

اثربخشی آموزش برنامه تاب‌آوری پن بر تنظیم شناختی هیجان افراد افسرده

سمیه غلامی^۱، شهرام واحدی^۲

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۰۹/۱۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۱۱/۱۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: تنظیم شناختی هیجان نقشی پرمایه پدید آیی مشکلات هیجانی و از جمله افسردگی دارند. با توجه به آموزش پذیر بودن فرایند تنظیم شناختی هیجان، مطالعه حاضر به بررسی اثرات شرکت در برنامه تاب‌آوری پن بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان افراد افسرده می‌پردازد. **مواد و روش کار:** پژوهش حاضر پژوهشی نیمه آزمایشی بوده و طرح پژوهش حاضر پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دانشجویان دانشگاه تبریز که در سال ۱۳۹۲ فرم پایش سلامت را تکمیل نموده‌اند می‌باشد. افرادی که نمره افسرده کسب نمودند، فراخوانی شده و ارزیابی مجدد شده و به روش تصادفی به دو گروه تقسیم و جایگزین شدند. در مورد گروه آزمایش ۱۰ جلسه‌ی دوساعته برنامه تاب‌آوری پن اجرا گردید. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نمود.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل پس از اجرای برنامه، در راهبردهای تنظیم هیجان منفی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=15/71, P \leq 0/001$) و افرادی که آموزش دریافت می‌کنند، به میزان کم‌تری از راهبردهای منفی تنظیم هیجان استفاده می‌کنند. به‌علاوه آموزش تاب‌آوری پن بر استفاده از راهبردهای مثبت هیجان در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ندارد ($P=N.S, F=1/7$). **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها گویای اهمیت آموزش تاب‌آوری در کاهش میزان فرایندهای تنظیم شناختی ناسازگار است که می‌تواند برای پیشگیری و درمان مثر تر واقع شود.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری پن، تنظیم شناختی هیجان، افسرده

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و ششم، شماره دوازدهم، ص ۱۰۲۷-۱۰۱۹، اسفند ۱۳۹۴

آدرس مکاتبه: تبریز، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، تلفن: ۰۹۱۴۳۴۰۴۰۵۶

Email: Vahedi117@yahoo.com

مقدمه

مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان به دودسته مثبت و منفی تقسیم می‌شوند. پژوهش‌ها نشان داده است که مهارت‌های منفی (مانند نشخوار فکری) با اضطراب و افسردگی و مهارت‌های مثبت (همچون ارزیابی مجدد رویداد) با شاخص‌های سلامت روانی رابطه مثبت دارد (۳). در همین راستا ریان و داهلن (۴) و گرانفسکی، ریف، جلیسما، تروت و کرایج^۲ در مطالعات خود نشان دادند که عموم افرادی که از افسردگی رنج می‌برند از استراتژی‌های منفی تنظیم شناختی هیجان همانند نشخوار فکری و تلقی فاجعه‌آمیز در رویارویی با شرایط ناگوار استفاده می‌کنند (۵). به‌طور خلاصه می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که نوع استراتژی شناختی هیجان عامل مؤثری بر سطح سلامت روان به شمار می‌رود. لیکن مطابق با

سلامت روان از اساسی‌ترین مفهومی در علوم روانشناسی به شمار می‌رود. بنا به تعریف لاوبوند و لاوبوند^۱ (۱) سلامت روان وضعیتی است که در آن شرایط، فرد دارای احساس کنترل کامل بر دنیای درون و برون خود می‌باشد. به باور آنان هر چه میزان احساس کنترل نزد فرد کاهش یابد، آن فرد از سلامت کامل فاصله می‌گیرد و به‌سوی مشکلات هیجانی و روانی بیشتر می‌رود. میزان احساس کنترل تابع عوامل شخصی و محیطی زیادی است. از میان عوامل فردی می‌توان به تنظیم شناختی هیجان، مهارت‌های خودتنظیمی، مهارت‌های مقابله و ... نام برد. مهارت تنظیم شناختی هیجان مهم‌ترین مهارت فردی در بحث سلامت روان است (۲؛ ۳).

^۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

^۲ دانشیار روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

1. Lovibond & Lovibond

2. Garnefski, Rieffe, Jellesma, Terwogt & Kraaij

شواهد فزاینده‌ای نقش تاب‌آوری را در سلامت و رشد افراد بسیار مهم قلمداد نموده‌اند؛ به‌گونه‌ای که برخی روان‌شناسان راهبردها و اقدامات پیشگیرانه تاب‌آوری را به‌منظور حفظ سلامت روانی مورد تأکید قرار داده‌اند (۲۰). ریویچ و شاته^۶ (۲۱) نیز بر این باورند که آموختن مهارت‌ها و سبک‌های تفکر تاب‌آور، سلامت روانی را افزایش می‌دهد و باعث ارتقای سطح بهزیستی روانی و جسمی افراد می‌شود. بر این اساس، بهزیستی روانی بر میزان استقامت روان‌شناختی یا تاب‌آوری فرد در مقابل آسیب‌ها استوار شده است. نظر به اینکه از یک‌سو برخی مهارت‌های تاب‌آوری آموختنی هستند (۲۲) و نیز تاب‌آوری رابطه معناداری با سلامت روانی و جسمی دارد (۲۳). از سوی دیگر بر نیاز به طرح‌ریزی مداخله‌هایی برای افزایش تاب‌آوری در نوجوانان، به‌ویژه نوجوانان دارای اختلال رفتاری تأکید می‌شود (۲۴).

