

مقایسه اثربخشی آموزش تنظیم شناختی هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی در مادران دچار سقط جنین عمد و غیر عمد

مهديه مافی^۱، امير محمدی^۲، معصومه آزموده^۳

^۱کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد واحد تبریز

^۲کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی؛ دانشگاه آزاد واحد ارومیه

^۳استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد واحد تبریز

چکیده

هدف اصلی مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی آموزش تنظیم شناختی هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی در مادران دچار سقط جنین عمد و غیر عمد است. در این مطالعه، جامعه آماری شامل زنان باردار که به صورت خودخواسته یا ناخواسته دچار سقط جنین عمد و غیر عمد شده‌اند در شهرستان ارومیه بود. تعداد ۶۰ نفر از این زنان به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آموزش ذهن آگاهی (۱۵ نفر گروه شاهد، ۱۵ نفر گروه کنترل) و آموزش تنظیم هیجان (۱۵ نفر گروه شاهد، ۱۵ نفر گروه کنترل) جایگزین و تحت مداخلات درمانی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه پریشانی روان‌شناختی کسلر، پرسش‌نامه تنظیم هیجان شناختی گرانسکی استفاده و برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-21 و برای آزمون فرضیات از تحلیل کوواریانس استفاده گردید. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که آموزش تنظیم شناختی هیجان در بهبود نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی مادران دچار سقط جنین عمد و غیر عمد تأثیر دارد ($F=76/69$ و $sig=0/00$). همچنین نتایج نشان می‌دهد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود نشانه‌های روان‌شناختی مادران دچار سقط عمد و غیر عمد تأثیر دارد ($F=76/69$ و $sig=0/00$)؛ بنابراین می‌توان بیان کرد که نمرات پریشانی روان‌شناختی در هر دو گروه آزمایشی آموزش تنظیم هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است.

واژگان کلیدی: ذهن آگاهی، تنظیم شناختی هیجان، شناخت درمانی، پریشانی روان‌شناختی خود

۱. مقدمه

سقط جنین یک روش معمول پزشکی است که تخمین زده می‌شود در ایالات متحده آمریکا از هر ۴ زن ۱ نفر دچار سقط جنین می‌شود. (جونز و جرمن، ۲۰۱۷). بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت در هر سال ۲۱۰ میلیون زن در سراسر جهان باردار می‌شود که ۲۲ درصد از آن‌ها به سقط متوسل می‌شوند. بر اساس نتایج حاصل از مطالعه جمعیتی در ایران در سال ۲۰۰۰ حدود ۷/۲۶ درصد از زنان عمل سقط جنین عمدی و غیرقانونی را انجام داده بودند. (حسین رشیدی و همکاران ۱۳۹۵).

سقط را می‌توان به سه دسته عمده سقط خودبه‌خودی، سقط غیرقانونی و سقط درمانی تقسیم‌بندی کرد. شواهد اخیر نشان می‌دهد بیش از نیمی از زنان به دنبال سقط جنین از عوارض مختلف روحی و روانی در هفته‌ها و سال‌های پس از سقط جنین رنج می‌برند. ۱۰ درصد از زنان تا ۶ ماه پس از سقط سطح بالایی از اضطراب را نشان می‌دهند و در معرض خطر بالای اختلال استرس پس از سانحه و اختلال وسواس جبری قرار دارند.

طی ۱۲ هفته پس از سقط جنین اضطراب شایع‌تر و شدیدتر از افسردگی است اضطراب تشویشی فراگیر، ناخوشایند و مبهم است که اغلب علایم دستگاه خودکار نظیر سردرد، تعریق تپش قلب احساس تنگی در قفسه سینه و ناراحتی مختصر معده با آن همراه می‌شود. (وایرمن و مارلات، ۲۰۱۳). برای بسیاری از خانم‌ها سقط جنین یک واقعه استرس‌زا است که شامل پریشانی روان‌شناختی قبل و بعد از این عمل می‌شود. (سوزان جورج و همکاران، ۲۰۱۹).

