازگاری خانواده پس از تغییراتی که متحمل شده است نادیده گرفته می شود. مرحله ابتدایی و مقدماتی تاثیرات خانواده بر افزایش آرامش مشارکت کنندگان و فراهم آوردن محیط و شرایط مساعد جهت تسریع بهبودی شان، کاهش تنش و فشارهایی است که قبلا در سبک زندگی آنها وجود داشته است. مشارکت کننده شماره ۵ می گوید: "خانواده ام دلسوز تر شدن. مراعات بیشتر شد. توقعات کم تر شد". شاید این خلاصه نقطه نظر اکثر مشارکت کنندگانی است که این موضوع را در مورد رفتار خانواده گزارش کرده اند. در نهایت از مشارکت کنندگان خواسته شد که میزان تاثیر خانواده را در روند انتخاب راهکار های سازگاری خود شرح دهند. اکثر مشارکت کنندگان به تاثیر مهم و زیاد خانواده در روند انتخاب هایشان اعتراف کردند (۵ نفر از ۶ نفر مصاحبه شونده). به عنوان مثال مشارکت کننده شماره ۱ می گوید: "الان که فکر می کنم حتی اینکه سعی می کند این بیماری رو سریع تر پیش خودشون هضم کنند و عادی باشند تا من هم بیماریم رو راحت تر بپذیرم، روی سازگاری من موثر بوده. از این منظر که به موضوع نگاه می کنم میبینم که خانواده تا حد زیادی بر روی روند سازگاری من موثر بودند". مشارکت کننده شماره ۳ هم می گوید: "خیلی زیاد. در واقع خانواده به من جهت دادن و کمک کردن و حتی یاد دادن که چطور مراقب خودم باشم".

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف کشف و شناسایی تجربه زیسته فرد مبتلاء و خانواده اش در مواجهه حاد با یکی از انواع بیماری های قلبی انجام شد. بر اساس یافته های این پژوهش، هفت مضمون اصلی تجربه اولیه مشکل (بدکارکردی) قلبی و عروقی، تجربه

تغییری در اون بدید؟". اکثر مصاحبه شوندگان توضیح می دهند که نیازی به تغییر در آن نمی بینند (۴ نفر از ۶ نفر). به عنوان مثال مشارکت کننده شماره ۶ می گوید: "نه. الان هم که بهش نگاه می کنم می بینم درست". مشارکت کننده شماره ۲ می گوید: "نه این چیزها ثابت. در سالیان دراز این تصویر ساخته می شه و تغییر نمی کنه". مواجهه با تجربه بیماری قلبی و عروقی: مواجهه با تجربه CVD با گذشت زمان، کسب تجربه و یادگیری ها شکل می گیرد و به مرور در جهت افزایش کارایی برای فرد و خانواده تکمیل می شود.

در این مضمون به راهکارهای سازگارانه مشارکت کنندگان و خانواده در مواجهه با CVD اشاره می شود. نکته قابل ذکر این است که این راهکارها به مرور و حتی پس از این مصاحبه ها در جهت حفظ تعادل خانواده تکمیل تر می شوند که یافته های ما محدود به همین برهه زمانی است. به نظر می رسد اغلب مشارکت کنندگان (همه کسانی که معتقد به کد بیماری اثر تنش و استرس است) پس از این تغییر دیدگاه تلاششان را در جهت افزایش آرامششان به کار می برند. مشارکت کننده شماره ۶ می گوید: "سعی کردم که خودم کمتر فکر و خیال بکنم و غصه اتفاق های نیفتاده رو بخورم. سرم رو با چیزهایی گرم می کنم که خاطرات بدم دیگه تو سرم نیاد. الان خودم رو بیشتر با خانه داری و نوه هام سرگرم می کنم". مشارکت کننده شماره ۴ می گوید: "نزدیک به یک ماهه که آدم خونسرد تری شدم. توی خونه با پسریم با بچه ها کلا آرومتر شدم. چون می دونم این ها و حتی فکر و ناراحتی روی قلبم اثر داره".

از یافته ها اینطور به نظر می رسد همه تلاش اعضای خانواده معطوف به سازگاری مشارکت کننده با تجربه بیماری قلبی و



مطالعه موردی جالبی که توسط Lane & Godfrey (۱۸) تحت عنوان "تغییرات احساسی و شناختی در طی یک حمله قلبی کشنده و تا یک ساله پس از آن" انجام شد می‌تواند در تحلیل یافته‌های پژوهش کمک کند. در بخشی از مقاله منتشر شده از این پژوهش، افراد احساسات و افکار و واکنش‌های درونی خود طی حمله و مدت کمی پس از آن شرح می‌دهد. کدهای دریافتی و احساسات و افکار تجربه شده توسط فرد در مقیاس کلی شبیه به گزارشات مشارکت‌کنندگان و یافته‌های این پژوهش است.

طی این تجربه وسیع و همه‌جانبه، خانواده به عنوان نهادی که بیشترین میزان پیوستگی و ارتباط را با فرد مبتلا دارد درگیر احساساتی می‌شود که می‌توان تا حدی به نزدیکی آنها با تجربه فرد مبتلا اذعان داشت (۷). هر فرد از اعضای خانواده وقتی خبر این بیماری را می‌شنود به میزان نزدیکی‌اش با فرد مبتلا، جایگاه فرد مبتلا و البته عضو مذکور و نقش‌هایی که هر کدام بر عهده دارند، شدت منحصر به فردی از این احساسات را تجربه می‌کند (۸). به عنوان مثال در پژوهش کیفی دیگری که توسط Wittenberg و همکاران تحت عنوان "چگونه بیماری بر اعضای خانواده تأثیر می‌گذارد؟" انجام شده است، مادر یک کودک بیمار از احساسات و افکار درون ذهنش اینطور سخن می‌گوید: "سخت است، ترسناک است ... شما در مورد او فکر می‌کنید، تمام مدت احتمالات بد را جلو چشم می‌آورید. تمام وقت ... این بدون وقفه فکر کردن، در مورد او تمام وقت است" (۱۳).

بسترها و زمینه‌های CVD را علاوه بر ژن‌ها، در عادات زندگی، سبک زندگی و استرس‌های موجود در زندگی می‌توان جستجو

حالات درونی مرتبط با CVD، تجربه اولیه خانواده مرتبط با CVD، فضای حاکم بر زندگی مشارکت‌کنندگان پیش از تجربه CVD، آخرین برش‌های زندگی قبل از تجربه CVD، تحول‌های ادراک شده پس از تجربه CVD و در نهایت مواجهه با تجربه CVD به دست آمد.

آن دسته از CVD که مزمن و مادرزادی نیستند علائم و نشانه‌های تقریباً مشخصی دارند که طی مصاحبه‌ها گزارش شد. از بین ۶ مبتلا به CVD مشارکت‌کننده در پژوهش ۴ نفر با تشخیص سکته قلبی و ۲ نفر با تشخیص گرفتگی عروق دسته‌بندی شدند. مطابق با اعلام سازمان جهانی بهداشت علائم رایجی برای بیماری‌های قلبی بدون پیش‌زمینه وجود دارد که اغلب تا مدت‌ها هیچ علائمی از بیماری زمینه‌ای در رگ‌های خونی وجود ندارد (۳). حمله قلبی یا سکته مغزی ممکن است اولین هشدار بیماری زمینه‌ای و مشکل در عروق باشد. زنان بیشتر دچار تنگی نفس، حالت تهوع، استفراغ و درد کمر یا فک می‌شوند. شایع‌ترین علامت سکته مغزی نیز ضعف ناگهانی صورت، بازو یا پا است (۱). مطابق با این گزارش علائم سکته قلبی و گرفتگی عروق گزارش شده توسط مصاحبه‌شوندگان طی روند تجربه‌شان از مواجهه با CVD مطابق با همان علائمی است که این سازمان گزارش کرده است. تأکید بر روی هوشیاری به علائم و شدت آن نیز که از نکات گزارش شده توسط مشارکت‌کنندگان بود در این گزارش آمده است. از سویی دیگر تقریباً همزمان با تجربه CVD به لحاظ جسمی، مجموعه تجربه‌هایی از حالات درونی اعم از احساسات، افکار و واکنش‌ها هم تجربه می‌شوند (۱۳). پژوهش‌های متعددی در مورد تجربه‌های احساسی و هیجانی طی تجربه CVD در دست نیست با این حال

دو ماهنامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت یزد

سال بیست و دوم، شماره پنجم، آذر و دی ۱۴۰۲



طرح را شروع می کنند و اعضای خانواده را بر این مبنای نوبت ترسیمشان ترتیب بندی کنند.

پژوهش ها نشان می دهد که استرس مداوم و مستمر و یا واقعه ای بزرگ استرس آمیز می تواند به یک حمله قلبی و حتی سکته منجر شود (۲۱-۲۰). مطابق با این یافته ها، بررسی آخرین اتفاقات رخ داده در زندگی مشارکت کنندگان تلاش برای یافتن استرس نهایی است که تیر خلاص را بر پیکره سلامت ظاهری افراد زده است. در این پژوهش ۳ نفر از مشارکت کنندگان یعنی ۵۰٪ از آنها به اتفاق استرس زایی اشاره کرده اند که در نهایت منجر به مراجعه شان به بیمارستان شده است و نفر دیگری نیز اشاره کرده است که به خاطر فعالیت بدنی شدید و زمینه پر استرس قلبی اش، علائم در او نمود پیدا کرده است. استرسور و هر چیزی که مانند یک استرسور بدن را آماده جنگ و گریز کند می تواند در نهایت به ظهور ناگهانی علائم CVD ختم شود. در پژوهش Buigues و همکاران مشخص شد افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب در مقایسه با افراد غیربیمار میزان حوادث استرس زای بیشتری را تجربه کرده اند (۷). در مطالعه Stoney و همکاران نیز عنوان کردند که استرس های رایج اجتماع می تواند در نهایت به ظهور یکباره CVD ختم شود (۹). مجموعه تحول ها و تغییراتی که طی یک تجربه بیماری بر خانواده و فرد بیمار تحمیل می شود، چنان وسیع و همه جانبه است که پژوهش ها بسیار بر مبنای آن انجام شده است. در پژوهشی که توسط انجام گردید Wells و همکاران (۳۵) مشخص شد که بین شیوع اضطراب و افسردگی و بیماری عروق کرونری ارتباط معنادار وجود دارد. یافته های پژوهش حاضر نیز در بخش احساسی مطابق با یافته های پژوهش ذکر شده است. احساس نقص و ناکارآمدی و احساس

کرد (۱۷). مطابق با یکی از آخرین مقالاتی که توسط Tawakol و همکاران (۳۲) منتشر شده است، برای اولین بار نشان داده شد که چگونه استرس می تواند به بیماری قلبی و گردش خون در انسان منجر شود. استرس مداوم با فعالیت بیشتر در منطقه ای از مغز همراه است که با پردازش احساسات و افزایش احتمال ابتلا به CVD مرتبط است.

بررسی های انجام شده نشان داده است که استرس می تواند به اندازه سیگار کشیدن یا فشار خون بالا یک عامل خطر مهم در ابتلا به بیماری قلبی باشد. دو مضمون چهارم و پنجم به بررسی زمینه ها و بستریهای پرداخته است که مطابق با یافته های این پژوهش و مطالعات دیگری از جمله پژوهش های Farooqi و همکاران (۳۳) و Popovic و همکاران (۳۴) است که به تشریح بسترهای استرس آور CVD پرداخته است.

در مضمون اصلی چهارم در پژوهش، یافته ها به نحوی دسته بندی و کد گذاری شده است که یک تصویر کلی را با قطعات پازل تکه تکه تکمیل کند. در مضمون فرعی اول به طرح مفهوم خانواده پرداخته شده است. در واقع طرح دیدگاه فرد در مورد خانواده احتمالا حاوی بخشی از دیدگاه های تجربی فرد است که نقاط مهم و مورد توجه در روابط او با خانواده را نشان می دهد و یا حداقل نقطه نظر او در مورد ایده آل های روابط را نشان می دهد.

طرح ترسیم شده توسط مشارکت کنندگان قطعه بعدی پازل است که در تکمیل این تصویر کمک می کند. طرح های ترسیم شده توسط مشارکت کنندگان اغلب بر مبنای ترتیب تولد و یا بر مبنای نزدیکی عاطفی است. در واقع و به بیان صحیح تر این دو مبنایی هستند که در ابتدا فرد با انتخاب یکی از این دو ترسیم



ارتباط دارد. این همان یافته‌ای است که ترکیب مکملش را از زبان یکی از مشارکت‌کنندگان پژوهش Wittenberg و همکاران (۱۳) می‌توان دریافت. فرزندان یک والدین مبتلا به آرتروز این طور شرح می‌دهند: "... اعضای خانواده برای مراقبت و حمایت در آنجا حضور دارند ... این وظیفه ما اعضای خانواده است که در بیماری آنها شرکت کنیم". این همان رابطه طولانی مدت است که در یافته‌های پژوهش تا مسیر روند سازگاری فرد مبتلا شناسایی شده است. رابطه‌ای که طی آن خانواده به سازگاری فرد کمک می‌کند و پا به پای او در این مسیر گام بر می‌دارد و گه‌گاه به آن جهت می‌دهد. میزان این حمایت و درگیری اعضای خانواده می‌تواند تا آنجا باشد که مادر کودک فلج مغزی این طور بگوید: "ما تخت خواب او را در اتاق نشیمن نگه می‌داریم تا بتواند احساس کند عضوی از خانواده است ... او بخش بزرگی از خانواده ماست. ما نمی‌دانیم بدون او چه کنیم... منظورم این است که کسی باید ۲۴ ساعت از او مراقبت کند ... این زندگی من است" (۱۳).

جوهره تجربه بیماری و عروقی توسط فرد مبتلا و خانواده‌اش را شاید بتوان اینگونه تشریح کرد: در بستری که می‌تواند ژن‌های مستعد کننده CVD یا عوامل خطر ساز آن باشد یا عادات نامطلوب غذایی و یا هوای سرشار از تنش، درگیری و استرس که فرد و خانواده‌اش در فضای سازی آن دخیل هستند و پیوند منحصر به فردی با یک دیگر دارند، فرد به سمت تجربه CVD پیش می‌رود و خانواده هم در این تجربه همراه او هستند. تجربه دردناک و وسیعی که با شدت و ناگهانی بر فرد عرضه می‌شود و خانواده ناظران دخیلی هستند که بسیاری از این تجارب را سهیم می‌شوند و این خانواده است که محدودیت‌های فرد را احتمالاً

ناراحتی پیش‌بینی‌کننده مهمی در احتمال ابتلا به افسردگی است. موضوع مهم دیگری که شاید این پژوهش بر آن خیلی تمرکز نداشته است، میزان تغییرات جسمی و محدودیت‌هایی است که بیماران قلبی پس از ابتلا تجربه می‌کنند.

تاثیر بیماری قلبی بر خانواده نیز بارها و بارها موضوع پژوهش محققان بوده است. در پژوهشی که توسط Leigh و همکاران (۲۲) انجام شد، ثابت شد که میان بیماری قلبی افراد و پریشانی‌های دراز مدت و احتمالاً افسردگی همسرانشان ارتباط معناداری وجود دارد. در پژوهش Wittenberg و همکاران (۱۳) نیز یافته‌های بسیاری، مشابه داده‌ها این پژوهش وجود دارد. به عنوان مثال در پژوهش او پدر یک کودک بیمار می‌گوید: من به نوعی گوشه‌گیرتر شدم زیرا زمان بسیار بیشتری برای مراقبت از او صرف می‌کنم تا اینکه کارهای خودم را انجام بدهم. من باید فعالیت‌های خاصی را تغییر دهم؛ مانند بیرون رفتن برای بازی بسکتبال، بیرون رفتن برای شام و غیره. این در واقع همان برهم خوردن روال عادی زندگی که از یافته‌های این پژوهش است را تصریح می‌کند. یک مطالعه طولی نشان داد که حدود ۴۳٪ از بستگان بیمارانی که در بخش مراقبت‌های ویژه بوده‌اند یک سال پس از ترخیص از علائم افسردگی بالایی برخوردار بوده‌اند (۳۳). تغییر در روابط داخلی اعضا و مصداق نزدیکی نیز در برخی از داده‌های پژوهش‌های گذشته دیده شده است (۲۲).

ابعادی از مواجهه با CVD و رسیدن به سازگاری توسط فرد مبتلا و خانواده‌اش در پژوهش Cené و همکاران (۲۳) نمایانگر این است که همراهی اعضای خانواده در ویزیت‌های پزشکی همراه بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با خود مراقبتی بهتر بیماران



با دشواری‌هایی روبرو نمود. ضمناً در راستای رعایت اصل اخلاقی خودداری از آسیب رساندن به افراد هر مصاحبه اولیه شاید در ۳ تا ۴ نوبت و طی زمان‌های ۱۰ تا ۲۰ دقیقه‌ای صورت گرفت و همین موضوع باعث می‌شد که مصاحبه‌های طولانی و عمیق‌تر ممکن نباشد.

همچنین از آنجا که طی روند این پژوهش علاوه بر فرد مشارکت‌کننده می‌بایست با اعضای خانواده هم مصاحبه می‌شد، در ابتدا برای برخی از مشارکت‌کنندگان توضیح این موضوع سخت بود و گاهی با مقاومت‌هایی صورت می‌گرفت.

شیوع کووید-۱۹ و احتمال خطر بالای ابتلای این مشارکت‌کنندگان باعث شده بود که دسترسی به این افراد بسیار سخت صورت بگیرد و مصاحبه‌های پیگیری در وقت‌های کوتاهی که برای ویزیت‌های مجدد مراجعه می‌کردند، انجام می‌شد.

یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند در دو سطح نظری و عملی بکار رود.

ملاحظات اخلاقی

اطلاعات این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) با کد IR.BMSU.BAQ.REC.1399.011 ثبت و تایید شد. همچنین پس از ارائه‌ی اطلاعات کافی درباره پژوهش، اهداف آن و مسائل مربوط به رازداری، به هر شرکت‌کننده یک فرم رضایت‌نامه داده شد که با اطلاع کافی، رضایت خود را مبنی بر شرکت در پژوهش به صورت کتبی اعلام کردند.

سهم نویسندگان

یگانه فرحزادی: ایده‌پردازی، اجرای پژوهش، هماهنگی با بیمارستان، نگارش متن مقاله، فروغ اسرافیلیان: کمک در تحلیل

جبران می‌کند و در روند بهبود فرد کنار او ایستاده است و پا به پای او با این تجربه سازگار می‌شود. در نهایت نیز تجربه CVD یک فرد مبتلا با شرایط، احساسات، افکار و محدودیت‌های خاصی بر جا می‌گذارد که نگاه همگی معطوف به آن است و پشت سر این فرد مبتلا مجموعه‌ای از افراد تحت عنوان خانواده قرار گرفته‌اند که متحمل تغییرات و تحولات‌های مشابهی در احساسات و افکار و با درصدهای متفاوتی در شدت و کیفیت شده‌اند و عملکرد و نقش‌هایشان طی این تجربه بسیار تغییر کرده است (۱۳). در مجموع نتایج به‌دست آمده مشخص کرد ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی پیامدهای روانی، اجتماعی و خانوادگی بسیار گسترده‌ای را برای فرد و خانواده آنها به همراه دارد. بدین منظور لازم است در کنار دارودرمانی به ابعاد روان‌شناختی این بیماران نیز توجه ویژه‌ای شود. به عبارتی دیگر دانش نظری این پژوهش می‌تواند برای کمک به روند سازگاری و بهبودی CVD آنان استفاده شود و آگاهی از پیامدها و فرایندهای احتمالی پیش روی زندگی افراد مبتلا می‌تواند به پیش‌بینی پذیر بودن برخی از اتفاقات برای آنها و در نتیجه کنترل برخی از پیامدها خصوصاً در حیطه روانی موثر باشد.

تمرکز این پژوهش بر تجربه CVD بود با این تفاوت که ما در این پژوهش فقط بر روی تجربه CVD به صورت حاد تمرکز کرده بودیم؛ لذا تفکیک دقیق تری نظیر جنسیت، سن و نوع بیماری صورت نگرفت.

در این پژوهش بر محدودیت‌های جسمی بعدی CVD تمرکز نشده بود. از آنجا که مصاحبه اولیه با CVD بستری شده در بخش مراقبت‌های ویژه صورت می‌گرفت، شرایط جسمی بیماران و محدودیت‌هایی در انجام مصاحبه، فرایند مصاحبه را



تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از بیماران بستری

در بخش مراقبت‌های ویژه، خانواده‌های محترم این عزیزان و

عوامل اجرایی بیمارستان بقیه‌الله (ع)، تشکر و قدردانی کنند.

داده‌ها، داوری نسخه اولیه مقاله، جمع‌آوری مقالات، فرزین

باقری شیخانگفته: تحلیل داده‌ها، تهیه متن مقاله، پاسخ به نظرات

داوران، نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تایید نموده و

مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته اند.

حمایت مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی انجام شده است.

References

- 1-Vogel B, Acevedo M, Appelman Y & etal. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. The Lancet. 2021;397(10):2385-438.
- 2-Nowbar AN, Gitto M, Howard JP & etal. Mortality from ischemic heart disease: Analysis of data from the World Health Organization and coronary artery disease risk factors From NCD Risk Factor Collaboration. Circulation: cardiovascular quality and outcomes. 2019;12(6):e005375.
- 3-McAloon CJ, Boylan LM, Hamborg T & etal. The changing face of cardiovascular disease 2000–2012: An analysis of the world health organisation global health estimates data. International journal of cardiology. 2016; 224:256-64.
- 4-Townsend N, Kazakiewicz D, Lucy Wright F & etal. Epidemiology of cardiovascular disease in Europe. Nature Reviews Cardiology. 2022;19(2):133-43.
- 5-Park JW, Mealy R, Saldanha IJ & etal. Multilevel resilience resources and cardiovascular disease in the United States: A systematic review and meta-analysis. Health Psychology. 2022;41(4):278.
- 6-Saki N, Karandish M, Cheraghian B & etal. Prevalence of cardiovascular diseases and associated factors among adults from southwest Iran: Baseline data from Hoveyze Cohort Study. BMC cardiovascular disorders. 2022;22(1):1-10.
- 7-Buigues C, Queralt A, De Velasco JA & etal. Psycho-social factors in patients with cardiovascular disease attending a family-centred prevention and rehabilitation programme: EUROACTION model in Spain. Life. 2021;11(2):89.
- 8-Bjarnason-Wehrens B, Schwaab B, Reiss N & etal. Resistance training in patients with coronary artery disease, heart failure, and valvular heart disease: a review with special emphasis on old age,



- frailty, and physical limitations. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*. 2022;42(5):304-15.
- 9-Stoney CM, Kaufmann PG, Czajkowski SM. Cardiovascular disease: Psychological, social, and behavioral influences: Introduction to the special issue. *American Psychologist*. 2018;73(8):949.
- 10-Go AS, Mozaffarian D, Roger VL & etal. Heart disease and stroke statistics—2014 update: a report from the American Heart Association. *circulation*. 2014;129(3):e28-92.
- 11-Walli-Attai M, Joseph P, Rosengren A & etal. Variations between women and men in risk factors, treatments, cardiovascular disease incidence, and death in 27 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. *The Lancet*. 2020;396(10):97-109.
- 12-Yusuf S, Joseph P, Rangarajan S & etal. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. *The Lancet*. 2020;395(10):795-808.
- 13-Wittenberg E, Saada A, Prosser LA. How illness affects family members: a qualitative interview survey. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*. 2013; 6:257-68.
- 14-Sun X, Huang D, Zeng F & etal. Effect of intensive care unit diary on incidence of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression of adult intensive care unit survivors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2021;77(7):2929-41.
- 15-Kasparian NA, Kan JM, Sood E & etal. Mental health care for parents of babies with congenital heart disease during intensive care unit admission: Systematic review and statement of best practice. *Early human development*. 2019; 139:104837.
- 16-Simeone S, Pucciarelli G, Perrone M & etal. The lived experiences of the parents of children admitted to a paediatric cardiac intensive care unit. *Heart & Lung*. 2018;47(6):631-7.
- 17-Obieat HD, Khalaf IA, Iyad AA & etal. Exploring the lived experiences of women with congenital heart disease during pregnancy: A phenomenological study. *Midwifery*. 2023; 119:103630.
- 18-Lane AM, Godfrey R. Emotional and cognitive changes during and post a near fatal heart attack and one-year after: A Case Study. *Journal of Sports Science & Medicine*. 2010;9(3):517.
- 19-Mszar R, Grandhi GR, Valero-Elizondo J & etal. Absence of coronary artery calcification in middle-aged familial hypercholesterolemia patients without atherosclerotic cardiovascular disease. *Cardiovascular Imaging*. 2020;13(4):1090-2.



- 20-Pretter S, Raveis VH, Carrero M & etal. Couples living with cardiovascular disease: Effects on the marital relationship. *Journal of Family Social Work*. 2014;17(1):21-36.
- 21-López R, Frangini P, Ramírez M & etal Well-being and agency in parents of children with congenital heart disease: a survey in chile. *World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery*. 2016;7(2):139-45.
- 22-Leigh ES, Wikman A, Molloy GJ & etal. The psychosocial predictors of long-term distress in partners of patients with acute coronary syndrome. *Psychology & Health*. 2014;29(7):737-52.
- 23-Cené CW, Haymore LB, Lin FC & etal. Family member accompaniment to routine medical visits is associated with better self-care in heart failure patients. *Chronic illness*. 2015;11(1):21-32.
- 24-Abdul Halain A, Tang LY, Chong MC & etal. Psychological distress among the family members of Intensive Care Unit (ICU) patients: A scoping review. *Journal of clinical nursing*. 2022;31(5-6):497-507.
- 25-Greenland P, Lloyd-Jones DM. Role of coronary artery calcium testing for risk assessment in primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease: a review. *JAMA Cardiology*. 2022;7(2):219-24.
- 26-Aspers P, Corte U. What is qualitative in qualitative research. *Qualitative sociology*. 2019; 42:139-60.
- 27-Cypress B. Qualitative research methods: A phenomenological focus. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2018;37(6):302-9.
- 28-Hennink M, Kaiser BN. Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social science & medicine*. 2022; 292:114523.
- 29-Creswell JW, Miller DL. Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into practice*. 2000;39(3):124-30.
- 30-Kamal SS. Research paradigm and the philosophical foundations of a qualitative study. *PEOPLE: International Journal of Social Sciences*. 2019;4(3):1386-94.
- 31-Thunberg S, Arnell L. Pioneering the use of technologies in qualitative research—A research review of the use of digital interviews. *International Journal of Social Research Methodology*. 2022;25(6):757-68.



- 32-Tawakol A, Ishai A, Takx RA & etal. Relation between resting amygdalar activity and cardiovascular events: a longitudinal and cohort study. *The Lancet*. 2017;389(10071):834-45.
- 33-Farooqi A, Khunti K, Abner S & etal. Comorbid depression and risk of cardiac events and cardiac mortality in people with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes research and clinical practice*. 2019; 156:107816.
- 34-Popovic D, Bjelobrk M, Tesic M & etal. Defining the importance of stress reduction in managing cardiovascular disease-the role of exercise. *Progress in cardiovascular diseases*. 2022; 70:84-93.
- 35-Wells A, Reeves D, Heal C & etal. Metacognitive therapy self-help for anxiety-depression: Single-blind randomized feasibility trial in cardiovascular disease. *Health Psychology*. 2022;41(5):366.
- 36-Pimple P, Lima BB, Hammadah M & etal. Psychological distress and subsequent cardiovascular events in individuals with coronary artery disease. *Journal of the American Heart Association*. 2019;8(9):e011866.



ORIGINAL ARTICLE

Received:2023/07/11

Accepted:2023/12/03

Investigating the Factors Related to the Reduction of Salt Consumption in Women in Southern Iran: Application of Transtheoretical Model

Farzaneh Pourjalil(Ph.D.s)¹, Atefeh Homayuni(Ph.D.)²

1.Ph.D.s Faculty of Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

2.Corresponding Author: Ph.D in Health Education and Health Promotion, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran. Email: atefeh_0913@yahoo.com Tel: 09138362709

Abstract

Introduction: Reducing salt consumption in population is one of the easiest, most efficient and cost-effective ways to reduce the burden of cardiovascular diseases. The present study was conducted with the aim of investigating the factors related to the reduction of salt consumption using transtheoretical model among women in southern Iran.

Methods: This was a cross-sectional study (descriptive-analytical) conducted from November 2022 to February 2023 on women of 18-59 who visited comprehensive health centers in Bastak city. A total number of 452 subjects were selected using convenient sampling method. Data were collected using a questionnaire with three sections: demographic information, a researcher-made questionnaire based on transtheoretical model constructs, and salt consumption reduction questionnaire. Data were analyzed using Kruskal-Wallis tests, Pearson's correlation and regression analysis with SPSS software (v. 22).

Results: The results showed that participants were between 18 and 52 with a mean of 35/51±10/13. 23/5% of the participants were in pre-contemplation stage, 21/7% in the contemplation stage, 20/8% in preparation stage, 11/3% in action stage, and 22/8% in maintenance stage. Pearson correlation analysis results indicated that there were significant positive relationships between cognitive processes ($r=0/44$, $p<0/01$), behavioral processes ($r=0/54$, $p<0/01$), self-efficacy ($r=0/43$, $p<0/01$), decision balance ($r=0/37$, $p<0/01$), and salt consumption reduction behavior; but, there was a significant negative correlation between temptation and salt consumption reduction behavior ($r=-0/34$, $p<0/01$). Moreover, regression analysis results revealed that age, counter conditioning, self-efficacy, raising awareness, decision balance, helping relationships, and temptation can predict 38/1% of the total variance in salt consumption reduction behavior ($p<0/05$).

Conclusion: According to the findings, self-efficacy, temptation, cognitive and behavioral change processes, and advantages and disadvantages of salt reduction play a major role in salt consumption reduction behavior. It is suggested that these variables be taken into account in developing and implementing educational interventions.

Keywords: Salt, Stages of Change, Transtheoretical Model, Women

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.



This Paper Should be Cited as:

Author: Farzaneh Pourjalil1, Atefeh Homayuni. Investigating the Factors Related to the Reduction of Salt Consumption in Women in Southern Iran: Application of transtheoretical Model.....Tolooebhdasht Journal. 2023;22(5)67-88.[Persian]



بررسی عوامل مرتبط با کاهش مصرف نمک در زنان جنوب ایران: کارپردی از مدل فرانظری

نویسندگان: فرزانه پورجلیل^۱، عاطفه همایونی^۲

۱. دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

شماره تماس: ۰۹۱۳۸۳۶۲۷۰۹ Email: Atefeh_0913@yahoo.com

چکیده

مقدمه: کاهش نمک دریافتی جمعیت یکی از ساده‌ترین، موثرترین و مقرون به صرفه‌ترین راه‌ها برای کاهش بار بیماری‌های قلبی-عروقی است. پژوهش حاضر با هدف بررسی عوامل مرتبط با کاهش مصرف نمک با استفاده از مدل فرانظری در زنان جنوب ایران انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر، مطالعه‌ای مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی بود که از آبان تا بهمن ۱۴۰۱ بر روی زنان ۱۸ تا ۵۹ ساله مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان بستک انجام شد. تعداد ۴۵۲ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه بخش: اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه محقق‌ساخته بر اساس سازه‌های مدل فرانظری و پرسشنامه کاهش مصرف نمک جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کروسکال والیس، همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۱۸ تا ۵۲ سال با میانگین $35/51 \pm 10/13$ سال بود. ۲۳/۵ درصد از شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌تفکر، ۲۱/۷ درصد در مرحله تفکر، ۲۰/۸ درصد در مرحله آمادگی، ۱۱/۳ درصد در مرحله عمل و ۲۲/۸ درصد در مرحله حفظ و نگهداری بودند. نتایج تحلیل همبستگی پیرسون نشان داد که بین فرآیندهای شناختی ($p < 0/01, r = 0/44$)، فرآیندهای رفتاری ($p < 0/01, r = 0/54$)، خودکارآمدی ($p < 0/01, r = 0/43$)، و موازنه تصمیم‌گیری ($p < 0/01, r = 0/37$)، با رفتار کاهش مصرف نمک رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. اما بین وسوسه‌انگیزی و رفتار کاهش مصرف نمک همبستگی منفی معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/01, r = -0/34$). همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که سن، شرطی‌سازی متقابل، خودکارآمدی، افزایش خودآگاهی، موازنه تصمیم‌گیری، روابط یاری‌رسان و وسوسه‌انگیزی می‌توانند ۳۸/۱ درصد از کل واریانس رفتار کاهش مصرف نمک را پیش‌بینی کنند ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها، خودکارآمدی، وسوسه‌انگیزی، فرآیندهای تغییر شناختی و رفتاری، مزایا و معایب کاهش مصرف نمک نقش عمده‌ای در رفتار کاهش مصرف نمک دارند. پیشنهاد می‌شود این عوامل در توسعه و اجرای مداخلات آموزشی مورد توجه قرار گیرند.

واژه‌های کلیدی: نمک، مراحل تغییر، مدل فرانظری، زنان

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال بیست و دوم

شماره پنجم

آذر و دی

شماره مسلسل: ۱۰۱

تاریخ وصول: ۱۴۰۲/۰۴/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۲



مقدمه

مصرف زیاد نمک با فشار خون بالا (۱،۲) و افزایش خطر ابتلاء به سرطان معده (۳) مرتبط است و بر قلب، کلیه‌ها، مغز و استخوان تاثیر منفی می‌گذارد (۴). در سرتاسر جهان، مصرف نمک به ۱/۶۵ میلیون مرگ و میر سالانه ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی نسبت داده شده است (۵). مطالعات نشان داده‌اند که کاهش نمک و افزایش مصرف پتاسیم می‌تواند سلامت جسمانی را بهبود بخشد (۶). میزان مصرف نمک از سه منبع حاصل می‌شود: ۱. مقدار نمکی که در حین پختن غذا اضافه می‌شود. ۲. مقدار نمکی که سر سفره به غذا اضافه می‌شود. ۳. مقدار نمکی که در غذاهای خریداری شده وجود دارد که ممکن است به طور طبیعی در آن وجود داشته باشد یا در طی فرایند پردازش به آن اضافه شده باشد (۷). میزان دریافت نمک همچنین به فرهنگ و قانون، عادات غذایی، سطح سواد هر کشور، ناحیه و منطقه بستگی دارد (۸).