ابتلای نسل جوان که نیروی کار هر کشور به‌ویژه در ممالک درحال توسعه محسوب می‌شوند از اهمیت بیشتری برخوردار است و پرداختن به سلامت این افراد و رویکردهای پیشگیرانه نیز مورد نیاز است. با توجه به جدیت مسئله افسردگی و اضطراب و شمار مبتلایان کودک و نوجوان، شناسایی، درمان و پیشگیری از افسردگی در جوانان تبدیل به یک محور مهم در پژوهش‌ها گردیده است. انجام پژوهش‌هایی با رویکرد جدید و بر اساس توجه به ظرفیت‌های فردی و اجتماعی جهت ارتقای سطح رضایت از زندگی، سلامت روان و سایر مؤلفه‌های روان‌شناختی مثبت برای ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت روانی ضرورت دارد.

باوجود آنکه ضرورت‌هایی در زمینه ایجاد ایمنی روانی، پیشگیری از اختلال‌های رفتاری و توانمندسازی جوانان احساس می‌شود، خلأ پژوهشی قابل‌ملاحظه‌ای در این زمینه وجود دارد. زیرا اکثر کارهای پژوهشی انجام‌گرفته به‌ویژه در ایران در حوزه اختلال‌های رفتاری معمولاً از حد کارهای توصیفی فراتر نرفته‌اند؛ بنابراین، مسئله اساسی پژوهش حاضر این است که مؤلفه‌ها و شاخص‌های برنامه مداخله‌ای مؤثر برای جوانان دارای اختلال رفتاری و سالم چه چیزهایی هستند و این نوع مداخله‌ها چه آثاری بر سلامت روانی و تنظیم هیجان آنان دارد.

پژوهش حاضر می‌کوشد تا ضمن اجرای برنامه تاب‌آوری و آموزش آن به دانشجویان افسرده تأثیر آن را بر میزان بهزیستی روانی این افراد بررسی کند. عواملی که باعث افزایش تاب‌آوری می‌شوند، عواملی ماوراء طبیعی نیستند، بلکه عوامل طبیعی جریان رشد و تحول هستند (۱۱). برای مثال، سیاروچی، هیون و

مدل نظری بلسکای، استنبرگ و دراپر^۳ (۶) این دسته از ویژگی‌های فردی خود متأثر از متغیرهای محیطی و از جمله تربیتی است.

مطابق با مدل بلسکای و همکاران عوامل محیطی می‌توانند بر ویژگی‌های فردی اثرگذار باشند و از این طریق نقشی در سلامت روان داشته باشند (۶). پرداختن به عوامل محیطی اثرگذار زمانی بیشتر برجسته می‌شود که بدانیم اختلالات عاطفی و روان‌شناختی از عوامل مهم و رو به تزاید ابتلا، ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی در تمام جوامع هستند. طبق تخمین سازمان جهانی بهداشت از هر چهار نفر یکی یا به‌عبارت‌دیگر ۲۵ درصد جمعیت جهان از اختلالات روانی، رفتاری و عصبی رنج می‌برند (۷). سادوک^۴ گزارش می‌کند که افسردگی اساسی در بین اختلالات روان‌پزشکی بالاترین شیوع طول عمر را دارد (حدود ۱۷ درصد) (۸). اداره خدمات سلامت رفتار و سوء‌مصرف مواد^۵ عنوان می‌دارد که تقریباً هشت درصد از افراد هر سال یک دوره افسردگی اساسی را تجربه می‌نمایند (۹). نزدیک به یک‌پنجم نوجوانان یک دوره افسردگی اساسی را تا پایان دوران دبیرستان تجربه می‌نمایند (۱۰).

افسردگی اساسی جوانان را نمی‌توان مرحله‌ای از رشد قلمداد کرد بلکه مشکلی جدی از نظر روانی است که می‌تواند در طول زمان ثبات داشته باشد و به میزان قابل‌توجهی در توانایی عملکردی فرد تداخل نماید. جوانان افسرده توانایی کم‌تری برای عملکردهای روزانه خود دارند. ۸۵ درصد مبتلایان به افسردگی دارای عملکرد مختل هستند (۱۱).