پریشانی روان‌شناختی یک اصطلاح کلی است برای توصیف احساسات ناخوشایند یا هیجان‌هایی که بر عملکرد افراد تأثیر می‌گذارد، به کار برده می‌شود. به عبارت دیگر پریشانی روان‌شناختی نیز نوعی ناراحتی روان‌شناختی است و در فعالیت روزانه افراد مشکل ایجاد می‌کند. (زانگ ردنیز و همکاران، ۲۰۱۸). در این میان مداخلات روان‌درمانی می‌تواند در کاهش و بهبود آسیب‌های روانی شایع در زنان دارای سقط جنین مؤثر واقع شود. یکی از این مداخلات آموزش تنظیم هیجان می‌باشد، گزارش‌ها بیانگر آن است که استفاده از آموزش‌های تنظیم هیجان، در کاهش آسیب‌های روانی دارای زنان سقط جنین مؤثر می‌باشد.

یکی از این مداخلات ذهن‌آگاهی می‌باشد، ذهن‌آگاهی عبارت است از انعطاف کامل، توجه به تجربیات زمان حال با حالتی پذیرنده و بدون اعمال هیچ‌گونه قضاوت. این تجارب شامل افکار و احساسات آدمی است که تنها به‌عنوان پدیده‌های ذهن گذرا و بر خلاف روش‌های شناختی رفتاری بدون هیچ‌گونه نیاز به تحلیل یا تغییر آن‌ها پذیرفته می‌شود؛ لذا برای زندگی فارغ از افکار و احساسات منفی و زندگی در زمان حال به فهم درستی از تجربیات، افکار و احساسات خویش نیاز داریم. تحقیقات سگال و همکاران نشان می‌دهد که روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی عنصر اصلی بالابردن خودآگاهی لازم برای توانمندسازی و پاسخ مطلوب در شرایط بحرانی برای جلوگیری از تجربه اضطراب می‌باشد و همواره به‌عنوان یک محرک قوی دائمی پیش‌گیرنده عمل می‌کند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی شیوه متفاوتی از مواجهه با افکار ناکارآمد و هیجانات وابسته به آن نظیر اضطراب، پریشانی و افسردگی را ارائه می‌کند (رزمجو، ۱۳۹۴).

این رویکرد می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار اتوماتیک، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این‌رو نقش مهمی در کاهش استرس و تنظیم رفتار ایفا می‌کند. در ذهن‌آگاهی فرد یاد می‌گیرد که در لحظه، از شیوه ذهنی آگاه شده و مهارت‌های شناسایی شیوه‌های مفیدتر را فرامی‌گیرد. محققان نشان دادند که استفاده از درمان ذهن‌آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد ارتباط دارد. تحقیقات روزافزون حکایت از مفید بودن ذهن‌آگاهی در مواردی مانند استرس پس از ضربه، بهبود ناهنجاری‌های رفتاری مثل پرخاشگری و سوءمصرف مواد، کاهش رفتار تکانشی، استرس، اضطراب و افسردگی است. تحقیقات نشان داده است که سطح بالاتر شناخت‌های غیرمنطقی مربوط به والدین، در زنانی که سقط جنین دارند،

محتمل‌ترین توضیح برای عملکرد توأم با مشکلات روان‌شناختی آنان از جمله اضطراب و افسردگی می‌باشد که می‌تواند تأثیر بسیار نامطلوبی بر سلامت روان و در نتیجه بهداشت روان آنان داشته باشد (کانگ و چویی، ۲۰۱۳).

تحقیقات در مورد آموزش شناختی درمانی به زنان دارای سقط جنین مکرر نشان می‌دهد که ناباروری و سقط جنین مکرر می‌تواند افراد مبتلا را در معرض فشارهای روانی گوناگون مانند رفتارهای تکانشی، خشم، استرس، احساس درماندگی، احساس ارزشی قرار دهد که عواملی مخرب برای بهداشت روان هستند (افشار، ۱۳۹۷).

لذا باتوجه به مطالب گفته شده و اهمیت سلامت روانی مادران در جامعه که حاکی از آمار بالای آسیب‌های روانی در بین این دسته از زنان می‌باشد، از طرف دیگر خلأ تحقیقاتی و درمانی بر روی زنان دارای سقط عمد و غیرعمد، مطالعه حاضر به بررسی و مقایسه اثربخشی آموزش تنظیم شناختی هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی در مادران دچار سقط جنین عمد و غیرعمد پرداخته است.