سازمان جهانی بهداشت و سازمان غذا و کشاورزی ایالات متحده مصرف کمتر از ۵ گرم نمک در روز (در صورت اطمینان از یددار بودن نمک) را به عنوان یک هدف تغذیه‌ای جمعیتی توصیه کرده است (۹). تفاوت قابل توجهی در میزان و همچنین الگوی مصرف نمک در بین کشورهای مختلف وجود دارد (۱۰). در کشورهای پیشرفته کاهش مصرف نمک از طریق کاهش تدریجی و مداوم میزان نمک اضافه شده به غذا توسط صنایع غذایی حاصل می‌شود؛ در حالی که در کشورهای دیگر مانند ایران، بیشتر نمک مصرفی حاصل نمک اضافه شده به غذا در حین آشپزی و یا از سس‌ها می‌باشد (۱۱).

با توجه به مصرف استاندارد نمک که ۶ گرم است در ایران این

میزان ۱۵-۱۰ گرم (گاهی تا ۱۵ گرم) در روز گزارش شده است (۸). در بسیاری از کشورها از جمله ایران، مصرف نمک در محدوده ۱۲-۸ گرم در روز است (۱۲) که این میزان بسیار بیشتر از حداکثر مقدار توصیه شده توسط متخصصین تغذیه است.

عدم تعادل در مصرف نمک به صورت مصرف بیش از حد نیاز ممکن است با فشار خون بالا، افزایش خطر سکتة مغزی، بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری کلیوی، افزایش خطر چاقی و پوکی استخوان، شکل‌گیری سنگ‌های کلیه و سرطان معده نیز مرتبط باشد (۸). برآورد شده است که کاهش مصرف نمک توسط یک فرد به میزان ۵ گرم در روز (میزان توصیه شده توسط سازمان جهانی بهداشت) منجر به کاهش ۲۳ درصدی در سکتة‌ها و ۱۷ درصدی در بیماری‌های قلبی-عروقی و در نتیجه منجر به پیشگیری از ۴ میلیون مرگ سالانه در سرتاسر جهان می‌شود.

فرا تحلیل انجام شده توسط He و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که کاهش مصرف نمک منجر به کاهش فشار خون در بیماران مبتلا به پرفشاری خون و بیماران با فشار خون طبیعی، هر دو می‌شود. نتایج مطالعه این پژوهشگران نشان داد که اگرچه کاهش ۵ گرم نمک در هر روز تاثیر مثبتی بر فشار خون دارد، کاهش بیشتر مصرف نمک (تا ۳ گرم در روز) تاثیر بسیار بیشتری خواهد داشت (۱۳).

یکی از الگوهای آموزش بهداشت که می‌تواند در سطح فردی برای تغییر رفتار به کار رود الگوی فرآیندی پروچسکا (TTM) است که از زمان معرفی آن تاکنون برای طیف وسیعی از رفتارهای سلامتی استفاده شده است (۱۴). این الگو نخستین بار توسط Prochaska و Diclemente به صورت الگویی جامع



اخذ شده است (۲۰). دو سازه تعادل تصمیم‌گیری و خودکارآمدی به عنوان میانجی عمل کرده و زمان وقوع تغییر را تعیین می‌کنند (۲۱). فرایندهای تغییر، فعالیت‌های پنهان و آشکاری هستند که افراد برای پیشرفت در طول مراحل مختلف از آنها استفاده می‌کنند (۱۸). این فرایندها شامل ۱۰ فرایند است که به دو گروه فرایندهای شناختی و فرایندهای رفتاری تقسیم می‌شوند (۲۲). ده فرآیند تغییر که بیشترین محبوبیت را دارند عبارتند از: افزایش خودآگاهی، تسکین نمایشی، خودارزشیابی مجدد، ارزشیابی مجدد محیط، خود رهاسازی، آزادسازی اجتماعی، شرطی‌سازی متقابل، کنترل محرک، مدیریت تقویت و روابط یاری‌رسان (۱۵).

از الگوی فرانظری برای رفتارهای مرتبط با سلامت زیادی از قبیل انجام ورزش (۲۳)، رفتار رانندگی (۲۴)، مصرف سیگار (۲۵)، مصرف ماهی (۲۶)، مصرف میوه‌جات و سبزیجات (۲۷) و تغذیه افراد پره دیابتیک (۲۸) استفاده شده است. اما تاکنون در ایران و خصوصاً در شهر بستک هیچ مطالعه‌ای در رابطه با کاهش مصرف نمک بر اساس مدل فرانظری انجام نشده است. کاهش نمک دریافتی جمعیت یکی از آسان‌ترین، موثرترین و مقرون به صرفه‌ترین راه‌های کاهش بار بیماری‌های قلبی-عروقی و کاهش هزینه‌های مربوط به حفظ سلامتی است که می‌تواند منجر به بهبود قابل توجهی در سلامت عمومی شود (۲۹). از آنجایی که ساکنان شهر بستک بومی بوده و دارای عادات غذایی خاص هستند، به عنوان مثال مصرف غذاهای سنتی همچون مهباه و سوراخ که با نمک فراوان تهیه می‌گردد و نیز با توجه به اهمیت سلامت تغذیه‌ای زنان، هم به عنوان بخشی از اعضای جامعه و هم به عنوان مادر از یک سو و نیز نقش و تاثیر زنان در

برای تغییر رفتار وضع شد که بر تصمیم‌گیری افراد تمرکز دارد (۱۵). این الگو دارای چهار سازه اصلی است که عبارتند از: ۱- مراحل تغییر، ۲- موازنه تصمیم‌گیری، ۳- خودکارآمدی و ۴- فرایندهای تغییر (۱۶). مراحل تغییر عبارتند از: مرحله پیش از تفکر یا قصد، مرحله تفکر و قصد، مرحله آمادگی، مرحله عمل و مرحله حفظ و نگهداری (۱۷). مرحله پیش از تفکر مرحله‌ای است که در آن مردم تمایلی به تغییر رفتار در آینده نزدیک ندارند. این زمان معمولاً تا شش ماه بعد در نظر گرفته می‌شود. مرحله تفکر مرحله‌ای است که در آن افراد تمایل به تغییر رفتار در عرض شش ماه آینده دارند. مرحله آمادگی مرحله‌ای است که در آن افراد به تغییر رفتار در آینده نزدیک، معمولاً در ماه بعد تمایل دارند. مرحله عمل مرحله‌ای است که در آن افراد یک تغییر آشکار در روش زندگیشان در طول شش ماه گذشته ایجاد کرده‌اند. مرحله حفظ و نگهداری مرحله‌ای است که در آن مردم تغییراتی آشکار و مشخص در شیوه زندگیشان ایجاد کرده‌اند و تلاش می‌کنند که از بازگشت به رفتار قبلی امتناع ورزند. بر اساس نتایج حاصل از مطالعات مربوط به سازه‌های وسوسه و خودکارآمدی، مرحله حفظ را از شش ماه تا حدود پنج سال برآورد کرده‌اند (۱۸).

تعادل (موازنه) تصمیم‌گیری به عنوان فواید (Pros)، مضرات (Cons) و هزینه‌های تغییر رفتار از دید افراد تعریف شده است. در هنگام حرکت به سمت تغییر رفتار، افراد هزینه‌ها و فواید رفتار را سبک و سنگین کرده و بر اساس آن اقدام به تغییر یا عدم تغییر رفتار خود می‌کنند (۱۹). خودکارآمدی عبارتست از اطمینانی که شخص به توانایی‌اش برای پیگیری یک رفتار مشخص دارد. این سازه از تئوری شناختی-اجتماعی باندورا



آماری در راستای اهداف پژوهش استفاده خواهد شد. همچنین رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان اخذ گردید. پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار زنان علاقمند به شرکت در مطالعه قرار گرفت. جهت زنانی که سواد خواندن و نوشتن نداشتند پرسشنامه توسط محقق با استفاده از اطلاعات شفاهی تکمیل گردید.

داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای شامل ۳ بخش زیر جمع‌آوری گردید:

۱. بخش اول حاوی اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان شامل سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، شغل، سابقه ابتلاء به بیماری‌های مزمن، تعداد افراد بالای ۱۸ سال در خانواده و نوع نمک مصرفی برای پخت و پز بود.

۲. بخش دوم پرسشنامه‌ای محقق‌ساخته مربوط به سوالات سازه‌های مدل فرانظری شامل مراحل تغییر، فرایندهای تغییر رفتار، موازنه تصمیم‌گیری، خودکارآمدی و وسوسه‌انگیزی می‌باشد. سازه‌های مراحل تغییر با ۱ سوال، وضعیت مصرف نمک روزانه شرکت‌کنندگان را مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

شرکت‌کنندگان بر حسب انتخاب یکی از گزینه‌های (۱). روزانه بیش از یک قاشق مرباخوری نمک مصرف کرده و به هیچ وجه علاقمند به کاهش مقدار نمک در برنامه غذایی‌ام نیستم و قصد انجام آن را هم در ۶ ماه آینده ندارم؛ ۲. روزانه بیش از یک قاشق مرباخوری نمک مصرف کرده و علاقمند به کاهش مقدار نمک در برنامه غذایی‌ام هستم و قصد انجام آن را در ۶ ماه آینده دارم؛ ۳. روزانه بیش از یک قاشق مرباخوری نمک مصرف کرده و علاقمند به کاهش مقدار نمک در برنامه غذایی‌ام هستم و قصد انجام آن را در ۱ ماه آینده دارم؛ ۴. علاقمند به کاهش مقدار نمک در برنامه غذایی‌ام هستم و شروع به کاهش مصرف

مدیریت سفره خانواده و الگوسازی آنها، پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل موثر بر کاهش مصرف نمک بر اساس مدل فرانظری در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان بستک انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی می‌باشد که از آبان ۱۴۰۱ تا بهمن ۱۴۰۱ در شهرستان بستک، استان هرمزگان (جنوب ایران) انجام شد. جامعه مورد مطالعه تمامی زنان (۵۹-۱۸ سال) مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر بستک (شامل ۶ مرکز شهری و ۱۱ مرکز روستایی) بودند. با توجه به مطالعات پیشین (۱۱) و با استفاده از فرمول کوکران و حجم جامعه (۵۱۲۷ نفر)، حجم نمونه ۳۶۰ نفر برآورد گردید.

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

معیارهای ورود به این مطالعه عبارتند از: جنس مونث، شرکت داوطلبانه در پژوهش، قرار گرفتن در بازه سنی ۱۸-۵۹ سال و معیارهای خروج از مطالعه شامل از بین رفتن هر یک از معیارهای ورود به مطالعه در زمان شرکت در مطالعه می‌باشند.

شروع کار بدین صورت بود که محقق پس از اخذ مجوز کتبی و انجام هماهنگی‌های لازم با شبکه بهداشت و درمان شهرستان بستک جهت جمع‌آوری داده‌ها به مراکز بهداشتی-درمانی این شهر (مراکز شهری و روستایی) مراجعه کرد.

اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان در مطالعه شرح داده شد و به آنها خاطر نشان شد که ذکر نام و نام خانوادگی الزامی نبوده و اطلاعات آنها به صورت محرمانه نزد گروه پژوهش باقی خواهد ماند و از داده‌های حاصل از اجرای پژوهش فقط برای تحلیل



تلاش می‌کنند."، شرطی‌سازی متقابل (۶ سوال، همچون " برای کاهش مصرف نمک، نمکدان را از سفره حذف می‌کنم." و کنترل محرک (۵ سوال، همچون "همیشه مواد غذایی کم‌نمک را در دسترس خود قرار می‌دهم."). بود. پاسخ دهی به سوالات این سازه بر روی مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم (۵ امتیاز) تا کاملاً مخالفم (۱ امتیاز) انجام گرفت. حداقل و حداکثر نمره قابل اکتساب در این بخش به ترتیب عبارت از ۵۲ و ۲۶۰ بودند.

سازه موازنه تصمیم‌گیری با ۷ سوال مورد سنجش قرار گرفت. در این قسمت ۳ سوال به بررسی معایب تغییر رفتار کاهش مصرف نمک (همچون "از خوردن مواد غذایی پرنمک و شور لذت می‌برم." و ۴ سوال به بررسی مزایای تغییر رفتار (همچون "مصرف مواد غذایی کم‌نمک، سطح سلامت من را افزایش می‌دهد." پرداختند. نمره‌گذاری سوالات بر روی مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از "کاملاً موافقم (۵ امتیاز) تا "کاملاً مخالفم" (۱ امتیاز) انجام می‌گیرد. نمره کل موازنه تصمیم‌گیری حاصل اختلاف نمرات مزایا و معایب تغییر رفتار می‌باشد.

سازه خودکارآمدی در این مطالعه با ۶ سوال (همچون "من می‌توانم در برابر خوردن مواد غذایی پر نمک در رستوران یا در مهمانی‌ها مقاومت کنم." مورد بررسی قرار گرفت. پاسخ دهی به سوالات این سازه بر روی مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم (۵ امتیاز) تا کاملاً مخالفم (۱ امتیاز) انجام گرفت. حداقل و حداکثر نمره قابل اکتساب در این بخش به ترتیب عبارت از ۶ و ۳۰ بودند. نمره بالاتر بیانگر خودکارآمدی بالاتر شرکت‌کننده در مصرف کمتر نمک می‌باشد.

در سازه وسوسه‌انگیزی با ۸ سوال از شرکت‌کنندگان پرسیده

نمک در طی ۶ ماه گذشته کرده‌ام؛ ۵. علاقمند به کاهش مقدار نمک در برنامه غذایی‌ام هستم و هم اکنون بیش از ۶ ماه است که مصرف نمک را کم کرده‌ام.)، در یکی از مراحل تغییر رفتار یعنی پیش‌تفکر، تفکر، آمادگی، عمل و نگهداری قرار می‌گرفتند.

فرایندهای تغییر رفتار با ۵۲ سوال فرایندهای شناختی (شامل افزایش خودآگاهی، تسکین نمایی، بازارشیبایی محیطی، خودارزشیابی مجدد و رهاسازی اجتماعی) و رفتاری (شامل خودرهاسازی، مدیریت تقویت، روابط یاری‌رسان، شرطی‌سازی متقابل و کنترل محرک) تغییر رفتار را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این فرایندها شامل افزایش خودآگاهی (۹ سوال، همچون "از میزان نمک موجود در مواد غذایی که می‌خورم اطلاع دارم."، تسکین نمایی (۵ سوال، همچون "هشدارهای مربوط به خطرات مصرف بیش از حد نمک من را نگران می‌کند."، بازارشیبایی محیطی (۵ سوال، همچون "فکر می‌کنم رعایت مصرف مواد غذایی کم‌نمک، هزینه‌های خدمات بهداشتی درمانی را کاهش می‌دهد."، خودارزشیابی مجدد (۴ سوال، همچون "باور دارم که استفاده از مواد غذایی کم‌نمک، مرا فردی سالم‌تر و شاداب‌تر خواهد کرد."، رهاسازی اجتماعی (۵ سوال، همچون "مواد غذایی کم‌نمک باید با قیمت مناسب‌تری در اختیار مردم قرار بگیرد."، خودرهاسازی (۴ سوال، همچون "خودم را متعهد می‌دانم که از نمک کمتری در برنامه غذایی‌ام استفاده کنم."، مدیریت تقویت (۴ سوال، همچون "وقتی که از مواد غذایی کم‌نمک استفاده می‌کنم به خودم پاداش می‌دهم."، روابط یاری‌رسان (۵ سوال، همچون "تلاش می‌کنم با افرادی غذا بخورم که همچون من برای کاهش مصرف نمک



بازاررشیایی محیطی ۰/۸۹۴، خودارزشیایی مجدد ۰/۸۷۷، رهاسازی اجتماعی ۰/۸۳۹، خودرهاسازی ۰/۶۲۱، مدیریت تقویت ۰/۸۲۲، روابط یاری‌رسان ۰/۸۰۶، شرطی‌سازی متقابل ۰/۷۰۵، کنترل محرک ۰/۷۲۳، موازنه تصمیم‌گیری ۰/۶۵۴، خودکارآمدی ۰/۸۹۳، وسوسه‌انگیزی ۰/۹۰۱ و رفتار کاهش مصرف نمک ۰/۶ بود.

در این مطالعه از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد. آمار توصیفی در قالب فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار گزارش گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف (جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها)، کراسکال والیس، همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون جهت آزمون فرضیه‌ها و بررسی روابط بین متغیرها استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ ($p < 0.05$) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مجموع ۴۵۲ شرکت‌کننده به سوالات بصورت کامل پاسخ دادند. دامنه سنی آنها بین ۱۸ تا ۵۲ سال با میانگین $10/13 \pm$ ۳۵/۵۱ سال بود. اکثر شرکت‌کنندگان در پژوهش متاهل (۸۱/۶٪، ۳۶۹ نفر)، دارای مدرک دیپلم (۳۱٪، ۱۴۰ نفر) و خانه‌دار (۵۲/۹٪، ۲۳۹ نفر) بودند و از نمک یددار (۸۴/۱٪، ۳۸۰ نفر) برای پخت و پز یا تهیه غذا در خانه استفاده می‌کردند. سایر اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که ۲۳/۵٪ افراد در مرحله پیش‌تفکر، ۲۱/۷٪ در مرحله تفکر، ۲۰/۸٪ در مرحله آمادگی، ۱۱/۳٪ در مرحله عمل و ۲۲/۸٪ در مرحله نگهداری قرار داشتند. به بیان دیگر بیشتر افراد در مراحل پیش از عمل قرار داشتند.

می‌شد که در موقعیت‌های مختلف (همچون "هنگامی که با دوستان نزدیک و صمیمی‌ام در یک رستوران غذا می‌خورم") تا چه اندازه برای خوردن یک ماده غذایی پر نمک وسوسه می‌شوند. پاسخ دهی به سوالات این سازه بر روی مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از "اصلاً وسوسه نمی‌شوم" (۱ امتیاز) تا "بی‌نهایت وسوسه می‌شوم" (۵ امتیاز) انجام گرفت. حداقل و حداکثر نمره قابل اکتساب در این بخش به ترتیب عبارتند از ۸ و ۴۰. نمره بالاتر بیانگر وسوسه‌انگیزی بیشتر می‌باشد.

۱. رفتار کاهش مصرف نمک از طریق پرسشنامه‌ای ۵ سوالی (همچون "هر چند وقت یکبار حین پخت و پز یا تهیه غذا به آن نمک، چاشنی شور یا سس شور اضافه می‌کنید؟") مورد ارزیابی قرار گرفت. سوالات پرسشنامه در مورد افزودن نمک به غذا درست قبل از خوردن آن، نحوه تهیه غذا در خانه، خوردن غذاهای فراوری‌شده حاوی نمک زیاد، مانند ترشیجات، غذاهای ترش، گیاهان و ادویه‌های نمکی و کنترل مصرف نمک می‌باشد. حداقل و حداکثر نمره قابل اکتساب در این بخش به ترتیب عبارت از ۰ و ۲۹ بودند. نمره بالاتر در این پرسشنامه بیانگر مصرف کمتر نمک توسط شرکت‌کنندگان می‌باشد.

روایی این پرسشنامه با استفاده از روش روایی محتوا مورد سنجش قرار گرفت. پس از اعمال تغییرات لازم به لحاظ کمی و کیفی، پرسشنامه به تصویب هیئتی متشکل از ۴ نفر از متخصصان آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت رسید. با توجه به بازخورد متخصصان، بازبینی‌هایی در پرسشنامه انجام شد. پایایی پرسشنامه نیز از طریق آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای سازه‌های افزایش خودآگاهی ۰/۸۴۶، تسکین‌نمایشی ۰/۸۷۳،



نتایج حاصل از مقایسه سازه‌های مدل فرانظری و رفتار کاهش مصرف نمک بر اساس مراحل تغییر در جدول ۳ ارائه شده است. استفاده شده است. با توجه به عدم نرمال بودن متغیرها از آزمون کراسکال والیس استفاده شده است.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه

مشخصات	طبقات	تعداد (درصد فراوانی)
وضعیت تاهل	مجرد	۶۷ (۱۴/۸)
	متاهل	۳۶۹ (۸۱/۶)
	بیوه	۱۰ (۲/۲)
	مطلقه	۳ (۰/۷)
	بدون پاسخ	۳ (۰/۷)
	ابتدایی	۴۵ (۱۰)
سطح تحصیلات	متوسطه	۶۷ (۱۴/۸)
	دیپلم	۱۴۰ (۳۱)
	فوق دیپلم	۵۸ (۱۲/۸)
	لیسانس	۱۲۱ (۲۶/۸)
	فوق لیسانس و بالاتر	۱۵ (۱۳/۳)
	بدون پاسخ	۶ (۱/۳)
	کارمند	۱۲۱ (۲۶/۸)
	دانشجو	۲۸ (۶/۲)
	خانه‌دار	۲۳۹ (۵۲/۹)
	مشاغل آزاد	۴۵ (۱۰)
وضعیت شغلی	بازنشسته	۱ (۰/۲)
	سایر مشاغل	۱۶ (۳/۵)
	بدون پاسخ	۲ (۰/۴)
	۱	۵۹ (۱۳/۱)
	۲	۱۹۷ (۴۳/۶)
تعداد افراد بالای ۱۸ سال در خانواده	۳	۸۱ (۱۷/۹)
	۴	۴۹ (۱۰/۸)
	۵	۱۴ (۳/۱)
	بیش از ۵ نفر	۳۱ (۶/۹)
	بدون پاسخ	۲۱ (۴/۶)
سابقه ابتلا به بیماری‌های مزمن	بله	۷۴ (۱۶/۴)
	خیر	۳۷۲ (۸۲/۳)
	بدون پاسخ	۶ (۱/۳)
نوع نمک مصرفی در پخت و پز	یددار	۳۸۰ (۸۴/۱)
	غیر یددار	۴۶ (۱۰/۲)
	نمی‌دانم	۲۶ (۵/۸)



حفظ و نگهداری بیشتر و میانگین این نمره در مرحله پیش از تفکر کمتر از سایر مراحل می‌باشد. در خصوص سازه فرایندهای رفتاری نتایج نشان می‌دهد که میانگین نمره فرایندهای رفتاری در مرحله حفظ و نگهداری بیشتر از سایر مراحل و میانگین آن در مرحله پیش از تفکر کمتر از سایر مراحل می‌باشد و در نهایت، در خصوص سازه رفتار کاهش مصرف نمک نتایج نشان می‌دهد که میانگین این نمره در مرحله حفظ و نگهداری بیشتر از سایر مراحل و میانگین آن در مرحله پیش از تفکر کمتر از سایر مراحل می‌باشد.

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش و ضرایب همبستگی آنها با یکدیگر در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در تمام متغیرها اختلاف معناداری بین میانگین نمرات بر اساس مراحل تغییر رفتار وجود دارد. میانگین نمرات خودکارآمدی در مرحله پیش از تفکر کمتر و در مرحله حفظ و نگهداری بیشتر از سایر مراحل تغییر می‌باشد.

نتایج در خصوص سازه‌های موازنه تصمیم‌گیری و وسوسه‌انگیزی نشان می‌دهد که میانگین نمره وسوسه‌انگیزی در مرحله حفظ و نگهداری کمتر از سایر مراحل و میانگین نمره موازنه تصمیم‌گیری در مرحله حفظ و نگهداری بیشتر از سایر مراحل تغییر می‌باشد. در رابطه با سازه فرایندهای شناختی نتایج نشان می‌دهد که میانگین نمره فرایندهای شناختی شرکت‌کنندگان در مرحله

جدول ۲: توزیع فراوانی مراحل تغییر رفتار کاهش مصرف نمک در زنان مورد مطالعه

تعداد	درصد فراوانی
۱۰۶	۲۳/۵
۹۸	۲۱/۷
۹۴	۲۰/۸
۵۱	۱۱/۳
۱۰۳	۲۲/۸
۴۵۲	۱۰۰

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه‌های مدل فرایندی و رفتار کاهش مصرف نمک بر اساس مراحل تغییر رفتار

متغیرها	مراحل تغییر	میانگین (انحراف استاندارد)	Chi-Square	Sig.
خودکارآمدی	پیش تفکر	۲۰/۳۷ (۵/۲۰۹)	۵۳/۵۴۸	۰/۰۰۰
	تفکر	۲۱/۷۵ (۵/۹۱۴)		
	آمادگی	۲۱/۵۲ (۴/۷۲۴)		
	عمل	۲۲/۳۳ (۵/۰۳۴)		
	حفظ و نگهداری	۲۵/۱۸ (۳/۹۴۳)		



۰/۰۰۰	۳۹/۰۷۲	۱۸/۴۶ (۷/۴۴۳)	پیش تفکر	وسوسه انگیزی
		۱۷/۹۲ (۶/۸۶۵)	تفکر	
		۱۷/۹۱ (۵/۸۹۹)	آمادگی	
		۱۹/۳۱ (۶/۰۷۷)	عمل	
		۱۳/۸۹ (۶/۳۰۷)	حفظ و نگهداری	
۰/۰۰۰	۹۰/۱۵۵	۱۴/۰۹ (۳/۹۹۶)	پیش تفکر	رفتار مصرف نمک
		۱۵/۳۴ (۴/۱۷۶)	تفکر	
		۱۵/۵ (۳/۲۶۲)	آمادگی	
		۱۷/۸۲ (۳/۶۶۴)	عمل	
		۱۹/۶۷ (۴/۷۱)	حفظ و نگهداری	
۰/۰۰۰	۴۵/۵۱۳	۵/۸۶ (۳/۶۵)	پیش تفکر	موازنه تصمیم گیری
		۶/۶۵ (۴/۳۵۸)	تفکر	
		۷/۱۶ (۳/۹۹۵)	آمادگی	
		۷/۲۵ (۴/۲۲۸)	عمل	
		۹/۷۶ (۴/۵۰۶)	حفظ و نگهداری	
۰/۰۰۰	۷۴/۰۰۷	۹۸/۱۸ (۱۹/۸۸۶)	پیش تفکر	فرایندهای شناختی
		۱۰۵/۵۲ (۱۵/۵۹۶)	تفکر	
		۱۰۸/۸۴ (۱۲/۶۷۷)	آمادگی	
		۱۱۳ (۱۰/۷۱۸)	عمل	
		۱۱۷/۴۹ (۱۱/۴۸۳)	حفظ و نگهداری	
۰/۰۰۰	۷۵/۳۰۴	۷۹/۵۵ (۱۷/۴۸۹)	پیش تفکر	فرایندهای رفتاری
		۸۵/۹۱ (۱۶/۶۷)	تفکر	
		۸۹/۵۲ (۱۵/۵۳۷)	آمادگی	
		۹۴/۴۲ (۱۱/۷۳)	عمل	
		۹۸/۵۴ (۱۱/۸۵۵)	حفظ و نگهداری	



جدول ۴. میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرهای مطالعه

متغیر	میانگین	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶
افزایش خودآگاهی	۳۲.۹	۶.۴۲	۱															
تسکین نمایشی	۱۸.۸۲	۳.۸۴	۰.۵۲**	۱														
بازارزشیایی محیطی	۲۰.۲۲	۳.۴۶	۰.۶۲**	۰.۶**	۱													
خودارزشیایی مجدد	۱۵.۸۲	۳.۰۸	۰.۶**	۰.۵۵**	۰.۷۱**	۱												
رهاسازی اجتماعی	۲۰.۳۰	۳.۲۶	۰.۴۷**	۰.۴۳**	۰.۷۲**	۰.۶۴**	۱											
خودرهاسازی	۱۵.۷۹	۴.۰۶	۰.۵۲**	۰.۴۱**	۰.۵۷**	۰.۶۵**	۰.۵۳**	۱										
مدیریت تقویت	۱۴.۲۹	۳.۲۵	۰.۶**	۰.۴۴**	۰.۵۵**	۰.۵۷**	۰.۵۴**	۰.۴۷**	۱									
روابط یاری رسان	۱۷.۸۴	۳.۶	۰.۵۶**	۰.۴۶**	۰.۴۹**	۰.۵۵**	۰.۴۷**	۰.۴۹**	۰.۵۹**	۱								
شرطی سازی متقابل	۲۲.۹۸	۵.۳۵	۰.۵**	۰.۳۳**	۰.۵۲**	۰.۵۶**	۰.۵**	۰.۵۱**	۰.۴۸**	۰.۵۸**	۱							
کنترل محرک	۱۸.۱	۴.۴۹	۰.۵۶**	۰.۴۲**	۰.۵۱**	۰.۵۹**	۰.۴۷**	۰.۴۸**	۰.۵۱**	۰.۶۶**	۰.۶۳**	۱						
فرایندهای شناختی	۱۰۸.۰۶	۱۶.۳۶	۰.۸۵**	۰.۷۵**	۰.۸۷**	۰.۸۳**	۰.۷۶**	۰.۶۵**	۰.۶۷**	۰.۶۳**	۰.۵۹**	۰.۶۳**	۱					
فرایندهای رفتاری	۸۹	۱۶.۵۸	۰.۶۸**	۰.۵۱**	۰.۶۶**	۰.۷۳**	۰.۶۲**	۰.۷۴**	۰.۷۳**	۰.۸۲**	۰.۸۱**	۰.۸۴**	۰.۷۹**	۱				
خود کارآمدی	۲۲.۲۳	۵.۲۶	۰.۳۹**	۰.۲**	۰.۳۸**	۰.۴۴**	۰.۳۵**	۰.۳۸**	۰.۳۵**	۰.۳۲**	۰.۴۵**	۰.۴۱**	۰.۴۳**	۰.۴۹**	۱			
وسوسه انگیزی	۱۷.۲۸	۶.۸۵	-	-	-	-	-	-	-	۰.۱۹**	۰.۱۹**	۰.۳۱**	۰.۲۵**	-۰.۳۲**	۱			
موازنه تصمیم گیری	۷.۳۵	۴.۳۶	۰.۳**	۰.۲۲**	۰.۴**	۰.۴۴**	۰.۳۸**	۰.۳۷**	۰.۲۵**	۰.۲۴**	۰.۳۹**	۰.۳۵**	۰.۴۱**	۰.۴۱**	۰.۵۸**	-۰.۳۴**	۱	
رفتار کاهش مصرف نمک	۱۶.۳۵	۴.۵۳	۰.۴۳**	۰.۲۱**	۰.۳۷**	۰.۴**	۰.۳۷**	۰.۳۶**	۰.۳۷**	۰.۴۷**	۰.۴۸**	۰.۴۷**	۰.۴۴**	۰.۵۴**	۰.۴۳**	-۰.۳۴**	۰.۳۷**	۱

** p<۰/۰۱

*p<۰/۰۵

.....



نتایج تحلیل همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که روابط مثبت معناداری بین افزایش خودآگاهی ($p < 0.01, r = 0.43$)، تسکین نمایشی ($p < 0.01, r = 0.21$)، بازاررزیایی محیطی ($p < 0.01, r = 0.37$)، خودارزشیایی مجدد ($p < 0.01, r = 0.04$)، رهاسازی اجتماعی، خودرهاسازی ($p < 0.01, r = 0.36$)، مدیریت تقویت ($p < 0.01, r = 0.37$)، روابط یاری‌رسان ($p < 0.01, r = 0.42$)، شرطی‌سازی متقابل ($p < 0.01, r = 0.48$)، کنترل محرک ($p < 0.01, r = 0.47$)، فرایندهای شناختی ($p < 0.01, r = 0.44$)، فرایندهای رفتاری ($p < 0.01, r = 0.54$)، خودکارآمدی ($p < 0.05$)، رفتار کاهش مصرف نمک وجود دارد. اما همبستگی منفی معناداری بین وسوسه‌انگیزی و رفتار کاهش مصرف نمک وجود دارد ($p < 0.01, r = -0.34$).
نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که شرطی‌سازی متقابل، خودکارآمدی، سن، افزایش خودآگاهی، موازنه تصمیم‌گیری، روابط یاری‌رسان و وسوسه‌انگیزی می‌توانند ۳۸٪ از کل واریانس رفتار کاهش مصرف نمک را پیش‌بینی کنند.

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه در پیش‌بینی کاهش مصرف نمک از طریق متغیرهای مستقل

جدول ۵. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه در پیش‌بینی کاهش مصرف نمک از طریق متغیرهای مستقل

P value	t	Beta	B	Std. Error of the Estimate	Adjusted R square	R square	R	مدل
۰/۰۰۰	۱۱/۳۶۸	۰/۴۸۸	۰/۴۰۷	۳/۹۶	۰/۲۳۶	۰/۲۳۸	۰/۴۸۸	پیش‌بین‌ها: (ثابت)، شرطی - سازی متقابل
۰/۰۰۰	۷/۶	۰/۳۵۱	۰/۲۹۳	۳/۷۸	۰/۳۰۴	۰/۳۰۸	۰/۵۵۵	پیش‌بین‌ها: (ثابت)، شرطی - سازی متقابل و خودکارآمدی
۰/۰۰۰	۶/۴۵۴	۰/۲۹۸	۰/۲۵۶					
۰/۰۰۰	۷/۰۳۷	۰/۳۲۱	۰/۲۶۸	۳/۶۹	۰/۳۳۵	۰/۳۳۹	۰/۵۸۳	پیش‌بین‌ها: (ثابت)، شرطی - سازی متقابل، خودکارآمدی و سن
۰/۰۰۰	۶/۱۸۶	۰/۲۸	۰/۲۴۱					
۰/۰۰۰	۴/۴۴۴	۰/۱۸۳	۰/۰۸۱					
۰/۰۰۰	۵/۲۴۹	۰/۲۵۶	۰/۲۱۳	۳/۶۴	۰/۳۵۲	۰/۳۵۹	۰/۵۹۹	پیش‌بین‌ها: (ثابت)، شرطی - سازی متقابل، خودکارآمدی، سن و افزایش خودآگاهی
۰/۰۰۰	۵/۳۹۳	۰/۲۴۶	۰/۲۱۲					
۰/۰۰۰	۴/۳۴۴	۰/۱۷۶	۰/۰۷۸					
۰/۰۰۰	۳/۵۱۲	۰/۱۶۴	۰/۱۱۷					
۰/۰۰۰	۴/۸۶۵	۰/۲۳۸	۰/۱۹۹	۳/۶۲	۰/۳۶	۰/۳۶۸	۰/۶۰۷	پیش‌بین‌ها: (ثابت)، شرطی - سازی متقابل، خودکارآمدی، سن، افزایش خودآگاهی و تعادل تصمیم‌گیری
۰/۰۰۰	۳/۶۲۷	۰/۱۸۷	۰/۱۶۱					
۰/۰۰۰	۴/۴۵۳	۰/۱۸	۰/۰۷۹					
۰/۰۰۱	۳/۵۰۵	۰/۱۶۳	۰/۱۱۶					
۰/۰۱۴	۲/۴۷۵	۰/۱۲	۰/۱۲۴					
۰/۰۰۰	۳/۶۹۲	۰/۱۹۴	۰/۱۶۲	۳/۶	۰/۳۶۶	۰/۳۷۶	۰/۶۱۳	پیش‌بین‌ها: (ثابت)، شرطی - سازی متقابل، خودکارآمدی،
۰/۰۰۰	۳/۵۹۴	۰/۱۸۴	۰/۱۵۸					



۰/۰۰۰	۴/۱۵۴	۰/۱۶۸	۰/۰۷۴						سن، افزایش خودآگاهی،
۰/۰۱۵	۲/۴۳۹	۰/۱۲۲	۰/۰۸۶						تعادل تصمیم‌گیری و روابط
۰/۰۱۱	۲/۵۵	۰/۱۲۳	۰/۱۲۸						یاری‌رسان
۰/۰۲۷	۲/۲۱۵	۰/۱۱۶	۰/۱۴۶						
۰/۰۰۱	۳/۴۹۶	۰/۱۸۴	۰/۱۵۴	۳/۵۹	۰/۳۷۱	۰/۳۸۱	۰/۶۱۸		پیش‌بین‌ها: (ثابت)، شرطی -
۰/۰۰۳	۳/۰۴۱	۰/۰۴۵	۰/۱۳۷						سازی متقابل، خودکارآمدی،
۰/۰۰۰	۳/۸۱۴	۰/۱۵۶	۰/۰۶۹						سن، افزایش خودآگاهی،
۰/۰۱۳	۰/۴۸۲	۰/۱۲۳	۰/۰۸۷						تعادل تصمیم‌گیری، روابط
۰/۰۲۲	۲/۲۹۶	۰/۱۱۱	۰/۱۱۵						یاری‌رسان و وسوسه‌انگیزی
۰/۰۲۶	۲/۲۳۷	۰/۱۱۷	۰/۱۴۷						
۰/۰۴۸	-۱/۹۸۲	-۰/۰۵۸	-۰/۰۵۸						

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل موثر بر کاهش مصرف نمک بر اساس مدل فرانظری در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان بستک انجام شد. نتایج نشان داد که اکثر شرکت‌کنندگان (۶۶٪) در مراحل پیش از عمل (پیش‌تفکر، تفکر و آمادگی) قرار داشتند.