پژوهشگران معتقدند که جوانان دارای سطوح بالای افسردگی اما زیر سطح ملاک‌های بالینی، همان مشکلات افراد دارای اختلال افسردگی را تجربه می‌نمایند (۱۲). چنین افرادی مشکلات تحصیلی و روابط بین فردی رنج می‌برند. استفاده از سیگار و مواد دیگر و تلاش برای خودکشی نیز از احتمالات دیگر است (۱۳). باوجود خدمات بهداشت روان در جامعه بسیاری از افراد افسرده باقی می‌مانند و ۷۰ تا ۸۰ درصد از افراد افسرده درمان دریافت نمی‌کنند (۱۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهند دوره نوجوانی به‌ویژه، دوره‌ای پرخطر برای بروز اختلال‌های رفتاری است (۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸). مطالعه اختلال‌های رفتاری در دوره نوجوانی و مداخله‌های مربوط به آن‌ها از این نظر، بسیار اهمیت دارد که این اختلال‌ها عملکرد روزمره جوانان را به‌طور چشمگیری، دچار آسیب می‌کند. افزون بر این، نادیده گرفتن این مشکلات، ممکن است به اختلال‌های روان‌شناختی شدیدتری در بزرگسالی منجر شوند (۱۹).

6. Reivich & Shatté

3. Belsky, Steinberg & Draper

4. Sadock

5. substance abuse and mental health services administration

مجدد فراخوانی شدند. یکی از کارشناسان مرکز مشاوره توسط مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی (DASS) این افراد را مجدداً بررسی نمود، افرادی که نمرات برش بالای طبیعی کسب نمودند مورد مصاحبه یک‌ساعته توسط کارشناس شرایط شرکت در گروه قرار گرفتند. از دیگر معیارهای ورود به مطالعه، رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات درمانی، عدم شرکت در جلسات درمانی دیگر به‌طور هم‌زمان بود. معیارهای خروج از مطالعه داشتن سایر اختلالات بالینی چون مشکلات خواب، اقدام به خودکشی، و سواس و مصرف داروهای روان‌پزشکی بود. با توجه به این ملاک‌ها، ۹۰ نفر از مطالعه خارج شدند. تعداد ده نفر از افراد فراخوانده شده، بیان نمودند که به دلیل طلاق، بیکاری، شکست عشقی و فوت والدین در زمان تکمیل فرم پایش سلامت افسرده بوده‌اند و اکنون بهبود یافته‌اند. بنابراین افراد واجد شرایط تعداد ۸۰ نفر بودند.

در مرحله دوم برای تعیین اثربخشی متغیرهای آزمایشی «آموزش تاب‌آوری پن و تلفیقی»، به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش اختصاص یافتند و به مدت ۱۰ جلسه بر روی گروه‌های آزمایشی اجرا گردید. قبل از اجرا، یک مورد از گروه‌های انتخاب‌شده، به‌صورت تصادفی به‌عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. در واقع این پژوهش از نوع نیمه تجربی و با پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و با استفاده از جایگزینی تصادفی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل بود.

جلسات درمانی از ۲۶ مهرماه سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ آغاز گردید. هر جلسه دو ساعت طول می‌کشید و تا آخر ترم تحصیلی به مدت دو ماه و نیم در طی ۱۰ جلسه ادامه یافت. برای مدیریت جلسات، از یکی از مدرسان طرح‌های آموزشی به‌زیستی که در زمینهٔ گروه‌درمانی شناختی تجربه زیادی داشت، استفاده گردید. پژوهشگر نیز به‌عنوان دستیار درمانگر در اجرای طرح پژوهشی حضور داشت. درمانگر به مدت دو ساعت و دستیار درمانگر به مدت شش ساعت در هفته، در اتاق مشاوره جهت ارائه مشاوره فردی مشارکت‌کنندگان در گروه‌درمانی، جلسات ترمیمی برای افراد غایب در جلسه و همچنین افراد نیازمند توضیحات بیشتر راجع به مباحث و تکالیف حضور داشتند. محتوای آموزشی جلسات در جدول ۱ به‌اختصار ارائه گردیده است.

دوایس^۷ مطرح کرده‌اند که با انجام مداخلاتی در زمینهٔ دلگرم‌سازی، اعتمادبه‌نفس و سبک تبیین نوجوانان می‌توان تاب‌آوری را افزایش داد (۲۵). مداخله‌هایی که هدف آن‌ها پرورش تاب‌آوری و افزایش سازگاری مثبت با شرایط ناگوار است، برای افراد آسیب‌پذیر و دارای مشکلات روان‌پزشکی بسیار سودمند است، این‌گونه مداخله‌ها باعث افزایش منابع تاب‌آوری و کاهش احتمال عود یا وخیم‌تر شدن مشکلات روان‌شناختی آنان می‌شود. برخی محققان و صاحب‌نظران نیز افزایش عوامل حفاظتی و کاهش عوامل خطر را در برنامه‌های افزایش تاب‌آوری مورد استفاده قرار داده و یا مؤثر دانسته‌اند (۲۶). از این‌رو این سؤال مطرح می‌شود که آیا تاب‌آوری می‌تواند نحوه تنظیم شناختی هیجان را تغییر دهد. در مجموع، از آنجا که تنظیم هیجان یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازمان‌دهی رفتار سازگارانه و همچنین پیشگیری از هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می‌شود (۲۷) و تا به حال تحقیقات آزمایشی اندکی به راهبردهای تنظیم شناختی هیجان پرداخته، این پژوهش باهدف بررسی آموزش برنامه تاب‌آوری پن بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد افسرده انجام شد با این امید که نتایج آن بتواند به تبیین نقش آموزش بر انواع راهبردهای تنظیم شناختی هیجان کمک کرده و پیشنهادهای پیشگیرانه و مداخله‌جویانه برای این اختلال‌ها داشته باشد.

