

مقاله‌ی پژوهشی**اثر بخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سازگاری اجتماعی زنان نابارور**

نجمه طالبی

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران

مهسا نایینی داورانی

دانشجوی کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی

تهران، تهران، ایران

رضا نوروزی کوهدهشت

دانشجوی دکترای مدیریت آموزشی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

*لیلا یعقوبی

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، ایران

خلاصه

مقدمه: زنان نابارور با مشکلات هیجانی و استرس‌های روانشناختی زیادی روبرو هستند که سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این پژوهش هدف اصلی بررسی اثر بخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سازگاری اجتماعی زنان نابارور می‌باشد.

روش کار: در این پژوهش بالینی ۴۰ زوج نابارور مراجعه کننده به کلینیک خانواده و کودک دانشگاه شهید بهشتی تهران انتخاب و در گروه‌های آزمون (۲۰ نفر) و شاهد (۲۰ نفر) قرار گرفتند. برای گروه آزمون، ۸ جلسه درمان فراتشخیصی یکپارچه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) برگزار شد. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان و مقیاس سازگاری اجتماعی بود. همچنین مصاحبه بالینی برای اختلالات محور یک و دو استفاده شده است. داده‌های به دست آمده با روش آماری تحلیل کوواریانس و نرم افزار آماری SPSS، تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: درمان فراتشخیصی یکپارچه اثر معنی داری بر افزایش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سازگاری اجتماعی در زنان نابارور دارد. این تغییرات برای متغیرهای تمرکز مثبت مجدد/برنامه ریزی، ارزیابی مثبت/دیدگاه وسیع‌تر، پذیرش و سرزنش دیگران به ترتیب ۰/۳۵، ۰/۲۸، ۰/۵۶ و ۰/۴۳ بوده است. همچنین برای متغیرهای سازگاری در خانه، سازگاری عاطفی/هیجانی و سازگاری اجتماعی تغییرات حاصل شده به ترتیب ۰/۵۳، ۰/۴۶ و ۰/۱۶ حاصل شد.

نتیجه گیری: نتیجه این مطالعه نشان داد درمان فراتشخیصی یکپارچه یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان است که استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان در زنان نابارور را افزایش داده و از تکنیک‌های مختلف اجتناب از سرکوبی هیجانی، انعطاف-پذیری روانشناختی و پذیرش روانی به منظوری افزایش سازگاری اجتماعی در زنان نابارور استفاده می‌کند.

*مؤلف مسئول:

دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، ایران

Af_yaghoubi@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۵/۱۱/۲۵

تاریخ تایید: ۹۵/۱۲/۲۵

واژه‌های کلیدی: سازگاری اجتماعی، شناخت، زنان نابارور، فراتشخیصی، هیجان

مقدمه

پدیده‌ی ناباروری به دلیل ماهیت غیر قابل پیش بینی و متغیر آن پذیرفتن و سازگار شدن با آن را مشکل می‌سازد (۱) و از نظر پزشکی، به عنوان ناتوانی برای بارور شدن بعد از یک سال (یا بیشتر) آمیزش جنسی منظم بدون جلوگیری از حاملگی یا به عنوان ناتوانی برای به دنیا آوردن یک کودک زنده، اگر تعدادی بارداری وجود داشته باشد، تعریف شده است (۳،۲). از آنجا که درمان ناباروری اغلب بر جنبه‌های پزشکی و تکنیکی مساله ناباروری متمرکز شده است، برخی جنبه‌های عاطفی و اجتماعی همچون آشفتگی روانی و افت عملکردهای روزمره (خودکارآمدی) چندان مورد توجه قرار نگرفته است و تاکنون پژوهشی در زمینه درمان فراتشخیص در کاهش مشکلات روانشناختی این افراد انجام نشده است (۴). از جمله استرس‌هایی که ساختار روانی و روابط بین فردی شخص را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد استرس ناشی از ناباروری است. پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهد که ناباروری و نگرش نسبت به آن، زوجین را با آشفتگی‌های هیجانی مواجه می‌سازد (۵). محققین بروز رفتارهای تکانشی و خشم‌های پراکنده، افسردگی و احساس درماندگی و احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی، اضطراب و تشویش به ویژه با درمان‌های طولانی مدت و بعضاً ناموفق، باورهای منفی نسبت به خود، در مورد این افراد گزارش نموده‌اند و اغلب این گزارشات به فراوانی و شدت بیشتر این اختلالات در زنان نابارور نسبت به مردان اشاره دارد (۶).