این یافته با نتایج مطالعات انجام‌شده توسط Ahn و همکاران (۳۰)، پیراسته و همکاران (۳۱)، Ahn و همکاران (۳۲) همراستا بود. مطالعه Ahn و همکاران (۳۰) در زمینه کاهش مصرف سدیم بر روی زنان خانه‌دار کره‌ای، نشان داد که قبل از مداخله، اکثر شرکت‌کنندگان (۴۳/۲٪) در مرحله پیش از عمل قرار داشتند. در مطالعه پیراسته و همکاران (۳۱) از نظر تغییر رفتار در مراحل مصرف اختیاری نمک، حدود یک سوم زنان (۳۱/۹٪) در مرحله پیش از تفکر، ۲۲/۳٪ در مرحله تفکر، ۱۸/۹٪ در مرحله آمادگی، ۸/۲٪ در مرحله عمل و ۱۸/۷٪ در مرحله حفظ و نگهداری قرار داشتند. در مطالعه Ahn و همکاران (۳۲) بر روی رستوران‌داران و آشپزها در سئوونگنام کره جنوبی، نتایج نشان داد که نسبت تغییرات رفتار کاهش سدیم بر

اساس مراحل تغییر، ۲۰/۴٪ در مرحله نگهداری و عمل (MA)، ۳۲/۳٪ در مرحله آمادگی (P) و ۴۷/۳٪ در مرحله پیش آمادگی (PP) بود که شامل مراحل تفکر و پیش تفکر بود.

نتایج نشان داد که بین خودکارآمدی با رفتار کاهش مصرف نمک رابطه مثبت معناداری وجود دارد. همچنین میانگین نمره خودکارآمدی در مرحله پیش از تفکر کمتر و در مرحله حفظ و نگهداری بیش از سایر مراحل تغییر بود. این یافته با نتایج مطالعات انجام‌شده توسط پیراسته و همکاران (۳۱)، Zhang و همکاران (۳۳)، خرم و همکاران (۳۴)، Felix و همکاران (۳۵)، رادمریخی و همکاران (۳۶)، Ahn و همکاران (۳۷)، Suh و همکاران (۳۸)، Ahn و همکاران (۳۹) و Elangovan و همکاران (۴۰) هم راستا بود.

در مطالعه پیراسته و همکاران (۳۱)، خودکارآمدی و مواجهه با محدودیت مصرف نمک مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده آمادگی زنان برای تغییر رفتار مصرف اختیاری نمک بود. نتایج مطالعه Zhang و همکاران (۳۳) بر روی بزرگسالان آفریقایی-آمریکایی نشان داد که درک خطر عاطفی در قالب نگرانی از مصرف نمک و همچنین خودکارآمدی با رفتار کاهش مصرف



وزن نشان داد که بین دریافت انواع چربی و انرژی با نمره موازنه تصمیم‌گیری همبستگی ضعیف اما معناداری وجود دارد. در مطالعه آقاملایی و همکاران (۴۴)، با پیشرفت افراد در طول مراحل تغییر از مرحله پیش از قصد تا مرحله حفظ و نگهداری، موازنه تصمیم‌گیری و خودکارآمدی نسبت به مصرف میوه افزایش معناداری یافت.

نتایج مطالعه Fang و همکاران (۴۵) بر روی دانش‌آموزان چینی نشان داد که فرایندهای تغییر، تعادل تصمیم‌گیری (pros)، تعادل تصمیم‌گیری (cons)، و خودکارآمدی عواملی بودند که به طور معناداری بر مراحل تغییر رفتار مصرف روغن تاثیر گذاشتند. در مطالعه Therawiwat و همکاران (۴۷)، خودکارآمدی ادراک‌شده، مزایا و معایب موازنه تصمیم‌گیری برای مصرف رژیم غذایی رابطه مثبت معناداری با مراحل تغییر داشتند.

در مطالعه Kidd و Peters (۴۸) نیز جوانب مثبت موازنه تصمیم‌گیری به طور قابل توجهی با مصرف کلی میوه مرتبط بود. موازنه تصمیم‌گیری به اهمیت نسبی منافع و موانع تغییر رفتار برای فرد اشاره دارد. در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت که بالا بودن موازنه تصمیم‌گیری در زمینه رفتاری خاص، در واقع به معنای تمایل فرد به تغییر آن رفتار به رفتار مطلوب‌تر است؛ بدین ترتیب که هر چه درک فرد از منافع و موانع تغییر یک رفتار دقیق‌تر باشد و هر چه تعداد مزایایی که برای تغییر رفتار می‌شناسد نسبت به معایب آن افزایش یابد احتمال وقوع تغییر آن رفتار خاص افزایش می‌یابد (۴۹). از این رو به منظور کاهش رفتار مصرف نمک بایستی منافع حاصل از این تغییر را افزایش و موانع آن را کاهش داد.

نتایج مطالعه همچنین حاکی از وجود رابطه منفی معنادار بین

نمک در این جمعیت مرتبط بود. در مطالعه خرم و همکاران (۳۴) بر روی جمعیت شهری سقز در ایران، نتایج نشان داد که جنس، سن، فشار خون، آگاهی، قصد کاهش نمک، اهمیت ادراک‌شده کاهش نمک، حمایت هیجانی درک‌شده، حمایت کاربردی درک‌شده و خودکارآمدی پیش‌بینی‌کننده‌های اتخاذ روش‌های کنترل نمک در این جمعیت بودند.

در مطالعه Felix و همکاران (۳۵)، خودکارآمدی ادراک‌شده بالاتر و مزایای درک‌شده در بین افراد، شاخص‌های غالبی بود که منجر به رفتار محدودیت نمک شده بود. در مطالعه Ahn و همکاران (۳۹)، افرادی که در مرحله عمل بودند نمرات بالاتری را در خودکارآمدی برای کاهش مصرف سدیم نسبت به افرادی که در مرحله پیش از عمل بودند کسب کردند. خودکارآمدی به معنای اعتماد فرد به توانایی‌اش برای انجام اقدامات لازم برای رسیدن به هدفی خاص است که در واقع دانش و نگرش او را در عملکرد واقعی‌اش منعکس می‌کند (۴۱). خودکارآمدی مستلزم توانایی انجام رفتار تحت شرایط مختلف است که نشان‌دهنده نیاز به آموزش تغذیه برای بهبود مهارت‌ها و رفتارهای غذایی است (۳۹).

نتایج مطالعه نشان داد که بین موازنه تصمیم‌گیری با رفتار کاهش مصرف نمک رابطه مثبت معناداری وجود دارد و میانگین نمره این سازه در مرحله حفظ و نگهداری بیشتر از سایر مراحل تغییر می‌باشد. این یافته با نتایج مطالعات انجام‌شده توسط گردعلی و باژن (۴۲)، حسنی و همکاران (۴۳)، آقاملایی و همکاران (۴۴)، Fang و همکاران (۴۵)، محبی و همکاران (۴۶)، Therawiwat و همکاران (۴۷) و Kidd و Peters (۴۸) همسو می‌باشد. نتایج مطالعه گردعلی و باژن (۴۲) بر روی زنان مبتلا به چاقی یا اضافه



رفتاری شرکت کنندگان در مرحله حفظ و نگهداری بیشتر و میانگین این نمره در مرحله پیش از تفکر کمتر از سایر مراحل می باشد. به عبارت دیگر هر چقدر در مراحل تغییر رفتار به جلو حرکت می کنیم میزان استفاده از فرایندهای شناختی و رفتاری تغییر رفتار در رابطه با کاهش مصرف نمک افزایش می یابد. این یافته با نتایج مطالعات انجام شده توسط نمازی و همکاران (۵۲)، نریمانی و همکاران (۵۳)، Fang و همکاران (۴۵)، Hildebrand و Shriver (۵۴) و Di Noia و Thompson (۵۵) هم راستا می باشد.

در مطالعه نمازی و همکاران (۵۲) بر روی زنان میانسال با اضافه وزن نتایج نشان داد که فرایندهای شناختی و رفتاری در زمینه استفاده از تغذیه سالم در طی مراحل تغییر سیر صعودی داشت. نتایج مطالعه نریمانی و همکاران (۵۳) بر روی کارکنان پرستاری-مأمایی نشان داد که میانگین نمره فرایندهای شناختی و رفتاری در افراد در مرحله حفظ و نگهداری به طور معناداری بیش از مرحله تفکر بوده است. میانگین نمره فرایندهای رهایی اجتماعی، بازارشیبایی محیطی، خودارزشیابی مجدد، کنترل محرک و شرطی سازی متقابل بطور آشکاری از مراحل غیرفعال به سمت مراحل فعال روند صعودی داشت.

در مطالعه Hildebrand و Shriver (۵۴) بر روی والدین آفریقایی-آمریکایی کم درآمد، والدین در مراحل عمل/حفظ و نگهداری در مقایسه با والدین در مراحل پیش از تفکر/تفکر، میوه و سبزیجات بیشتری مصرف کرده و بیشتر اوقات از فرایندهای رفتاری استفاده می کردند. در تبیین این یافته می توان گفت که افراد در مراحل پیش از تفکر و تفکر با توجه به اینکه انگیزش جدی و احتمالاً برنامه مشخصی برای تغییر رفتار ندارند

و سوسه انگیزی و رفتار کاهش مصرف نمک بود. از سویی، میانگین نمره و سوسه انگیزی در مرحله حفظ و نگهداری کمتر از سایر مراحل بود. این یافته با نتایج مطالعات انجام شده توسط چرکزی و همکاران (۵۰)، باقری و همکاران (۵۱) و محبی و همکاران (۴۶) هم راستا بود. نتایج مطالعه چرکزی و همکاران (۵۰) بر روی افراد سیگاری شهر اصفهان نشان داد که بین میزان و سوسه با منافع و موانع درک شده و میزان وابستگی به نیکوتین همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. در مطالعه باقری و همکاران (۵۱) بر روی افراد سیگاری شهر اراک، متغیرهای مراحل تغییر، و سوسه، مضرات مصرف سیگار، سن شروع مصرف سیگار، فرایند تغییر تسکین نمایی و تعداد دوستان سیگاری، پیشگویی کننده میزان مصرف سیگار روزانه بودند.

در مطالعه محبی و همکاران (۴۶)، نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که سازه های موازنه تصمیم گیری و خودکارآمدی، آگاهی تغذیه ای و ادراکات بیماری را پیش بینی می کردند و سازه غلبه بر و سوسه تنها پیش بین پایبندی به رژیم غذایی بود. در تبیین این یافته می توان چنین گفت که انتظار می رود با حرکت افراد از مرحله پیش تفکر به مرحله حفظ و نگهداری، میزان خودکارآمدی افراد در جهت غلبه بر موقعیت ها و شرایط و سوسه انگیز مصرف نمک افزایش یابد. از این رو در برنامه ها و مداخلات آموزشی بایستی بر نقش این موقعیت های و سوسه انگیز و روش های غلبه بر آنها تاکید گردد و در نهایت نتایج مطالعه نشان داد که بین فرایندهای شناختی و رفتاری تغییر رفتار و رفتار کاهش مصرف نمک همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. همچنین میانگین نمرات فرایندهای شناختی و



افزایش دهد که می‌توان از این موارد جهت بالا بردن خودکارآمدی زنان و انتقال افراد از مراحل اولیه تغییر به مراحل بالاتر استفاده نمود. همچنین پیشنهاد می‌شود برای ارتقای افراد از مراحل پایین‌تر تغییر به مراحل عمل و نگهداری، استراتژی‌های شناختی مانند ارائه اطلاعات جهت افزایش آگاهی زنان، برانگیختگی عاطفی، متذکر شدن معایب مصرف زیاد نمک در رژیم غذایی و نیز استراتژی‌های رفتاری مانند کنترل محرک‌های منفی و ارائه محرک‌های مثبت در جهت کاهش مصرف نمک، جایگزینی افزودنی‌ها و چاشنی‌های مجاز و طبیعی به جای نمک، حمایت و توانمندسازی افراد استفاده شوند. همچنین بایستی در برنامه‌های آموزشی به مضرات مصرف نمک تاکید شود و به افراد نحوه کنترل وسوسه برای خوردن مواد غذایی پر نمک آموزش داده شود.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر به تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان (IR.HUMS.REC.1402.022) رسید. به شرکت کنندگان تضمین داده شد که شرکت در مطالعه داوطلبانه بوده و آنها حق دارند در هر زمان از فرآیند جمع‌آوری داده‌ها انصراف دهند. رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از همه شرکت‌کنندگان اخذ شد.

سهم نویسندگان

فرزانه پورجلیل: جمع‌آوری داده‌ها و نوشتن گزارش نهایی؛ عاطفه همایونی: تجزیه و تحلیل داده‌ها، گردآوری منابع و نوشتن گزارش نهایی. نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تایید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

حمایت مالی

کمتر از سایرین این فرایندها را اتخاذ می‌کنند؛ در حالی که با ورود به مراحل عملی تغییر، رفتار ناسالم خود را با رفتار سالم جایگزین کرده و با بکارگیری این فرایندها در جهت جلوگیری از بازگشت به رفتار ناسالم و حفظ و نگهداری رفتار جدید تلاش می‌کنند.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به خودگزارش‌دهی شرکت‌کنندگان، محدود بودن نمونه به زنان و عدم بررسی زنانی اشاره کرد که به مراکز بهداشتی-درمانی مراجعه نکرده بودند. از سویی، روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی و نتایج آن مقطعی است و نمی‌توانیم بر اساس این نتایج، استنباط علی داشته باشیم. از نقاط قوت مطالعه آن است که مطالعه حاضر نخستین مطالعه‌ای است که به بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتار کاهش مصرف نمک با استفاده از مدل فرانظری پرداخته است.

پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در مطالعات بعدی، تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل فرانظری بر رفتار کاهش مصرف نمک، پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار کاهش مصرف نمک با استفاده از سایر مدل‌های آموزش بهداشت و در سایر جوامع (مردان، بیماران مبتلا به فشار خون و ...) را مورد بررسی قرار دهند.

بر اساس نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌شود در مداخلات، افراد را بر اساس مراحل تغییر طبقه‌بندی کرده و برای مراحل مختلف، برنامه‌های آموزشی متفاوتی ارائه شود. استراتژی‌های شکستن رفتار پیچیده به مراحل کوچک، عملی و قابل انجام، استفاده از نمایش به وسیله الگوهای نقش باورپذیر، بهره‌گیری از ترغیب و تقویت، کاهش استرس مرتبط با انجام رفتار جدید می‌تواند اعتماد شخص به توانایی‌هایش برای پیگیری یک رفتار را



پژوهش حاضر حمایت مالی نداشته است.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم دانسته تا از حمایت‌های مالی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان و همچنین از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش قدردانی کنند.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ گونه تضاد منافی در این مطالعه وجود ندارد.

References

- 1-Aljuraiban GS, Jose AP, Gupta P & et al. Sodium intake, health implications, and the role of population-level strategies. *Nutrition Reviews*. 2021;79(3):351-9.
- 2-Afshin A, Sur PJ, Fay KA & et al. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The lancet*. 2019;393(10184):1958-72.
- 3-Fang X, Wei J, He X & et al. Landscape of dietary factors associated with risk of gastric cancer: A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *European Journal of Cancer*. 2015;51(18):2820-32.
- 4-Robinson AT, Edwards DG, Farquhar WB. The influence of dietary salt beyond blood pressure. *Current hypertension reports*. 2019;21:1-11.
- 5-Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM & et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. *New England Journal of Medicine*. 2014;371(7):624-34.
- 6-Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM & et al. Heart disease and stroke statistics—2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2011;123(4):e18-e209.
- 7-Shepherd R, Farleigh C. Attitudes and personality related to salt intake. *Appetite*. 1986;7(4):343-54.
- 8-Naghbi SA, Yahyazadeh R, Yazdani Cherati J. Knowledge, attitude referred to health centers on salt intake. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2012;22(95):99-104.
- 9-Organization WH. Reducing salt intake in populations: report of a WHO forum and technical meeting, 5-7 October 2006, Paris, France. 2007.
- 10-Briand P, Beaglehole R. Reducing salt intake in populations. *NLM classification: QU*. 2006;145.



- 11-Agh Atabay R, Zareban I, Shahrakipoor M & et al. Application of planned behaviour theory to predict salt consumption in the rural women of chabahar. *Health Education and Health Promotion*. 2014;2(1):3-15.
- 12-Rafieifar S, Pouraram H, Djazayery A & et al. Strategies and opportunities ahead to reduce salt intake. *Archives of Iranian Medicine*. 2016;19(10):0.
- 13-Kloss L, Meyer JD, Graeve L & et al. Sodium intake and its reduction by food reformulation in the European Union—A review. *NFS journal*. 2015;1:9-19.
- 14-Malekshahi F, Heydarnia A, Niknami S & et al. Application of the transtheoretical model in preventing of Osteoporosis (physical activity) in women 30-50 years old in KhorramAbad: A study based on transtheoretical model. *Yafteh*. 2016;17(2):69-80.
- 15-Tavafian S, Aghamolaei T, Zare S. Distribution of smokers by stages of change of smoking: a population based study from BndarAbbass, Iran. *Payesh*. 2009;8(3):263-9.
- 16-Pirasteh P, Davati A, Jouhari Z, Mohamadi L. Predicting physical activity behavior among Iranian medical college students using the transtheoretical model *Scientific-Research Journal of Shahed University* 2012;19(100):11-1.
- 17-Eybpoosh S, Rahnavard Z, Yavari P & et al. Effect of an Educational Intervention based on the transtheoretical Model on Vitamin Intake in Female adolescent. *Journal of Faculty of Nursing and Midwifery*. 2010;16(3-4):15-30.
- 18-Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*: John Wiley & Sons; 2008.
- 19-Charkazi A, Nazari N, Samimi A & et al. The Relationship between Regular Physical Activity and The Stages of Change and Decisional Balance among Golestan University of Medical Sciences's Students *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*. 2013;9(2):74-81.
- 20-Lauby JL, Semaan S, Cohen A & et al. Self-efficacy, decisional balance and stages of change for condom use among women at risk for HIV infection. *Health Education Research*. 1998;13(3):343-56.
- 21-Sharifi RG, Charkazi A, Shahnazi H & et al. Smoking behavior among male student's bases on trans-theoretical model. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2012;13(4):386-95.



- 22-Charkazi A, Fazli L, Alizadeh F, & et al. Regular physical activity based on transtheoretical model among health and paramedic schools of Golestan University of medical sciences. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2014;1(4):57-68.
- 23-Callaghan P, Khalil E, Morres I. A prospective evaluation of the Transtheoretical Model of Change applied to exercise in young people. *International journal of nursing studies*. 2010;47(1):3-12.
- 24-Kowalski K, Jeznach A, Tuokko HA. Stages of driving behavior change within the transtheoretical model (TM). *Journal of safety research*. 2014;50:17-25.
- 25-Ham OK, Yoo JB. Mediating effects of self-efficacy in the transtheoretical model among adolescent male smokers in Korea. *Asian nursing research*. 2009;3(1):15-23.
- 26-De Vet E, De Nooijer J, De Vries NK & et al. The Transtheoretical model for fruit, vegetable and fish consumption: associations between intakes, stages of change and stage transition determinants. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2006;3(1):13.
- 27-Henry H, Reimer K, Smith C & et al. Associations of decisional balance, processes of change, and self-efficacy with stages of change for increased fruit and vegetable intake among low-income, African-American mothers. *Journal of the American Dietetic Association*. 2006;106(6):841-9.
- 28-Mazloomi-Mahmodabadi S, Mohammadi M. Investigation the structures of transtheoretical model on nutrition of pre-diabetic individuals in Yazd villages. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism* 2013;12(2):167-72.
- 29-Cornélio ME, Gallani MCBJ, Godin G & et al. Development and reliability of an instrument to measure psychosocial determinants of salt consumption among hypertensive patients. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2009;17:701-7.
- 30-Ahn S, Kwon J-S, Kim K & et al. Development and evaluation of a nutrition education program for housewives to reduce sodium intake: application of the social cognitive theory and a transtheoretical model. *Journal of Nutrition and Health*. 2022;55(1):174-87.
- 31-Pirasteh A, Pouraram H, Kholdi N, Abtahi M. Discretionary salt intake and readiness for behavioral change among women in Tehran. *International Journal of Preventive Medicine*. 2019, 10.



- 32-Ahn S-H, Kwon J-S, Kim K & et al. Perceptions and Feasibility of Actions Related to Sodium Reduction among Restaurant Owners and Cooks in Seongnam, South Korea: Comparison According to Stages of Behavioral Change. *Nutrients*. 2021;13(12):4375.
- 33-Zhang N, Leary E, Teti M & et al. Examining the factors that influence African Americans in the Midwest to reduce salt intake. *Health Equity*. 2020;4(1):183-9.
- 34-Khoram K, Asghari-Jafarabadi M, Ebrahimi-Mamagani M & et al. The Magnitude of Salt Intake Behaviors and Its Predictors among Saez Urban Population of Kurdistan District in Iran: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Hypertension*. 2022.
- 35-Felix¹ A, Venmathi E, Kalyani P & et al. Study on the Influences of Health Promotion Model Constructs on Salt Restriction Behaviour among Hypertensive Patients Using Structural Equation Model.
- 36-Radmerikhi S, Ahmadi Tabatabaei V & et al. People's knowledge, Attitude, and Self-efficacy towards Preventive Nutritional Behaviors of Cardiovascular Diseases. *Journal of Nutrition and Food Security*. 2017;2(4):279-87.
- 37-Ahn Y, Kim KW, Kim K & et al. Nutrition knowledge, eating attitudes, nutrition behavior, self-efficacy of childcare center foodservice employees by stages of behavioral change in reducing sodium intake. *Journal of nutrition and health*. 2015;48(5):429-40.
- 38-Suh Y, Seok Y-H, Chung Y-J. Relationship of dietary self-efficacy and illness beliefs, perceived benefits and perceived barriers for the reduction of sodium intake in the elderly. *Korean Journal of Nutrition*. 2012;45(4):324-35.
- 39-Ahn S-h, Kwon JS, Kim K & et al. Stages of behavioral change for reducing sodium intake in Korean consumers: comparison of characteristics based on social cognitive theory. *Nutrients*. 2017;9(8):808.
- 40-Elangovan V, Nirupama A. Impact of perceived self-efficacy among hypertensives in adapting to low salt diet. *Current Medical Issues*. 2022;20(2):57-62.
- 41-Kim MJ, Kim KW. Nutrition knowledge, outcome expectations, self-efficacy, and eating behaviors by calcium intake level in Korean female college students. *Nutrition research and practice*. 2015;9(5):530-8.



- 42-Gordali M, Bazhan M. Determining the relationship between the transtheoretical model constructs and dietary fat intake in obese or overweight middle-aged women. *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology*. 2021;15(4):41-50.
- 43-Hassani L, Pournarani R, Aghamolaei T & et al. Breakfast Eating in Elementary School Students in Jiroft, Iran: An Application of Transtheoretical Model. *Progress in Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2023;17(1).
- 44-Aghamolaei T, Ghanbarnejad A. Relation between decisional balance and self-efficacy with stages of change for fruits and vegetables consumption among high school students in Bandar Abbas. *Journal of Preventive Medicine*. 2015;2(1):36-46.
- 45-Fang M, Zhang J, Wu X & et al. The relationship between fat intake behavior and psychological impact factor in adolescent. *Zhonghua yu Fang yi xue za zhi [Chinese Journal of Preventive Medicine]*. 2015;49(2):156-60.
- 46-Mohebbi B, Tafaghodi B, Sadeghi R & et al. Factors predicting nutritional knowledge, illness perceptions, and dietary adherence among hypertensive middle-aged women: Application of transtheoretical model. *Journal of Education and Health Promotion*. 2021;10.
- 47-Therawiwat M, Imamee N, Khamklueg T. Self-efficacy, decisional balance and stages of change on dietary practices among metabolic syndrome persons, Uthai Thani Province. *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet Thangphaet*. 2013;96:S131-7.
- 48-Kidd T, Peters PK. Decisional balance for health and weight is associated with whole-fruit intake in low-income young adults. *Nutrition Research*. 2010;30(7):477-82.
- 49-Pirasteh A, Davati A, Jouhari Z & et al. Predicting physical activity behavior among Iranian medical college students using the transtheoretical model. *Daneshvar Medicine*. 2012; 20(3):1-10.
- 50-Charkazi A, Shahnazi H, Mahmoudi Badi S & et al. Nicotine dependency, smoking temptation, decisional balance and their relationship with readiness to quit in cigarette smokers. *Health and Development Journal*. 2015;4(1).
- 51-Bagheri M, Roozbahani N, Shamsi M. Predictive Factors of Smoking among Adults Based on Transtheoretical Model. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2015;3(3):211-8.
- 52-Namazi N, Naini A, Mostafavidarani F ,Boroumandfar Z. Investigation of stage of change and behavior and cognitive behavioral processes (transitional model) in the use of nutrients in



overweight middle-aged women. *Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research*. 2019. 17(2).

53-Narimani S, Farmanbar R, Mozaffari N & et al. Cognitive and behavioral processes and its stages of change for fruit and vegetable consumption among nursing and midwifery staff of Ardabil hospitals, 2016: Application of the trans theoretical model. *Journal of Health*. 2018;9(2):182-95.

54-Hildebrand DA, Shriver LH. A quantitative and qualitative approach to understanding fruit and vegetable availability in low-income african-american families with children enrolled in an urban head start program. *Journal of the American Dietetic Association*. 2010;110(5):710-8.

55-Di Noia J, Thompson D. Processes of change for increasing fruit and vegetable consumption among economically disadvantaged African American adolescents. *Eating behaviors*. 2012;13(1):58-61.



ORIGINAL ARTICLE

Received:2023/07/20

Accepted:2023/12/03

Effectiveness of Positive Resilience Training on Emotional Self-Regulation, Psychological Distress and Parent-Child Interaction among Mothers of Mentally Retarded Children
Bamdad Shadi Zavareh (Ph.D.s)¹, Masoumeh Azmoudeh (Ph.D.)², Babak Kashefimehr (Ph.D.)³, Javad Mesrabadi (Ph.D.)⁴

1.Ph.D. student in Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

2.Assistant Professor in Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

3.Department of Occupational Therapy, Rehabilitation Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

4.Professor of Educational Sciences, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. Email: mesrabadi@azaruniv.ac.ir Tel: 09120530805

Abstract

Introduction: This study aims to investigate the effect of positive resilience training on improving emotional self-regulation, psychological distress, and parent-child interactions in mothers of children with intellectual disabilities.

Methods: Data collection tools included Kessler Psychological Distress Scale (1992), Emotion Self-Regulation Questionnaire by Hofmann and Kashdan (2010), and Parent-Child Interaction Questionnaire by Pianta (1994). Positive resilience training was implemented in 8 sessions, each lasting 90 minutes. Data analysis was done using SPSS.v21 software and univariate and multivariate analysis of covariance tests. 30 individuals were selected using purposive sampling method who were randomly assigned to two groups (15 individuals per group).

Results: The results showed that positive resilience training was effective on the overall score of emotional self-regulation and the components of concealment and compromise. In addition, the effectiveness of this intervention on psychological distress had also been significant. Also, the results showed that positive resilience training had a significant effect on general positive relationship and the components of closeness and dependence.

Conclusion: Based on the results of this study, it is recommended to prioritize positive resilience training in intervention programs aimed at improving mental health of the mothers of children with intellectual disabilities.

Keywords: Positive Resilience, Emotional Self-Regulation, Psychological Distress, Parent-Child Interaction, Mothers, Intellectual Disability

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.



This Paper Should be Cited as:

Author: Bamdad Shadi Zavareh, Masoumeh Azmoudeh, Babak Kashefimehr, Javad Mesrabadi. Effectiveness of Positive Resilience Training on Emotional Self-Regulation, Psychological Distress and.....Tolooebehdasht Journal. 2023;22(5)89-106.[Persian]



اثربخشی آموزش تاب آوری مثبت گرا بر خود تنظیمی هیجانی، پریشانی روان شناختی و تعامل والد- فرزند در مادران کودکان کم توان ذهنی

نویسندگان: بامداد شادی زواره^۱، معصومه آزموده^۲، بابک کاشفی مهر^۳، جواد مصرآبادی^۴

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

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۳. استادیار گروه کار درمانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۴. استاد گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

تلفن تماس: ۰۹۱۲۰۵۳۰۸۰۵ Email: mas_azemod@yahoo.com

چکیده

مقدمه: این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی آموزش تاب آوری مثبت گرا در بهبود خود تنظیمی هیجانی، پریشانی روان شناختی و تعامل والد- فرزند در مادران کودکان کم توان ذهنی انجام شد.

روش بررسی: ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه ارزیابی پریشانی روانشناختی کسلر (۱۹۹۲)، پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی هافمن و کاشدان (۲۰۱۰) و پرسشنامه تعامل والد - فرزند پیانتا (۱۹۹۴) بود. آموزش تاب آوری مثبت گرا در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS.v21 و آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک متغیره و چندمتغیره انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر در برگرنده کلیه مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شهر تبریز در سال ۱۴۰۱ بود. از بین افراد جامعه آماری، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به روش تصادفی در سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارش شدند.

یافته‌ها نتایج پژوهش نشان داد آموزش تاب آوری مثبت گرا بر نمره کلی خودتنظیمی هیجانی و مؤلفه‌های پنهان کاری و سازش اثربخش است. افزون بر این، اثربخشی این مداخله بر پریشانی روان‌شناختی نیز معنادار شده است. همچنین نتایج بیانگر آن بود آموزش تاب آوری مثبت گرا بر متغیر رابطه مثبت کلی و مؤلفه‌های نزدیکی و وابستگی تأثیر معناداری دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود آموزش تاب آوری مثبت گرا در اولویت برنامه‌های مداخله‌ای برای بهبود سلامت روانی مادران کودکان کم توان ذهنی قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: تاب آوری مثبت گرا، خود تنظیمی هیجانی، پریشانی روان شناختی، تعامل والد- فرزند، مادران، کم توانی ذهنی

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال بیست و دوم

شماره پنجم

آذر و دی

شماره مسلسل: ۱۰۱

تاریخ وصول: ۱۴۰۲/۰۴/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۲



مقدمه

ناتوانی ذهنی به معنای داشتن هوش و مهارت‌های کمتر از حد متوسط برای زندگی روزمره است. این بیماری در کودکان و بزرگسالان وجود دارد که مغز آنها به درستی رشد نمی‌کند یا در محدوده طبیعی عمل نمی‌کند (۱). شروع عقب ماندگی ذهنی معمولاً قبل از سن ۱۸ سالگی رخ می‌دهد و فردی که از ناتوانی ذهنی رنج می‌برد در عملکرد روزمره و همچنین یادگیری مهارت‌هایی که افراد دیگر به راحتی می‌توانند انجام دهند مانند مراقبت از امور شخصی خود دچار مشکل می‌شود (۲).

عقب ماندگی ذهنی دربرگیرنده آسیب به توانایی‌های ذهنی کلی است که عملکرد سازگارانه در سه حوزه ادراکی، اجتماعی و کارکردی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به نوبه خود توانایی فرد برای مقابله با تکالیف و وظایف روزمره را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳). در نتیجه ابتلا به این اختلال در کودکان منبع تنیدگی برای خانواده و مراقب به حساب می‌آید و مطالعات ارزیابی ناتوانی نشان داده‌اند که ناتوانی ذهنی و دیگر اختلالات تحولی به اختلال قابل ملاحظه در عملکرد اجتماعی - شغلی و آسیب به کیفیت زندگی برای مراقبین این کودکان می‌شود (۴). جدا از مشکلات سلامتی که کودکان دچار ناتوانی ذهنی دارند مادران دارای کودک مبتلا به ناتوان ذهنی درگیر احساس گناه و استیگما و داغ اجتماعی هستند (۵). بنابراین بسیاری از مادران کودکان ناتوان ذهنی دچار مشکلات روان‌شناسی مختلف از جمله اضطراب، افسردگی، اضطراب اجتماعی و شرم کنترل نشده هستند (۶).