۲. روش بررسی

این پژوهش از لحاظ هدف جزء تحقیقات کاربردی و از لحاظ اجرا جزء تحقیقات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری ۶۰ نفر از زنانی که چه به صورت عمد یا غیرعمد دچار سقط جنین شده و به مراکز بهداشتی یا بیمارستان زنان یا مرکز ناباروری شهرستان ارومیه مراجعه می‌کنند استفاده شده است. از زنانی که به مراکز درمانی و بهداشتی مراجعه می‌کنند، تعداد ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آموزش ذهن‌آگاهی (۱۵ نفر گروه شاهد و ۱۵ نفر گروه کنترل) و آموزش تنظیم هیجان (۱۵ نفر گروه شاهد و ۱۵ نفر گروه کنترل) جایگزین و تحت مداخلات دو روش آموزشی تنظیم هیجان بر مبنای مدل آموزشی گراس و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مبنای مدل آموزشی کابات زین قرار گرفتند. به منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-21 استفاده شده است. یافته‌ها در دو بخش توصیفی و استنباطی ارائه، در بخش توصیفی به بیان متغیرهای دموگرافی و جمعیتی، و در بخش استنباطی به تبیین فرضیات پرداخته و برای آزمون فرضیات از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌طرفه استفاده شده است.

ملاک‌های ورود در جامعه تحقیق عبارت بودند از:

۱- زن بودن

۲- سن بین ۱۸ تا ۴۰ سال

۳- واجد سابقه سقط جنین

ملاک‌های خروج عبارت بودند از:

۱- غیبت بیش از سه جلسه

۲- عدم انجام تکالیف جلسات آموزشی

۳- عدم همکاری و تمایل به ادامه جلسات آموزشی

پرسش‌نامه پریشانی روان‌شناختی

پریشانی روان‌شناختی یک واژه کلی و ناراحتی روان‌شناختی است که برای توصیف احساسات و هیجانات ناخوشایندی مانند استرس، اضطراب و افسردگی مورداستفاده قرار می‌گیرد که بر سطح عملکرد فرد تأثیر منفی می‌گذارد پرسش‌نامه مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر (K-10) در سال ۱۹۹۲ توسط کسلر و همکاران برای غربالگری جمعیت عمومی ساخته شد. در مطالعات بعدی مشخص گردید که فرم ۱۰ سؤالی آن نسبت به فرم ۶ سؤالی، برای شناسایی اختلالات خلقی و اختلالات اضطرابی نسبت به سایر ابزارها از کارایی بالاتری برخوردار است. همچنین این ابزار برای کنترل و سنجش تأثیر مداخله‌ها و درمان‌های روان‌شناختی هم مناسب است. این ابزار وضعیت روانی فرد را در طی هفته‌های گذشته مورد بررسی قرار می‌دهد. سؤالات به صورت لیکرتی از «هیچ‌وقت» تا «همیشه» است و از ۴۰ تا ۴۰ نمره‌گذاری می‌شود؛ لذا دامنه نمره قابل کسب ۶۰-۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده پریشانی روان‌شناختی بالاتر است. این ابزار اختلال روان‌شناختی خاصی را هدف قرار نمی‌دهد، اما در مجموع سطح اضطراب و افسردگی را که فرد طی چند هفته اخیر تجربه کرده، مشخص می‌نماید. روایی و پایایی این ابزار در ایران توسط یعقوبی در سال ۲۰۱۹ بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتیجه تحلیل عاملی وی تأییدکننده تک عاملی بودن پرسش‌نامه بود و با نمره ابزار سلامت عمومی رابطه مثبت و معناداری داشت. بهترین نقطه برش آن ۸ به دست آمد.