مواد و روش کار

جامعه آماری این تحقیق کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز که در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ مشغول به تحصیل بودند که اعضای نمونه به شیوه‌ی هدفمند از میان آن‌ها انتخاب گردیدند. در مرحله اول پژوهش، بر اساس اطلاعات حاصل از طرح پایش سلامت روانی که در سال ۱۳۹۲ توسط مرکز مشاوره دانشگاه در ابتدای سال تحصیلی اجرا گردیده بود و در آن نمرات سلامت روان افراد و مشکلات هیجانی به‌دست‌آمده بود، چهارچوب نمونه‌گیری فراهم شد.

تعداد ۱۸۰ نفر از افرادی که در مقیاس سلامت روانی نمرات افسردگی و اضطراب بالایی داشتند، با تماس تلفنی برای ارزیابی

جدول (۱): محتوای جلسات آموزش تاب‌آوری

| ترتیب جلسه | محتوای جلسه |
|------------|--|
| درس اول | رابطه بین افکار و احساسات، مثلث شناختی A-B-C |
| درس دوم | سبک تفکر، آشنایی با تعریف‌ها و خطاهای شناختی |

⁸. Co therapist

⁷. Ciarrochi, Heaven & Davies

| | |
|-----------|--|
| درس سوم | فن‌های شناختی برای مبارزه با افکار منفی، چالش کردن با باورها، ارزیابی فرضیه‌های مخالف و موافق، ارزیابی افکار |
| درس چهارم | مرور دروس و ادامه به چالش کشیدن افکار منفی |
| درس پنجم | آموزش جرات‌ورزی و مذاکره با خویشتن |
| درس ششم | حل مسئله بین فردی و آموزش حل مسئله اجتماعی |
| درس هفتم | آموزش خودگویی مثبت و منفی و نحوه تبدیل خودگویی منفی به مثبت |
| درس هشتم | راهبردهای مقابله، تمرینات آرمیدگی |
| درس نهم | آموزش درجه‌بندی تکالیف و آموزش مهارت‌های اجتماعی |
| درس دهم | آموزش مهارت‌های تصمیم‌گیری و مرور درس ششم تا هشتم |
| | تمرین دروس در زندگی شخصی و اجتماعی |

پایایی از روش آلفای کرونباخ و برای سنجش روایی از تحلیل عوامل استفاده نمودند. ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های تنظیم شناختی مثبت و منفی به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۷۲ به دست آمده است. نتایج تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی بیان‌کننده وجود دو عامل کلی در مقیاس است. ملاک استخراج عوامل شیب اسکری و ارزش ویژه بالاتر از یک، شاخص KMO برابر با ۰/۷۲ و ضریب مجذور خی برابر ۱/۱۸ که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بوده است.

یافته‌ها

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار گروه آزمایشی و گروه کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان گزارش شده است.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۱ (CERQ): این

پرسشنامه را گارنفسکای و کراچی (۲) به منظور تأکید بر راهبردهای شناختی و پیش‌بینی تنظیم عواطف طراحی شده است. در ایران این پرسشنامه توسط هاشمی و جوکار ترجمه گردید (۲۸). این پرسشنامه شامل ۹ راهبرد شناختی تنظیم عواطف است که عبارت است از سرزنش خود، سرزنش دیگران، پذیرش، تمرکز بر برنامه‌ریزی، تمرکز بر تجربیات مثبت، فاجعه‌آمیز خواندن، ارزیابی مثبت، نشخوار فکری حادثه منفی و کاهش اهمیت موقعیت که می‌توانند در دو مقیاس کلی‌تر یعنی تنظیم شناختی مثبت و منفی قرار بگیرند (۲۸). گارنفسکلای و کراچی (۲) اعتبار همگرا و واگرایی آن را از طریق بررسی همبستگی آن با پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب دروگاتیس تأیید نمودند (به نقل از هاشمی و جوکار، ۱۳۹۲) (۲۸). ضرایب آلفای کرونباخ نیز برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۷۳ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. هاشمی و جوکار برای تعیین