در سبب‌شناسی مشکلات روان‌شناختی همچون اضطراب و افسردگی همواره تأکید زیادی بر نقش خودتنظیمی هیجانی

می‌شود (۷). خودتنظیمی هیجانی به توانایی فرد در مدیریت هیجان‌ها و تکانه‌های خود اشاره دارد. این بخش مهمی از رفاه ذهنی و جسمی است. خودتنظیمی هیجانی مهارتی است که افراد در دوران کودکی و نوجوانی و تا بزرگسالی آن را یاد می‌گیرند و آن را توسعه می‌دهند (۸). فراگیری نحوه پردازش هیجان‌ها و پاسخگویی مناسب برای سلامت روانی ضروری است. فقدان خودتنظیمی هیجانی می‌تواند احساسات منفی را تداوم بخشد. همچنین می‌تواند پیامدهای اجتماعی مانند آسیب رساندن به روابط با دیگران داشته باشد (۹).

افزون بر این، فقدان خودتنظیمی هیجانی می‌تواند به پریشانی روان‌شناختی منجر شود (۱۰). پریشانی روان‌شناختی شامل علائم و تجربیات زندگی درونی فرد است که معمولاً نگران‌کننده، گیج‌کننده یا غیرعادی هستند. پریشانی روان‌شناختی به طور بالقوه می‌تواند منجر به تغییر رفتار شود هیجان‌های فرد را به شکلی منفی تحت تأثیر قرار دهد و بر روابط آنها با اطرافیان تأثیر بگذارد (۱۱). برخی از تجربیات آسیب زای زندگی همچون ابتلای فرزند به بیماری مزمن می‌تواند باعث پریشانی روان‌شناختی شوند. پریشانی روان‌شناختی زمانی اتفاق می‌افتد که رویدادهای بیرونی یا عوامل استرس‌زا از فرد خواسته‌هایی دارند که قادر به مقابله با آنها نیستند (۱۲). غمگینی، اضطراب، حواس پرتی و علائم بیماری روانی از تظاهرات پریشانی روانی هستند و می‌توانند در ایفای نقش‌ها و مسئولیت‌های زندگی اختلال ایجاد کنند (۱۳).

در نتیجه یکی از مسئولیت‌هایی که ممکن است به واسطه ضعف در خودتنظیمی هیجانی و به دنبال آن پریشانی روان‌شناختی مادران مختل شود، تعامل والد-فرزند است. تعامل بین کودکان



مناسبات بین فردی را فراهم می‌کند. آموزش تاب آوری نه تنها می‌تواند توانایی تأثیر گذاری افراد را در موقعیت‌های اضطراب‌انگیز افزایش دهد؛ بلکه می‌تواند موجب انعطاف‌پذیری افراد در موقعیت‌های بحرانی و حساس زندگی شود (۱۸).

در همین حال شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد آموزش تاب آوری مثبت گرا رویکردی مؤثر برای بهبود شاخص‌های مرتبط با سلامت روانی است. برای مثال، گراب و همکاران (۱۹) آموزش تاب آوری تأثیر معناداری در بهبود تاب آوری، استرس تروماتیک و تنظیم هیجان دارد. بررسی اثربخشی این درمان می‌تواند در شناسایی رویکردهای درمانی اثربخش به درمانگران مؤثر باشد. افزون بر این، در ادبیات پژوهشی داخل و خارج از کشور تا کنون این مداخله به منظور بهبود سازه‌های منتخب در مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی بررسی نشده است و از سویی دیگر، شواهد اندکی پیرامون اثربخشی این مداخله در مادران دارای کودکان استثنایی وجود دارد. از آنجا که این مادران نیاز به حمایت اجتماعی-عاطفی و معنوی بیشتر و مضاعفی نسبت به مادران کودکان سالم دارند تا بتوانند نقش خود را به عنوان هسته مرکزی و رکن اصلی در خانواده را به عنوان مادر وهمسر به خوبی مدیریت کنند. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش تاب آوری مثبت گرا در بهبود خود تنظیمی هیجانی، پریشانی روان شناختی و تعامل والد-فرزند در مادران کودکان کم توان ذهنی انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر تحقیق نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر در برگیرنده کلیه مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شهر

و مادران آنها یک موضوع مطالعه کلاسیک در روانشناسی رشد، اطفال و روانپزشکی کودک است. مطمئناً کیفیت تعامل والد-کودک یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی رشد عاطفی و اجتماعی کودکان در سال‌های اول زندگی است (۱۴).

تعامل والد-کودک از این جهت مهم است که مستقیماً بر رشد جسمی، عاطفی، اجتماعی و دلبستگی کودک تأثیر می‌گذارد که شخصیت، رفتار، رابطه و انتخاب‌های زندگی آینده کودک را تعیین می‌کنند (۱۵). مشکلات تعامل والد-کودک نیز به این معنی است که رفتار چالش برانگیز کودک یا خواسته‌های والدین می‌تواند محیط پرورشی را متزلزل کند. با گذشت زمان این روابط نامطلوب و مختل می‌تواند باعث شود کودکان سبک‌های دلبستگی ناایمن را ایجاد کنند که می‌تواند منجر به مشکلاتی در سازگاری اجتماعی و مشکلات سلامت جسمی و روانی شود (۱۶).

از این رو، شناسایی رویکردهای درمانی اثربخش به منظور بهبود خودتنظیمی هیجانی، پریشانی روان‌شناختی و تعامل والد-کودک بسیار سودمند خواهد بود. یکی از این رویکردها، برنامه آموزش تاب آوری مثبت گرا می‌باشد. بررسی مبانی نظری روان‌شناسی مثبت گرا مبین کارایی بالقوه این رویکرد برای طیف وسیعی از افراد و موقعیت‌های مختلف است. فرضیه تاب آوری از زیر مجموعه‌های نظریه گسترش روان‌شناسی مثبت می‌باشد و نظریه اخیر نیز یک نظریه کلیدی است که بسیاری از ایده‌های روان‌شناسی مثبت نگر مبتنی بر آن هستند (۱۷).

آموزش تاب آوری موجبات یادگیری مهارت‌های رفتاری و شناختی به منظور تسلط بر موقعیت‌های استرس آفرین به ویژه در



پرسشنامه ارزیابی پریشانی روانشناختی کسلر (۲۱) جهت شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی طراحی و تدوین شده است و شامل ۱۰ سؤال است. سوالات این پرسشنامه به صورت لیکرتی از «هیچ وقت» تا «همیشه» است و از ۰ تا ۴ نمره گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره در پرسشنامه بین ۰ تا ۴۰ می‌باشد. هرچه فرد در این آزمون نمره بالاتری به دست آورد پریشانی روان شناختی بیشتری خواهد داشت و بالعکس. پاسخ سوالات به صورت ۵ گزینه‌ای (تمام اوقات ۴ امتیاز تا هیچ وقت صفر امتیاز) است که بین صفر تا ۴ نمره گذاری می‌شود و حداکثر نمره در آن برابر ۴۰ است (۲۱).

در هنجاریابی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی، در پژوهش یعقوبی (۲۴) نیز پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شده است.

پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی هافمن و کاشدان (۲۲) شامل ۲۰ سؤال است که پاسخگویی به آنها بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه ای انجام می‌شود. حداقل و حداکثر نمره در پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ می‌باشد. پرسشنامه دارای سه مؤلفه یا خرده مقیاس پنهان کاری (سرکوب و مخفی کردن احساسات و هیجان‌ها را شامل می‌شود)، سازگاری (سازگاری و تنظیم هیجانی را شامل می‌شود) و تحمل (تحمل و کنترل آشفتگی‌های هیجانی را شامل می‌شود) است.

سؤالات ۱۹، ۷، ۱۲، ۱۶، ۲، ۸ و ۴ زیرمقیاس سازگاری، سؤالات ۱۵، ۱۸، ۲۰، ۱۳، ۱۰، ۱، ۹ و ۵ زیرمقیاس پنهان کاری و سؤالات ۱۷، ۶، ۱۱، ۳ و ۱۴ زیرمقیاس تحمل را ارزیابی می‌کنند (۲۲).

در مطالعه کارشکی (۲۵) برای هنجاریابی این پرسشنامه برای

تبریز در سال ۱۴۰۱ بود. با استفاده از نرم افزار PASS 2021 و با توجه به میانگین و انحراف معیار گزارش شده برای متغیر تعامل والد - کودک مادران دارای کودکان کم توان ذهنی در مطالعه رضائی و همکاران (۲۰)، با توان ۰/۹۰ و خطای ۰/۰۵، حجم نمونه مورد نیاز ۱۳ نفر به ازای هر گروه محاسبه شد.

برای جلوگیری از کاهش توان آزمون به دلیل ریزش نمونه‌ها، حجم نمونه هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. از این رو در مجموع ۴۵ نفر از مادران دارای کودکان کم توان ذهنی به شیوه نمونه گیری غیر تصادفی و هدفمند انتخاب شدند. بعد از انتخاب ۴۵ نفر از مادران واجد شرایط، اعضای نمونه به صورت جایگزینی تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند و بدین ترتیب در هر گروه ۱۵ نفر حضور داشتند.

برای افراد شرکت کننده در این پژوهش، ملاک‌های ورود زیر در نظر گرفته شد: ۱- دارا بودن فرزند مبتلا به کم توانی ذهنی، ۲- دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، ۳- توانایی خواندن و نوشتن (جهت تکمیل پرسشنامه‌هایی پژوهش). افزون بر این، موارد زیر به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد: ۱- غیب بیش از دو جلسه، ۲- عدم تمایل به شرکت در پژوهش، ۳- سابقه شرکت در برنامه‌های درمانی انفرادی و گروهی همزمان با اجرای پژوهش، ۴- ابتلا به اختلالات روان پزشکی و شناختی حاد، بعد از بررسی ملاک‌های ورود و خروج، افراد واجد شرایط در پژوهش شرکت داده شدند.

برای گردآوری داده‌ها در این پژوهش از پرسشنامه ارزیابی پریشانی روانشناختی کسلر (۲۱)، پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی هافمن و کاشدان (۲۲) و پرسشنامه تعامل والد - فرزند پیناتا (۲۳) استفاده شد.



پیش از اجرای مداخله‌های درمانی، پرسشنامه در مرحله پیش آزمون در بین شرکت‌کنندگان دو گروه آزمایش و یک گروه گواه توزیع شد. سپس، جلسات آموزشی (آموزش تاب آوری مثبت گرا) به صورت گروهی در بین اعضای گروه آزمایش اجرا گردید؛ اما افراد گروه گواه هیچ درمانی دریافت نکردند. بعد از جلسات آموزشی برای کلیه اعضای گروه آزمایش و گروه گواه، پرسشنامه‌ها مجدداً جهت گردآوری اطلاعات مرحله پس آزمون توزیع شد.

منظور از آموزش تاب آوری مثبت گرا برنامه مداخله‌ای است که در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. محتوای جلسات از کتاب‌های سعدی پور، رستمی و گزل (۲۷) و محمدی بردبری (۲۸) انتخاب شده است. لازم به ذکر است پیش از این، اثربخشی این مداخله در جمعیت ایرانی و در مطالعه حسینی قمی و جهان‌بخشی (۲۹) تایید شده است. آموزش محتوای جلسات آموزش تاب آوری مثبت گرا در جدول ۱ ارائه شده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از ابزارهای گردآوری داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS.v21 و آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره استفاده شد.

جمعیت ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های پنهان کاری، سازش کاری و تحمل به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۵ و ۰/۵۰ و پایایی کل برابر ۰/۸۱ گزارش شده است.

پرسشنامه تعامل والد - فرزند پیاپتا (۲۳) شامل ۳۳ سوال است که ادراک والدین را در مورد رابطه خود با کودک می‌سنجد. این پرسشنامه دارای مقیاس لیکرت ۵ درجه ای است و از ۵=کاملاً موافقم تا ۱=کاملاً مخالفم نمره گذاری می‌شود.

حداقل و حداکثر نمره در پرسشنامه بین ۳۳ تا ۱۶۵ می‌باشد. همچنین، دارای ۳ زیرمقیاس نزدیکی (سؤالات ۱، ۳، ۵، ۶، ۸، ۱۰، ۱۶، ۱۳، ۲۹ و ۳۰)، وابستگی (سؤالات ۹، ۱۱، ۱۵، ۱۸، ۲۰ و ۲۲)، تعارض (۲، ۴، ۷، ۱۲، ۱۴، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۳۱ و ۳۲) می‌باشد. از مجموع ۳ زیرمقیاس رابطه مثبت کلی مادر-کودک (مجموع تمامی حوزه‌ها) به دست می‌آید (۲۳). این پرسشنامه توسط ابارشی و همکاران (۲۶) ترجمه و روایی محتوایی آن نیز توسط متخصصین ارزیابی شده است و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ در حوزه های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۴ و ۰/۸۶ گزارش شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات آموزش تاب آوری مثبت گرا

جلسه	محتوا
اول	آشنایی با روان شناسی مثبت گرای سلیگمن، هدف: آشنایی اعضا با یکدیگر و قوانین گروه، آشنایی با روان شناسی مثبت گرا (تاریخچه، تعریف، مفاهیم اساسی آن). روش های هدایت جلسه: سخنرانی، نمایش فیلم، بارش فکری.
دوم	امید و مولفه های دستیابی به آن؛ اهداف: آشنایی اعضا با تعریف امید، بررسی اهمیت نقش امید در زندگی، آشنایی با مؤلفه های دستیابی به امید، تعریف و بیان ویژگی های اهداف، انواع هدف، موانع دستیابی به اهداف. روش های هدایت جلسه: سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ، نمایش اسلاید.
سوم	تفکر راهبردی؛ اهداف: آشنایی با تعریف تفکر راهبردی و موانع آن، مهارت حل مسئله و تفکر خلاق. روش های هدایت جلسه: سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ، نمایش اسلاید.



- چهارم آشنایی با تعریف تفکر عاملی و بیان موانع انگیزشی و آموزش مدل شناختی (ABCD) سلیگمن بر افزایش انگیزه و جمع بندی جلسه و ارائه تکلیف روش های هدایت جلسه: سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی و نمایش اسلاید.
- پنجم آشنایی با مفهوم تاب آوری و ویژگی های افراد تاب آور؛ ۷ ویژگی برای افراد تاب آور (از قبیل: شادی، خردمندی و بینش، شوخ طبعی، همدلی، قابلیت های ذهنی، هدفمندی در زندگی، ثبات قدم) معرفی می شود. روش: سخنرانی، بحث و مشارکت اعضا
- ششم آشنایی با برخی عوامل حمایتی داخلی و خارجی؛ هدف: ۱- خوش بینی، ۲- منبع کنترل، ۳- عزت نفس؛ روش: سخنرانی و بحث و مشارکت اعضا
- هفتم راه های ایجاد تاب آوری؛ هدف: آشنایی با راه های ایجاد تاب آوری و برقراری و حفظ ارتباط با دیگران، چهار چوب دادن به استرس ها، و پذیرفتن تغییر، هدف داشتن و امید به آینده، عمل کردن؛ روش: سخنرانی و بحث و مشارکت اعضا
- هشتم احساس مؤثر بودن، هدف: بحث در مورد احساس مؤثر بودن، تغییر در سبک اسناد اعضا، بحث در مورد مدل شناختی (ABC)، ارائه تمرین در مورد سبک اسناد در جلسه، بحث در مورد باورهای اسنادی، ارائه تکلیف.
- روش: سخنرانی و بحث و مشارکت اعضا

یافته ها

شده است. نتایج نشان می دهد در گروه تاب آوری مثبت گرا متغیر خودتنظیمی هیجانی مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش یافته است؛ اما این تفاوت در گروه گواه محسوس نبوده است. همچنین در گروه تاب آوری مثبت گرا در متغیر پریشانی روان شناختی میانگین مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش یافته است؛ اما این تفاوت در گروه گواه محسوس نبوده است.

علاوه بر این، در متغیره رابطه مثبت کلی (مجموع مؤلفه نزدیکی به علاوه معکوس مؤلفه های وابستگی و تعارض) در گروه تاب آوری مثبت گرا میانگین مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش یافته است؛ اما این تفاوت در گروه گواه محسوس نبوده است. به منظور بررسی اثربخشی آموزش تاب آوری مثبت گرا بر متغیرهای خودتنظیمی هیجانی، پریشانی روان شناختی و تعامل والد - فرزند از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره و چندمتغیره استفاده شد.

استفاده از این آزمون مستلزم رعایت پیش فرض هایی است که

در این مطالعه ۴۵ مادر دارای کودک عقب مانده ذهنی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) حضور داشتند. میانگین (انحراف معیار) سن شرکت کنندگان گروه تاب آوری مثبت گرا و گواه به ترتیب ۳۷/۶۷ (۵/۳۵) و ۳۳/۳۳ (۴/۴۹) سال محاسبه شد که تفاوت معناداری از نظر میانگین سنی وجود نداشت و بیانگر همتا بودن سه گروه از نظر سن بود ($t=2/833$ و $P=0/070$).

میزان تحصیلات اکثر اعضای هر سه گروه پایین تر از دیپلم بود و آزمون کای اسکوتر نشان داد سه گروه از نظر میزان تحصیلات همتا هستند ($X^2=4/477$ و $P=0/612$). نتایج توصیفی نشان داد اکثر مادران هر سه گروه دارای دو فرزند می باشند. مقایسه گروه ها از نظر تعداد فرزندان با آزمون کای اسکوتر انجام شد. نتایج نشان داد سه گروه از نظر تعداد فرزند همتا هستند ($P=0/099$ و $X^2=10/670$).

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش ارائه



قبل از تحلیل استنباطی مورد بررسی قرار گرفتند.

به این منظور، یافته‌های آزمون کولموگروف - اسمیرنوف نشان داد که داده‌های هر دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای مورد بررسی در مراحل پیش و پس‌آزمون با منحنی نرمال تفاوت معناداری ندارد و توزیع داده‌ها نرمال است ($P > 0/05$). همچنین آزمون لوین جهت بررسی مفروضه برابری واریانس‌های خطا نشان داد مفروضه برابری واریانس‌های خطا برای متغیرهای پژوهش برقرار است ($P > 0/05$).

نتایج آزمون M باکس نیز به عنوان یکی دیگر از پیش فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس بیانگر آن بود ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) همگن یا برابر است. افزون بر این، تعامل بین متغیر همپراش و مستقل در دو گروه آزمایش و گواه معنادار نبود ($P > 0/05$) که مبین برقراری پیش فرض همگنی شیب رگرسیون است. بنابراین، با رعایت پیش فرض‌های آزمون پارامتری، استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس بلامانع است.

در بررسی اثربخشی آموزش تاب آوری مثبت گرا بر خودتنظیمی هیجانی، نتایج آزمون M باکس نشان داد ماتریس کوواریانس خودتنظیمی هیجانی و مؤلفه‌های آن در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) همگن است ($F = 1/412$; $P = 0/168$). در نتیجه نتایج آزمون اثر پیلایی برای معناداری مورد استفاده قرار گرفت و بیانگر آن بود بین گروه‌ها حداقل از نظر یکی از متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد ($value = 0/614$; $P = 0/001$).

نتایج جدول ۳ مبین آن است آموزش تاب آوری مثبت گرا بر متغیر خودتنظیمی هیجانی و مؤلفه‌های پنهان کاری و سازگاری

اثربخش است. میزان اندازه اثر بیانگر آن است که تغییر نمرات گروه‌ها در متغیر خودتنظیمی هیجانی و مؤلفه‌های آن: پنهان کاری و سازش و تحمل به ترتیب به اندازه $0/270$ ، $0/526$ و $0/293$ درصد ناشی از اجرای برنامه آموزش تاب آوری مثبت گرا بوده است.

در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان می‌دهد آموزش تاب آوری مثبت گرا در کاهش پریشانی روان‌شناختی مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی اثربخش است. علاوه بر این، میزان اندازه اثر بیانگر آن است که تغییر نمرات گروه‌ها در متغیر پریشانی روان‌شناختی به اندازه $0/521$ درصد ناشی از اجرای برنامه آموزش تاب آوری مثبت گرا بوده است. در بررسی اثربخشی آموزش تاب آوری مثبت گرا بر تعامل والد - فرزند، نتایج آزمون M باکس نشان داد ماتریس کوواریانس تعامل والد - فرزند و مؤلفه‌های آن در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) همگن نمی‌باشد ($F = 3/378$; $P = 0/001$). در نتیجه نتایج آزمون محافظه‌کارانه لامبدا ویلکز برای معناداری مورد استفاده قرار گرفت و بیانگر آن بود بین گروه‌ها حداقل از نظر یکی از متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد ($value = 0/584$; $P = 0/019$).

نتایج جدول ۵ مبین آن است آموزش تاب آوری مثبت گرا بر متغیر رابطه مثبت کلی و مؤلفه‌های نزدیکی و وابستگی اثربخش است.

میزان اندازه اثر بیانگر آن است که تغییر نمرات گروه‌ها در متغیر رابطه مثبت کلی و مؤلفه‌های نزدیکی و تعارض به ترتیب به اندازه $0/381$ ، $0/424$ و $0/322$ درصد ناشی از اجرای برنامه آموزش تاب آوری مثبت گرا بوده است.



جدول ۲: شاخص های مرکزی و پراکندگی گروه ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله	تاب آوری مثبت گرا		گواه
		انحراف معیار	میانگین	
خود تنظیمی هیجانی	پیش آزمون	۶۴/۵۳	۱۰/۵۹	۹/۹۳
	پس آزمون	۶۵/۹۳	۹/۶۹	۸/۸۲
مؤلفه پنهان کاری	پیش آزمون	۲۴/۳۳	۵/۲۷	۶/۲۶
	پس آزمون	۲۴/۹۳	۵/۳۳	۵/۶۰
مؤلفه سازگاری	پیش آزمون	۲۱/۲۰	۶/۵۴	۳/۶۳
	پس آزمون	۲۴/۰۰	۵/۳۸	۳/۲۱
مؤلفه تحمل	پیش آزمون	۱۴/۴۰	۳/۶۸	۲/۳۴
	پس آزمون	۱۶/۱۳	۳/۶۸	۲/۷۲
پریشانی روان شناختی	پیش آزمون	۱۹/۰۰	۷/۸۴	۴/۷۱
	پس آزمون	۱۶/۴۰	۶/۹۶	۴/۴۲
مؤلفه نزدیکی	پیش آزمون	۴۱/۲۰	۳/۲۷	۵/۰۵
	پس آزمون	۴۳/۰۰	۲/۶۷	۵/۸۱
مؤلفه وابستگی	پیش آزمون	۲۴/۱۳	۳/۸۷	۵/۷۱
	پس آزمون	۲۴/۴۷	۳/۷۰	۶/۰۵
مؤلفه تعارض	پیش آزمون	۵۸/۲۷	۱۲/۳۶	۹/۲۵
	پس آزمون	۵۴/۸۰	۱۲/۳۲	۷/۵۳
رابطه مثبت کلی	پیش آزمون	۹۶/۸۰	۱۶/۵۷	۸/۰۲
	پس آزمون	۱۰۲/۲۰	۱۶/۶۵	۶/۲۵

جدول ۳: آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره برای سنجش اثر بخشی آموزش تاب آوری مثبت گرا بر خود تنظیمی هیجانی

متغیر	منبع	df	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
مؤلفه پنهان کاری	پیش آزمون	۱	۷۳۳/۷۲۹	۲۰۱/۳۲۲	۰/۰۰۱	
	گروه	۲	۲۶/۲۹۹	۷/۲۱۶	۰/۰۰۲*	۰/۲۷۰
مؤلفه سازش	خطا	۳۹	۳/۶۴۵			
	پیش آزمون	۱	۴۴۳/۸۳۲	۱۹۷/۰۲۳	۰/۰۰۱	
مؤلفه تحمل	گروه	۲	۴۸/۸۳۳	۲۱/۶۷۷	۰/۰۰۱**	۰/۵۲۶
	خطا	۳۹	۲/۲۵۳			
مؤلفه سازش	پیش آزمون	۱	۱۵۶/۶۴۰	۴۳/۱۶۳	۰/۰۰۱	
	گروه	۲	۲۹/۳۵۲	۸/۰۸۸	۰/۰۰۱**	۰/۲۹۳
مؤلفه تحمل	خطا	۳۹	۳/۶۲۹			

P < ۰/۰۵* P < ۰/۰۱**



جدول ۴: آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره برای سنجش اثربخشی آموزش تاب آوری مثبت گرا بر پریشانی روان‌شناختی

متغیر	منبع	df	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
پریشانی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۱	۱۲۲۹/۰۵۸	۵۷۷/۸۲۵	۰/۰۰۱	
	گروه	۲	۴۷/۳۴۷	۲۲/۲۶۰	۰/۰۰۱**	۰/۵۲۱
	خطا	۴۱	۲/۱۲۷			

$P < ۰/۰۵$ * $P < ۰/۰۱$ **

جدول ۵: آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره برای سنجش اثربخشی آموزش تاب آوری مثبت گرا بر تعامل والد - فرزند

متغیر	منبع	df	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
مؤلفه نزدیکی	پیش‌آزمون	۱	۵۴۱/۹۶۵	۸۴/۴۳۱	۰/۰۰۱	
	گروه	۲	۹۲/۱۶۶	۱۴/۶۵۸	۰/۰۰۲*	۰/۴۲۴
	خطا	۳۹	۶/۴۱۹			
مؤلفه وابستگی	پیش‌آزمون	۱	۴۱۲/۵۸۲	۲۲۸/۴۶۵	۰/۰۰۱	
	گروه	۲	۳/۹۹۳	۲/۲۱۱	۰/۱۲۳	-
	خطا	۳۹	۱/۸۰۶			
مؤلفه تعارض	پیش‌آزمون	۱	۲۹۳۵/۲۰۹	۲۴۳/۰۵۲	۰/۰۰۱	
	گروه	۲	۱۱۱/۷۴۷	۹/۲۵۳	۰/۰۰۱**	۰/۳۲۲
	خطا	۳۹	۱۲/۰۷۶			
رابطه مثبت کلی	پیش‌آزمون	۱	۴۶۷۹/۴۴۸	۱۵۲/۶۷۷	۰/۰۰۱	
	گروه	۲	۳۶۸/۵۶۴	۱۲/۰۲۵	۰/۰۰۱**	۰/۳۸۱
	خطا	۳۹	۳۰/۶۴۹			

$P < ۰/۰۵$ * $P < ۰/۰۱$ **

بحث و نتیجه گیری

همکاران (۱۹) به این نتیجه رسیدند آموزش تاب آوری بر تنظیم هیجان کارکنان نظام سلامت اثربخش است. در تبیین اثربخشی آموزش تاب آوری مثبت گرا بر بهبود خودتنظیمی هیجانی می‌توان گفت آموزش تاب آوری مثبت گرا به معنای آموزش مهارت‌هایی است که فرد را در مقابله با تنش‌های روزمره و مسائل پیش‌آمده قوی‌تر و پایدارتر می‌کند.

این مهارت‌ها شامل توجه به احساسات، تغییر دادن الگوهای منفی به الگوهای مثبت، تفکر مثبت، خودمراقبتی و ارتقای اعتماد به نفس است. آموزش تاب آوری مثبت گرا می‌تواند در

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی آموزش تاب آوری مثبت گرا بر خود تنظیمی هیجانی، پریشانی روان‌شناختی و تعامل والد- فرزند در مادران کودکان کم توان ذهنی انجام شد. نتایج نشان داد آموزش تاب آوری مثبت گرا بر متغیر خودتنظیمی هیجانی و مؤلفه‌های پنهان کاری و سازش اثربخش است.

همسو با این یافته‌ها گودرزی و همکاران (۳۰) نشان داد مداخله تدوینی مبتنی تاب آوری در بهبود فراهیجان زنان باردار اثربخش است. در ادبیات پژوهشی خارج از کشور نیز گراب و



مثبتی مانند سپاسگزاری، خوشحالی و امید را پرورش دهند که می‌تواند با عواطف منفی مقابله کرده و نیاز به سرکوب آن‌ها را کاهش دهد. در تبیین اثربخشی آموزش تاب آوری مثبت گرا بر بهبود مؤلفه سازگاری هیجانی می‌توان گفت این برنامه به افراد آموزش می‌دهد که چگونه عواطف خود را به‌طور مؤثر تنظیم کنند، که می‌تواند به آنها در تطبیق با موقعیت‌های چالش برانگیز کمک کند. با یادگیری شناخت و مدیریت عواطف، افراد می‌توانند از فشار و استرس عواطف منفی جلوگیری کنند و نگرشی مثبت تر نسبت به زندگی حفظ کنند (۳۲).

این برنامه برای کمک به افراد در تطبیق با شرایط دشوار، اهمیت پرورش احساسات مثبت مانند سپاسگزاری، خوشحالی و امید را برجسته می‌کند. احساسات مثبت می‌تواند مقاومت را افزایش داده و به افراد کمک کند که در مواجهه با بحران‌های زندگی، به معنا و هدفی در زندگی خود دست یابند.

افزون بر این نتایج نشان داد آموزش تاب آوری مثبت گرا بر پریشانی روان‌شناختی مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی اثربخش است. همسو با این یافته‌ها، حسینی قمی و جهان بخشی (۲۹) نیز دریافتند آموزش تاب آوری موجب بهبود وضعیت سلامت روان و کاهش سطح استرس مادران دارای فرزند کم توان ذهنی می‌شود. طباطبائی و چلیبانلو (۳۳) نیز نشان دادند آموزش تاب آوری در کاهش پریشانی روان شناختی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی نقص توجه تأثیرگذار است.

لوپرینتری و همکاران (۳۴) نیز آموزش تاب آوری را برای بهبود پریشانی روان‌شناختی مؤثر دانستند. چساک و همکاران (۳۵) نشان دادند آموزش تاب آوری برای بهبود پریشانی روانی

بهبود خودتنظیمی فرد تأثیر به‌سزایی داشته باشد؛ زیرا این آموزش باعث می‌شود که فرد بیشتر به احساسات خود توجه کند و بهتر بفهمد که چگونه می‌تواند برای مدیریت آن‌ها از مهارت‌هایی مانند تمرکز بر تنفس، تفکر مثبت و تعامل با افراد حامی خود استفاده کند (حسینی قمی و جهان بخشی، ۱۴۰۰). با توجه به اینکه بسیاری از تنش‌ها و مسائل زندگی در بخش‌های مختلفی از زندگی ما رخ می‌دهند، مهارت‌های تاب آوری مثبت گرا به فرد کمک می‌کند که در مقابل این مسائل بیشتر به کنترل خودش اعتماد داشته باشد و از لحاظ روانی پایدارتر باشد.

به عنوان مثال فردی که مهارت‌های تاب آوری مثبت گرا را دارد در مواجهه با مسائلی مانند از دست دادن شغل، انتخاب‌های نامطلوب در زندگی، فشار کاری و ... می‌تواند بهتر با آن‌ها مقابله کند و از تأثیرات منفی آن‌ها کاسته شود (۳۰). بنابراین آموزش تاب آوری مثبت گرا می‌تواند خودتنظیمی هیجانی فرد را تقویت کند و او را به سمت یک زندگی پرمعنی سوق دهد.

در تبیین اثربخشی برنامه آموزش تاب آوری مثبت گرا بر بهبود مؤلفه پنهان کاری (سرکوب هیجانی) می‌توان اظهار داشت این برنامه به افراد مهارت‌های خاصی برای تنظیم عواطف خود به صورت مؤثر به جای سرکوب آن‌ها آموزش می‌دهد. این مهارت‌ها شامل شناسایی و برجسب زدن عواطف، پیدا کردن راه‌های سالم برای بیان عواطف و تمرین ذهنیت آگاهی و خودمهربانی هستند. از سویی دیگر این برنامه برای ترویج مقاومت و کاهش سرکوب عواطف، اهمیت احساسات مثبت را برجسته می‌کند (۳۱).

به این منظور، این مداخله افراد را تشویق می‌کند که احساسات



تا مهارت‌هایی مانند تفکر مثبت، تفکر هم‌افزایی محور و کار با احساسات را یاد بگیرند. این مهارت‌ها به والدین کمک می‌کنند تا بهتر به نیازها و احساسات فرزندانشان واکنش نشان دهند و با فرزندانشان در ارتباط بهتری باشند. این ارتباط بهتر با فرزندان، می‌تواند به افزایش هم‌افزایی والد-فرزند منجر شود و باعث بهبود تعامل و روابط خانوادگی شود.

آموزش تاب آوری مثبت گرا به والدین کمک می‌کند تا در مواجهه با تنش‌ها و فشارهای روزمره، بهتر به کنترل خودشان برسند و از تأثیرات منفی آن‌ها کاسته شوند (۱۹). این کاهش تنش و اضطراب والدین می‌تواند به دو صورت بهبود تعامل والد-فرزند را تسهیل کند. اولین دلیل آن این است که والدینی که کمتر تحت تأثیر تنش‌های روزمره هستند می‌توانند بهتر و با حوصله‌تر با فرزندانشان در ارتباط باشند. دلیل دیگر این است که والدینی که مهارت‌های تاب آوری مثبت گرا را یاد می‌گیرند بهتر می‌توانند به نیازها و احساسات فرزندانشان واکنش نشان دهند و بهتر با آن‌ها در ارتباط باشند که می‌تواند بهبود تعامل والد-فرزند را تسهیل کند. بنابراین آموزش تاب آوری مثبت گرا می‌تواند با افزایش هم‌افزایی والد-فرزند و کاهش تنش و اضطراب والدین موجب بهبود تعامل والد-فرزند شود.

در تبیین اثربخشی آموزش تاب آوری مثبت گرا بر مؤلفه وابستگی تعامل والد - فرزند می‌توان اظهار داشت آموزش تاب آوری مثبت گرا برای والدین ابزارهایی را فراهم می‌کند که آنها را قادر می‌سازد بهتر با فرزندان خود ارتباط برقرار کنند. همچنین آموزش تاب آوری مثبت گرا می‌تواند به والدین کمک کند تا بهتر درک کنند که چگونه می‌توانند با احساسات و نیازهای فرزندانشان همراه شوند و آنها را با توجه به سن و تجربه شان

پرستاران مؤثر است. در تبیین اثربخشی آموزش تاب آوری مثبت گرا بر بهبود پریشانی روان‌شناختی لازم به ذکر است آموزش تاب آوری مثبت گرا شامل آموزش مهارت‌های مختلفی مانند تمرین تنفس عمیق، تمرین مدیتیشن، تمرین تمرکز و تمرین تفکر مثبت است. این مهارت‌ها به فرد کمک می‌کنند تا در مواجهه با تنش‌ها و مشکلات روزمره بهتر کنترل کند و به دلیل کاهش سطح استرس و افزایش احساس آرامش، پریشانی روان‌شناختی کاهش می‌یابد. علاوه بر این، آموزش تاب آوری مثبت گرا شامل آموزش تفکر مثبت و تغییر الگوهای منفی به الگوهای مثبت است. این مهارت‌ها به فرد کمک می‌کنند تا در مواجهه با مسائل و مشکلات، به جای تفکر منفی و پراسترس، با تفکر مثبت و بهبود یافتن به جایگاه بهتری برای حل مشکلات برسد. این تغییر الگوهای منفی به الگوهای مثبت، می‌تواند باعث کاهش پریشانی روان‌شناختی شود و فرد را به سمت زندگی پایدارتر و سالم‌تر سوق دهد (۳۴).