افراد نابارور ناراحتی عاطفی قابل ملاحظه‌ای را تجربه می‌کنند با توجه به اینکه اکثر زنان نابارور در سن فرزنددار شدن در اوج مسئولیت‌های خانوادگی، اجتماعی و فردی هستند (۷) این پدیده باعث اختلال در کیفیت روابط زناشویی و کاهش صمیمیت، ترس از خاتمه‌ی روابط زناشویی، جدایی، اختلال در روابط دوستانه و فعالیتهای زندگی روزمره، حس ناتوانی و ناامیدی می‌شود. احساس ناتوانی در بچه‌دار شدن موجب سرخوردگی، افت شدید عزت نفس و درماندگی شده که احساس خود کارآمدی شخص را در موقعیت‌های شغلی، اجتماعی، تحصیلی و خانوادگی پایین می‌آورد (۸). همچنین با توجه به اینکه ناباروری به عنوان یک عامل تهدید کننده زندگی زناشویی، کاهش عملکردهای روزمره و آشفتگی‌های هیجانی بوده از این رو پرداختن به نوعی از روان درمانی که منجر به افزایش تنظیم هیجان این بیماران شود، حائز اهمیت خواهد بود (۹).

منطق شکل‌گیری درمان‌های فراتشخیصی مبتنی بر مفاهیم نظری و نتایج تجربی در خصوص وجود عوامل مشترک بین اختلال‌های هیجانی بوده است که عمدتاً با هدف مورد آماج قراردادن این عوامل سبب‌ساز طراحی

شدند (۱۰). پروتکل‌های فراتشخیصی به منظور مورد هدف قرار دادن فرایندهای شناختی و رفتاری درگیر در طیف وسیعی از اختلال‌های روانشناختی طراحی شده‌اند (۱۰). از جمله می‌توان به پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه گروه بارلو اشاره کرد که برای افراد دارای اختلالات اضطرابی و خلقی یک قطبی با قابلیت کاربردپذیری بالقوه برای سایر اختلالات هیجانی ارائه گردید (۱۱). درمان فراتشخیصی یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان است. به این معنا که، درمان‌طوری طراحی شده است که به بیماران بیاموزد چگونه با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شده و آنها را تجربه کنند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند (۱۲)، ضمن اصلاح عاداتهای تنظیم هیجانی بیماران، هدف درمان کاهش شدت و بروز تجربه هیجانی ناسازگارانه و بهبود کارکرد بیماران است (۱۳). پروتکل یکپارچه یک درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر رویارویی می‌باشد که در درجه نخست روی تغییر دادن پاسخ‌های غیرانطباقی به تجارب هیجانی تأکید می‌کند (۱۴). این روش درمانی با ادغام مؤلفه‌های مشترک درمان شناختی-رفتاری برای اختلال‌های هیجانی و با استفاده از آخرین پیشرفت‌ها در حوزه علم هیجان، تلاش میکند تا فرایندهای اصلی سبب‌ساز اختلال‌های هیجانی را مورد آماج قرار دهد (۱۵).