جدول (۲): آماره‌های توصیفی گروه‌های آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| N | پس‌آزمون | | پیش‌آزمون | | گروه |
|----|----------|-------|-----------|-------|-------------|
| | SD | M | SD | M | |
| ۱۵ | ۱۰/۷ | ۶۸/۷۱ | ۱۱/۴۱ | ۶۶/۷۱ | تاب‌آوری پن |
| ۱۵ | ۱۰/۷ | ۴۷/۸۶ | ۸/۵ | ۵۷/۴۱ | راهبرد منفی |
| ۱۴ | ۱۳/۱۴ | ۶۶/۷۵ | ۱۱/۳۷ | ۶۳/۹۳ | کنترل |
| ۱۴ | ۹/۰۲ | ۵۲/۰۷ | ۱۳/۳۷ | ۵۱/۸۶ | راهبرد منفی |

راهبرد منفی در گروه آموزش تاب‌آوری پن ($M=۴۷/۸۶$) نسبت به پیش‌آزمون ($M=۵۷/۴۱$) کاهش یافته است. در بعد مثبت تنظیم شناختی هیجان، تفاوت چندانی بین گروه تاب‌آوری پن

بر اساس اطلاعات جدول ۲، به نظر می‌رسد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایشی و کنترل در کاهش راهبردهای منفی تنظیم هیجان تفاوت وجود دارد. میانگین نمرات پس‌آزمون

1. The cognitive Emotion Regulation Questionnaire

شده است. نتایج آزمون لامبدای ویلکز ($\eta^2 = 0/4$ ، $P = 0/03$ ، $F = 7/6$ ، $Wilks' \lambda = 0/6$) نشان داد که اثر گروه بر راهبردهای تنظیم هیجان معنادار می‌باشد؛ بنابراین لامبدای ویلکز آزمون فوق، قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره را مجاز شمرد. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از متغیرهای موردبررسی در بین گروه‌های موردبررسی تفاوت معناداری وجود دارد.

($M_{positive} = 68/71$) نسبت به نمره پس‌آزمون گروه کنترل ($M_{positive} = 66/75$) به چشم نمی‌خورد.

برای بررسی معنی‌داری تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل، در ابتدا به‌طور هم‌زمان نمره‌های تفاضل پس‌آزمون و پیش‌آزمون دو خرده‌مقیاس تنظیم شناختی هیجان مورد تحلیل واریانس چندمتغیری قرار گرفتند. بر اساس آزمون لون و عدم معناداری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت

جدول (۳): تحلیل واریانس چندمتغیری تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایشی پن و گروه کنترل

| منبع تغییرات | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | sig |
|--------------|---------------|------------|-----------------|-------|-------|
| راهبرد منفی | ۶۲۳/۲۸ | ۱ | ۶۲۳/۲۸ | ۱۵/۷۱ | ۰/۰۰۱ |
| راهبرد مثبت | ۳۷/۷۳ | ۱ | ۳۷/۷۳ | ۱/۷ | N.S |

افزایش سودمند است (۳۲-۳۴). شیپرد و لارکن^۴ (۳۵) نیز در پژوهش خود دریافتند که اثربخشی درمان منطقی-هیجانی بر اضطراب و نشخوار ذهنی از دیگر درمان‌های رفتاری-شناختی بیشتر است و این درمان به‌خصوص بر نشخوار ذهنی تأثیر بیشتری دارد.

به نظر می‌رسد که رفتاردرمانی منطقی-هیجانی آلیس بیشتر از سایر روش‌های درمانی، موجب کاهش افسردگی و نشخوار ذهنی می‌شود و بیماران با این درمان، یاد می‌گیرند که انعطاف‌پذیر باشند و با تمرکز بیشتر بر مشکلات، سعی می‌کنند در جهت رفع آن‌ها گام بردارند. درمان منطقی-هیجانی به بیمار کمک می‌کند تا راه‌حل‌های مناسب را در مواقع لازم به اجرا درآورد. درواقع نشخوار ذهنی موجب می‌شود توانایی حل مسئله‌ی افراد، کاهش یابد، بنابراین درمان منطقی-هیجانی به افراد کمک می‌کند که از زندگی خود لذت ببرند، عقاید و احساسات مخرب خود را شناسایی کنند، سعی کنند آن‌ها را تغییر دهند، تسلیم نشوند، عقاید خود را تفسیر کنند و با آن‌ها برخورد مناسب داشته باشند. همچنین، رفتاردرمانی منطقی-هیجانی به افراد افسرده و دچار نشخوار ذهنی کمک می‌کند تا با باورهای غیرمنطقی خود مبارزه کنند.

در مؤلفه رفتاری برنامه تاب‌آوری پن، آموزش تعدادی از مهارت‌های زندگی موردتوجه قرار می‌گیرد. مهارت کنترل خشم و ابراز وجود مهم‌ترین مهارت توانایی ارتباط مؤثر بین فردی هستند. روابط بین فردی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی به داشتن روابط بین فردی مناسب، توانایی انجام مطلوب امور زندگی، رضایت از خود و دیگران و میزان حمایت اجتماعی اشاره دارد (۳۶).