بنابراین آموزش تاب آوری مثبت گرا می‌تواند به دو صورت مختلف بهبود دیسترس روانی را تسهیل کند، با کاهش تنش‌ها و افزایش احساس آرامش و تغییر الگوهای منفی به الگوهای مثبت. علاوه بر این، نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش تاب آوری مثبت گرا بر بهبود رابطه مثبت کلی و مؤلفه‌های نزدیکی و وابستگی اثربخش است. همسو با این یافته‌ها، توفیقی و همکاران (۳۶) نیز مطالعه‌ای با مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی انجام دادند و دریافتند آموزش تاب آوری موجب بهبود خودکارآمدی مادران می‌شود. در تبیین اثربخشی آموزش تاب آوری مثبت گرا بر بهبود تعامل والد - فرزند می‌توان اظهار داشت آموزش تاب آوری مثبت گرا به والدین کمک می‌کند



درک کنند (۳۷).

پیگیری بود که تصمیم گیری در رابطه با پایداری نتایج را با محدودیت مواجه می‌سازد. افزون بر این، این مطالعه صرفاً در مادران کودکان کم توان ذهنی انجام شده است و تصمیم نتایج به پدران را با محدودیت مواجه می‌سازد. از آنجا که نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش تاب آوری مثبت گرا در بهبود خودتنظیمی هیجانی مادران کودکان کم توان ذهنی اثربخش است، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی مبتنی بر این رویکرد در انجمن‌های کودکان کم توان ذهنی برای مادران برگزار شود. از آنجا که نتایج این مطالعه نشان داد آموزش مبتنی بر تاب آوری مثبت گرا در بهبود پریشانی روان‌شناختی اثربخش است پیشنهاد می‌شود در موقعیت‌های بالینی مشابه در صورتی که علت پریشانی روان‌شناختی ناتوانی در مقابله با چالش‌های زندگی است از برنامه آموزشی تاب آوری مثبت گرا استفاده شود.

با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش تاب آوری مثبت گرا در بهبود تعامل والد - فرزند اثربخش است پیشنهاد می‌شود در آن دسته از والدینی که دارای کودک کم توان ذهنی هستند و مشکلات آن‌ها ناشی از ناتوانی در مقابله با چالش‌های مقابله با محدودیت‌های فرزندشان است، از این رویکرد استفاده شود.

ملاحظات اخلاقی

روش اجرای این مطالعه در کارگروه و کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز با کد IR.IAU.TABRIZ.REC.1401.207 مورد تأیید قرار گرفت. با استناد به کدهای مصوب حفاظت از آزمودنی در کمیته‌های منطقه‌ای اخلاق در پژوهش، جمع آوری داده‌ها با موافقت و همکاری واحدهای مورد پژوهش با اخذ رضایت

آموزش تاب آوری مثبت گرا به والدین کمک می‌کند تا ارزش‌ها و افکار مثبتی را در خانواده ترویج دهند. این شامل ارزش‌هایی مانند همدلی، احترام، سازگاری، اعتماد و محبت است. با ترویج این ارزش‌ها، والدین و فرزندانشان می‌توانند نزدیکی و ارتباطی پایدارتر و مثبت‌تری را تجربه کنند. افزون بر این در تبیین اثربخشی آموزش تاب آوری مثبت گرا بر کاهش تعارضات بین والدین و فرزندان به نظر می‌رسد آموزش تاب آوری مثبت گرا به والدین کمک می‌کند تا مهارت‌های لازم برای مواجهه با تعارض و درک عواقب آن را بیاموزند (۳۸).

به طور مثال والدین می‌توانند در طی آموزش تاب آوری مثبت گرا، راه‌هایی را بیاموزند که با استفاده از آنها می‌توانند بهتر با تعارضاتی که در رابطه با فرزندانشان پیش می‌آیند، مواجه شوند. آموزش تاب آوری مثبت گرا می‌تواند به والدین کمک کند تا مهارت‌های ارتباطی بهتری با فرزندانشان پیدا کنند. این شامل مهارت‌های شنیدن فعال، بیان احساسات به صورت واضح، قرار دادن مرزهای مناسب و برقراری ارتباط تعاملی با فرزندان است. با تقویت این مهارت‌ها، والدین قادر خواهند بود بهتر با فرزندان خود در ارتباط باشند و تعارضات را بهبود بخشند.

آموزش تاب آوری مثبت گرا به والدین مهارت‌های لازم برای حل تعارضات را نیز آموزش می‌دهد. این شامل مهارت‌هایی مانند شناسایی مسئله، تولید راه‌حل‌های مختلف، انتخاب راه‌حل مناسب، اجرای راه‌حل و ارزیابی آن است. با یادگیری این مهارت‌ها، والدین می‌توانند تعارضات را بهبود بخشید و بهتر با فرزندانشان در ارتباط باشند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، فقدان ارزیابی نتایج در مرحله



و راهنمایی در همه امور مربوط به مقالات و پایان‌نامه. نسخه نهایی توسط نویسندگان مطالعه و مورد تأیید قرار گرفته است.

حمایت مالی

پژوهش حاضر حمایت مالی نداشته است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچگونه تضاد منافی گزارش نکردند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله خود را موظف می‌دانند که از کلیه مادران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر که صبورانه در جلسات مداخله شرکت کردند، قدردانی نمایند. افزون بر این، از همکاری مدیر و پرسنل مرکز توان بخشی تلاش تبریز سپاسگزاری می‌شود.

آگاهانه کتبی از آنها مطابق با بند یک کدهای اخلاقی صورت پذیرفت. همچنین، به واحدهای مورد پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات گردآوری شده محرمانه تلقی خواهد شد و بدین منظور در فرم‌های پرسش‌نامه از ذکر نام و نام خانوادگی واحدهای مورد پژوهش خودداری و به آن‌ها کد داده شد. افزون بر این، به کلیه مادران اطلاع داده شد مشارکت آن‌ها داوطلبانه بوده و در صورت تمایل می‌توانند از مطالعه خارج شوند.

سهیم نویسندگان

بامداد شادی: گردآوری منابع، تدوین و تجزیه و تحلیل داده‌ها؛ معصومه آزموده، بابک کاشفی مهر و جواد مصرآبادی: نظارت

References

- 1-Mercer JR. Labeling the mentally retarded: Clinical and social system perspectives on mental retardation: Univ of California Press 2022.
- 2-Hamilton JL. Assessment in Mental Retardation: Toward Instructional Relevance 1. Infants at Risk: Routledge; 2021:p. 181-203.
- 3-Gupta R, Kaur M, Reddy K & et al. A comparative study to assess the knowledge regarding mild and moderate mental retardation of children among primary school teachers in selected urban and rural schools, Jalandhar (Punjab) with a view to develop an information booklet. International Journal Of Medical Science And Clinical Research Studies 2022;2(5):361-9.
- 4-Putri VR, Junaidi AR, Dewantoro DA. The Drill Method Filming in Improving Mental Retardation Students Self-Care Skills. Journal of ICSAR. 2021;5(2):21-7.
- 5-Gillespie-Smith K, McConachie D, Ballantyne C & et al. The impact of COVID-19 restrictions on psychological distress in family caregivers of children with neurodevelopmental disability in the UK. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2021:1-15.
- 6-MacKinnon AL, Silang K, Penner K & et al. Promoting mental health in parents of young children using ehealth interventions: A systematic review and meta-analysis. Clinical Child and Family Psychology Review. 2022;25(3):413-34.



- 7-Zhang X, Gatzke-Kopp LM, Cole PM & et al. A dynamic systems account of parental self-regulation processes in the context of challenging child behavior. *Child development*. 2022;93(5):e501-e14.
- 8-Sanabra M, Gómez-Hinojosa T, Grau N & et al. Deficient emotional self-regulation and sleep problems in ADHD with and without pharmacological treatment. *Journal of Attention Disorders*. 2022;26(3):426-33.
- 9-Wilson D, de Oliveira DR, Palace-Berl F & et al. Fostering emotional self-regulation in female teachers at the public teaching network: A mindfulness-based intervention improving psychological measures and inflammatory biomarkers. *Brain, behavior, & immunity-health*. 2022;21:100427.
- 10-Bennett RJ, Saulsman L, Eikelboom RH & et al. Coping with the social challenges and emotional distress associated with hearing loss: a qualitative investigation using Leventhal's self-regulation theory. *International Journal of Audiology*. 2022;61(5):353-64.
- 11-Zheng J, Morstead T, Sin N & et al. Psychological distress in North America during COVID-19: The role of pandemic-related stressors. *Social Science & Medicine*. 2021;270:113687.
- 12-Sirois FM, Owens J. Factors associated with psychological distress in health-care workers during an infectious disease outbreak: a rapid systematic review of the evidence. *Frontiers in psychiatry*. 2021;11:589545.
- 13-Necho M, Tsehay M, Birkie M & et al. Prevalence of anxiety, depression, and psychological distress among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry*. 2021;67(7):892-906.
- 14-Uzun H, Karaca NH, Metin Ş. Assesment of parent-child relationship in Covid-19 pandemic. *Children and Youth Services Review*. 2021;120:105748.
- 15-Imrie S, Zadeh S, Wylie K & et al. Children with trans parents: Parent-child relationship quality and psychological well-being. *Parenting*. 2021;21(3):185-215.
- 16-Lindell AK, Killoren SE, Campione-Barr N. Parent-child relationship quality and emotional adjustment among college students: The role of parental financial support. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2021;38(2):81-459.
- 17-Giovannetti AM, Pakenham KI, Presti G & et al. A group resilience training program for people with multiple sclerosis: Study protocol of a multi-centre cluster-randomized controlled trial (multi-READY for MS). *PloS one*. 2022;17(5):e0267245.



- 18-Brassington K, Lomas T. Can resilience training improve well-being for people in high-risk occupations? A systematic review through a multidimensional lens. *The Journal of Positive Psychology*. 2021;16(5):5-392.
- 19-Grabbe L, Higgins MK, Baird M & et al. Impact of a resiliency training to support the mental well-being of front-line workers: brief report of a quasi-experimental study of the community resiliency model. *Medical Care*. 2021;59(7):616.
- 20-Rezaei Z, Behpajooch A, Ghobari-Bonab B. The Effectiveness of Nonviolent Communication Program Training on Mother-Child Interaction in Mothers of Children With Intellectual Disability. *Archives of Rehabilitation*. 2019;20(1):40-51.[Persian]
- 21-Kessler R, Mroczek D. Final versions of our non-specific psychological distress scale. Ann Arbor, MI: Survey Research Center of the Institute for Social Research, University of Michigan. 1994.
- 22-Hofmann SG, Kashdan TB. The affective style questionnaire: development and psychometric properties. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2010;32:255-63.
- 23-Pianta RC. Patterns of relationships between children and kindergarten teachers. *Journal of school psychology*. 1994;32(1):15-31.
- 24-Yaghoubi H. Psychometric properties of the 10 questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10). *Journal of Applied Psychological Research*. 2016;6(4):45-57.
- 25-Karashki H. Evaluating factorial structure of emotional styles in students. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2013;11(3):185-95.
- 26-Abareshi Z, Tahmasian K, Mazaheri M-A & et al. The Impact of Psychosocial Child Development Training Program, Done through Improvement of Mother-Child Interaction, on Parental Self-Efficacy and Relationship between Mother and Child under Three. *Research in Health Psychology*. 2009;3(3):49-57.
- 27-Saadipour I, Rostami N, Gazelle G. *Everyday Resilience: A Practical Guide to Building Inner Strength and Coping with Life's Challenges*. Tehran: Arjmand; 2021.[Persian]
- 28-Mohammadi-Bardbari N. *Positive psychotherapy (fundamentals, principles and therapeutic interventions)*. Tehran: Roz Andish 2020.[Persian]
- 29-Hosseini ghomi T, Jahanbakhshi z. Effectiveness of resilience training on stress and mental health of mothers whose have children suffering mental retardation. *Counseling Culture and Psychotherapy*



2021;12(46):205-28.[Persian]

30-Goudarzi M, Gholamrezaei S, Amraei K. Comparison of The Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment with a Developed Intervention based on Training of Mindfulness, Resilience and Emotion Regulation on Positive and Negative Meta-Emotion Components in Pregnant Women with Psychological Distress: An Online Study. *Clinical Psychology Studies*. 2021;11(44):104-39.

31-Johnson J, Panagioti M, Bass J & et al Resilience to emotional distress in response to failure, error or mistakes: A systematic review. *Clinical psychology review*. 2017;52:19-42.

32-Boss P. Resilience as tolerance for ambiguity. *Handbook of family resilience*: Springer; 2012; p. 285-97.

33-abatabaei SM, Chalabainloo G. The Effectiveness of Resilience Training on Positive and Negative Affect and Reduction of Psychological Distress in Mothers of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2020;23(4):438-49.[Persian]

34-Loprinzi CE, Prasad K, Schroeder DR & et al. Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a pilot randomized clinical trial. *Clinical breast cancer*. 2011;11(6):364-8.

35-Chesak SS, Morin KH, Cutshall S & et al. Stress management and resiliency training in a nurse residency program: Findings from participant focus groups. *Journal for Nurses in Professional Development*. 2019;35(6):337-43.

36-Tofighi Z, Asghar A, Golparvar M. Comparing the Effectiveness of Teaching Resilience and Emotion Regulation on the Life Quality and Self-Efficacy of the Mothers of the Children Suffering from Cerebral Paralysis .*medical journal of mashhad university of medical sciences*. 2020;63(4):2525-41.[Persian]

37-Roghanchi M, Jazayeri R, Etemadi O & et al. Effectiveness of group counseling based on resiliency on quality of parent-child relationship and family functioning in mother headed families. *Journal of family Research*. 2018;13(3):423-45.

38-Pines EW, Rauschhuber ML, Norgan GH & et al. Stress resiliency, psychological empowerment and conflict management styles among baccalaureate nursing students. *Journal of advanced nursing*. 2012;68(7):1482-93.



- 39-Roya Ebrahimi, Kazem Barzegar Bafrooei. The Relationship between Mindfulness and Creative Self-efficacy in School Teachers with Special Needs: The Mediating Role of Psychological Resilience, *Journal of Psychology of Exceptional Individuals*. 2022; 12(45):69-88. [Persian]
- 40-Kazem Barzegar Bafrooei, Maryam Afkhami, Reyhaneh Shafie, Mohammad Afkhami Aghda, Yasser Rezapour Mirsaleh. Comparison of General Health, Coping Styles, Religious Orientations, and..... *Tolooebehdasht Journal*. 2019; 18(1):42-57. [Persian]



ORIGINAL ARTICLE

Received:2023/09/03

Accepted:2023/12/03

Structural Equation Modeling of the Relationship between Social Stigma of Cancer and Mental Habitus of Cancer among Family Caregivers of Cancer Patients

Omid Mazlumi(Ph.D.s)¹, Mehraban Parsamehr(Ph.D.)², Akbar Zare-shahabadi(Ph.D.)³

1. Ph.D. Student of Sociology, Yazd University, Iran.

2. Corresponding author: Associate Professor of Sociology, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Iran.

Email:parsamehr@yazd.ac.ir, Tel: 09113115819

3. Associate Professor of Sociology, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Iran.

Abstract

Introduction: In societies, incorrect beliefs about cancer cause stigma and weaken the health care and patients' treatment. The purpose of this study is to investigate the impact of cancer habitus on cancer social stigma among family caregivers of cancer patients.

Methods: Survey method was used and the statistical population included family caregivers of cancer patients in Tehran hospitals in 1401. Sample size included 384 people selected by convenience sampling method of multi-stage stratified type by referring to the hospitals under study. Data collection tool was the standard cancer stigma index questionnaire and the researcher-made cancer habitus questionnaire. Data were analyzed through correlation tests, mean difference, path analysis and structural equation modeling in SPSS and Amos.

Results: According to the results, there was a relationship between cancer stigma (with dimensions of others-avoidance, self-avoidance, and being released) and cancer habitus (with dimensions of enchantment and cure-avoidance); according to the path model, habitus explains 19/6% of the variation in stigma. Moreover, enchantment and cure-avoidance had the highest and lowest contribution to explaining stigma with an impact factor of 0/29 and 0/25. The results of structural equation model test also indicated appropriate fit of the presented conceptual model (GFI=0/973, RMSEA=0/067, CFI=0/958).

Conclusion: Caregivers of cancer patients, as the main supporters of the patient, are always influenced by incorrect cultural stereotypes of society. Identifying different dimensions of habitus (especially the aspect of enchantment), paying more attention to the aspect of being released of stigma, paying attention to the role of education and awareness in reducing false beliefs and more interaction with patients have a significant role in reducing the stigma of cancer and makes it easier for patients to bear the pain and suffering of cancer

Keywords: Cancer, Stigma, Habitus, Family Caregivers

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.



This Paper Should be Cited as:

Author: Omid Mazlumi, Mehraban Parsamehr, Akbar Zare-shahabadi. Structural Equation Modeling of the Relationship between Social Stigma of Cancer and Mental Habitus of Cancer among.....Tolooebehdasht Journal. 2023;22(5)107-120.[Persian]



مدل یابی معادلات ساختاری رابطه استیگمای اجتماعی سرطان و عادت‌واره ذهنی

سرطان در مراقبین خانوادگی بیماران سرطانی

نویسندگان: امید مظلومی^۱، مهربان پارسامهر^۲، اکبر زارع شاه آبادی^۳

۱. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه یزد، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشیار جامعه‌شناسی، دانشگاه یزد، ایران.

شماره تماس: ۰۹۱۱۳۱۱۵۸۱۹ Email: parsamehr@yazd.ac.ir

۳. دانشیار جامعه‌شناسی، دانشگاه یزد، ایران

چکیده

مقدمه: در جوامع باورهای نادرست پیرامون بیماری سرطان، موجب بروز داغ‌ننگ شده و مراقبت‌های بهداشتی درمانی بیماران را تضعیف می‌کند. هدف پژوهش حاضر، بررسی تاثیر عادت‌واره‌های ذهنی سرطان بر استیگمای اجتماعی سرطان در بین مراقبین خانوادگی بیماران سرطانی بود.

روش بررسی: روش پژوهش پیمایشی بوده و جامعه‌ی آماری شامل مراقبین خانوادگی بیماران سرطانی در بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. حجم نمونه ۳۸۴ نفر بود که با مراجعه به بیمارستان‌های مورد مطالعه، به روش نمونه‌گیری دردسترس از نوع طبقه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه استاندارد cancer stigma index و پرسش‌نامه محقق‌ساخته عادت‌واره سرطان بود. داده‌ها از طریق آزمون‌های هم‌بستگی، تفاوت میانگین، تحلیل مسیر و مدل‌یابی معادلات ساختاری در برنامه SPSS و Amos مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد بین استیگمای سرطان (با ابعاد دگرگیزی، خودگیزی، رهاشدگی) و عادت‌واره‌ی سرطان (با ابعاد افسون‌گرایی، درمان‌گیزی) رابطه وجود دارد. طبق مدل مسیر، عادت‌واره ۱۹/۶ درصد از تغییرات استیگما را تبیین می‌کند. هم‌چنین، افسون‌گرایی و درمان‌گیزی با ضریب تاثیر ۰/۲۹ و ۰/۲۵ به ترتیب بیش‌ترین و کم‌ترین سهم را در تبیین استیگما داشتند. نتایج آزمون مدل معادلات ساختاری نیز حاکی از برازش مناسب مدل مفهومی ارائه شده بود ($GIF=0/973$ ، $Rmse=0/067$ ، $Cfi=0/958$).

نتیجه‌گیری: مراقبین بیماران سرطانی به‌عنوان حامیان اصلی بیمار، همواره تحت‌تاثیر کلیشه‌های فرهنگی نادرست جامعه قرار دارند. شناسایی ابعاد مختلف عادت‌واره‌ها (به‌ویژه بعد افسون‌گرایی)، توجه بیش‌تر به بعد رهاشدگی استیگما، توجه به نقش آموزش و آگاهی در کاهش باورهای نادرست و تعامل بیش‌تر با بیماران، نقش به‌سزایی در کاهش استیگمای سرطان داشته و تحمل درد و رنج سرطان را برای مبتلایان آسان می‌کند.

واژه‌های کلیدی: سرطان، استیگما، عادت‌واره، مراقبین خانوادگی

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال بیست و دوم

شماره پنجم

آذر و دی

شماره مسلسل: ۱۰۱

تاریخ وصول: ۱۴۰۲/۰۶/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۲



مقدمه

سرطان یک بیماری بسیار دردناک و تغییر دهنده سبک زندگی است و میزان بروز آن در سراسر جهان به طرز نگران کننده ای رو به افزایش است (۱). خطرات این بیماری و هم چنین میزان مرگ و میر ناشی از آن منجر به ایجاد یک ترس عمومی در میان مردم با سطوح گوناگون دانش، فرهنگ و طبقه شده است (۲). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۲۰ سرطان به عنوان دومین عامل مرگ و میر حدود ۲۰ میلیون نفر را در سرتاسر جهان مبتلا نموده که از این تعداد حدود ۱۰ میلیون نفر جان خود را از دست داده اند (۳).

در ایران نیز، سرطان پس از بیماری های قلبی-عروقی و حوادث، سومین عامل مرگ و میر است (۴). در سال ۲۰۲۰ حدود ۱۳۰ هزار مورد جدید سرطان در ایران وجود داشته (این میزان در سال ۲۰۲۳ نزدیک به ۱۵۰ هزار نفر بوده) که از این تعداد حدود ۸۰ هزار مورد منجر به مرگ گردیده است. به دلیل روند تغییرات جمعیتی، و افزایش امید به زندگی در ایران، میزان بروز سرطان تا سال ۲۰۴۰ بیش از دو برابر می شود (۵).

زندگی با سرطان، برای بیماران از نظر جسمی چالش برانگیز بوده و از نظر عاطفی نیز برای بیماران و مراقبین آنها، بار روانی سنگینی به همراه دارد (۶). با پیشرفت سرطان علاوه بر درد، بیماران باید با ترس شدید از مرگ، احساس درماندگی و مشکلات روانی مرتبط با آن مبارزه کنند. خانواده‌ها جهت ارائه‌ی مراقبت های جسمی، روانی، معنوی و مالی به بیماران سرطانی بهترین گزینه هستند و نقش مهمی در همه نوع مراقبت های تسکینی ایفا می کنند. مراقبت فیزیکی و حمایت عاطفی از سوی اعضای خانواده را نمی توان با هیچ مقدار مراقبت پزشکی

جایگزین کرد (۷).

باورهای غیرعلمی فرهنگی-اجتماعی نسبت به وضعیت بیماری، موفقیت نتایج درمان را کاهش می دهد (۸). انگ یا باور نادرست مراقبین یکی از موانع اصلی در مدیریت سرطان است (۹). واکنش منفی مراقبین به درمان سرطان می تواند به طور قابل توجهی بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی تأثیر بگذارد (۱۰). از آنجایی که مراقبین نقش فعالی در درمان سرطان دارند باورها و تصورات نادرست آنها می تواند نتیجه مراقبت های بهداشتی-درمانی بیماران را تضعیف کند.

داغ ننگ یا استیگما، خصیصه‌ای است که با تنزل افراد «از شخصی نرمال و عادی به فردی مورد دار و خوار شده»، موجبات بی‌اعتباری آنها را فراهم می سازد (۱۱). این تعریف دو جزء مهم از استیگما را برجسته می کند: نخست مشخصه‌ای که سبب می شود یک فرد «متفاوت به نظر برسد» و دوم کاهش ارزش فرد بر مبنای این تفاوت (۱۲).

استیگمای مربوط به سلامت (Health-related stigma) به بدنام‌سازی (stigmatization) یک بیماری اشاره دارد که می تواند در مورد یک فرد یا گروهی از افراد مبتلا به یک بیماری و نیز بیماری‌هایی که بیش تر رایج‌اند به کار برده شود (۱۳). مکانیزم بدنام‌سازی «از طریق محروم‌سازی، طرد، سرزنش یا تنزل ارزش عمل می کند، و با تجربه، ادراک یا پیش‌بینی منطقی از یک قضاوت اجتماعی نامطلوب درباره‌ی یک فرد یا گروه می توان به وجود آن پی برد» (۱۴). در پژوهشی طی مصاحبه با بیش از ۲۰۰ نفر از بیماران سرطانی، مراقبین اولیه و کادر درمان مشخص شد که تم اصلی داده‌ها استیگمای سرطان است که در قالب‌هایی چون ترس از انتقال تصادفی، مسئولیت



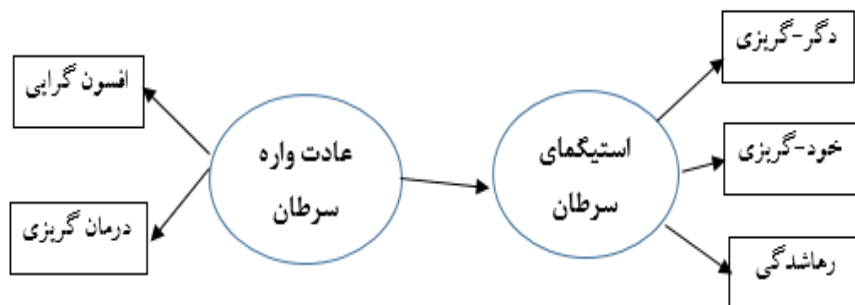
پدیده‌ای فراگیر و همه‌جایی توصیف شد که به صورت مجموعه‌ای از احساسات، نگرش‌ها و رفتارهایی متمایز نشان داده می‌شوند مانند: سرطان یعنی حکم مرگ، مسری بودن بیماری سرطان، مقصر پنداشتن بیمار و ... (۱۷). بیماران سرطانی زیادی اذعان داشته‌اند که استیگمای سرطان را به‌وفور تجربه کرده‌اند (۱۵). برای نمونه، ایلماز و همکاران در مطالعه‌ی خود، با بررسی ۳۰۳ بیمار سرطانی تحت درمان دریافتند بیش از ۷۰ درصد آن‌ها تجربه‌ی استیگما را داشته‌اند (۳۵). در ایران نیز محبت‌بهار و همکاران طی مصاحبه با ۱۲ بیمار سرطانی، ۸ نفر از اعضای کادر درمان و چند نفر از اعضای خانواده بیمار، اذعان داشتند پدیده استیگما تم اصلی داده‌ها بود (۳۶).

هدف از پژوهش حاضر بررسی تاثیر عادت‌واره‌های ذهنی سرطان بر استیگمای اجتماعی سرطان، در بین مراقبین خانوادگی بیماران سرطانی است. در واقع این تحقیق برآن است تا میزان تاثیر جنبه‌های مختلف عادت‌واره بر استیگما را در بین مراقبین بسنجد و نیز مشخص نماید کدام‌یک از ابعاد استیگما از اهمیت بیش‌تری برخوردارند. با توجه به مبانی نظری و تجربی پژوهش حاضر، می‌توان مدل مفهومی را به شکل زیر ترسیم نمود.

شخصی برای ایجاد سرطان، ترس از اجتناب‌ناپذیری ناتوانی و مرگ، خود را نمایان می‌سازد و چنین نگرش‌هایی مانعی بزرگ بر سر راه آزمایش غربال‌گری، تشخیص زودهنگام، و جستجوی درمان ایجاد خواهد کرد (۱۵).

عادت‌واره، نقشه‌ای ذهنی یا چارچوب سازمان‌یافته‌ای از ادراک‌هاست که افراد از طریق آن از خط رفتاری خاصی پیروی می‌کنند به طوری که در تقابل با رفتارهای دیگری است که ممکن بود انتخاب شوند. این ادراک‌ها از طریق جامعه‌پذیری، تجربیات و واقعیت شرایط طبقه فرد توسعه یافته، شکل گرفته و در حافظه باقی می‌مانند (۱۶).

عادت‌واره‌ی ذهنی سرطان نیز به کلیشه‌ها و ته‌نشست‌های ذهنی مردم یک جامعه در مورد بیماری سرطان اشاره دارد که در طول سالیان متمادی شکل گرفته و راهنمای عمل آن‌ها در برخورد با بیماران سرطانی شده است. این عادت‌واره‌ها می‌توانند مبنای قضاوت اطرافیان قرار گرفته و تصورات بیماران سرطانی در مورد خودشان را تحت تاثیر قرار داده و بدین ترتیب روند بیماری آن‌ها را تشدید نماید. در پژوهشی، طی مصاحبه با بیش از ۴۵۰۰ نفر از گروه‌های مختلف در ۱۰ کشور، استیگمای سرطان



نمودار ۱: مدل نظری پژوهش



روش بررسی

روش مورد استفاده در این تحقیق، از نوع پیمایشی - مقطعی و ابزار گردآوری داده‌ها نیز پرسش‌نامه‌ی حاوی گویه‌هایی با طیف لیکرت و متغیرهای زمینه‌ای بوده است.

جامعه‌ی آماری تحقیق، مراقبین خانوادگی بیماران سرطانی بستری‌شده یا مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های درمان سرطان شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. حجم نمونه به صورت حداکثری یعنی ۳۸۴ نفر انتخاب گردید. برای انتخاب نمونه‌ها، ابتدا شهر تهران به ۵ منطقه جغرافیایی شمال، جنوب، غرب، شرق و مرکز تقسیم‌بندی شد که سهم هر منطقه ۷۷ پرسش‌نامه بود. سپس مهم‌ترین بیمارستان‌های هر منطقه که به درمان و معالجه بیماران سرطانی می‌پرداختند، انتخاب و با مراجعه به آن‌ها پرسش‌نامه‌ها بین مراقبین بیمار که در دسترس بودند توزیع گردید.

شیوه‌ی دقیق توزیع پرسش‌نامه در هر بیمارستان به شکل زیر بود: در مرکز بیمارستان امام‌خیمینی (۷۷ نمونه)، در جنوب بیمارستان بعثت (۷۷ نمونه)، در شرق بیمارستان امام‌حسین (۷۷ نمونه)، در غرب بیمارستان‌های رسول‌اکرم، میلاد و شهیدمدرس (هر کدام ۲۶ نمونه) و در شمال بیمارستان‌های طالقانی، شهدای تجریش، شهیدچمران و بقیه‌الله (هر کدام ۱۹ نمونه).

دو معیار اصلی انتخاب بیمارستان‌ها، دولتی بودن و داشتن مراکز درمانی همه نوع سرطان بود. در مناطق مرکز، جنوب و شرق به دلیل جامع بودن بیمارستان‌ها و حجم بالای مراجعات بیماران سرطانی، کل نمونه‌ها تنها به همان بیمارستان یادشده تعلق گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسش‌نامه بود. برای سنجش متغیر مستقل استیگمای اجتماعی سرطان از

پرسش‌نامه‌ی استاندارد cancer stigma index (CSI) استفاده شد.

این پرسش‌نامه که جهت سنجش دیدگاه‌های عموم راجع به بیماران سرطانی طراحی شده و حاوی ۱۲ گویه و در قالب سه بعد دگرگیزی (با گویه‌هایی چون ناراحتی از صحبت با فرد سرطانی، دوری از دوست مبتلابه سرطان)، خودگیزی (با گویه‌هایی چون احساس انزوا و خجالت در صورت ابتلا به سرطان) و رهاشدگی (با گویه‌هایی چون بی‌فایده بودن درمان سرطان، بار اضافی بودن بیمار سرطانی برای جامعه) است توسط ماریا اورلاندو و همکارانش ساخته و اعتباریابی شده است (۱۸).

پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مورد ارزیابی قرار گرفت و مقدار آلفای کل (۰/۸۲۲) و آلفای هر سه بعد استیگما بیش از ۰/۷۵ به دست آمد. هم‌چنین نتایج تحلیل‌عاملی‌تاییدی نشان داد که بارعاملی همه‌ی گویه‌های استیگما بالای ۰/۵ بوده (و قدرمطلق t نیز بیش از ۱/۹۶ به دست آمد)، بدین معنا که گویه‌های پرسش‌نامه، متغیر استیگما را به‌خوبی اندازه‌گیری کرده‌اند.

برای سنجش متغیر وابسته‌ی عادت‌واره (به‌معنای کلیشه‌ها و ته‌نشست‌های ذهنی مردم یک جامعه در مورد بیماری سرطان)، از پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته استفاده شد که حاوی ۶ گویه و در قالب دو بعد افسون‌گرایی (با گویه‌های سرطان یعنی مرگ، مسری بودن سرطان، سرطان یعنی نفرین خدایان) و درمان‌گریزی (با گویه‌های درمان نداشتن سرطان، گسترش سرطان در اثر جراحی، برگشتن سرطان بعد درمان) بود.

روایی محتوایی این پرسش‌نامه با مراجعه به نظر ده نفر از خبرگان و به‌دست‌آمدن $CvI=0/76$ تأیید گردید. جهت دست‌یابی به



فراوانی بازه‌ی سنی ۲۶-۳۵ سال، ۴۶-۵۵ و بالای ۵۵ سال هم به ترتیب عبارت بودند از ۲۲ درصد، ۲۲ درصد و ۱۵ درصد. در مورد درآمد، ۵۸ درصد درآمد متوسط، ۲۸ درصد درآمد کم و ۱۴ درصد هم درآمد زیاد گزارش دادند. قومیت ۳۴ درصد پاسخ‌گویان فارس، ۳۱ درصد ترک، ۲۲ درصد لر و ۱۲ درصد هم کرد بود.

در مورد متغیر مستقل استیگمای سرطان، ۴۱ درصد استیگمای کم، ۳۱ درصد متوسط و ۲۸ درصد نیز زیاد گزارش داده بودند. در مورد متغیر وابسته عادت‌واره نیز ۴۶ درصد کم، ۲۹ درصد متوسط و ۲۵ درصد زیاد بیان کردند.

باتوجه به جدول ۱ میزان چولگی و کشیدگی در بازه‌ی ۱- و ۱+ قرار گرفته که نشان‌دهنده توزیع نرمال داده‌های پژوهش است. هم چنین میانگین استیگمای سرطان و عادت‌واره در بین پاسخ‌گویان به ترتیب ۲/۱۲ و ۱/۸۲ بوده که نشان‌دهنده‌ی پایین بودن میزان این متغیرها در جامعه‌ی آماری است.