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در مطالعات مختلف نشان داده شده است. بارلو و همکاران در یک مطالعه موردی کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه را بر روی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری همراه با اختلال‌های همبند اضطراب فراگیر و وحشت زدگی مورد بررسی قرار دادند که اثربخشی این رویکرد درمانی مورد تأیید گردید (۱۶). فارکیونه، الارد و همکاران کارایی پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه را بر روی ۳۷ بیمار مبتلا با تشخیص اصلی یکی از اختلال‌های اضطرابی مورد بررسی قرار دادند که حاکی از اثربخشی این مدل درمانی بود (۱۷). در پژوهش جی ریکاردی اثربخشی کارآمدی درمان مختصر فراتشخیصی برای اختلالات اضطرابی مورد بررسی قرار گرفت که در پس‌آزمون نتایج معناداری حاصل گردید (۱۸). در پژوهش لرد بیلک، درمان فراتشخیصی، بر روی افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی در یک کلینیک سلامت روان به کار گرفته شد. نتایج نشان داد شرکت‌کنندگان بهبود قابل ملاحظه‌ای در شدت علائم بالینی و همه تشخیص‌های مرتبط نشان دادند (۱۹). با توجه به مطالب فوق و کمبود پژوهش‌های بالینی در خصوص اثربخشی درمان فراتشخیصی هدف اصلی ما در این پژوهش اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود راهبرد‌های تنظیم شناختی هیجان و سازگاری اجتماعی زنان نابارور می‌باشد.

روش کار

و طرح کلی جلسات و درمان، افزایش آگاهی غیرقضاوتی و لحظه ای از تجربیات هیجانی، جهت دهی به سمت " اینجا و اکنون "، برانگیختن هیجان های مثبت و منفی، اجتناب از سرکوبی هیجانی انعطاف پذیری روان شناختی، پذیرش روانی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف خانگی. جلسه سوم و چهارم: مرور تکلیف قبلی، آرمیدگی عضلانی و تصویرسازی ذهنی مثبت، نقش ارزیابی شناختی در رشد و حفظ پاسخهای هیجانی، شناسایی و بازنگری در الگوهای تفکر با هدف ایجاد انعطاف پذیری در تفکر، تمرکز بر دو شیوه بازنگری غلط اساسی در تفکر اضطرابی و افسردگی، بیش برآورد احتمال و فاجعه سازی، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی (نوشتن هیجانان منفی عمده و ثبت در فرم مربوطه).

جلسه پنجم و ششم: مرور تکلیف قبلی، آرمیدگی عضلانی و تصویرسازی ذهنی مثبت، در این دو جلسه به رفتارهای متأثر از هیجان (Emotion-Driven Behaviors (EDBs) پرداخته شد. شناسایی رفتارهای متأثر از هیجان و ایجاد رفتارهای ناهمخوان و مواجهه هیجانی، آگاهی از تاثیر اجتناب هیجانی رفتاری، شناختی، علامت های امنیت در تداوم پاسخهای هیجانی، تشخیص اثر متناقض سرکوبی و کنترل هیجان و شناخت و پیشگیری از الگوهای اجتناب هیجانی آموزش داده شد. به این معنی که کناره گیری از هیجانان، منجر به نگهداری طولانی مدت آنها میگردد. مراجع در این جلسه یاد می‌گرفت، به جای سرکوب کردن هیجانان خود با آنها مواجه گردد. به عنوان نمونه EDBs مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر، تماس با اقوام به منظور چک کردن امنیت میباشد، که از رفتار ضد آن یعنی محدود کردن تماس با اقوام استفاده میگردد یا EDBs مرتبط با اختلال افسردگی، کناره گیری از اجتماع است که از رفتار ضد آن یعنی فعالسازی رفتاری استفاده می‌گردد، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی.

جلسه هفتم و هشتم: مرور تکلیف قبلی، آرمیدگی عضلانی و تصویرسازی ذهنی مثبت، معرفی مدل رفتاری سه بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روان شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، ابراز هیجانان مثبت، بحث پیرامون یکنواخت کردن فعالیت ها، تأکید مواجهه ها بر تجربه هیجانی، که در موقعیت ایجاد میشوند و به اشکال تصویری و زنده در جلسه انجام میگردد پیشگیری از عود با تمرکز بر پیشگیری از اجتناب هیجانی و تحمل هیجانی در جلسه آخر، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی (میزان عمل به آموخته ها، بررسی، افکار، هیجانان، جایگزینی هیجانان مثبت به جای هیجانان منفی)