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که بین نمرات راهبردهای منفی ($F = 15/71$ ، $P \leq 0/001$) تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر برنامه آموزشی پن استفاده از راهبردهای منفی هیجان را به‌طور معناداری کاهش داده است. همان‌گونه که از جدول مزبور پیداست، استفاده از راهبردهای مثبت هیجان در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ندارد ($P = N.S$ ، $F = 1/7$).

بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه مطرح‌شده در این قسمت عبارت از این بود که آموزش تاب‌آوری پن، تنظیم شناختی هیجان منفی را کاهش می‌دهد. در راستای پاسخ به این فرض، تحلیل واریانس چند متغیره انجام شد. نتایج حاکی از این بود که آموزش برنامه تاب‌آوری پن به گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بر کاهش استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان منفی اثربخش بوده است اما بر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان تأثیری نداشته است.

تنظیم شناختی هیجان نشان‌دهنده طیف فرایندهایی است که از طریق آن افراد می‌توانند طبیعت، نوسان و طول مدت هیجانات را تغییر دهند. برنامه تاب‌آوری پن دارای دومولفه شناختی و رفتاری است که هرکدام از این مؤلفه‌ها به‌نوبه‌ی خود می‌توانند راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را متأثر سازند. نتایج این پژوهش با نتایج حاصل از پژوهش فیشر و اسکات^۱، مارگوس و فورمیگونی^۲، اتو^۳ و همکاران مبنی بر تأثیر فرایندهای درمان شناختی رفتاری بر نظم جویی شناختی هیجان هم‌خوانی دارد (۲۹-۳۱). امیر احمدی، بوتین و توسی و باراباس نیز نشان دادند که درمان منطقی-هیجانی آلیس در کاهش نشخوار ذهنی و

3. Otto

4. Sheperd & Larken

1. Fisher & Scott

2. Marques & Formigoni

مصرف می‌نمودند و تعداد دیگری مشکلات هیجانی توأم با اختلال شخصیت و یا وسواس، اختلال خواب، اقدام به خودکشی و یا سایر اختلالات روان‌پزشکی را داشتند. از میان افراد واجد شرایط، تعدادی دیگری از افراد حاضر به شرکت در گروه به‌عنوان فردی که از مشکلی رنج می‌برد نبودند و بنابراین جهت مشاوره فردی هدایت شدند. تعداد دیگری از افراد خصوصاً افراد افسرده به دلیل بی‌حوصلگی انگیزه شرکت در گروه را نداشته و حاضر به گذاشتن وقت نبودند. تعداد دیگری از دانشجویان به دلیل غیربومی بودن در تردد دائم بودند و عملاً قادر به همکاری نبودند؛ بنابراین تشکیل گروه‌ها یکی از دشواری‌های سد راه بود و علاقه محقق به تشکیل گروه پلاسیبو را در عمل غیرقابل اجرا درآورد. در مجموع به نظر می‌رسد که آموزش برنامه تاب‌آوری پن منجر به کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان شناختی به افراد افسرده می‌شود و این امر باعث تقویت استفاده مؤثر از راهکارهای مقابله‌ای بر ای حل مشکلات شده و ارتقاء سطح کیفیت زندگی افراد را به دنبال دارد؛ بنابراین نتایج این پژوهش می‌تواند به مسئولان و متصدیان حوزه بهداشت روان، مشاوران، روان‌درمانگران، طراحان برنامه‌های پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی، روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان در تمهید برنامه‌های ارتقای بهداشت روانی کمک کند تا برنامه‌هایی هدفمند، عملی، کاربردی و کم‌هزینه تدوین نموده و از آن‌ها برای کاهش آسیب‌های اجتماعی و افزایش سطح سلامت روانی جامعه بهره بگیرند.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله مراتب تشکر و قدردانی خویش را از تمامی کسانی که در انجام پژوهش ما را یاری رساندند، خصوصاً دانشجویان شرکت‌کننده در این مطالعه اعلام می‌داریم.

۳۷). به نظر می‌رسد که آموزش مهارت توانایی ارتباط بین فردی مؤثر باعث می‌شود که افراد، برای حل مشکلات خود به‌جای نشخوار فکری، تفکر با محتوای مقصر دانستن و سرزنش خود و دیگران در برخورد با دیگران مقتدرانه عمل کنند و با اعتمادبه‌نفس بیشتر، توانایی مقابله مؤثر و منطقی با خواسته‌های غیرمنطقی دیگران را داشته باشد. به‌طور کلی پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که اگر شخصی جرأت ورز باشد روابط بین فردی قوی‌تری دارد و شخصی که توانایی حل مسئله بالایی از خود نشان دهد می‌تواند تکانه‌های خود را به‌خوبی مهار کند (۳۸).