در بین ابعاد متغیر استیگما، میزان خودگریزی از دگرگریزی بیش‌تر است و در بین ابعاد متغیر عادت‌واره، بیش‌ترین میزان مربوط به درمان‌گریزی و کم‌ترین آن مربوط به افسون‌گرایی است.

روایی صوری از ادبیات تجربی و نظری تحقیق و نیز نظر کارشناسان امر کمک گرفته شد.

هم‌چون استیگما مقدار آلفای کل متغیر عادت‌واره (۰/۷۹۵) و آلفای هردو بعد آن بیش‌از ۰/۷۵ به دست آمد و پایایی آن مورد تایید قرار گرفت. هم‌چنین طبق نتایج تحلیل عاملی تاییدی عادت‌واره، بارعاملی همه‌ی گویه‌ها بالای ۰/۵ و قدرمطلق t بیش‌از ۱/۹۶ به دست آمد.

نمره‌گذاری همه گویه‌های پرسش‌نامه به صورت ۵ گزینه‌ای (کاملاً مخالف، مخالف، بی‌نظر، موافق و کاملاً موافق) در مقیاس لیکرت بوده که به گزینه‌ی «کاملاً مخالف» نمره‌ی پایین ۱ و به گزینه‌ی «کاملاً موافق» نیز نمره‌ی بالای ۵ تعلق گرفت.

یافته‌ها

توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد از مجموع ۳۸۴ پاسخ‌گو، ۵۲ درصد مرد و ۴۸ درصد زن بودند. از لحاظ تاهل، ۷۰ درصد متاهل و ۳۰ درصد مجرد و از لحاظ مقطع تحصیلی، ۲۸ درصد زیردیپلم، ۳۷ درصد دیپلم، ۳۰ درصد لیسانس و ۵ درصد فوق لیسانس و دکتری بودند. در مورد سن هم بازه‌ی سنی ۳۶-۴۵ با ۲۸ درصد بیش‌ترین و زیر ۲۵ سال با ۱۳ درصد کم‌ترین فراوانی را داشتند.

جدول ۱: نتایج توصیفی سازه‌های تحقیق و بررسی نرمال بودن آن‌ها

میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	حداقل	حداکثر
۲/۱۲	۰/۴۵	-۰/۷۶	۰/۵۱	۱/۳۲	۳/۸۷
۱/۸۲	۰/۲۷	-۰/۳۴	-۰/۶۸	۱/۴۱	۳/۶۱
۲/۰۷	۰/۵۱	۰/۳۶	-۰/۷۱	۱/۲۱	۴/۲۰
۳/۱۴	۰/۵۴	۰/۴۷	-۰/۶۳	۱/۴۳	۴/۳۵
۲/۲۴	۰/۶۱	-۰/۷۳	-۰/۳۷	۱/۲۶	۶/۶۸
۲/۲۱	۰/۵۶	-۰/۷۳	۰/۴۹	۱/۱۴	۳/۷۸
۲/۴۵	۰/۵۹	-۰/۳۸	-۰/۷۱	۱/۲۱	۴/۱۱



مستقیم و معنادار به دست آمده است ($T=0/69$ و $sig<0/05$) یعنی با کاهش یا افزایش میزان عادت‌واره، استیگما نیز کاهش و افزایش می‌یابد. رابطه‌ی بین سایر متغیرها با یکدیگر نیز مستقیم و معنادار می‌باشد. از بین ابعاد عادت‌واره، متغیر افسون‌گرایی، بیش‌ترین ضریب هم‌بستگی را با استیگما دارد ($T=0/87$) و از بین ابعاد استیگما، متغیر رهاشدگی بالاترین رابطه را با عادت‌واره برقرار کرده است (جدول ۳).

میزان استیگمای سرطان در مردان بیش‌از زنان، و در تحصیلات پایین، بیش‌تر از تحصیلات بالا به دست آمد ($sig<0/05$) اما استیگما بر حسب تاهل و سن معنادار نیست. هم‌چنین عادت‌واره مردان بیش‌از زنان، و عادت‌واره افراد با تحصیلات پایین بیش‌از افراد تحصیل کرده است ($sig<0/05$). در مورد عادت‌واره بر حسب سن و تاهل، تفاوت معناداری دیده نشد (جدول ۲). رابطه‌ی بین عادت‌واره و استیگمای سرطان

جدول ۲: نتایج آزمون تفاوت میانگین استیگمای سرطان و عادت‌واره سرطان بر حسب متغیرهای کیفی تحقیق

استیگمای سرطان	میانگین درونی	انحراف معیار	مقدار t/f	sig	عادت‌واره سرطان	میانگین درونی	انحراف معیار	مقدار t/f	sig
جنس	مرد	۲/۶۱	۰/۵۷	۱/۸۵۴	۰/۰۴	جنس	مرد	۲/۷۸	۰/۴۲
	زن	۲/۱۴	۰/۳۹			جنس	زن	۱/۸۴	۰/۶۱
تاهل	مجرد	۲/۳۱	۴۱/۰	۳/۵۱۶	۰/۱۴	تاهل	مجرد	۲/۳۶	۰/۳۹
	متاهل	۲/۴۵	۰/۴۸			تاهل	متاهل	۲/۵۸	۰/۵۸
تحصیلات	زیر دیپلم	۳/۲۴	۰/۶۸	۲/۸۴۲	۰/۰۳۶	تحصیلات	زیر دیپلم	۲/۸۴	۰/۷۴
	لیسانس	۲/۷۱	۰/۵۹			تحصیلات	لیسانس	۲/۴۲	۰/۵۸
	فوق‌ودکتری	۲/۰۵	۰/۴۶			تحصیلات	فوق‌ودکتری	۱/۴۷	۰/۴۱
سن	زیر ۳۵	۲/۵۹	۰/۵۸	۲/۳۱۲	۰/۲۴	سن	زیر ۳۵	۲/۳۶	۰/۶۱
	۳۶ تا ۵۵	۲/۴۸	۰/۶۷			سن	۳۶ تا ۵۵	۲/۱۵	۰/۵۳
	۵۶ به بالا	۲/۲۹	۰/۴۱			سن	۵۶ به بالا	۱/۹۴	۰/۳۹

جدول ۳: ماتریس همبستگی متغیرهای تحقیق

استیگما	افسون‌گرایی	درمان‌گریزی	دگر‌گریزی	خود‌گریزی	رهاشدگی	عادت‌واره
استیگما	۰/۸۲*	۰/۷۸*	۰/۴۱*	۰/۳۸*	۰/۳۵*	۰/۶۹*
افسون‌گرایی	۱	۰/۶۵*	۰/۶۸*	۰/۴۱*	۰/۷۴*	۰/۷۵*
درمان‌گریزی		۱	۰/۳۱۴*	۰/۲۷*	۰/۴۵*	۰/۶۴*
دگر‌گریزی			۱	۰/۶۹*	۰/۳۷*	۰/۶۴*
خود‌گریزی				۱	۰/۵۴*	۰/۳۹*
رهاشدگی					۱	۰/۷۴*
عادت‌واره						۱



درمقایسه با متغیر درمان‌گریزی (با ضریب مسیر ۰/۲۵)، تاثیر بیش‌تری بر استیگمای سرطان دارد. هم‌چنین ابعاد استیگمای سرطان به‌ترتیب اهمیت عبارت‌اند از بعد ره‌اشدگی (با ضریب مسیر ۰/۷۲)، دگر‌گریزی (با ضریب مسیر ۰/۶۴) و خود‌گریزی (با ضریب مسیر ۰/۵۸) (نمودار ۲). دو شاخص اولیه ارزیابی مدل ترسیم‌شده ($p=0/002$ ، $cmin/df=2/279$) در حد مطلوب به‌دست آمد.

سه شاخص GFI، CFI و AGFI نیز مقداری بالاتر از ۰/۹ را نشان می‌دهند که بیان‌گر مناسب بودن مدل ترسیم‌شده هستند. هم‌چنین، شاخص RMSEA کم‌تر از ۰/۰۸ به‌دست آمده که این نیز در راستای تایید مدل قرار دارد.

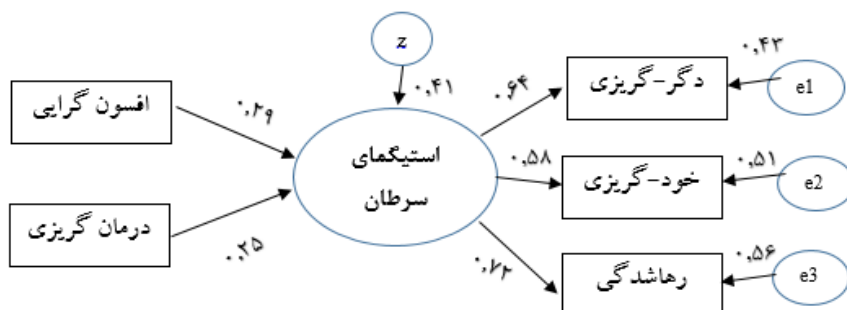
طبق نتایج جدول ۴، ضریب همبستگی چندگانه‌ی T نشان می‌دهد که دو متغیر افسون‌گرایی و درمان‌گریزی بر روی هم به‌اندازه‌ی ۰/۴۴۳ با استیگما رابطه دارند. هم‌چنین ضریب تبیین R^2 بیان‌گر این است که این دو متغیر ۱۹/۶ درصد از تغییرات استیگمای سرطان را پیش‌بینی می‌کنند ($sig<0/05$). هم‌چنین ضرایب بتای استانداردشده در جدول مذکور نشان می‌دهد که متغیر افسون‌گرایی ($beta=0/29$) سهم بیش‌تری را نسبت به درمان‌گریزی ($beta=0/25$) در تبیین استیگمای سرطان ایفا می‌کند ($sig<0/05$).

مدل معادله ساختاری متغیرهای تحقیق را همراه با ضرایب تأثیر آن‌ها نشان می‌دهد. متغیر افسون‌گرایی (با ضریب مسیر ۰/۲۹)

جدول ۴: تبیین استیگمای سرطان بر اساس ابعاد عادت‌واره سرطان

متغیر	B	Beta	t	Sig(t)	R	R ²	F	Sig(F)
مقدار ثابت	۲/۴۸۵	-	۱۷/۹۴۲	۰۰۰/۰				
افسون‌گرایی	۰/۱۸۲	۰/۲۹	۳/۰۵۸	۰/۰۰۲	۰/۴۴۳	۰/۱۹۶	۱۱/۵۶۱	۰/۰۰۰
درمان	۰/۱۳۸	۰/۲۵	۲/۶۳۱	۰/۰۰۰				

گریزی



نمودار ۲: ضرایب استاندارد مدل پیشنهادی تاثیر عادت‌واره ذهنی سرطان بر استیگمای اجتماعی سرطان (مدل نهایی)



بحث و نتیجه گیری

در مطالعه‌ی حاضر ارتباط استیگمای اجتماعی سرطان و عادت‌واره ذهنی سرطان در بین مراقبین بیماران سرطانی بررسی شده است. یافته‌های حاصل از تحلیل رگرسیون خطی نشان داد دو بعد متغیر عادت‌واره (یعنی افسون‌گرایی و درمان‌گریزی) بر روی هم به اندازه‌ی ۰/۴۴۳ با استیگما رابطه دارند. همچنین ضریب تبیین I^2 بیان‌گر این است که این دو متغیر ۱۹/۶ درصد از تغییرات استیگمای سرطان را پیش‌بینی می‌کنند ($sig < 0/05$).

رابطه بین عادت‌واره و استیگمای سرطان، مستقیم و معنادار به دست آمد. به این معنا که هرچه افراد بیش‌تر تحت نفوذ باورهای فرهنگی و کلیشه‌های رایج پیرامون سرطان قرار داشته‌باشند، به همان میزان دیدگاه‌های منفی‌تری نسبت به بیماران سرطانی داشته و در عمل نیز رفتارهای غیرانسانی و غیراخلاقی در قبال این بیماران پیش می‌گیرند و این امر پیامدهای ناگواری را برای آن‌ها به همراه خواهد داشت.

در مطالعه‌ای کیفی راجع به چالش‌های کلیدی پیش‌روی بیماران سرطانی در هند (به‌ویژه در رابطه با کمک‌جویی و دسترسی به مراقبت)، طی مصاحبه با بیش از ۵۰ پزشک آنکولوژیست هندی مشخص شد ارزش‌های فرهنگی (یا همان عادت‌واره‌ها) و استیگما دو مانع کلیدی برای درمان سرطان هستند؛ چراکه این عوامل سبب می‌شوند بیماران از ترس انگشت‌نما شدن و مورد اهانت و سرزش قرار گرفتن به خاطر مقصر جلوه دادن آن‌ها در ابتلای‌شان به سرطان، بیماری خود را پنهان کرده و درمان و معالجه‌ی خود را به تاخیر بیندازند (۱۹).

پژوهشی دیگر نشان داد کلیشه‌های فرهنگی مرتبط با بیماری سرطان می‌تواند بر تعاملات افراد جامعه با بیماران سرطانی اثر

گذاشته و آن‌ها را به انزوا و تنهایی بکشاند (۲۰).

از بین ابعاد عادت‌واره، متغیر افسون‌گرایی (با ضریب مسیر ۰/۲۹) در مقایسه با متغیر درمان‌گریزی (با ضریب مسیر ۰/۲۵)، تاثیر بیش‌تری بر استیگمای سرطان داشت؛ به این معنی که هرچه فرد در مقایسه با کلیشه‌هایی چون «درمان‌پذیر بودن یا نبودن سرطان»، بیش‌تر تحت سیطره‌ی افسانه‌هایی چون «نفرین الهی بودن سرطان» قرار داشته‌باشد، استیگمای سرطان بیش‌تری را تجربه کرده و دیدگاه منفی‌تری نسبت به بیمار سرطانی دارد. این امر را می‌توان در بالاتر بودن میانگین درمان‌گریزی (۲/۴۵) نسبت به افسون‌گرایی (۲/۲۱) نیز مشاهده کرد.

best و همکاران (۱۰) نشان دادند بیش‌ترین واکنش منفی مراقبین نسبت به بیماران سرطانی، تحت تاثیر باورهای اسطوره‌ای چون «مسری بودن سرطان» و «سرطان مجازات اعمال افراد است» بوده و کلیشه‌های مربوط به درمان سرطان نقش کم‌تری در این زمینه دارند. حسن‌شیری و همکاران (۲۱)، oystacher و همکاران (۲۲)، elangovan (۲۳) دریافتند افسانه‌های مرتبط با درمان سرطان از جمله «عدم بهبودی سرطان»، یا «گسترش سرطان در اثر جراحی» در بین افراد جامعه بسیار شایع است. ضریب‌مسیر استیگما با بعد رهاشدگی (۰/۷۲) بیش‌تر از دو بعد دیگر است که نشان‌دهنده‌ی بالا بودن اهمیت این بعد از استیگماست.

در واقع باورهایی چون «بی‌فایده دانستن درمان و حمایت از بیمار سرطانی» و یا «مقصر جلوه دادن خود بیمار در ابتلایش به سرطان»، ایده‌هایی بس خطرناک‌تر از «هم‌صحبت نشدن با بیمار سرطانی» است و این امر می‌تواند راه‌های معالجه و درمان را بر روی بیماران ببندد.



همکاران (۲۲) نیز در پژوهش خود، از تاثیرات مخرب کلیشه‌ها و اسطوره‌های پیرامون سرطان بر خودانگاره بیماران و مخدوش شدن هویت آن‌ها خبر داده‌اند.

میزان استیگما و عادت‌واره در زنان بیش از مردان به دست آمد و دلیل این امر را می‌توان در حضور پررنگ‌تر زنان نسبت به مردان در نقش‌های مراقبتی و حمایتی از بیماران (سرطانی) دانست. در واقع از آنجایی که زنان در زمان نیاز، بیش از مردان به مراقبت و پرستاری از بیماران می‌پردازند و از لحاظ عاطفی و روانی، ارتباط موثرتری با فرد بیمار برقرار می‌کنند لذا کم‌تر تحت تاثیر کلیشه‌های رایج پیرامون سرطان قرار می‌گیرند.

gershfeld و همکاران (۳۲) و bedi و devins (۳۳) برخلاف نتایج تحقیق حاضر دریافته‌اند که استیگما و عادت‌واره سرطان در بین زنان بیش‌تر از مردان است. دلیل این تناقض را می‌توان در جامعه آماری دو تحقیق یادشده دانست (مراقبین بیمار در مقابل عموم مردم). افراد تحصیل کرده نیز استیگما و عادت‌واره کم‌تری نسبت به افراد با تحصیلات پایین‌تر داشتند و در این جا می‌توان نقش آموزش و آگاهی را در کاهش باورها و تصورات نادرست پیرامون سرطان به وضوح دید. pak و همکاران (۳۴) و siti و همکاران (۲۶) در تحقیق خود راجع به نقش آگاهی در استیگما به این امر اذعان داشته‌اند.

مدل معادلات ساختاری طراحی شده در ارتباط با رابطه استیگما و عادت‌واره (همراه با ابعاد آن‌ها) و شاخص‌های برازش آن، همگی در راستای تایید مدل مفهومی اولیه قرار گرفتند، به این معنا که متغیرهای آشکار افسون‌گرایی و درمان‌گریزی (به عنوان دو بعد متغیر پنهان عادت‌واره) قابلیت پیش‌بینی متغیر پنهان استیگمای اجتماعی سرطان (با ابعاد آشکار دگرگریزی،

مصدق راد (۲۴) «بی‌فایده دانستن درمان بیماران سرطانی» را یکی از عوامل اثرگذار بر کیفیت خدمات مراقبتی بیماران برشمرده است. tripathi و همکاران (۲۵) نیز «مقصر دانستن بیماران در ابتلای آن‌ها به سرطان» را عامل مهمی در همراهی نکردن بستگان بیمار جهت مراقبت و درمان آن‌ها عنوان کرده‌اند.

میزان استیگما و عادت‌واره در بین پاسخ‌گویان پایین‌تر از حد میانگین به دست آمد و این امر به دلیل آگاهی نسبتاً خوب مراقبین از بیماری سرطان و نیز تماس دائم آن‌ها با بیماران سرطانی است. در واقع دو عامل آگاهی و سطح تماس می‌توانند تاحدی از میزان افسانه‌ها و باورهای نادرست پیرامون سرطان بکاهند. siti و همکاران (۲۶) و یوسف و همکاران (۲۷) در پژوهش خود دریافته‌اند که آگاهی از جنبه‌های مختلف بیماری سرطان و نیز سطح تعامل افراد با بیماران سرطانی می‌تواند از میزان استیگمای ناشی از سرطان بکاهد. بخش علی‌زاده و همکاران (۲۸) و ohlsson و همکاران (۲۹) نیز به نتایج مشابهی در این مورد دست یافتند.

در بین ابعاد متغیر استیگما، میزان خودگریزی از دگرگریزی بیش‌تر بود، به این معنا که افرادی که خودشان مبتلا به سرطان می‌شوند بیش‌تر تحت تاثیر باورها و افسانه‌های پیرامون سرطان و پیامدهای ناشی از آن قرار می‌گیرند تا این که به عنوان فردی سالم در تعامل با بیمار سرطانی باشند و این امری منطقی است چرا که یک فرد سالم هرگز نمی‌تواند احساسات و تجربیات فرد بیمار را درک کند مگر این که خود در چنین موقعیتی قرار بگیرد.

Sabgul (۳۰)، squiers و همکاران (۳۱) و oystacher و



مسئول برای مراقبین بیماران سرطانی به منظور آگاه‌سازی و حمایت‌های همه‌جانبه از آنها

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی دکتری امید مظلومی می‌باشد و با کد IR.Yazd.Rec.1401.065 به تصویب کمیته‌ی اخلاق دانشگاه یزد رسیده است. هم‌چنین در هنگام توزیع پرسش‌نامه‌ها بین همراهان بیمار، آن‌ها را در جریان اهداف اصلی پژوهش قرار داده تا با آگاهی و رضایت‌مندی کامل به پرسش‌ها پاسخ دهند.

سهم نویسندگان

سهم هریک از نویسندگان به‌ترتیبی که در مقاله ذکر شده عبارت‌است از امید مظلومی: طراحی پژوهش، گردآوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها، نگارش اولیه، دکتر پارسامهر: طراحی پژوهش، تحلیل داده‌ها، اصلاح مقاله، دکتر زارع: تحلیل داده‌ها، اصلاح مقاله. هم‌چنین، نویسندگان نسخه‌ی نهایی مقاله را مطالعه و تایید نموده و مسئولیت پاسخ‌گویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

حمایت مالی

این مقاله هیچ منبع و حمایت مالی نداشته است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند هیچ‌گونه تضاد منافی در این مقاله وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند در وهله‌ی اول، از مدیریت و کادر درمان بخش سرطانی بیمارستان‌های مورد مطالعه در شهر تهران از جمله بیمارستان‌های امام خمینی، امام حسین، بعثت، میلاد و شهدای تجریش و در وهله‌ی بعد، از افرادی که باکمال

خودگریزی و رهاشدگی) را دارند. باتوجه به تحلیل‌های یادشده و سهم هریک از متغیرهای عادت‌واره در تبیین استیگما و نیز میزان هم‌بستگی عادت‌واره با ابعاد خود، میزان هم‌بستگی استیگما با ابعاد خود و میزان هم‌بستگی استیگما و عادت‌واره، می‌توان پیشنهادهای زیر را جهت افسانه‌زدایی و کاستن از سنگینی بار این باورهای نادرست ارائه کرد:

۱- شناسایی سایر کلیشه‌ها و تصورات قالبی نسبت به بیماران سرطانی و بیماری سرطان، دسته‌بندی، و بعددهی به آن‌ها

۲- وزن‌دهی، اولویت‌بندی و تعیین میزان اثرگذاری هریک از عادت‌واره‌ها جهت مقابله و خنثی‌سازی سریع‌تر آن‌ها

۳- انجام پژوهش‌هایی مشابه در سایر جوامع آماری از جمله بیماران، افراد عادی و کادر درمان

۴- انجام پژوهش‌هایی که نقش متغیرهای تاثیرگذار بر عادت‌واره سرطان را بیابند.

۵- تاکید پزشکان و کادر درمان مرتبط بر درمان‌پذیر بودن سرطان و آگاه کردن مراقبین از پیشرفت‌های علمی صورت گرفته در بخش درمان سرطان

۶- توجه بیش‌تر به بعد اساطیری و ماورائی عادت‌واره‌های سرطان در مقایسه با جنبه‌های عینی‌تر و واقعی‌تر آن‌ها

۷- کمک پزشکان و کادر درمان مرتبط به متخصصین اجتماعی جهت کشف عادت‌واره‌های سرطان در طول مراحل مختلف درمان و اطلاع‌رسانی آن به سایرین جهت مقابله و خنثی‌سازی آن‌ها

۸- گردهمایی مراقبین بیماران سرطانی در قالب انجمن‌هایی خاص جهت به اشتراک گذاشتن تجربیات خود

۹- برگزاری همایش‌ها و کنفرانس‌های سالانه از سوی نهادهای



صبر و حوصله به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند کمال امتنان و سپاس را داشته باشند.

References

- 1-Park YM, Kim HY, Kim JY, et al. Relationship between type D personality, symptoms, cancer stigma, and quality of life among patients with lung cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 2022.
- 2-Larkin D, Birtle AJ, Bradley L, Dey P, Martin CR, Pilkington M & Romero-Rivas C. A systematic review of disease related stigmatization in patients living with prostate cancer 2022; *Plos one*, 17(2), e0261557.
- 3-IARC World Cancer Report (2020). Available from: <https://www.iccpportal.org/system/files/resources/IARC%20World%20Cancer%20Report%202020.pdf>
- 4-Amirkhah R, Naderi-meshkini H, Mirahmadi M, Allahyari & Sharifi H. Cancer Statistics in Iran: Towards Finding Priority for Prevention and Treatment. *cancer press* 2017; 3(2): 27-38. [in Persian].
- 5-Globocan. international agency research on cancer 2020. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>
- 6-LeSeure P, Chongkham-ang S. The experience of caregivers living with cancer patients: A systematic review and meta-synthesis. *J Pers Med* 2015; 19(2): 406-39.
- 7-Glajchen M. The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. *J Support Oncol* 2004; 2:145-55.
- 8-Nyblade L, Stockton MA, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Lean RM, *et al.* Stigma in health facilities: Why it matters and how we can change it. *BMC Med* 2019; 17:1-15.
- 9-Harding R, Nair S, Ekstrand M. Multilevel model of stigma and barriers to cancer palliative care in India: A qualitative study. *BMJ Open* 2019;9(3):e024248.
- 10-Best AL, Shukla R, Adamu AM, Martinez Tyson D, Stein KD & Alcaraz KI. Impact of caregivers' negative response to cancer on long-term survivors' quality of life. *Support Care Cancer* 2021; 29:679-86.
- 11-Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity.* Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall Inc 1963.



- 12-Dovidio JF, Major BA, Crocker J. Stigma: introduction and overview. In *The Social Psychology of Stigma*. Edited by Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG. New York: Guilford Press. 2000; 1–28.
- 13-Scambler G. Health-related stigma. *Sociol Health Illn* 2009; 31:441–455.
- 14-Weiss MG, Ramakrishna J, Somma D. Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. *Psychol Health Med*. 2006; 11:277–287.
- 15-Nyblade L, Stockton M, Nyato D, Wamoyi J. Perceived, anticipated and experienced stigma: exploring manifestations and implications for young people's sexual and reproductive health and access to care in North- Western Tanzania. *National Library of Medicine*. 2017; 19(10): 1–16.
- 16-Bourdieu P. *The Logic of Practice*. Stanford CA, Stanford University Press; 1990.
- 17-Wagstaff A. Stigma: breaking the vicious circle; patient voice, *Cancer World*. 2013; 24-29.
- 18-Maria O E, Anita Ch, Brian S, Rebekkah S, Claire N & Ruth R. Developing a Global Cancer Stigma Index. *SAGE JOURNALS*. 2014;4(3):2158244014547875.
- 19-Broom A, Doron A. The rise of cancer in urban India: cultural understandings, structural inequalities and the emergence of the clinic. *Health*. 2012; 16(3):250–66.
- 20-Webb LA, McDonnell KK, Adams SA, et al. Exploring stigma among lung cancer survivors: A scoping literature review. *Oncol Nurs Forum*. 2019; 46:402-418.
- 21-Hasan Shiri F, Mohtashami J, Nasiri M, Manoochehri H, & Rohani C. Stigma and Related Factors in Iranian People with Cancer. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2018; 19(8):2285-2290.
- 22-Oystacher T, Blasco D, He E, Huang D, Schear R, McGoldrick D, et al. Understanding stigma as a barrier to accessing cancer treatment in South Africa: Implications for public health campaigns. *Pan Afr Med J*. 2018; 29:73.
- 23-Elangovan V, Rajaraman S, Basumalik B & Pandian D. Awareness and perception about cancer among the public in Chennai, India. *J Glob Oncol*. 2016; 3:469-79.
- 24-Mosadeghrad AM. Factors influencing healthcare service quality. *Int J Health Policy Manag*. 2014; 3:77-89.
- 25-Tripathi L, Datta SS, Agrawal SK, Chatterjee S & Ahmed R. Stigma perceived by women following surgery for breast cancer. *Indian J Med Paediatr Oncol*. 2017; 38(2):146–52.



- 26-Abd-Razak SF, Abdul-Manaf NB & Nawang DB. An Analysis of Cancer Awareness and Stigma Among Malaysia's Non-Patient Population 2023.
- 27-Yusof, MM & Wan-Ishak, WZ. Cancer in My Community: Addressing Increasing Cancer Cases in Malaysia. 2022.
- 28-Bakhshalizadeh F, shahidi SH, Hazini A. Attitude towards death and life meaning in dying cancer patients: a phenomenological study. Quarterly Journal of Health Psychology. 2021;10(37):65-82
- 29-Ohlsson-Nevo E, Ahlgren J & Karlsson J. Impact of health-related stigma on psychosocial functioning in cancer patients: Construct validity of the stigma-related social problems scale. European Journal of Cancer Care (Engl) 2020; 29(6), e13312.
- 30-Sabgul AA, Qattan AMN, Hashmi R, et al. Husbands' knowledge of breast cancer and their wives' attitudes and practices related to breast cancer screening in Saudi Arabia: Crosssectional Online Survey. Journal of Medical Internet Research 2021; 23(2): e25404.
- 31-Squiers L, Siddiqui M, Kataria I, Dhillon PK, Aggarwal A, Bann C, *et al.* Perceived, Experienced, and Internalized Cancer Stigma: Perspectives of Cancer Patients and Caregivers in India. Research Triangle Park (NC): RTI Press. 2021.
- 32-Gershfeld-Litvin a, halabi s & bellizzi k. Stigma related to breast cancer among women and men: The case of the Druze minority in Israel. J Health Psychol 2023; 28(2):189-199.
- 33-Bedi M, Devins GM. Cultural considerations for south Asian women with breast cancer. Journal of Cancer Survivorshi. 2016; 10:31–50.
- 34-Pak LM, Purad CC, Nadipally S, Rao MP, Mukherjee S, Hegde SKB, *et al.* Cancer awareness and stigma in Rural Assam India: Baseline survey of the detect early and save her/him (DESH) program. Ann Surg Oncol. 2021; 28:7006-13.
- 35-Yilmaz M, Dissiz G, Usluoğlu AK, Iriz S, Demir F, Alacacioglu A. Cancer-Related Stigma and Depression in Cancer Patients in A Middle-Income Country. Asia Pac J Oncol Nurs. 2019 Oct 23;7(1):95-102. doi: 10.4103/apjon.apjon_45_19. PMID: 31879690; PMCID: PMC6927157.
- 36-Mohabbat-bahar S, Bigdeli I, Mashhadi A, and Moradi-Joo M; Investigation of Stigma Phenomenon in Cancer: A Grounded Theory Study. International Journal of Cancer Management. 2017; 10(2): 1-7. [Persian]



ORIGINAL ARTICLE

Received:2023/09/04

Accepted:2023/11/10

Compilation of an Integrated Therapy Model Based on Compassion-Focused Therapy, Integrated Islamic Therapy and Therapy Based on Acceptance and Commitment and Its Effectiveness on Life Satisfaction of Depressed Married Women in Yazd City

Amid Tashakori(Ph.D.s)¹, Najmeh Sederpooshan(Ph.D.)²

1.PhD student in Counseling, department of counseling, yazd branch, Islamic Azad University, Yazd , Iran

2.Corresponding author:Assistant Professor, faculty member,islamic Azad University, Khomeini Shahr Branch, Khomeini Shahr, Isfahan, Iran Email: sedrpoushan@iaukshs.ac.ir Tel: 09133554792

Abstract

Introduction: As a large part of society who experience different restrictions according to different cultural, historical and social situations, women face difficult emotional conditions during marriage. This research is conducted with the aim of developing a combination treatment model based on compassion-focused therapy, integrated Islamic therapy, and therapy based on acceptance and commitment and its effectiveness on life satisfaction of depressed married women in Yazd city in 1400.

Methods: The research method was a combination of an exploratory design with a compilation and classification approach. The first stage was done qualitatively and based on a descriptive phenomenological strategy. In the qualitative part of the research, a combination treatment protocol based on the approach of combining psychotherapies by Stricker (2006) was compiled and validated. In the quantitative (second) part, based on convenience sampling, 30 depressed married women were selected, and then, through a quasi-experimental method with a pre-test and post-test regarding the two test groups and proof, the effectiveness of the developed protocol on their life satisfaction was assessed. The statistical population of the research included all the women who referred to counseling centers in Yazd city, for whom the diagnosis of depression (Beck Depression Scale) was given. In order to measure people's life satisfaction, Diener's life satisfaction scale was used. In order to analyze the quantitative data of the research, the analysis of covariance method was used.

Results: After extracting 11 main categories, a unified treatment protocol was formulated according to the findings. For validation, ratio coefficients and content validity index were used. The coefficients in all items were higher than 0/79 for CVI index and higher than 0./56 for CVR index.

Conclusion: The results of the analysis of the findings showed that integrated psychotherapy based on self-discipline approach, integrated Islamic treatment approach, and treatment approach based on acceptance and commitment increase life satisfaction of depressed married women in Yazd city.

Keywords: Depression, Integrated Psychotherapy, Life Satisfaction

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.



This Paper Should be Cited as:

Author: Amid Tashakori, Najmeh Sederpooshan. Compilation of an Integrated Therapy Model Based on Compassion-Focused Therapy, Integrated Islamic Therapy and Therapy Based onTolooebahasht Journal. 2023;22(5)121-140.[Persian]



تدوین مدل درمانی تلفیقی مبتنی بر درمان متمرکز بر شفقت، درمان یکپارچه اسلامی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اثربخشی آن بر رضایت از زندگی زنان متأهل افسرده شهر یزد

نویسندگان: عمید تشکری^۱، نجمه سدرپوشان^۲

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، خمینی شهر، اصفهان، ایران

تلفن تماس: ۰۹۱۳۳۵۵۴۷۹۲ Email: sedrpoushan@iaukshs.ac.ir

چکیده

مقدمه: زنان به عنوان قسمت بزرگی از جامعه که بنا به وضعیت‌های گوناگون فرهنگی، تاریخی و اجتماعی محدودیت‌های متفاوتی را تجربه می‌کنند در زمان ازدواج نیز برخی از آن‌ها با شرایط سخت عاطفی روبرو می‌شوند. این پژوهش با هدف تدوین مدل درمانی تلفیقی مبتنی بر درمان متمرکز بر شفقت، درمان یکپارچه اسلامی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اثربخشی بر رضایت از زندگی زنان متأهل افسرده شهر یزد در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش، ترکیبی از نوع طرح اکتشافی با رویکرد تدوین و طبقه‌بندی بود. مرحله اول بصورت کیفی و براساس راهبرد پدیدار شناسی توصیفی انجام شد. در قسمت کیفی پژوهش پروتکل درمان تلفیقی که مبتنی بر رویکرد تلفیق روان‌درمانی‌های استریکر (۲۰۰۶) بود تدوین و اعتباریابی شد. در قسمت کمی (دوم) بر اساس نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر از زنان متأهل افسرده انتخاب شد و سپس از طریق روش شبه‌آزمایشی دارای پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از دو گروه آزمایش و گواه اثربخشی پروتکل تدوین شده بر رضایت از زندگی آن‌ها بررسی شد. جامعه‌آماري پژوهش کلیه‌ی زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر یزد بودند که برای آن‌ها تشخیص افسردگی (مقیاس افسردگی بک) داده شده بود. به منظور سنجش رضایت از زندگی افراد از مقیاس رضایت از زندگی داینر استفاده شد. به منظور تحلیل داده‌های کمی پژوهش از روش تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

یافته‌ها: پس از استخراج ۱۱ مقوله اصلی پروتکل درمان تلفیقی متناسب با یافته‌ها تدوین شد. برای اعتبارسنجی آن از دو ضریب نسبت و شاخص روایی محتوایی استفاده شد. ضرایب در همه آیت‌ها برای شاخص CVI بالاتر از ۰/۷۹ و برای شاخص CVR بالاتر از ۰/۵۶ بود.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از تحلیل یافته‌ها نشان داد که روان‌درمانی تلفیقی مبتنی بر رویکرد شفقت به خود، رویکرد درمان یکپارچه اسلامی و رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت از زندگی زنان متأهل افسرده شهر یزد تاثیر دارد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، روان‌درمانی تلفیقی، رضایت از زندگی

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال بیست و دوم
شماره پنجم
آذر و دی
شماره مسلسل: ۱۰۱

تاریخ وصول: ۱۴۰۲/۰۶/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۱۹



مقدمه

عواملی همچون بیولوژی، مشکلات باروری، ژنتیک، تغییرات هورمونی، روابط بین فردی، مشکلات زناشویی، خشونت خانگی و تعارضات رابطه زناشویی در کنار مشکلات مالی از دلایل اصلی ابتلای زنان متأهل به افسردگی می‌باشد (۶، ۷).