ابزار پژوهش

پژوهش حاضر از نوع بالینی و در آن از پیش آزمون - پس آزمون با انتخاب تصادفی استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان بارور مراجعه کننده به مرکز تحقیقات ناباروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تشکیل می دهند. ابتدا تمامی افراد حاضر به مشارکت در این پژوهش به وسیله مصاحبه بالینی ساختار یافته (TR-DSM - IV) برای اختلالات محور I و II ارزیابی شدند. سپس ۴۰ زوج نابارور به صورت تصادفی انتخاب شده و در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه (۲۰ نفر) و شاهد (۲۰ نفر) قرار گرفتند. به منظور حذف متغیرهای مزاحم، گروه ها بر اساس مداخله گرها مثل سن، جنس، تحصیلات و سطح اعتقادات یکسان سازی شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: عدم توانایی باروری بعد از گذشت حداقل ۵ سال زندگی مشترک، زنانی که حداقل ۳۰ و حداکثر ۴۵ سال داشتند، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، رضایت کامل برای شرکت در پژوهش بر اساس فرم گواهی شرکت در پژوهش. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم باروری زیر ۵ سال، ابتلا به هر نوع بیماری بارز روان شناختی (نظیر اختلالات شخصیت، افسردگی اساسی، وسواسی - جبری، دو قطبی و غیره بر اساس مصاحبه بالینی و ملاک های DSM - IV - TR)، ابتلا به بیماریهای جسمی بارز یا مزمن نظیر بیماری های غدد درون ریز، بیماری های قلبی - عروقی، دیابت و غیره بر اساس گزارش شخصی، تصمیم یا اقدام به طلاق، عدم زندگی مشترک با همسر به مدت حداکثر ۶ ماه. پس از تعیین گروه مداخله و کنترل و کسب رضایت از آنها، اطلاعاتی در مورد اهداف مداخلات، نحوه حضور آنها در جلسات، تعداد و زمان جلسات، به تمامی زنان ارائه شد، همچنین رازداری به عنوان اصل اساسی در درمان توضیح داده شد تا افراد از محرمانه نگه داشته شدن اطلاعات شخصی اطمینان حاصل نمایند. سپس هر دو گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان و سازگاری اجتماعی را تکمیل نمودند (پیش آزمون). پس از اتمام جلسات نیز فرم های مربوطه توسط گروه های آزمایش تکمیل میگردد. ساختار جلسات بر اساس مبانی و روش درمان فراتشخیصی برگرفته از طرح بارلو و همکاران تدوین شده بود (۱۶). جلسات شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بودند که به صورت هفتگی برگزار شدند. ساختار و تکنیک های ارائه شده در هر جلسه به شرح زیر می باشد.

جلسه اول و دوم: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، آشنایی افراد با موضوع پژوهش و توضیحات مقدماتی، مفهوم سازی مشکل، علائم و نشانه های روان شناختی ناباروری، درمان های دارویی و غیر دارویی، آموزش آرمیدگی عضلانی و تصویرسازی ذهنی مثبت، پاسخ به پرسشنامه ها (اجرای پیش آزمون)، بستن قرار داد درمانی

که بیانگر استفاده از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان است و میتواند در دامنه ای از ۳۶ تا ۱۸۰ نمره قرار گیرد. پیوسته گر و حیدری ضریب اعتبار آلفای کرونباخ آنرا برای نوجوانان غیر مراجعه کننده به مراکز روان پزشکی، بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۹ و برای بیماران مراجعه کننده به مراکز روان پزشکی، بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش کرده اند (۲۱).