پرسش‌نامه سبک‌های تنظیم هیجان شناختی (CERQ)

پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان توسط گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۱) تدوین شده است. این پرسش‌نامه سبک‌های تنظیم هیجان شناختی ۳۶ آیتم دارد. پاسخگویی به هر یک از آیتم‌های آن به صورت مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (۱ = تقریباً هرگز الی ۵ = تقریباً همیشه) می‌باشد و دارای ۹ زیر مقیاس است. پنج زیر مقیاس این پرسش‌نامه سبک‌های تنظیم هیجان شناختی سازگار و چهار زیر مقیاس دیگر سبک‌های تنظیم هیجان شناختی ناسازگار هستند؛ بنابراین هر فرد در این پرسش‌نامه ۱۱ نمره جداگانه می‌تواند دریافت می‌کند:

الف - سبک‌های تنظیم هیجان شناختی سازگار: این شیوه مقابله، شامل ۵ زیرمقیاس می‌باشد و راهبردهای مقابله‌ای بهنجار محسوب می‌شوند که عبارت‌اند از: ۱. پذیرش: تفکر با محتوای پذیرش و تسلیم رخداد ۲. تمرکز مجدد مثبت: فکر کردن به موضوع لذت‌بخش و شاد به جای تفکر درباره حادثه واقعی ۳. تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی: فکر کردن درباره مراحل فائق آمدن بر واقعه منفی یا تغییر آن ۴. ارزیابی مجدد مثبت: تفکر درباره جنبه‌های مثبت واقعه یا ارتقا تفکرات: کنار آمدن با دیدگاه ۶. شخصی مربوط به کم‌اهمیت بودن واقعه یا تاکید بر نسبت آن در مقایسه با سایر وقایع.

ب - سبک‌های تنظیم هیجان شناختی ناسازگار: این شیوه مقابله شامل چهار زیر مقیاس می‌باشد و راهبردهای مقابله‌ای نابهنجار را تشکیل می‌دهند که عبارت‌اند از: ۱. سرزنش خود: تفکر با محتوای تقصیر دانستن و سرزنش خود ۲. نشخوار فکری: اشتغال ذهنی درباره احساسات و تفکرات مرتبط با واقعه منفی ۳. فاجعه انگاری: تفکر با محتوای وحشت از حادثه ۴. سرزنش دیگری: تفکر با محتوای مقصر دانستن و سرزنش دیگران به خاطر آنچه اتفاق افتاده است (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). روایی ساختاری و پایایی این مقیاس در ایران با استفاده از تحلیل عامل تأییدی مورد تأیید قرار گرفته است و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها مابین ۰/۶۴ الی ۰/۸۲ گزارش شده است (عبدی و باباپور خیرالدین، ۱۳۹۱).

جدول ۱. آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس

شماره جلسه	عنوان جلسه	هدف جلسه
جلسه اول	آشنایی	۱- آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و شروع رابطه متقابل رهبر گروه و اعضا ۲- بیان اهداف اصلی و فرعی گروه و گفتگوی اعضا راجع به اهداف شخصی و جمعی ۳- بیان منطق و مراحل مداخله ۴- بیان چارچوب و قواعد شرکت در گروه
جلسه دوم	شناخت کلی از هیجان	شناخت هیجان و موقعیت‌های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه‌مدت و درازمدت هیجان‌ها
جلسه سوم	خود - ارزیابی	۱- خودارزیابی باهدف شناخت تجربه‌های هیجانی خود (۲ خودارزیابی باهدف شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجانی در فرد (۳ خودارزیابی باهدف شناسایی از راهبردهای تنظیمی فرد،
جلسه چهارم	آموزش مهارت‌ها	۱- جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب ۲- آموزش راهبرد حل مسئله ۳- آموزش مهارت‌های بین‌فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض).
جلسه پنجم	توقف فکر	۱- متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی ۲- آموزش توجه
جلسه ششم	شناسایی خودارزیابی غلط	۱- شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی ۲- آموزش راهبرد باز - ارزیابی
جلسه هفتم	کاربرد مهارت	۱- شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن ۲- مواجهه ۳- آموزش ابراز هیجان ۴ - اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت‌کننده‌های محیطی ۵- آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس
جلسه هشتم	ارزیابی	۱- ارزیابی میزان نیل به اهداف فردی و گروهی ۲ - کاربرد مهارت‌های آموخته شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه ۳ - بررسی و رفع موانع انجام تکالیف