از این رو بررسی روش‌هایی که بتوان با توجه به بافت فرهنگی و اجتماعی جوامع به بهبود وضعیت زنان افسرده کمک کرد حیاتی است. پژوهش‌ها نشان‌دهنده‌ی میزان تحمل هیجان‌های منفی بیشتر در زنان در مقایسه با مردان در مواجهه با مسائل و مشکلات است. همچنین سطح آشفتگی روانشناختی، اضطراب و افسردگی در زنان دو برابر مردان است. پژوهشگران همچنین اشاره کرده‌اند زنانی که مطلقه‌اند افزایش پریشانی، افسردگی، تنهایی، خشم، پشیمانی و درماندگی را تجربه کرده‌اند. تحقیقات اخیر نشان داده است که کمبود قدرت اجتماعی زنان و تفاوت‌های جنسی در پاسخ‌های بیولوژیکی به استرس دهنده‌ها می‌تواند در افسردگی پیش‌رونده‌ی زنان بیش از مردان نقش داشته باشد (۸).

مرور مطالعات، کتب و نشریات علمی اثر بخشی رویکردهای تک مکتبی را بررسی و در بعضی موارد آنها را اثر بخش دانسته است. در این میان می‌توان به پژوهش امیر ارجمندی، هاشمیان و نیکنام (۹)، در زمینه اثر بخشی آموزش معنویت در کاهش افسردگی و افزایش رضایت از زندگی زنان متأهل، پژوهش شیرالی‌نیا و همکاران (۱۰)، در خصوص اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی و اضطراب زنان مطلقه و تحقیق عزیزی و قاسمی (۱۱)، در ارتباط با اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه اشاره کرد. پژوهش‌های فوق حاکی از آن است که درمان‌های تک

بررسی وضعیت روان‌شناختی زنان متأهل یکی از چالش‌های اساسی در جوامع در حال توسعه است. از آنجا که تغییر وضعیت فرهنگی و شاخص‌های رفتار اجتماعی باعث می‌شود نحوه مواجهه جمعیت‌های مختلف با تغییرات فرهنگی و اجتماعی نیز تغییر کند، بررسی وضعیت روان‌شناختی گروه‌های مختلف اجتماعی یکی از وظایف اصلی پژوهشگران در حوزه‌های مختلف است. از مهمترین سازه‌های موثر در ارزیابی وضعیت توسعه روانشناختی جوامع بررسی میزان رضایت از زندگی افراد و گروه‌های مختلف در آن جامعه است و زنان متأهل در هر جامعه‌ای از آنجا که با تربیت نسل‌های بعدی در ارتباط هستند و همچنین یکی از گروه‌های حساس و آسیب پذیر جوامع محسوب می‌شوند در صدر اهمیت بررسی قرار دارند و باید پیش از دیگر گروه‌ها به وضعیت روانشناختی آنان توجه کرد (۱).

افسردگی اختلالی خلقی است که با احساس غم و اندوه، فقدان انرژی، بی‌علاقگی، تحریک پذیری و مسائل مرتبط با اشتها شامل کم‌اشتهایی یا پراشتهایی همراه است. در مقیاس جهانی بیش از ۳۲۰ میلیون نفر در جهان مبتلا به افسردگی بوده و در میان آن‌ها شیوع افسردگی در زنان بیش از مردان است که این مقدار به ترتیب برابر با ۵/۱ و ۳/۶ می‌باشد (۲). پژوهش‌های دیگری در سال‌های اخیر نیز نشان می‌دهد که نرخ افسردگی در زنان بالاتر از مردان است (۳). در ایران پژوهش‌هایی برای مقایسه افسردگی در میان زنان متأهل و غیر متأهل انجام شده که بر اساس آن‌ها مشخص شد که افسردگی در میان زنان متأهل شیوع بیشتری دارد (۴، ۵). از میان دلایل شیوع بیشتر افسردگی در زنان متأهل با توجه به مرور پژوهش‌های انجام شده مشخص شد که



قطبی بر سلامت روان، رضایت از زندگی و کاهش مشکلات روحی و روانی مانند اضطراب و افسردگی اثر داشته است. اما بررسی پژوهش‌های اجرا شده نشان می‌دهد که تلفیق روان‌درمانی‌ها و استفاده از ظرفیت‌های فرهنگی و تاریخی جوامع در تطبیق مفاهیم علمی با وضعیت اجتماعی گروه‌های مورد مطالعه میزان اثربخشی روان‌درمانی‌ها را افزایش داده و کارایی بیشتری برای روان‌درمانی ایجاد می‌کنند (۱).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مدل درمانی است که با تکیه بر رابطه میان زبان و شناخت تلاش دارد تا بر بهبود مسائل و مشکلات روانشناختی افراد تاثیر بگذارد. تحقیقات موید اثربخشی این رویکرد در درمان اختلالات به‌گونه‌ای که مقبولیت درمان را نیز به همراه دارد، بوده است (۹). این درمان برای افراد مجالی فراهم می‌کند تا بدون داشتن الزام به درمان اضطراب و هیجانات ناخوشایند آن‌ها را تجربه کرده و در عین تجربه آن‌ها ساختارهای شناختی غنی را برای رفتار خود فراهم کنند (۹). اورسیل و باتن (۱۲) توضیح می‌دهند که ترس و اجتناب در این درمان کاهش یافته و به میانجی راهکارهایی که هدف آنها کاهش آمیختگی، تماس با خود به عنوان زمینه، تعیین جهت مندی ارزش‌های زندگی و ساختن الگوهای برای انجام متعهدانه رفتار است، بهبودی حاصل می‌شود.

بر اساس گزارشات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌گونه‌ای فعالانه ترس از مواجهه با فعالیت‌های دشوار و تغییر در سبک زندگی را کاهش می‌دهد که این موضوع منجر به بهبود وضعیت روانشناختی فرد می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان افسردگی و افزایش شادکامی گروه‌های مختلف مورد مطالعه قرار گرفته است پژوهش مرمرچی نیا و ذوقی پایدار (۱۳)

نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از آنجا که منجر به انعطاف پذیری روانشناختی و تعهد فرد به انجام اعمالی می‌شود که زندگی را برای وی کامل، غنی و معنادار می‌سازد می‌توان از آن به‌عنوان روش مداخله‌ای موثر برای ایجاد و افزایش امیدواری و شادکامی در افراد استفاده کرد. درمان متمرکز بر شفقت در سال‌های گذشته بواسطه نزدیکی‌های فرهنگی مورد توجه اغلب پژوهشگران حوزه‌ی خانواده بوده است. نف (neef) (۱۴).

شفقت خود را بدین‌گونه تعریف کرده است که از سه بخش تشکیل شده است: مهربانی نسبت به خویشان در برابر خود قضاوتی، اشتراک انسانی در برابر انزوا، و ذهن‌آگاهی در برابر بیش برآورد تجربه ادراکی، ایجاد درکی بدون قضاوت از موقعیت برای خویشان توسط افراد در گرو این است که آن‌ها در برخورد با مسائل و موقعیت‌های تنش‌زا با توجه به اصول مطرح شده با آن موقعیت روبرو شوند. بدون نشخوار ذهنی در مورد درد یا مشکل و پررنگ کردن آن در لحظه.

در الگوی درمان شفقت مبتنی بر آموزه‌های مذهبی با ادغام دو روش درمانی و درون مایه‌ای دینی - الهی، ارزش‌هایی در فرد احیا می‌گردد که توان یکپارچه سازی و توحید بخشیدن به کل شخصیت فرد را داشته باشد. مفهوم توحید در این روش اشاره به یک سیستم ارزشی وحدت بخش است که جهت حرکت زندگی انسان را مشخص می‌کند و او را از چندگانگی شخصیت و گم‌گشتگی در مسیر حیات نجات می‌دهد. هدف این نوع درمان علاوه بر حذف یا کاهش نشانه‌های اختلال رفتاری، تقویت مقام و موقعیت عقل، حیات نو بخشیدن به عشق، ابعاد جذبه نسبت به سرچشمه وحدت و دست یافتن به توحید است.



جامعه مورد بررسی در پژوهش حاضر کلیه زنان متأهل افسرده مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر یزد در سال ۱۴۰۰ می باشد که از میان آنها تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه بخش کمی (دوم) پژوهش انتخاب شد. به منظور اجرای پژوهش از میان زنان افسرده مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر یزد (۲ مرکز) تعداد ۳۰ نفر از آنها به عنوان نمونه انتخاب شده و در دو گروه آزمایش ۱۵ نفر و کنترل ۱۵ نفر به صورت تصادفی جایگذاری شدند. برای احتیاط و جبران افت نمونه ها در هر گروه تعداد زیادتری نمونه انتخاب گردید.

گروه آزمایش طی یک دوره هشت هفته ای تحت آموزش متغیر مستقل قرار گرفتند و گروه کنترل، هیچ گونه درمانی را دریافت نکردند. با توجه به این که مداخلات در مرکز مشاوره انجام شد و گروه آزمایش ۱۵ نفر در نظر گرفته شده بود میزان ریزش ۳ نفر بود که از فرآیند پژوهش بیرون گذاشته شدند.

داده های حاصل از ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. داده های بدست آمده با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس تحلیل شدند شرایط ورود به پژوهش شامل تاهل، تشخیص بالینی افسردگی توسط روان شناسان مراکز مراجعه شده، پر کردن فرم رضایت برای ورود به پژوهش و سابقه حداقل ۲ سال زندگی مشترک بود. ملاک های خروج افراد نیز شامل عدم همکاری در حین پژوهش و انجام ندادن دستورالعمل ها، دریافت درمان همزمان با اجرای پژوهش و سابقه اختلالات بالینی جز افسردگی بود که توسط فرم خود گزارشی سنجیده شد.

قسمت کیفی (اول) پژوهش نیز با جمع آوری داده های کیفی شروع شده و بعد از ساخت پروتکل درمان تلفیقی با جمع آوری

از میان برداشتن موانع این جذب و برانگیختن آگاهی و تعهد و التزام به رفتارهای فضیلت آمیز، اجزای اصلی طرح درمان هستند (۱۵).

به منظور ایجاد راهکارهای مناسب برای درمان افسردگی و افزایش رضایت از زندگی پروتکل ها و اساسنامه های متعددی در رابطه با روش های مختلف درمانی ارائه شده است. ولی امروزه متخصصان و مشاوران بیشتر تمایل به استفاده از رویکردهای تلفیقی و التقاطی دارند و معتقدند یک رویکرد محض به دلیل آنکه به طور همه جانبه و عمیق، مشکلات افراد جامعه را نمی شکافد از کارایی لازم برخوردار نیست. رویکردهای با یک زمینه نظری خاص شامل شفقت درمانی، درمان یکپارچه اسلامی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر کدام سهم جدا گانه ای در درمان و مداوای بیماران روانی و اختلالات روحی و روانی مانند افسردگی دارند ولی تلفیق و ترکیب، آراستن و جور کردن و پیوند دادن نظریات و مکاتب مختلف روان درمانی و مشاوره با یکدیگر می تواند سهم به سزایی در درمان مشکلات روحی و روانی و افزایش رضایت از زندگی داشته باشد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی با دلالت های کاربردی است. رویکرد پژوهش ترکیبی است. پژوهش ترکیبی یک رویکرد غنی ترکیب داده های کیفی و کمی است. استفاده از این رویکرد به درک بهتری از مسائل منجر می گردد، نقاط ضعف روش پژوهش کمی و کیفی را می پوشاند و در مقایسه با روش های کیفی یا کمی، شواهد جامع تری برای بررسی یک مسأله پژوهشی فراهم می کند (۱۶).



متعدد خرده مقیاس رضایت از زندگی که در فرم اصلی با ۱۰ گویه سنجش می‌شد به ۵ گویه کاهش یافت و به‌عنوان یک مقیاس مجزا مورد استفاده قرار گرفت.

اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی توسط داینر و همکاران (۱۷). مورد بررسی قرار گرفت که ضریب همبستگی بازآزمایی نمره‌ها پس از دو ماه اجرا ۰/۸۲ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بود. داینر و همکاران روایی (به شیوه مطلوبی، همگرا و افتراقی) و پایایی (آلفای کرونباخ ۰/۸۹) مطلوبی برای مقیاس گزارش کرده‌اند. این مقیاس دارای طیف لیکرت ۷ نمره‌ای بوده که از کاملاً موافقم (نمره ۱) تا کاملاً مخالفم (نمره ۷) می‌باشد. مقیاس فوق توسط خیر و سامانی (۱۸) برای استفاده در ایران مورد بررسی قرار گرفته و ضریب آلفای ۰/۸۰ برای آن گزارش شده است.

برای بررسی کمی شاخص‌های روایی محتوا و روایی صوری به منظور تعیین نسبت روایی محتوایی پروتکل از روش لاوشه جهت تبدیل قضاوت کیفی متخصصان به کمیت استفاده شد. بدین منظور از متخصصان مربوطه درخواست شد تا مراحل و محتوای پروتکل طراحی شده را با توجه به مقیاسی سه درجه‌ای درجه بندی کنند و ضرورت وجود هر گویه را در مجموع گویه‌ها براساس سه گزینه‌ی ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست و ضرورتی ندارد بررسی و تعیین کنند. همچنین به منظور بررسی شاخص روایی محتوا سه معیار سادگی، ارتباط داشتن و وضوح به صورت مجزا در یک طیف لیکرتی سه قسمتی برای هر یک از گویه‌ها توسط خبرگان بررسی شد. برای محاسبه نسبت روایی محتوایی پروتکل از فرمول ۱ استفاده شد. در این روش بر اساس جدول لاوشه با توجه به تعداد افراد گروه

داده‌های کمی مبتنی بر رویکرد تحلیلی-مقایسه‌ای با تمرکز بر اثربخشی درمان ارائه شده ادامه پیدا کرده و در نهایت به تفسیر نتایج کمی ختم شده است.

پس از این مراحل بسته‌ی آموزشی-درمانی در اختیار متخصصان و مشاوران و روانشناسان بالینی فعال در هر یک از این سه حوزه قرار گرفت تا با استفاده از ادراک عمیق‌تر به بررسی شاخص‌های روایی و پایایی پروتکل پرداخته شود. محتوای هر یک از جلسات آموزشی-درمانی نیز بر پایه‌ی روش‌شناسی پژوهش بر اساس کدهای استخراج شده از پژوهش تهیه و تدوین شد. این تلفیق بر پایه‌ی روشی تلفیق روان‌درمانی‌ها که در سه حوزه‌ی اساسی انجام می‌شود صورت گرفته است. روش تحلیل اطلاعات کیفی مبتنی به روش تحلیل محتوای مفاهیم و رویکردهای درمانی به صورت کدگذاری باز و محوری بوده است. مقوله‌های استخراج شده از دل متون و مطالب و اسناد علمی از طریق فن پانل افراد متخصص ارزیابی و ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) محاسبه گردید.

اعتبار سنجی پروتکل آموزشی درمانی مشتمل بر کل صاحب‌نظران و متخصصان حوزه‌های روان‌شناسی و مشاوره شاغل در مراکز علمی، پژوهشی و آموزشی بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۱۲ متخصص (۸ نفر در حوزه مشاوره و ۴ نفر در حوزه روان‌شناسی) به عنوان نمونه و اعضای پنل اعتباربخشی انتخاب شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در بخش کیفی شامل؛ متون علمی و پژوهش‌های اجرا شده بود و در بخش کمی پژوهش نیز از مقیاس رضایت از زندگی داینر و همکاران (۱۷) استفاده شد. این مقیاس در ابتدا مشتمل بر ۴۸ ماده بود که پس از بررسی‌های



مطالعه ۶۰ درصد دارای مدرک کارشناسی، و ۴۰ درصد دیپلم داشتند و از نظر اشتغال افراد نمونه نیز ۳۵ درصد شاغل و ۶۵ درصد از آن‌ها خانه دار بودند. همچنین شاخص جمعیت شناختی بعدی تعداد فرزندان بود که از مجموع ۳۰ نفر افراد نمونه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) تعداد ۱۲ نفر ۱ فرزند داشتند، تعداد ۱۱ نفر بدون فرزند و ۷ نفر نیز دارای ۲ فرزند بودند. در قسمت کیفی پژوهش پس از تجزیه و تحلیل - های انجام شده تعداد ۱۱ مقوله اصلی با توجه به مراحل کدگذاری کشف شد. (جدول ۱)

در پژوهش حاضر پروتکل درمانی تلفیقی بر اساس یافته‌های بخش کیفی و مضامین استخراج شده‌ی حاصل از کدگذاری داده‌ها، نظریات معتبر و پژوهش‌های پیشین و همچنین با بهره‌گرفتن از نظر متخصصان روان‌شناسی و مشاوره منطبق بر هدف کلی پژوهش محتوای جلسات در ۱۰ گام و ۲۰ جلسه (یک جلسه آشنایی و ارزیابی، ۱۹ جلسه مداخله) تدوین شد. همچنین پروتکل تلفیقی درمانی نسخه‌ی کوتاه شده و فشرده‌ای نیز دارد که در صورت لزوم به‌علت کمبود زمان یا پایین بودن تعداد جلسات می‌توان از آن استفاده کرد. مدت زمان جلسات گروهی به مدت ۴۵ دقیقه و هر هفته ۲ جلسه در مرکز مشاوره و روانشناسی مورد نظر توسط مجری پژوهش و یک نفر دستیار اجرا شد. پروتکل درمان تلفیقی تدوین شده هم به صورت فردی و هم به صورت گروهی قابل اجرا بوده که در پژوهش حاضر نحوه اجرا بصورت گروهی بود. شرح خلاصه جلسات پروتکل درمان تلفیقی تدوین شده مبتنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شفقت خود و درمان شفقت خود مبتنی بر آموزه‌های توحیدی به صورت جدول زیر است. (جدول ۲)

پنل حداقل مقدار قابل قبول برای تایید اعتبار محتوایی اجزا بسته ۰/۵۶ است که اعداد بالای آن روایی لازم را کسب خواهند کرد.

فرمول ۱

$$CVR = \frac{n_{e-N/2}}{N/2}$$

n/e : تعداد متخصصانی که گزینه ضروری را انتخاب کرده‌اند.

N : تعداد کل داوران

به‌منظور محاسبه شاخص روایی محتوایی پروتکل درمانی از

فرمول ۲ استفاده شد.

فرمول ۲

$$CVI = \frac{\text{تعداد های گزینه 2 و 3}}{\text{تعداد خبرگان}}$$

$$CVI = x/(n) \geq 0.79$$

X : تعداد متخصصانی که محتوا را ضروری تشخیص دادند یا به

آن نمره ۲ یا ۳ دادند. n : تعداد کل داوران

نمره CVI بالاتر از ۰/۷۹، گویه مناسب تشخیص داده می‌شود و قابل قبول است. نمره CVI بین ۰/۷۹ تا ۰/۷۰ سوال برانگیز بوده و به اصلاح و بازنگری نیاز دارد. نمره CVI کمتر از ۰/۷۰ غیرقابل قبول بوده و باید حذف شود. بر اساس منابع موجود و نظرات و پیشنهادها چنانچه نمره CVI مناسب تشخیص داده شود اعتبار محتوایی بسته آموزشی فراهم شده و مورد تایید قرار خواهد گرفت. در پژوهش حاضر برای تک تک محتوای جلسات، شاخص روایی محتوایی CVI محاسبه شد.

یافته ها

افراد مورد مطالعه در بخش کمی پژوهش از ۲ گروه سنی کمتر از ۳۰ سال و بین ۳۰ تا ۴۵ سال انتخاب شدند. از میان افراد مورد



اطلاعات مندرج در جدول فوق نشان دهنده‌ی توصیف و تحلیل درمان تلفیقی در سطح تکنیکی و ساختار درمان راهنمایی دقیق مفاهیم موجود در هر سه درمان مورد استفاده در پژوهش است. این قدم ابتدایی پژوهشگر را در ساخت و ارائه‌ی پروتکل می‌کند. به این ترتیب در قدم بعدی به ارائه‌ی خلاصه‌ای از پروتکل درمان تلفیقی پرداخته می‌شود.

جدول ۱: خلاصه کدگذاری‌های باز، محوری و انتخابی

کدگذاری باز	کدگذاری محوری	کدگذاری انتخابی
اهمیت قرارداد درمانی	سطح بندی تلفیقی درمان	توجه به ارزش‌ها در درمان
آشنایی با مفاهیم		
ایجاد تمایز مفهومی میان هر مفهوم با ادراک عامیانه از آن		
مرز بندی نشخوار فکری و ذهن آگاهی		
نپذیرفتن شکست		
ارزیابی موقعیت		
تمرین هدف گذاری		
فلسفه زندگی و مرگ	توجه آگاهانه به نقش ارزش‌ها	
ایجاد برانگیختگی برای تغییر		
سطح بندی نیازهای اساسی		
ارزیابی نگرش‌ها		
تمرکز بر تکالیف		
خداشناسی و انسان شناسی	توجه به جهان هستی	عمل مثبت در جهان و برای خود
معاد باوری		
مفهوم رنج	رابطه عمل و احساس	
تعامل بین مغز قدیم و جدید		
سیستم متمرکز بر پیوستگی		
سیستم متمرکز بر منابع/انگیزشی		
سیستم متمرکز بر خطر	ادراک وضعیت و مرزبندی درست هیجانی	تنظیم هیجانی - شناختی در جهت ادراک آگاهانه وضعیت
محافظت و امنیت جویی		
هیجانان دلبستگی		
تمرین تنفس	توجه به بدن و رابطه ذهن و بدن	
حفظ حالت شفقت		
ارزیابی از احساسات		
فیزیولوژی		
شکل گیری خود	نقش زبان در ادراک خویشتن	زبان و تاثیر ارتباط کلامی با خود و دیگران در روابط
تمایز خود - زمینه		
فرآیندهای کلامی		
تفاوت عزت نفس و ارتباط آن با شفقت	رابطه محیط - شخص و مفاهیم روانشناختی	
خانواده		
روابط صمیمی		
فرزند پروری		



		دوستان
		تحصیلات
		تفریح
		معنویت
		سلامتی
تعیین چهارچوب عمل دینی - اجتماعی - فرهنگی در جهت بهبودی وضعیت خود	هجرت درونی از خود به خویشی دیگر	گسلش از محتوای خود
		تقویت خود
	نشخوار ذهنی و بی عملی دینی	رفتارهای بالینی نوع اول و دوم
		ذهن خودانتقادگر
توجه به تکنیک‌های شفاف ساز در جهت ارزشها که در درمان تلفیقی موجب بهبود محیط درمان و مشاوره می شود	محیط درمان و ساختار آن	شکل دهی به درمان
		دیدگاه گیری
	انسان آزاد یا انسان اسیر؟	آزادی در انتخاب ارزشها
		درماندگی خلاق و بی تقصیری
		معنویت
		پرورش خلاقیت در برخورد با مسائل
دخیل کردن ارزشهای مراجع در درمان و ساختار اسلامی ارتباط با مراجع و تکنیک های مورد استفاده	نقش ارزشهای شخصی در باور به توحید	توحید محوری
		درماندگی خلاق
		پیگیری ارزشها
		گسلش متمرکز بر شفقت
	ساختار درمان، تکنیک محوری	مداخلات کارکردی
		تمرینات اساسی در منزل
مرور ذهنی و تقویت تصویر سازی در جهت تقویت ارتباط اجتماعی و خانوادگی	ارزیابی موقعیت و تمرین توجه به آن در جهت خدامحوری	توجه به بدن
		شکر گذاری
		اسلامی شدن زندگی
		تصویر سازی
	ذهنی سازی احساسات	تصویر سازی مکان امن
		همدردی
		همدلی
		حساسیت ادراکی
	ارتباط و اجزای آن	عدم قضاوت
		صله رحم
	توجه به گذشته	مشکلات و نشانه های موجود
		بسترهای مشکلات
		تاریخچه زندگی
بررسی عوامل شکست در روابط و آگاهی از رفتار در روابط	ارزش، اجتناب، مداخله شناختی	هم جوشی شناختی
		عدم وضوح ارزشها
		اجتناب تجربه ای
	رفتار و زنجیره ای آگاهی از آن	خود آگاهی ضعیف
		التزام
		تقویت



تنبيه

درک خداپرستی

تقویت ارتباط معنوی

تمرین آگاهی معنوی

انسان تراز

مسولیت پذیری

الگو گیری از بزرگان دین و مرور زندگی آنان

تقدیر و تدبیر در زندگی

رضوانیت و رضایت و دعا و مراقبه

اسلامی کردن رفتار

توجه آگاهانه به مسولیت و روابط

الگو گیری و مسولیت پذیری

پذیرش وضعیت و تلاش در تغییر مطلوب

آن

جدول ۲: خلاصه‌ی پروتکل درمانی جلسات روان‌درمانی تلفیقی بر اساس کدگذاری‌های مرحله قبلی

اهداف آموزشی - درمانی (فعالیت‌ها و تکالیف)	مباحث آموزشی - درمانی (شرح مختصر)	جلسات
آشنایی و ارتباط اعضا، شناخت قواعد گروه، آشنایی با روش طراحی شده و اصول پایه آن	آشنایی درمانگر و دستیار اجرایی با اعضای گروه، بیان هدف، قوانین و انتظارات و ارائه‌ی طرح کلی از مداخله، قرار داد درمانی و اجرای پیش‌آزمون برای هر دو گروه به منظور ارزیابی نهایی پروتکل تدوین شده، تبیین مفاهیم پایه (استعارات درمان توحیدی و متمرکز بر شفقت بر اساس مواجهه و ایجاد درماندگی خلاق)	گام اول
آموزش تن‌آرامی، و استدلال‌های شفقت‌آمیز از طریق ارائه‌ی حدیث و مبنای توحیدی شفقت به خود. شناخت عناصر جسمانی هیجانات و مرور روش‌های ناکارآمد گذشته.	مرور جلسه قبلی و بررسی تکالیف، آموزش تعامل فکر و عمل، ارائه‌ی منطق خداشناسی و عبودیت در جهت کنترل افکار، ایجاد مقدمات شفقت به خود از طریق وحدت بخشی به رویکرد-های توحیدی و شفقت به خود، شفاف‌سازی ارزش‌های اعضا از دو جهت دینی و غیردینی	گام دوم
تمرین‌های مربوط به شفاف‌سازی ارزش‌ها از دو وجه عقلانی - هیجانی و اسلامی، تمرین شناسایی و آگاهی از ذهنیت نوع دوستانه نسبت به خود و دیگری از طریق بحث گروهی پیرامون ارزش‌های مذهبی، تمرین استدلال شفقت ورز با محتوای مذهبی، خاطرات روزانه‌ی تمایل	مرور جلسه قبلی و بررسی تکالیف، ادراک این مفهوم که «کنترل یک مشکل است» شفاف‌سازی دوجبه‌ی ارزش‌ها، تاکید بر آگاهی و شناسایی ارزش‌های شخصی، ایجاد ذهنیت نوع دوستانه و شفقت ورزانه به خود و ارزش‌ها تغییر آن‌ها	گام سوم
ارائه‌ی استعاره‌های مرتبط با گسلس و تمرین ذهن شما دوست شما نیست، تمرین کلامی بررسی حدیث‌های مرتبط با گذر زمان و رهایی از گذشته در سیره ائمه، تمرین جستجوی حدیث برای تجارب روزمره‌ی گسلس، آشنایی با مساله‌ی تعهد به زمان حال، تمرین عمل متعهدانه	مرور جلسه قبلی و بررسی تکالیف، بحث گروهی پیرامون معنای زندگی و تفسیر هیجان‌های جسمی با معرفی مفهوم گسلس، بررسی دیدگاه افراد گروه نسبت هدف‌گذاری‌های زندگی، ارائه‌ی مقدمات پیرامون معنای رنج و پذیرش آن، ارائه‌ی تکالیف عملی به منظور تجربه هیجان‌ها و معنابخشی به آنها از طریق کارکردهای مذهب	گام چهارم
تمرین تنظیم هیجان در زمان حال، ارائه‌ی مفاهیم مرتبط با زنجیره‌سازی رفتاری برای کاربرد صله رحم، تمرین مقایسه‌ی اسنادهای مشفقانه و غیرمشفقانه در سطح پیامدهای رفتاری و عاطفی	مرور جلسه قبلی و بررسی تکالیف، بررسی وضعیت تمایز خود - زمینه، ارزش‌گذاری در روابط اجتماعی و خانوادگی، تبیین انگیزه‌ی اعضا در جهت ترمیم روابط و هدفمندی در ارتباط، اسناد-های بیرونی و بررسی آن‌ها، بررسی اسنادهای بیرونی و درونی مخرب و غیر مشفقانه، آشنایی با صله رحم و شفقت به خود بر اساس آن	گام پنجم
بررسی احساسات پاک و ناپاک، تمرین پذیرندگی نسبت به دیگری از طریق مفهوم صله رحم و شفقت ورزی به خود	مرور جلسه قبلی و بررسی تکالیف، ارزیابی نظرات درباره‌ی پیامدهای صله رحم، تبیین داستان زندگی و تعیین وضعیت کنونی اعضا درباره حس خود، مفهوم پردازی احساسات پاک و ناپاک	گام ششم
تمرین تعیین وضعیت خود در هنگام بروز علائم هیجانی، تمرین نظارت مثبت از طریق عمل متعهدانه	مرور جلسه قبلی و بررسی تکالیف، معرفی انواع خود، خود مفهوم سازی شده و شفقت ورز، خود مشاهده گر و نظارت سختگیرانه و غیرمشفقانه (تغییرات مفهومی در سطح تلفیق نظری درمان‌ها)	گام هفتم
تعریف سبک زندگی توحیدی و ارتباط آن با نظارت مشفقانه، ارزش-گذاری معنوی و اثرات آن در انسجام بخشی به حس خود	مرور جلسه قبلی و بررسی تکالیف، تعریف خویشتن‌پذیری مذهبی، مفهوم زندگی توحیدی و وحدت بخشی به خود از طریق عمل توحید مدار	گام هشتم
توانمند سازی اعضا در جهت کنترل هیجانات منفی و تفسیرهای مثبت از احساسات روزمره، تمرین عبودیت و بندگی، تمرین رفتار توحیدی با خویشتن	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، چالش تعریف رفتار و فکر توحیدی، تاثیر تفسیر معنوی هیجانات و اتفاقات در بالا رفتن تحمل‌پذیری	گام نهم
توانمند سازی اعضا در جهت آشنایی بیشتر با تاثیر عبودیت و زندگی توحیدی و تاثیر آن بر زندگی روزمره، افزایش نقش عبادت، تعلق خاطر مذهبی و همچنین شکرگزاری بر وضعیت هیجانات منفی	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، تاثیر سبک زندگی توحیدی در سلامت روان، جمع بندی و گرفتن بازخورد از اعضا	گام دهم



جدول ۵ نشان می‌دهد که فرضیه‌ی صفر مربوط به برابری واریانس‌های خطای نمره‌های رضایت از زندگی در مرحله پس‌آزمون رد نشده، زیرا نسبت F مشاهده شده در سطح معناداری $p > 0/05$ معنادار نشده است. بنابراین فرض همسانی واریانس‌های این نمره‌ها برقرار بوده و استفاده از مدل تحلیل کوواریانس در این تحلیل بلامانع است.

همانگونه که در جدول بالا دیده می‌شود، تفاوت بین میانگین نمرات رضایت از زندگی در مرحله پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل، معنی‌دار است. بدین معنی که درمان تلفیقی بر افزایش رضایت از زندگی (F= ۳/۸۴۸, SIG= ۰/۰۰۱) موثر است. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره، اندازه اثر را ۱۲۵/۰ درصد نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان گفت که ۱۲ درصد واریانس متغیر وابسته به وسیله متغیر مستقل تبیین می‌شود. که نشان‌دهنده اثربخشی رویکرد درمان تلفیقی بر رضایت از زندگی زنان متاهل افسرده شهر یزد می‌باشد.

در بخش کمی این پژوهش با استفاده از فرمول محاسبه CVR نسبت روایی محتوایی لاوشه برای تک تک محتوای جلسات بررسی شد. مقادیر CVR بر اساس جدول لاوشه مورد پذیرش قرار گرفت و محتوای کلیه جلسات نمره لازم را کسب کردند که اطلاعات مرتبط با آن در جدول شماره (۳) ارائه شده است. همچنین برای محتوای جلسات شاخص روایی CVI بررسی شد و در همه آیت‌های بررسی شده نمره بالاتر از ۰/۷۹ کسب شد. از آنجا که بر اساس پیشنهادات و نظرات نمره CVI مناسب بود در انتها همه گویه‌ها مورد تایید قرار گرفت (جدول ۳).

یافته‌های مندرج در جدول ۳ نشان دهنده‌دهنده‌ی آن است که از دید اعضای پانل اعتباربخشی پروتکل تدوین شده از روایی صورتی و محتوایی مناسب برخوردار بوده و روایی مطلوبی برای کاربردهای درمانی و پژوهشی دارد. در ادامه‌ی پژوهش با توجه به هدف تحقیق اثربخشی پروتکل تدوین شده نیز بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت از زندگی زنان متاهل افسرده بررسی شد که نتایج آن در جدول ۴ و ۵ ارائه شده است.