ج) پرسشنامه سازگاری اجتماعی: این پرسشنامه توسط بل تدوین گردید. این پرسشنامه پنج بعد سازگاری را میسنجد که عبارتند از: الف) سازگاری در خانه ب) سازگاری بهداشتی ج) سازگاری اجتماعی د) سازگاری عاطفی ه) سازگاری شغلی. اعتبار آزمون باز آزمون ۰/۷۰ تا ۰/۹۳ بوده است و ضریب همسانی درونی از ۰/۷۴ تا ۰/۹۰ بوده است. در تحقیقی که به وسیله عبدی فرد بر روی ۱۵ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد دانشگاه مشهد صورت گرفت. اعتبار آزمون ۸۰ سوالی بل با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد (۲۲).

نتایج

الف) پرسشنامه ویژگی های جمعیت شناختی: پرسشنامه اطلاعات شخصی شامل سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه بیماری جسمانی، سابقه بیماری عصبی روانی، سابقه استفاده از داروهای غیر نسخه شده، سابقه مصرف الکل و مواد مخدر، مدت زمان ابتلا به بیماری و مرحله بیماری می باشد.

ب- پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ): پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان، یک پرسشنامه چند بعدی میباشد که به منظور شناسایی راهبردهای مقابله ای شناختی افراد بعد از تجربه موقعیت ها و حوادث منفی ساخته شده است (۲۰). این پرسشنامه، یک ابزار خودسنجی ۳۶ سؤالی میباشد که ۹ راهبرد مقابله ای شناختی متفاوت (خود ملامت گری، پذیرش و عینیت بخشی، نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر روی برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، تسهیل حادثه از طریق کل نگری، فاجعه سازی و سرزنش دیگران) را می سنجد. پاسخ های این پرسشنامه در یک پیوستار ۵ درجه ای (۰ - ۴) جمع آوری میگردد، از جمع کل نمرات ۳۶ ماده نیز یک نمره کلی بدست می آید

جدول ۱- مشخصات جمعیت شناختی

وضعیت تحصیلات	مدت زمان تاهل		وضعیت اشتغال		طبقه سنی (۴۵ - ۳۰ سال)	گروه
	۵-۱۰ سال	۵ سال	خانۀ دار	شاغل		
	%۳۰	%۹۰	%۴۰	%۸۰	%۹۵	فرا تشخیصی
	%۲۰	%۷۵	%۴۵	%۷۵	%۸۰	شاهد
	۱/۳۰		۱/۷۰		۱/۱۷	X ²
	۰/۹۴		۰/۷۵		۰/۸۵	sig

دیدگاه وسیع تر (۹/۴۰)، پذیرش (۱۲/۳۰)، و سرزنش دیگران (۵۰/۷)، در مقایسه با گروه کنترل تغییر یافته است. همچنین مداخله فراتشخیصی در مقیاس سازگاری اجتماعی موجب تغییرات در نمرات خرده مقیاس های سازگاری در خانه (۱۵/۲۰)، سازگاری عاطفی / هیجانی (۱۴/۶)، سازگاری شغلی (۱۴/۲۰) و سازگاری اجتماعی (۴۰/۱۶) شد. بنابراین براساس نتایج، می توان به این توصیف دست زد که درمان فراتشخیصی یکپارچه، باعث تغییر در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سازگاری اجتماعی در زنان نابارور شده است.

همان گونه که نتایج جدول ۱ نشان می دهد دو گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای جمعیت شناختی طبقه سنی، وضعیت اشتغال، وضعیت تحصیلات، مدت زمان تاهل تقریباً همگن می باشند. نتایج آزمون خی دو نیز نشان می دهد تفاوت دو گروه در هیچ یک از متغیرهای جمعیت شناختی معنادار نمی باشد ($p > 0.05$).