یافته‌های پژوهش حاکی از عدم تأثیرگذاری برنامه پن بر ابعاد مثبت تنظیم شناختی هیجان شامل تمرکز مجدد مثبت (فکر کردن به موضوع لذت‌بخش و شاد به‌جای تفکر درباره‌ی حادثه‌ی واقعی)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (فکر کردن درباره‌ی مراحل فائق آمدن بر واقعه‌ی منفی یا تغییر آن)، ارزیابی مجدد مثبت (تفکر درباره‌ی جنبه‌های مثبت واقعه یا ارتقای شخصی)، اتخاذ دیدگاه (تفکرات مربوط به کم‌اهمیت بودن واقعه یا تأکید بر نسبت آن در مقایسه با سایر وقایع) می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که محتوای جلسات، تکالیف و مثال‌های کلاسی بیشتر شامل بررسی نقاط ضعف و رفع آن‌هاست. به نظر می‌رسد که تغییر در جنبه‌های مثبت تنظیم هیجان تکالیف مخصوص به خود و آموزش‌های ویژه را لازم دارند و آموزش‌های عمومی بر این ابعاد تأثیری ندارند و این امر تا حدودی طبیعی به نظر می‌رسد.

این تحقیق نیز مانند هر کار تحقیقی دیگر با موانعی روبرو گشت. محدودیت عمده این پژوهش مربوط به گروه نمونه هدف پژوهش بود. بدین‌صورت که از میان افراد غربال‌شده، ملاک‌های ورود به تحقیق را نداشتند. بسیاری از افراد داروی روان‌پزشکی

References:

1. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. 2nd ed. Sydney: Psychology Foundation; 1995.
2. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: a comparative study of five specific samples. *Pers Individ Dif* 2006; 40: 1659–69.
3. Samani S, Sadeghi L. Psychometric evaluation of the adequacy of cognitive emotion regulation questionnaire. *Methods and models of psychological* 2010; 1:62-51. (Persian)
4. Ryan C, Martin Eric RD. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Pers Individ Dif* 2005; 39: 1249–60.
5. Garnefski N, Rieffe C, Jellesma F, Terwogt MM, Kraaij V. Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11 year old children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007; 16, 1-9.
6. Belsky J, Steinberg L, Draper P. Childhood experience, interpersonal development, and

- reproductive strategy: An evolutionary theory of socialization. *Child Dev* 1991; 62, 647-70.
7. Ali Akbari M and etal. The Role of theory of mind and executive function predict empathy. *New J Cogn Sci* 2013; 15 (2): 10-8.
 8. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences. Translated to Persian by Rezaie F. Tehran: Arjmand Publication; 2007. (Persian)
 9. Substance abuse and mental health services administration. Depression: For Teens, Not Just Growing Pains 2008; 16 (3).
 10. Lewinsohn PM, Hops H, Roberts R, & Seeley J. Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol* 1993; 102: 110-20.
 11. Waaktaar T, Christie HJ, Borge AIH, & Torgersen S. How can young people's resilience be enhanced? Experiences from a clinical intervention project. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2004; 9: 167-83.
 12. Gotlib IH, Lewinsohn PM, Seeley JR. Symptoms versus diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 90-100.
 13. Covey LS, Glassman, AH, & Stetner F. Cigarette smoking and major depression. *J Addict Dis* 1998; 17: 35-46.
 14. Hirschfeld R, Keller M, Panico S, Arons B, Barlow D, Davidoff F, et al. The national depressive and manic-depressive association consensus statement on the undertreatment of depression. *J Am Med Assoc* 1997; 277: 333-40.
 15. Gilliom M, & Shaw DS. Codevelopment of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Dev Psychopathol* 2004; 16: 313-33.
 16. Kauffman J. Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth .8th ed. New Jersey: Prentice-Hall; 2005.
 17. Fathi Y. Effectiveness of public awareness of adolescence on identity, gender identity Moral development of young school students. (Dissertation). Tehran: Shahid Beheshti University; 2013. (Persian)
 18. Loeber R, Hay D. Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annu Rev Psychol* 1997; 48: 371-410.
 19. Ferdinand RF, Stijnen T, Verhulst FC, Van der Reijden M. Associations between behavioral and emotional problems in adolescence and maladjustment in young adulthood. *J Adolesc* 1999; 22: 123-36.
 20. Prince-Embury S. Translating Resiliency Theory for Assessment and Application in Schools. *Can J Sch Psychol* 2008; 23: 4-10.
 21. Reivich K, Shatté A. The resilience factor: Seven essential skills for overcoming life's inevitable obstacles. New York, NY: Broadway Books; 2002.
 22. Kordich-Hall D, Pearson J. Resilience, giving children the skills to bounce back. Ontario: Reaching out Project Publishers; 2003.
 23. Goldstein S, Brooks RB. Handbook of resilience in children. New York: Springer; 2005.
 24. Carlton BS, Goebert DA, Miyamoto RH, Andrade NN, Hishinuma ES, Makini GK, et al. Resilience, family adversity and well-being among Hawaiian and non-Hawaiian adolescents. *Int J Soc Psychiatry* 2006; 52(4): 291-308.
 25. Ciarrochi J, Heaven PCL, Davies F. The impact of hope, self-esteem, and attributional style on adolescents' school grades and emotional well-being: A longitudinal study. *J Res Pers* 2007; 41: 1161-78.
 26. Stephens TM. Increasing Resilience in Adolescent Nursing Students. (Dissertation). Knoxville: The University of Tennessee, Knoxville; 2012.
 27. Garnefski N, Van Den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The relationship between cognitive emotion regulation strategies