جدول ۲. آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

شماره جلسه	هدف جلسه
جلسه اول	شناسایی هدایت خودکار و خروج از آن، حضور ذهن از فعالیت‌های روزانه، واریسی بدنی.
جلسه دوم	سروکار داشتن با موانع، واکنش به حوادث روزانه، جدول فعالیت‌های لذت‌بخش، مراقبه نشسته ۱۳ دقیقه‌ای.
جلسه سوم	هشیاری ذهن یا آگاهی از تنفس، حفظ هوشیاری، مراقبه نشسته ۴۳ دقیقه‌ای تنفس و بدن، حس‌های بدنی
جلسه چهارم	ماندن در زمان حال، دلبستگی، بی‌زاری و کسالت.
جلسه پنجم	اجازه دادن و مجوز حضور، پذیرش تجارب فردی
جلسه ششم	افکار حقایق نیستند، افکار فقط افکارند.
جلسه هفتم	چطور می‌توانیم به بهترین وجهی مراقب خودمان باشیم، فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و مهارت‌آموز، فهرست علائم و نشانه‌های افسردگی، تهیه برنامه فعالیت برای مقابله با افسردگی و آماده‌سازی برنامه فعالیت تمرین خداحافظی کردن.
جلسه هشتم	کاربرد آنچه آموختیم برای سروکار داشتن با حالت‌های خلق در آینده

۳. یافته‌ها

در این تحقیق شاخص‌های آماری مورد استفاده تعداد، میانگین و انحراف استاندارد می‌باشد. نتایج حاصل از آمار توصیفی متغیرهای تحقیق به تفکیک گروه آزمایشی ۱ (گروهی که تنظیم شناختی هیجان را آموزش دیده‌اند)، گروه آزمایش ۲ (گروهی که روی آن‌ها شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی صورت گرفته است) و گروه کنترل در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج آمار توصیفی

متغیر	گروه آزمایشی ۱		گروه آزمایشی ۲		کنترل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نشانه‌های پیش‌آزمون	۲۳/۹۰	۴/۰۳	۲۴/۲۰	۴/۴۹	۲۴/۵۰	۴/۴۳
پیشانی پس‌آزمون	۱۸/۹۰	۳/۳۲	۱۹/۰۰	۳/۹۹	۲۴/۰۵	۴/۱۰

باتوجه به نتایج جدول فوق، برای پاسخگویان گروه آزمایشی ۱، میانگین نمرات متغیرهای «نشانه‌های پیشانی روان‌شناختی» در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۲۳/۹۰ و در مرحله پس‌آزمون برابر ۱۸/۹۰ می‌باشد. همچنین برای پاسخگویان گروه آزمایشی ۲، میانگین نمرات این متغیرها در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۲۴/۲۰ و در مرحله پس‌آزمون برابر با ۱۹ است. نهایتاً، برای پاسخگویان گروه کنترل، میانگین نمرات متغیر «نشانه‌های پیشانی روان‌شناختی» در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۲۴/۵۰ و در مرحله پس‌آزمون برابر با ۲۴/۰۵ می‌باشد.

برای آزمون فرضیه‌های این تحقیق از روش تحلیل کوواریانس یک‌طرفه استفاده شده است. برای این منظور، ابتدا مفروضه‌های این روش که شامل نرمال بودن متغیرهای همپراش و وابسته، همگن بودن واریانس خطاهای گروه‌های آزمایشی و کنترل متغیر وابسته، خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته و متغیر همپراش و همگنی شیب‌های رگرسیون بین متغیر همپراش و متغیر وابسته برای هر یک از گروه‌ها است، مورد بررسی قرار می‌گیرند. سپس به آزمون فرضیه‌های تحقیق پرداخته می‌شود.