بررسی اطلاعات توصیفی برای متغیر راهبردهای تنظی شناختی هیجان ملاحظه نشان داد در زیرمقیاس های پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان، میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون در متغیرهای تمرکز مثبت مجدد/ برنامه ریزی (۱۴/۶۰) ارزیابی مثبت /

شاخص آماری	منبع تغییر	SS	df	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
تمرکز مثبت مجدد/برنامه ریزی	گروه	۳۷/۳۴	۱	۷/۰۶	۰/۰۰۶	۰/۳۵	۰/۸۸
ارزیابی مثبت/دیدگاه وسیع‌تر	گروه	۳۹/۲	۱	۱۰/۲۰	۰/۰۰۲	۰/۲۸	۰/۸
نشخوار فکری	گروه	۳/۳۰	۱	۰/۷۵	۰/۵۵	۰/۰۵	۰/۱۲
پذیرش	گروه	۱۴۰/۳۵	۱	۳۸/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۹
فاجعه آمیز کردن	گروه	۶/۴۷	۱	۱/۲۰	۰/۲۵	۰/۰۳	۰/۴۰
سرزنش خود	گروه	۱/۴۵	۱	۰/۳۰	۰/۵۵	۰/۰۴	۰/۰۶
سرزنش دیگران	گروه	۵۵/۶۸	۱	۱۳/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۹۹

و سرزنش دیگران به ترتیب ۰/۳۵، ۰/۲۸، ۰/۵۶، ۰/۴۳ بوده است، یعنی به طور مثال ۳۵ درصد کل واریانس یا تفاوت های فردی در تمرکز مثبت مجدد/برنامه ریزی زنان نابارور گروه آزمایش مربوط به اثر مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه بوده است. به علاوه توان بالای آزمون آماری در پژوهش حاضر بیانگر این نکته است درمان فراتشخیص باعث بهبود راهبرد های تنظیم شناختی هیجان در زنان نابارور شده است.

همانگونه که از نتایج جدول ۲ ملاحظه می گردد سطح معناداری حاصل شده برای زیر مقیاس های تمرکز مثبت مجدد/ برنامه ریزی، ارزیابی مثبت / دیدگاه وسیع تر، پذیرش، و سرزنش دیگران در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۰۷ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۷ مولفه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان) کوچکتر می باشد. میزان تاثیر گروه آزمایش «معنادار بودن عملی» برای متغیرهای های تمرکز مثبت مجدد/برنامه ریزی، ارزیابی مثبت/دیدگاه وسیع تر، پذیرش،

جدول ۳- آزمون تحلیل کوواریانس یک راه در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیر سازگاری اجتماعی

شاخص آماری	منبع تغییر	SS	df	F	سطح معناداری	اندازه اثر
سازگاری در خانه	گروه	۸/۳	۱	۰/۸	۰/۵۳	۰/۰۲
سازگاری عاطفی / هیجانی	گروه	۱۱/۲۰	۱	۰/۷	۰/۴۶	۰/۰۳
سازگاری اجتماعی	گروه	۳۴/۱	۱	۱/۷	۰/۱۶	۰/۰۷
سازگای بهداشتی	گروه	۳۰/۴	۱	۳۰/۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹
سازگاری شغلی	گروه	۷۲/۶	۱	۶/۲	۰/۰۱۱	۰/۲۴

از سرکوبی هیجانی و اجتناب تجربی، انعطاف پذیری روان شناختی، پذیرش روانی و سایر آموزش های مربوط به درمان فراتشخیصی یکپارچه به انعطاف پذیری روان شناختی رسیده و یاد گرفتند که هیجانها، احساسات و افکار منفی خود را پذیرفته و از اجتناب تجربی دوری کنند. ارائه تمرینات ذهن آگاهی، پذیرش و تجربه هیجانها به بیماران باعث شد که آنها از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان از جمله تمرکز مثبت مجدد/ برنامه ریزی، ارزیابی مثبت/ دیدگاه وسیع تر، و پذیرش در مواجهه با رویدادهای ناگوار استفاده کرده و کمتر به راهبردهای ناسازگارانه (سرزنش خود، دیگران، فاجعه آمیز کردن) متوسل شدند. در نهایت به کارگیری انعطاف پذیری روان شناختی و راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان منجر به افزایش سازگاری اجتماعی زنان نابارور گردید. این نتایج با یافته های پست (۲۳)، ویلومسکا و همکاران (۲۴)، پاین و همکاران (۲۵) فارچيون و همکاران (۲۶)، عبدی، بخشی پور و همکاران (۲۷) همخوانی دارد. مدل درمان فراتشخیصی، بر مبنای مهارت های تنظیم هیجان پایه ریزی شده است و برای دامنه گسترده ای از اختلالات هیجانی