جدول ۳: امتیاز شاخص روایی محتوایی (CVI) و نسبت روایی محتوایی (CVR)

گام	جلسات	CVR نمره		CVI نمره	
		ضروری بودن		ساده بودن	
		تعداد تایید	نمره	تعداد تایید	نمره
۱	۱. ضرورت آشنایی با مفاهیم پایه (شفقت، توحیدمحوری)	۱۲	۰/۹۹	۱۲	۰/۹۹
		۱۲	۰/۹۹	۱۲	۰/۹۹
۲	۱. آشنایی با مفاهیم اکت ۲. شفاف‌سازی ارزش‌ها و تعامل فکر - عمل	۱۲	۰/۹۹	۱۰	۰/۸۳
		۱۱	۰/۹۲	۱۱	۰/۹۲
۳	۱. ضرورت آشنایی با مساله کنترل ۲. پرورش ذهنیت مشفقانه و شناسایی ارزش‌ها	۱۲	۰/۹۹	۱۱	۰/۹۲
		۱۲	۰/۹۹	۱۲	۰/۹۹



۰/۹۹	۱۲	۰/۹۲	۱۱	۰/۹۹	۱۲	۰/۹۹	۱۲	۱. ضرورت فهم مفهوم گسلس و اهمیت معنای زندگی	۴
								۲. نگاه توحیدی به رنج و هدف زندگی	
۰/۹۲	۱۱	۰/۸۳	۱۰	۰/۹۲	۱۱	۰/۹۲	۱۱	۱. اهمیت ایجاد تمایز خود - زمینه	۵
								۲. بررسی اسنادهای درونی و بیرونی مخرب و غیر مشفقانه	
۰/۹۹	۱۲	۰/۹۹	۱۲	۰/۹۲	۱۱	۰/۹۹	۱۲	۱. ضرورت آشنایی با صله رحم و سبک زندگی توحیدی	۶
								۲. شناسایی حس خود و احساسات پاک/ناپاک	
۰/۹۹	۱۲	۰/۸۳	۱۰	۰/۹۹	۱۲	۰/۹۹	۱۲	۱. ضرورت آشنایی با انواع خود	۷
								۲. مفهوم پردازی تلفیقی درباره خود مشاهده گر و مفهوم پردازی شده	
۰/۸۳	۱۰	۰/۸۳	۱۰	۰/۹۹	۱۲	۰/۹۲	۱۱	۱. ضرورت خویشتن پذیری	۸
								۲. مفهوم زندگی توحیدی و رفتار و فکر توحید مدار	
۰/۹۲	۱۱	۰/۹۹	۱۲	۰/۹۲	۱۱	۰/۹۹	۱۲	۱. وحدت بخشی به خود	۹
								۲. ایجاد تفسیر معنوی هیجانانگیز و عمل توحید مدار	
۰/۹۹	۱۲	۰/۹۲	۱۱	۰/۹۹	۱۲	۰/۹۹	۱۲	۱. اهمیت تعریف سبک زندگی توحیدی	۱۰
								۲. مفهوم پردازی و توانمندسازی در جهت تاثیر زندگی توحیدی بر سلامت روان	

جدول ۴: نتایج آزمون‌های لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطای نمره‌های آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون

متغیر	نسبت f	Df 1	Df2	Sig
رضایت از زندگی	۲/۳۸۵	۱	۲۸	۰/۱۳۴

جدول ۵: تحلیل کوواریانس تک متغیره جهت بررسی رضایت از زندگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر
پیش آزمون	۲۷/۸۳۳	۱	۲۷/۸۳۳	۱/۹۰۷	۰/۰۰۳	۰/۰۶۶
گروه	۵۶/۱۸۱	۱	۵۶/۱۸۱	۳/۸۴۸	۰/۰۰۱	۰/۱۲۵
خطا	۳۹۴/۱۶۷	۲۷	۱۴/۵۹۹			
کل	۱۴۸۶۱/۰۰۰	۳۰				



بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل تلفیقی روان‌درمانی بر اساس رویکردهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شفقت خود و درمان یکپارچه اسلامی و تعیین اثربخشی درمان تلفیقی و پروتکل محقق ساخته آن بر رضایت از زندگی زنان متاهل افسرده شهر یزد انجام شد. براساس نتایج بخش کیفی پژوهش پروتکل روان‌درمانی تلفیقی که شامل ۱۰ گام و ۲۰ جلسه بود تدوین شد. در راستای پاسخ به فرضیه‌های مطرح شده، مبانی نظری و پیشینه پژوهشی مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که تلفیق روان‌درمانی‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت درمانی و درمان یکپارچه اسلامی امکان‌پذیر بوده و می‌توان آنها را در سه سطح (نظری، تکنیکی و ساختار درمان) تلفیق کرد.

در قسمت کیفی پژوهش پس از بررسی مبانی نظری و متون موجود در زمینه‌ی هر یک از سه روان‌درمانی فوق‌پس از کدگذاری داده‌های بدست آمده در سه مرحله‌ی کدگذاری باز، محوری و انتخابی مقوله‌های اصلی که تلفیق می‌توانست مبتنی بر آنها اتفاق بیافتد استخراج شد. سپس برای تدوین پروتکل درمان تلفیقی با استفاده از مدل تلفیق روان‌درمانی‌ها (۱۶) در سه سطح این تلفیق ایجاد شد. بدین منظور ابتدا مبانی نظری رویکردهای مطرح شده و سپس در سطح تکنیک و ساختار تلفیق روان‌درمانی‌ها به اجرا درآمد.

در بررسی پژوهش‌های انجام شده کمتر به مسأله‌ی بومی‌سازی پروتکل‌های درمانی و تطبیق آن‌ها با بافت فرهنگی و تاریخی توجه شده است. به نظر می‌رسد نتایج پژوهش حاضر در قسمت تلفیق روان‌درمانی‌ها با پژوهش ابرقویی و خواجه (۱۸) همسو

باشد. در ادامه به منظور بررسی اثربخشی پروتکل درمان تلفیقی مبتنی بر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت خود و درمان یکپارچه اسلامی بر کیفیت زندگی زنان متاهل افسرده شهر یزد با مراجعه به مراکز خدمات روان‌شناختی شهر یزد (۲ مرکز) تعداد ۳۰ نفر از زنان متاهل مراجعه کننده به آن‌ها که براساس تشخیص روان‌شناسان بالینی و همچنین اجرای تست افسردگی بک تشخیص افسردگی دریافت کردند به عنوان نمونه انتخاب شد.

نتایج بدست آمده نشان داد که پروتکل درمان تلفیقی اثر معناداری بر کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی زنان متاهل افسرده دارد. مرور مطالعات انجام شده در این حوزه نشان داد که نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های کاستیلو، مندز، کلارا کلمنته و دیگران (۱۹)، دیدریخ، گرنه، هافمن، هیلر و برکینگ (۲۰)، قشلاقی، علیوندی، اسماعیل پور و آزموده (۲۱) همسو می‌باشد. در سال‌های اخیر یکی از رویکردهایی که توجه ویژه‌ای به آن در امر روان‌درمانی شده است رویکردهای مذهبی و عرفانی است (۲۲).

یکی از این روش‌های کل‌نگر و تلفیقی، روش درمان یکپارچه توحیدی است. این روش که تلفیقی از آخرین یافته‌های روان‌درمانی در حوزه‌های مختلف، به ویژه فنون انسان‌نگر و وجودی از یک سو و آموزه‌های توحیدی و عرفانی از سوی دیگر می‌باشد با عنوان روش توحید درمانی در سال ۱۳۸۰ توسط جلالی تهرانی (۲۳) معرفی گردید. این روش با تأکید بر ارتقای رشد و تحول انسانی، به فرد امکان می‌دهد تا با جستجوی معنای متعالی برای زندگی و تلاش برای درک خویشتن خویش به توسعه روشی برای زندگی خود پردازد که منجر به دستیابی مراحل بالاتر رشد و کمال گردد.



در الگوی درمان یکپارچه توحیدی با ادغام چندین روش درمانی و درون مایه ای دینی- الهی، ارزش‌هایی در فرد احیا می‌گردد که توان یکپارچه سازی و توحید بخشیدن به کل شخصیت فرد را داشته باشد. مفهوم توحید در این روش اشاره به یک سیستم ارزشی وحدت بخش است که جهت حرکت زندگی انسان را مشخص می‌کند و او را از چندگانگی شخصیت و گم‌گشتگی در مسیر حیات نجات می‌دهد.

هدف این نوع درمان علاوه بر حذف یا کاهش نشانه‌های اختلال رفتاری، تقویت مقام و موقعیت عقل، حیات نو بخشیدن به عشق، ابعاد جذبه نسبت به سرچشمه وحدت و دست یافتن به توحید است. از میان برداشتن موانع این جذبه و برانگیختن آگاهی و تعهد و التزام به رفتارهای فضیلت آمیز، اجزای اصلی طرح درمان هستند (۲۳). مطالعات در این زمینه نیز نشان می‌دهد که نگرش مثبت باور به وجود خدا و انجام مناسک دینی در سلامت روانی و درمان اختلالات روانی مؤثر است (۲۴).

نتایج این پژوهش با توجه و تاکید بر این آموزه‌ها در ساختاری تلفیقی با درمان‌های دیگر مشخص کرد که اثربخشی درمان‌های مبتنی بر الگوهای مذهبی زمانی بیشتر می‌شود که با رویکردهای درمانی دیگری تلفیق شوند. در این زمینه پژوهش‌های دسمیت، دی‌زوتر، ون‌دنهوک و دیلن (۲۵)، آگاروال، رایت، مورگان، پاتون و ریولی (۲۶) که به بررسی اثربخشی ترکیب مولفه‌های مذهبی با درمان‌های روان‌شناختی بر افسردگی گروه‌های مختلف پرداخته‌اند نشان می‌دهد که برای اثربخشی بیشتر الگوهای درمانی مبتنی بر مذهب لازم است که این الگوها با روش‌های درمانی مرسوم در روان‌شناسی تلفیق شده و با وضعیت فرهنگی و تاریخی افراد مورد مطالعه منطبق شود (۲۷).

یکی دیگر از رویکردهایی که در این پژوهش مورد بررسی و تلفیق با عناصر رویکرد یکپارچه اسلامی قرار گرفته است رویکرد شفقت خود می‌باشد. شفقت شامل باز بودن و حرکت به سمت فهم درد و رنج دیگران، به‌طوریکه یکی از مقاصد آن کاهش درد و رنج آن‌ها است. شفقت همچنین شامل ارائه صبر، مهربانی و فهم غیر قضاوتی به دیگران و تشخیص اینکه همه انسان‌ها ناکامل هستند و جایز الخطا هستند، است. به طور مشابه خود شفقتی، شامل باز بودن و حرکت به سمت فهم درد و رنج خود، تجربه احساس مراقبت و محبت نسبت به خود، فهم و نگرش غیر قضاوتی نسبت به ناکارآمدی‌ها و شکست‌های خود و تشخیص اینکه تجربه شخصی بخشی از تجربه انسانی مشترک است می‌باشد (۲۸). درحالی که بسیاری از نظریه‌های روان‌شناسی فرض می‌کنند که افراد در وهله اول علاقه‌مند به خویشتن هستند و بیشتر نگران خویش هستند تا دیگران، تجربیات متداول پیشنهاد می‌کند که افراد در اغلب موارد نسبت به خویشتن سختگیرتر و نامهربان‌تر هستند. درحالی که سخت‌گیری نسبت به خود، گاهی از ترس از خودپرستی، خودمحوری یا تن‌آسایی ریشه می‌گیرد (۲۹).

پژوهش‌های زیادی برای بررسی تاثیر درمان شفقت خود بر کاهش افسردگی زنان در گروه‌های مختلف انجام شده است (۲۸). نتایج این پژوهش نشان داد که تلفیق رویکرد شفقت خود با آموزه‌های درمان یکپارچه اسلامی اثربخشی مطلوبی بر کاهش افسردگی زنان متاهل دارد. رویکردهای مذهبی عموماً با تکیه بر آموزه‌های ارتباطی تلاش دارند تا روابط افراد با یکدیگر را غنا بخشیده و از طریق همدلی و همراهی به افزایش کیفیت زندگی و بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد بپردازند. در رویکرد



برای مراجعان توضیح داده شود. این توضیح باعث شد مراجعان نقش پذیرش تجربه‌ای را بشناسند و بیشتر با درمانگر در این راستا همکاری کنند. که این مولفه از منطق درمان تلفیقی که بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود با مولفه‌های مهربانی با خود و پذیرش لحظه‌ای حال و همچنین سپردن زندگی به خدا و ارزش‌گذاری‌های معنوی در درمان یکپارچه‌ی اسلامی در تعامل گسترده بوده و در پروتکل درمانی این مولفه تحت عنوان پذیرش بررسی شده است و برای آن تکنیک‌های تلفیقی ساخته شده است. در چنین زمینه‌ای (زمینه‌ی پژوهش حاضر که به صورت تلفیقی است) پذیرش تجارب درونی دردناک افزایش می‌یابد. به این ترتیب برای رسیدن به یک ادراک دقیق به‌منظور ایضاح مفهومی مداخله‌ی ارائه شده در پژوهش حاضر می‌توان اشاره کرد که مفاهیم بدست آمده در اجرای پروتکل درمانی می‌تواند ما را به ساخت مداخلات اثربخش بومی و هماهنگ با فرهنگ ایرانی - اسلامی نزدیک‌تر کند.

در رابطه با اثربخشی رویکرد درمان تلفیقی نیز نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی تلفیقی بر افزایش رضایت از زندگی زنان متأهل افسرده شهر یزد با یافته‌های پژوهش‌هایی که کارایی رویکردهای تلفیقی را بر افزایش رضایت از زندگی در زنان، یا در زوجین بررسی کرده‌اند همخوانی دارد (۱۳، ۳۳، ۳۲). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که با اجرای پروتکل درمان تلفیقی پذیرش تجارب درونی دردناک افزایش می‌یابد که این امر به کاهش آمیختگی شناختی منجر می‌شود. در تبیین این یافته و برای ارتباط با رضایت از زندگی در این مرحله بر اساس رویکرد تلفیقی پذیرش تجربیات قبلی به عنوان راه‌های رفته شده در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد با رسیدن

شفقت خود نیز عناصر مرکزی که مورد توجه قرار گرفته مهربانی با خویشتن و دیگران است که یکی از اصلی‌ترین آموزه‌های مذهبی است (۳۰).

این پژوهش در قسمت اول برای تلفیق آموزه‌های مذهبی و عناصر رویکرد شفقت خود با استفاده از سطح تلفیق تکنیکی به تدوین تمرین‌ها و تعریف استعاره‌هایی پرداخت که محتوایی دینی و مذهبی داشتند اما در ساختاری که رویکرد شفقت خود ارائه می‌کند اجرا شدند. اندرسون و ویکراماراتنه (۲۷). در پژوهشی که با عنوان افسردگی و مذهب در میان‌سال‌ها انجام دادند به بررسی این موضوع پرداختند که رویکردهای روان‌درمانی مرسوم در رابطه با افسردگی اگر با عناصر مذهبی تلفیق شوند می‌تواند اثربخشی بیشتری در کاهش نشانه‌های افسردگی داشته باشند. با توجه به این که خودشفقتی مستلزم درگیری فرد با فعالیت‌های فراشناختی است که اجازه به رسمیت شناخته شدن تجارب خود و دیگران را می‌دهد. استفاده از عناصر مذهبی در پژوهش حاضر منجر به تسریع این روند و تمایل بیشتر افراد برای شکستن چرخه‌های درخود فرو رفتن شد که نتیجه‌ی آن افسردگی و کاهش کیفیت زندگی زنان متأهل بود.

روش دیگری که در این پژوهش در ترکیب با عناصر مذهبی قرار گرفته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این درمان به قرار دادن تجربیات شخصی در چشم‌انداز بزرگ‌تر تمایل دارد، به طوری که میزان درد و رنج فرد با وضوح و شفافیت بیشتری دیده شود (۳۲). هسته اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پذیرش هیجانی و دوری از اجتناب تجربه‌ای است (۳۲). در پژوهش حاضر در جلسات درمان تلفیقی، کوشش بر آن بود که منطق و سیر درمان در چارچوب فرمول بندی پذیرش تجربه‌ای



نگرانی‌ها و حالات هیجانی که از سوی وی بصورت منبع درد و رنج دیده می‌شود، محدود شده و به افزایش کیفیت زندگی فرد منجر می‌شود (۳۳). به این ترتیب فرضیه کمی پژوهش نیز که مبتنی بر اثر بخشی درمان تلفیقی بر افزایش رضایت از زندگی زنان افسرده شهر یزد می‌باشد مورد تایید قرار گرفته و مشخص شد که پروتکل تدوین شده اثربخشی مطلوبی بر کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی زنان افسرده متاهل شهر یزد دارد.

پژوهش حاضر با توجه به این که بر روی زنان متاهل افسرده شهر یزد اجرا شده لذا به لحاظ تعمیم پذیری یافته‌ها در سطح بالایی قرار ندارد، همچنین فضای اجرای درمان مورد نظر در پژوهش حاضر مرکز مشاوره بوده و محدودیت زمانی برای اجرای هر جلسه از درمان گروهی و همچنین اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌تواند از طریق اثرگذاری بر پاسخدهی اعضای گروه بر نتایج پژوهش اثرگذار باشد پیشنهاد می‌شود که درمان ارائه شده در پژوهش حاضر با نمونه‌های مختلف شامل؛ زنان بزه‌کار، سطوح مختلف تحصیلی، زنان با بیماری‌های خاص و مردان مورد بررسی قرار گیرد. همچنین توصیه می‌شود پژوهشگران با توجه به بومی‌سازی دستورالعمل تدوین شده در این تحقیق، پژوهش‌هایی را برای غنا بخشیدن و تایید یافته‌های پژوهش فوق در جمعیت‌های فرهنگی دیگر اجرا کرده و به مقایسه این دستورالعمل با دیگر مدل‌های درمانی بپردازند.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل: رعایت اصل رازداری، تعهد به اجرای کامل پروتکل، پیگیری درخواست‌های شرکت کنندگان پس از اجرای پژوهش با توجه به اصول اخلاق در

به ناامیدی خلاق مراجعین را با استفاده از مسائل مطرح شده در درمان یکپارچه‌ی اسلامی یعنی توبه و دوری از احساس گناه برآن داشتیم تا هر چه بهتر به فرآیند درمان تاکید داشته و الزام خود به تغییر را پذیرا باشند. همین طور، راهبردهای پذیرش روانشناختی و گسستگی شناختی باعث می‌شود فرد افکار خود را نه به صورت واقعیت محض بلکه به شکل رخدادهای ذهنی ببیند که این امر به کاهش آمیختگی شناختی می‌انجامد و می‌تواند کیفیت زندگی فردی یا زوجی را افزایش دهد (۳۳).

در حمایت از این پژوهش کاشدان و همکاران (۳۴). پژوهشی انجام دادند و نتیجه گرفتند که پذیرش تجارب درونی دردناک، انجام فعالیت‌های ارزشمند و انعطاف پذیری روانشناختی از ضروریات سلامت روانشناختی می‌باشند که به بهبود کیفیت زندگی فردی و زناشویی منجر می‌شود. اجتناب تجربه‌ای نشان دهنده‌ی افکار و رفتار انعطاف ناپذیر است و به عدم میل به استفاده از اطلاعات مهمی می‌شود که توسط تجارب هیجانی فراهم می‌شود. وقتی فرد زمان و تلاش زیادی را صرف اجتناب از تجارب درونی دردناک و هیجانات منفی مرتبط با این افکار می‌کند، تماس وی با تجارب حال حاضر کاهش یافته و باعث می‌شود فرد نتواند در راستای اهداف ارزشمند خویش حرکت کند (۳۴)، برای افزایش رضایت از زندگی که به شدت تحت تاثیر کیفیت زندگی قرار دارد.

یکی از راه‌های اساسی در درمان تلفیقی پرداختن به مساله‌ی اجتناب بود. با توضیح مساله‌ی اجتناب و ارائه‌ی تکنیک‌هایی در جهت پذیرش و مدیریت اتفاقات زندگی مراجعین توانستند کارایی خود در زندگی و در نتیجه رضایت بیشتر از زندگی را برای خود رقم بزنند. در چنین شرایطی، حیطه‌های زندگی فرد با



برعهده داشتند. نویسندگان پژوهش نسخه نهایی را مطالعه کرده و مسولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته اند.

حمایت مالی

پژوهش حاضر هیچ گونه حمایت مالی از هیچ ارگان یا سازمانی نداشته است.

تضاد منافع

پژوهش حاضر با هیچ گروهی تضاد منافع ندارد.

تقدیر و تشکر

از شرکت کنندگان محترم و همه کسانی که در اجرای پژوهش به ما یاری رساندند نهایت تشکر و قدردانی را داریم

پژوهش مورد تایید دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد رعایت شده است.

سهام نویسندگان

عمید تشکری مجری پژوهش و مشاور و درمانگر که به جمع-آوری داده‌ها و اجرای پژوهش پرداخته است. نجمه سدرپوشان، استاد راهنمای طرح پژوهشی حاضر که در قالب رساله‌ی دکتری آقای عمید تشکری اجرا شده می‌باشد که زحمت نظارت بر اجرای پژوهش را برعهده داشتند. دستیار اجرای پروتکل درمانی نیز آقای رضا اظهر کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی که زحمت هماهنگی‌های اجرایی طرح را برای شرکت کنندگان

References

- 1-Osman DM, Ahmed GK, Farghal MM & et al. Prevalence and predictors of depressive symptoms among married Egyptian women: a multicenter primary healthcare study. BMC Psychiatry. 2022;22(1):602. Published 2022 Sep 10. doi:10.1186/s12888-022-04239-w
- 2-Kaggwa MM, Namatanzi B, Kule M & et al. Depression in Ugandan Rural Women Involved in a Money Saving Group: The Role of Spouse's Unemployment, Extramarital Relationship, and Substance Use. Int J Womens Health. 2021;13:869-878. Published 2021 Sep 22. doi:10.2147/IJWH.S323636
- 3-Kaggwa MM, Najjuka SM, Bongomin F& et al. Prevalence of depression in Uganda: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2022;17(10):e0276552. Published 2022 Oct 20. doi:10.1371/journal.pone.0276552
- 4-Husain W, Sajad R. Depression, anxiety and stress among married and unmarried police officers. Pakistan Journal of Clinical Psychology, 2012; 13, 1,3-14.
- 5-Shah I, Sultan R. A Gender Based Comparison of Depression Between Married and Unmarried Young Adults. International Research Journal of Arts & Humanities; 2018 40, 1-15.
- 6-Hao CW, Lai WS, Ho CT& et al. Antidepressant-like effect of lemon essential oil is through a modulation in the levels of norepinephrine, dopamine, and serotonin in mice: Use of the tail



- suspension test. *Journal of Functional Foods*. 2013 Jan;5(1):370-379. doi: 10.1016/j.jff.2012.11.008
- 7-Islam A, Efat A, Yousuf B & et al. Depression in married women: Investigating the role of job status, marital satisfaction and psychological well-being. 2016 *J. Biol. Sci.* 25(2),113-121
- 8-Ebrahimzadeh Ardakani M, and Dastjardi A, and Sahrai F& et al. Prevalence of depression in women suffering from hair loss referred to a dermatology clinic in Yazd city: a cross-sectional study. *Skin and Beauty*;2017, 7(1), 17-23.[persian]
- 9-Shakrenjad S, Mozen N, Hamidi M& et al. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological distress, marital satisfaction and quality of life in women with multiple sclerosis. *Health and care magazine*; 2016 19 (1): 7-17
- 10-Shiralynia K, Chaldavi R, Aman E. The effectiveness of compassion-focused therapy on depression and anxiety in divorced women. 2017, *Clinical Psychology*.
- 11-Azizi A, Ghasemi S. Comparing the effectiveness of three solution-oriented approaches, cognitive-behavioral and acceptance and commitment-based therapy on depression and quality of life of divorced women. *Culture of Counseling and Psychotherapy*, 2016; 8(29): 207-236. doi: 10.22054/qccpc.2017.18777.1443
- 12-Orsillo SM, Batten SV. Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior modification*. 2005;29(1):95-129.
- 13-Marmarchinia M, ZoghiPaydar, MR. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the hope and happiness of adolescent girls under welfare. *Applied Psychology Quarterly*. 2016,3, (11), 157-174
- 14-Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*. 2003;2(2):85-10
- 15-Schwarze MJ. Assessing the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Individual Sessions in Reducing Self-Reported Stress and Increasing Self-Reported Mindfulness Levels of a Nursing Student. unpublished Doctoral dissertation. 2011; North Carolina State University.
- 16-Striker g. *Integration of psychotherapies*, routledge publication; 2006.
- 17-Diener E. Subjective well-being. *psychology Bulletin*. 1985; 95, 542-575.



18-Khajeh Z, Azizi AM. The effectiveness of compassion training with an integrated monotheistic treatment approach on reducing depression of housewives. *Research Journal of Islamic Psychology*, 2017; 4(9): 55-66.

19-Mariana MM, Paula C, Maria IC & et al. Cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for insomnia: Exploring the potential benefit of psychological flexibility and self-compassion combined with behavioral strategies, *New Ideas in Psychology*, Volume 69. 2023, 101013 ISSN 0732

20-Alice D, Michaela G, Stefan G & et al. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder, *Behaviour Research and Therapy*, Volume 58. 2014, Pages 43-51, ISSN 0005-7967

21-Qashlaghi S, Alivandi W, Marzieh E & et al. Comparison of the effectiveness of communicative, spiritual, Islamic religious and integrated behavioral therapy group on the positive emotions of women with marital heartbreak. *Cultural and educational quarterly for women and family*, 2019; 15(51): 7-27.

22-Pramesona BA, Taneepanichskul S. The effect of religious intervention on depressive symptoms and quality of life among Indonesian elderly in nursing homes: A quasi-experimental study. *Clin Interv Aging*. 2018;13:473-483. Published 2018 Mar 23.

23-Jalali Tehrani M. Human evolution, comparing an Islamic theory with a theory in humanistic psychology. *Methodology of human sciences*. 2002; 2(9): 3-5.

24-World Health Organization (WHO) Mental health and older adults. WHO; 2016. [Accessed June 22, 2016]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/fact-sheets/fs381/en/#>. [Google Scholar]

25-Desmet L, Dezutter J, Vandenhoeck A & et al. Religious Coping Styles and Depressive Symptoms in Geriatric Patients: Understanding the Relationship through Experiences of Integrity and Despair. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Mar 23;19(7):3835.

26-Aggarwal S, Wright J, Morgan A & et al. Religiosity and spirituality in the prevention and management of depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2023 Oct 10;23(1):729

27-Anderson MR, Wickramaratne P, Svob C & et al. Religiosity and Depression at Midlife: A Prospective Study. *Religions (Basel)*. 2021 Jan;12(1):28.



- 28-Neff KD. Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Selfand Identity*. 1985,2, 85–102.
- 29-Cruz M, Schulz R, Pincus HA. Bensas S, Reynolds CF. The association of public and private religious involvement with severity of depression and hopelessness in older adults treated for major depression. *The American journal of geriatric psychiatry*. 2009,17(6), 503-507.
- 30-Dillon M. Wink P. In the course of a lifetime: Tracing religious belief, practice, and change. 2007, University of California Press.
- 31-Schwarze MJ. Assessing the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Individual Sessions in Reducing Self-Reported Stress and Increasing Self-Reported Mindfulness Levels of a Nursing Student, unpublished Doctoral dissertation, North Carolina State University. 2011;21:78-114
- 32-Ismailifar N. Shafiabadi A. Ahghar Q. Contribution of self-efficacy in predicting happiness. *Journal of Thought and Behavior*. 2019; 5, p. 19.
- 33-Visi S, Hamid N, Basak Nejad S. The effectiveness of Islamic multifaceted approach therapy on spiritual health and life satisfaction of female students of Shahid Chamran University, *Psychological Achievements*. 2013;21(2), 125-144
- 34-Kashdan TB, Morina N, Priebe S. Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009; 23(2), 185-196.

CONTENTS

Title	Page
•Social Capital and Voluntary Activities among Older Adults in Tehran.....	1
Zahra Sangsefidi (M.D.), Sayeda Melika Kharghani Moghadam (Ph.D.), Mohadeseh Sadri (Ph.D.s), Vahid Rashedi (Ph.D.)	
•The Effectiveness of Therapy Based on Acceptance and Commitment regarding Reducing Hopelessness and Anxiety of Working Children in Yazd city.....	13
Elahe Mahdvar (M.A.), Azadeh Choobforoushzadeh (Ph.D.), Azra Mohammad panah (Ph.D.), Elahe Shirovi (Ph.D.s)	
•Comparing Emotional Reactivity and the Ability to Control Thought in Students with and without Sleep Disorder in Zanjan City in 2022.....	28
Razieh Eatesamipour(Ph.D.), Nadia einollahi Marian(M.Sc.)	
•Discovering and Identifying the Lived Experience of the Affected Person and His Family in an Acute Encounter with One of the Types of Heart Diseases: A Phenomenological Study.....	43
Yeganeh Farahzadi (M.Sc.), Forough Esrfilian (Ph.D.), Farzin Bagheri Sheykhangafshe (Ph.D.s)	
•Investigating the Factors Related to the Reduction of Salt Consumption in Women in Southern Iran: Application of a Trans-theoretical Model.....	67
Farzaneh Pourjalil(Ph.D.s), Atefeh Homayuni(Ph.D.)	
•Effectiveness of Positive Resilience Training on Emotional Self-Regulation, Psychological Distress and Parent-Child Interaction among Mothers of Mentally Retarded Children....	89
Bamdad Shadi Zavareh (Ph.D.s), Masoumeh Azmoudeh (Ph.D.), Babak Kashefimehr (Ph.D.), Javad Mesrabadi (Ph.D.)	
•Structural Equation Modeling of the Relationship between Social Stigma of Cancer and Mental Habitus of Cancer among Family Caregivers of Cancer Patients.....	107
Omid Mazlumi(Ph.D.s) ,Mehraban Parsamehr(Ph.D.) , Akbar Zare-shahabadi(Ph.D.)	
•Compilation of an Integrated Therapy Model Based on Compassion-Focused Therapy, Integrated Islamic Therapy and Therapy Based on Acceptance and Commitment and Its Effectiveness on Life Satisfaction of Depressed Married Women in Yazd City.....	121
Amid Tashakori(Ph.D.s), Najmeh Sederpooshan(Ph.D.)	

In the name of God

TOLOOEBEHIDASHT
**Journal of Yazd Health School
Shahid Sadoughi University of Medical
Sciences and Health Services**

2024;Vol;22 No;5

ISSN:1728-5127

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services

Executive Manager and Editor in Chief: SS Mazloomi-Mahmoodabad (Ph.D.)

Editorial Board

J Ayatollahi (M.D.)

MH Baghianimoghadam (Ph.D.)

MH Ehrampoush (Ph.D.)

F Golbabaee (Ph.D.)

A Haerian (D.DS.) (Ph.D.)

SM Kalantar (Ph.D.)

MH Kaveh (Ph.D.)

AH Mahvi (Ph.D.)

F Shafiee (Ph.D.)

M Shakiba (M.D.)

A Barkhordari (Ph.D.)

AA Jafari (Ph.D.)

H Fallahzadeh (Ph.D.)

SS Mazloomi (Ph.D.)

H Mozafari (Ph.D.)

MA Morowati (Ph.D.)

GH Sharifirad (Ph.D.)

MR Shoja (M.D.)

D Shojaeezadeh (Ph.D.)

Editorial Advisory Board

Monireh Babashahi, Mohammad Afkhami Aghda, Farzin Bagheri, Nahid Ardian, Zohreh Sadat Nawabi, Masoume Goodarzi, Hassan jafari

Address: Yazd Alam Sq-B1 Shohadaye Ghomnam, Health School (Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services) Yazd, Iran.

E-mail: tbj@ssu.ac.ir Tel:(03538209137), Fax: (035)38915173160.

• **Social Capital and Voluntary Activities among Older Adults in Tehran**

Zahra Sangsefidi (M.D.), Sayeda Melika Kharghani Moghadam (Ph.D.), Mohadeseh Sadri (Ph.D.s), Vahid Rashedi (Ph.D.)

• **The Effectiveness of Therapy Based on Acceptance and Commitment regarding Reducing Hopelessness and Anxiety of Working Children in Yazd city**

Elahe Mahdvar (M.A.), Azadeh Choobforoushzadeh (Ph.D.), Azra Mohammad panah (Ph.D.), Elahe Shirovi (Ph.D.s)

• **Comparing Emotional Reactivity and the Ability to Control Thought in Students with and without Sleep Disorder in Zanzan City in 2022**

Razieh Eatesamipour(Ph.D.), Nadia einollahi Marian(M.Sc.)

• **Discovering and Identifying the Lived Experience of the Affected Person and His Family in an Acute Encounter with One of the Types of Heart Diseases: A Phenomenological Study**

Yeganeh Farahzadi (M.Sc.), Forough Esrfilian (Ph.D.), Farzin Bagheri Sheykhangafshe (Ph.D.s)

• **Investigating the Factors Related to the Reduction of Salt Consumption in Women in Southern Iran: Application of a Theoretical Model**

Farzaneh Pourjalil(Ph.D.s), Atefeh Homayuni(Ph.D.)

• **Effectiveness of Positive Resilience Training on Emotional Self-Regulation, Psychological Distress and Parent-Child Interaction among Mothers of Mentally Retarded Children**

Bamdad Shadi Zavareh (Ph.D.s), Masoumeh Azmoudeh (Ph.D.), Babak Kashefimehr (Ph.D.), Javad Mesrabadi (Ph.D.)

• **Structural Equation Modeling of the Relationship between Social Stigma of Cancer and Mental Habitus of Cancer among Family Caregivers of Cancer Patients**

Omid Mazlumi(Ph.D.s) , Mehraban Parsamehr(Ph.D.) , Akbar Zare-shahabadi(Ph.D.)

• **Compilation of an Integrated Therapy Model Based on Compassion-Focused Therapy, Integrated Islamic Therapy and Therapy Based on Acceptance and Commitment and Its Effectiveness on Life Satisfaction of Depressed Married Women in Yazd City**

Amid Tashakori(Ph.D.s), Najmeh Sederpooshan(Ph.D.)