جدول ۴. نتایج آزمون کولموگوروف - اسمیرنوف

متغیر	گروه آزمایشی ۱		گروه آزمایشی ۲		کنترل	
	آماره	Sig	آماره	Sig	آماره	Sig
نشانه‌های پیشانی	۰/۷۳۵	۰/۶۵۲	۰/۵۶۰	۰/۹۱۳	۰/۵۰۸	۰/۹۵۸
روان‌شناختی پس‌آزمون	۰/۷۳۲	۰/۶۵۷	۱/۰۸۲	۰/۱۹۲	۰/۸۵۷	۰/۴۵۵

باتوجه به این جدول مشاهده می‌شود که متغیر پژوهش در گروه‌های آزمایشی ۱، ۲ و کنترل، هم در مرحله پیش‌آزمون و هم در مرحله پس‌آزمون نرمال هستند؛ زیرا مقدار Sig تمامی آن‌ها بزرگ‌تر از ۰/۵۰ است.

فرضیه اول تحقیق بیان می‌دارد که «آموزش تنظیم شناختی هیجان در بهبود نشانه‌های پیشانی روان‌شناختی مادران دچار سقط جنین عمد و غیرعمد تأثیر دارد». نتایج حاصل از آزمون این فرضیه در جداول ۵ و ۶ آمده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس یک طرفه برای آزمون فرضیه اول

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	Sig	مجذور اتا
گروه	۲۱۸/۱۱۸	۱	۲۱۸/۱۱۸	۶۹/۷۶۴	۰/۰۰۰	۰/۶۵۳
خطا	۱۱۵/۶۸۰	۳۷	۳/۱۲۶			

جدول ۶. میانگین‌های اصلاح‌شده متغیر نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی در فرضیه اول

متغیر	گروه	میانگین	خطای معیار
نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی	آزمایشی ۱	۱۹/۱۳۴	۰/۳۹۶
	کنترل	۲۳/۸۱۶	۰/۳۹۶

باتوجه به جدول ۵ مشاهده می‌شود که مقدار آماره F برای متغیر مستقل (گروه) برابر ۶۹/۷۶۴ و مقدار Sig آن برابر ۰/۰۰۰ است. چون مقدار Sig کمتر از ۰/۰۱ می‌باشد؛ لذا بین گروه‌های آزمایشی ۱ و کنترل در میزان نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین باتوجه به نتایج جدول ۶، میانگین اصلاح‌شده متغیر «نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی» در گروه آزمایشی ۱ (۱۹/۱۳۴) کمتر از میانگین اصلاح‌شده این متغیر در گروه کنترل (۲۳/۸۱۶) می‌باشد. در نتیجه، آموزش تنظیم شناختی هیجان باعث کاهش نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی در مادران دچار سقط جنین عمد و غیرعمد شده است؛ بنابراین آموزش تنظیم شناختی هیجان در بهبود نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی مادران دچار سقط جنین عمد و غیرعمد تأثیر دارد. در نتیجه، فرضیه اول تحقیق تأیید می‌شود. لازم به توضیح است که مقدار مجذور اتا برای متغیر گروه در جدول ۵ (۰/۶۵۳) نشان‌دهنده این است که ۶۵/۳ درصد تغییرات نمرات گروه آزمایشی ۱ در متغیر نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی (تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون) ناشی از آموزش تنظیم شناختی هیجان می‌باشد.

فرضیه دوم تحقیق بیان می‌دارد که «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی مادران دچار سقط جنین عمد و غیرعمد تأثیر دارد». نتایج حاصل از آزمون این فرضیه در جداول ۷ و ۸ آمده است.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس یک طرفه برای آزمون فرضیه دوم

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	Sig	مجذور اتا
گروه	۲۳۰/۷۹۹	۱	۲۳۰/۷۹۹	۶۸/۴۰۲	۰/۰۰۰	۰/۶۴۹
خطا	۱۲۴/۸۴۳	۳۷	۳/۳۷۴			

جدول ۸. میانگین‌های اصلاح‌شده متغیر نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی در فرضیه دوم

خطای معیار	میانگین	گروه	متغیر
۰/۴۱۱	۱۹/۱۲۱	آزمایشی ۲	نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی
۰/۴۱۱	۲۳/۹۲۹	کنترل	