بر اساس نتایج جدول ۳، سطح معناداری حاصل شده برای مقیاس سازگاری عاطفی در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۱۰ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۵ متغیر وابسته) کوچکتر می باشد. در نتیجه با توجه به میانگین های حاصل شده می توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان مولفه های سازگاری اجتماعی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است و درمان یکپارچه تشخیصی باعث افزایش سازی اجتماعی و هیجانی گروه آزمایش گردیده است.

بحث

بر اساس یافته های این درمان فراتشخیصی یکپارچه باعث افزایش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. سازگاری اجتماعی زنان نابارور گردیده است. با اجرای ۸ جلسه مداخله فراتشخیصی یکپارچه نتایج معناداری در متغیرهای پژوهش حاصل شد. شرکت کنندگان در پژوهش با انجام تمرینات آموزش آرمیدگی عضلانی و تصویر سازی ذهنی مثبت، شناسایی هیجان های مثبت و منفی، افزایش آگاهی غیرقضاوتی و لحظه ای از تجربیات هیجانی، جهت دهی به سمت "اینجا و اکنون"، اجتناب

ای که حساسیت اضطرابی را مورد هدف قرار می دهد در این مداخله به کار گرفته شد و نتایج معناداری در متغیرهای سازگاری اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان در زنان نابارور حاصل شد.

نتیجه گیری

نتیجه این مطالعه نشان داد درمان فراتشخیصی یکپارچه یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان است که استفاده از راهبردهای سازگاران تنظیم هیجان در زنان نابارور را افزایش داده و از تکنیک های مختلف اجتناب از سرکوبی هیجانی، انعطاف پذیری روانشناختی و پذیرش روانی به منظوری افزایش سازگاری اجتماعی در زنان نابارور استفاده می کند.

کاربرد دارد (۲۸). راهبردهای روان آموزشی، خودکنترلی افکار، مواجهه، پیشگیری و مدیریت پاسخ ها که همگی در مطالعات قبلی نتایج خوبی را نشان داده اند، بخشی از تکنیک های به کار برده شده در پروتکل گروهی درمان یکپارچه نگر بودند (۲۹). این تکنیک ها شناسایی افکار تأثیرگذار بر هیجانها و رفتارها که مولد اضطراب و افسردگی هستند را تسهیل می نماید (۳۰). جلسات درمانی به مراجعین می آموزد که همه عواطف چه مثبت و چه منفی مهم و ضروری هستند، هدف ما حذف نیست بلکه هدف شناسایی، تحمل و کنار آمدن با عواطف منفی میباشد. مواجهه هیجانی به عنوان یک استراتژی مداخله