- and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *Eur J Pers* 2002, 16 (5), 403-20.
28. Hashemi Z, Jokar B. Causal Model resiliency emotional attachment to parents and peers role, coping strategies, and cognitive emotion regulation. *Psychological studies Alzahra University* 2013; 9 (1):37. (Persian)
 29. Marques AC, Formigoni ML. Comparison of individual and group cognitive-behavioural therapy for alcohol and / or drug-dependent patients. *Addiction* 2001; 96: 835-46.
 30. Otto MW, Powers MB & Fischmann D. Clinical Psychology Review, outcome research study at one year changes in substance use health and criminal behaviour after one year. London: Department of health, preference in rat. *Brain Res Rev* 2005; 965: 212-21.
 31. Fisher M, Scott SR. Effectiveness study of two group models with substance abusing mentally ill (multi challenged) consumers. *J Alcohol Drug Educ* 1996; 52: 25-38.
 32. Amirahmadi K. The Effectiveness of rational-excitement treatment on depression and mental rumination in mashhad. *J Health Psychol* 2010; 5(3): 28-45.
 33. Boutin GE, Tosi DJ. Distinguishing between ruminative and distractive responses in dysphoric college students: Does indication of past depression make a difference? *Pers Individ Dif* 2003; 36: 845-55.
 34. Joormann J. Differential effect of rumination and dysphoria on the inhibition of irrelevant emotional material: Eviadance from a negative priming task. *Cognit Ther Res* 2007; 30: 149-60.
 35. Sheperd E, Larken JE. Rumination and overgeneral memory in depression: Effects of self- focus and analytic thinking. *J Abnorm Soc Psychol* 2011; 110: 353-7.
 36. Taylor JL, Smith P, Babyak M, Barbour K, Hoffman B, Sebring D. Coping and quality of life in patients awaiting lung transplantation. *J Psychosom Res* 2008; 65(1): 71-9.
 37. Beigi A. Examine the relationship between quality of life, hope and the styles of addicts in Narcotics Anonymous and methadone treatment. (Dissertation). Tehran: University of Tarbiat Moallem; 2010. (Persian)
 38. Bar-On R. The emotional Quotient Inventory (EQ-i): Technical manual 1997. Toronto, Canada: Multi – Heath systems. Inc; 1997.

EFFECTIVENESS OF PENN RESILIENCY PROGRAM ON COGNITIVE EMOTION REGULATION IN DEPRESSED PEOPLE

Somayeh Gholami¹, Shahram Vahedi^{1}*

Received: 22 Dec , 2015; Accepted: 7 Feb , 2016

Abstract

Background & Aims: Cognitive emotion regulation has a dramatic role in causing emotional problems such as depression. Since the cognitive emotion regulation processes are educable, this study aimed to concern the effectiveness of Penn Resiliency Program (PRP) on cognitive emotion regulation in depressed people.

Materials & Methods: This quasi-experimental study included a pretest and posttest with a control group. The study population consisted of students who filled out health monitoring form in 2013-2014. Depressed people were recalled and reevaluated. Then were divided and assigned randomly into two groups of 20. And 10 sessions of PRP were performed once a week for two hours a week in the experimental group, but the control group did not receive any intervention.

Results: It was revealed that after performing PRP there was significant differences between both the experimental and control groups in negative cognitive emotion regulation ($F= 15.71, P<0.001$). People who received training used a lower rate of negative strategies to regulate emotions. In addition, PRP had no effect on positive cognitive emotion regulation ($F= 1.7, P = NS$).

Conclusions: The present study findings suggest the importance of PRP on decreasing negative cognitive emotion regulation that has implications for prevention and treatment.

Keywords: Penn Resiliency Program, Cognitive emotion regulation, Depression

Address: Department of Education and Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

Tel: +98 9143404056

Email: Vahedi117@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2016; 26(12): 1027 ISSN: 1027-3727

¹. PhD Candidate in Educational Psychology, Education Department, Faculty of Education and Psychology, Tabriz University, Iran

². Associate Professor, Education Department, Faculty of Education and Psychology, Tabriz University, Iran (Corresponding Author)