References

- Hook J, Worthington E, Davis D, Jennings D, Gartner A. Empirically supported religious and spiritual therapies. *J Clin Psychol* 2010; 66: 46-72.
- Brace N, Kamp R, Snelgar R. [SPSS for psychologistics: a guide to data analysis using SPSS for windows]. Aliabadi KH, Samadi Y. 3rd ed. Tehran: Douarn; 2011: 410. (Persian)
- Karamlou S, Mazaheri A, Mottaghipour Y. Effectiveness of family psycho-education program on family environment improvement of severe mental disorder patients. *J Behav Sci* 2010; 4(2): 123-8.
- Kaveh Z, Ahmadi SA, Fatehizadeh MS. [The impact of life skills education on marital satisfaction married women]. *Journal of counseling and mental treatment for families* 2012; 2(3): 373-87. (Persian)
- Naragon-Gainey K. Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychol Bull* 2010; 136(10): 128-50.
- Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione T, Barlow DH. Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cogn Behav Pract* 2011; 17(1): 88-101.
- Hamidpour H, Dulatshahi B, Pourshahbaz A, Dadkhah A. Efficacy of schema therapy in women with generalized anxiety disorder. *Iranian psychiatry and clinical psychology* 2010; 16(4): 420-31. (Persian)
- Mansell W, Harvey A, Watkins E, Shafran R. Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *J Cogn Psychother* 2009; 23: 6-19.
- Mohammadi A. [Comparison of the effect of transdiagnostic group therapy with group cognitive Therapy on indicated prevention of anxiety and depression]. Dissertation. Tehran University of Medical Sciences, 2010. (Persian)
- Kessler RC, Stang PE, Wittchen HU, Ustun TB, RoyByrne PP, Walters EE. Lifetime panic depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55(9): 801-8.
- Barlow DH. Psychological treatments. *Am Psychol* 2004; 59(9): 869-78.
- McLaughlin KA, Nolen-Hoksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behav Res Ther* 2011; 48(3): 186-93.
- Abasi I. [The comparison of transdiagnostic components in general anxiety disorder, unipolar mood disorder and non-clinical population]. MS. Dissertation. Tehran University of Medical Sciences, 2013. (Persian)
- Ehring T, Tuschen-Caffier B, Schnulle J, Fischer S, Gross JJ. Emotion regulation and vulnerability to depression: Spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion* 2010; 10(4): 563-72.
- Norton PJ, Barrera TL. Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depress Anxiety* 2013; 29(10): 874-82.
- Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. New York: Oxford University; 2011.
- Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Karl JR, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behav Ther* 2012; 43: 666-78.
- J Riccardi C. A randomized pilot study of a brief transdiagnostic treatment for anxiety disorders. Ph.D. Dissertation. Florida State University, 2012.
- Laird Bilek E. An open trial investigation of emotion detectives: a transdiagnostic group treatment for children with anxiety and depression. MS. Dissertation. University of Miami, 2011.
- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven PH. Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Pers Individ Diff* 2001; 30: 1311-27.
- Yousefi F. [Model emotional intelligence, cognitive development, emotion regulation strategies, cognitive and general health]. Dissertation. Shiraz: University of Shiraz, 2003. (Persian)
- FathiAshtiani A, Dastani M. [Psychological test-evaluation personality and mental health]. Tehran: Besat; 2013. (Persian)

23. Post LM. Emotion regulation processes and negative mood regulation expectations in the relationship between negative affect and co-occurring PTSD and MDD. Ph.D. Dissertation. Case Western Reserve University, 2014.
24. Wilamowska ZA, Thompson-Hollands J, Fairholme CP, Ellard KK, Farchione TJ, Barlow DH. Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depress Anxiety* 2010; 27(10): 882-90.
25. Payne LA, Ellard KK, Farchione TJ, Fairholme CP, Barlow DH. Emotional disorders: A unified transdiagnostic protocol. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. New York: Guilford Press; 2014: 237-75.
26. Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Karl JR, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behav Ther* 2012; 43: 666-78.
27. Abdi R, Bakhshipour Rudsari A, Mahmood Alilou M, Farnam A. Efficacy evaluation of unified transdiagnostic treatment in Patients with generalized anxiety disorder. *J Res Behave Sci*. 2014; 11(5): 245-51. (Persian)
28. Boswell JF, Farchione TJ, Sauer-Zavala S H, Murray HW, Fortune MR, Barlow DH. Anxiety sensitivity and interoceptive exposure: A transdiagnostic construct and hange strategy. *Behav Ther* 2013; 44(3): 417-31.
29. Zemestaneh M. [The Effectiveness of two group therapies of behavioral activation and metacognitive on depression, anxiety and cognitive emotion regulation strategies in students with depression]. Ph.D. Dissertation. Ahvaz: Chamran University, 2013. (Persian)
30. Allen LB, Tsao JCI, Seidman LC, Ehrenreich-May J, Zeltzer Lk. A unified, transdiagnostic treatment for adolescents with chronic pain and comorbid anxiety and depression. *Cogn Behav Pract* 2012; 19(1): 56-67.