باتوجه به جدول ۷ مشاهده می‌شود که مقدار آماره F برای متغیر مستقل (گروه) برابر ۶۸/۴۰۲ و مقدار Sig آن برابر ۰/۰۰۰ است. چون مقدار Sig کمتر از ۰/۰۱ می‌باشد؛ لذا بین گروه‌های آزمایشی ۲ و کنترل در میزان نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین باتوجه به نتایج جدول ۸، میانگین اصلاح‌شده متغیر «نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی» در گروه آزمایشی ۲ (۱۹/۱۲۱) کمتر از میانگین اصلاح‌شده این متغیر در گروه کنترل (۲۳/۹۲۹) می‌باشد. در نتیجه، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی در مادران دچار سقط جنین عمد و غیرعمد شده است؛ بنابراین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی مادران دچار سقط جنین عمد و غیرعمد تأثیر دارد. در نتیجه، فرضیه دوم تحقیق تأیید می‌شود. لازم به توضیح است که مقدار مجذور اتا برای متغیر گروه در جدول ۷ (۰/۶۴۹) نشان‌دهنده این است که ۶۴/۹ درصد تغییرات نمرات گروه آزمایشی ۲ در متغیر نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی (تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون) ناشی از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی آموزش تنظیم شناختی هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی در مادران دچار سقط جنین عمد و غیرعمد بود. فرضیه اول تحقیق بیان می‌دارد که «آموزش تنظیم شناختی هیجان در بهبود نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی مادران دچار سقط جنین عمد و غیرعمد تأثیر دارد». نتیجه فرض اول در پژوهش حاضر با تحقیقات ابوترابی کاشانی و همکاران (۱۳۹۹)؛ اسلام‌پناه، مهربان و جاجرمی (۱۳۹۹)؛ قلندرزاده و سعیدپور (۱۳۹۹)؛ پورفرج و محمودیان (۱۳۹۹)؛ محمدی، سپهری و اصغری (۱۳۹۸)؛ فروزش و همکاران (۱۳۹۷) و عبیدی، شعیری و فشارکی (۱۳۹۷) هم‌راستا است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت؛ باتوجه به پژوهش اندک که اختصاصاً آموزش تنظیم هیجان در بهبود نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی باشد، امکان مقایسه دقیق و همه‌جانبه یافته اول با پژوهش‌های دیگر نیز محدود است؛ اما از آنجاکه در تعاریف گفته شده، پریشانی روان‌شناختی ابتدا با مشخصه‌های اضطراب و افسردگی تظاهر می‌یابد و اضطراب و افسردگی بخشی از سازه کلی پریشانی روان‌شناختی هستند، بنابراین؛ می‌توان یافته اول را با پژوهش‌هایی که اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی را بر کاهش افسردگی و اضطراب سنجیده‌اند، مقایسه کرد و یا اینکه درمان‌های مختلفی که اساساً دارای مفاهیم بنیادین مشترک با تنظیم شناختی هیجان هستند مورد مقایسه قرار داد. به‌عنوان مثال: طرح‌واره درمانی شناختی بر پایه هیجان در تحقیقات پیشین می‌تواند مبنایی جهت مقایسه قرار گیرد و لذا؛ در تبیین یافته حاضر، می‌توان به شباهت در ارتقاء مهارت افراد در اصلاح، پذیرش و تحمل هیجانات منفی اشاره نمود. آموزش تنظیم هیجان نیز با آموزش مهارت‌های میان‌فردی، ابزار جدیدی در اختیار مادران قرار می‌دهد. مهارت‌های تنظیم هیجان به مادران دچار سقط جنین کمک می‌کند تا احساس خود را دقیق‌تر تشخیص دهند و هر هیجان را بدون ناتوان شدن در برابر آن بررسی کنند.

برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند زمانی که افراد در موقعیت‌های مختلف استرسور زندگی قرار می‌گیرند، یکی از راهبردهای منفی که در این شرایط به کار می‌برند، جستجوی لذت آنی برای تغییر خلقشان است که این راهبرد ناکارآمد، خصوصاً در افراد دچار پریشانی

روان‌شناختی پایین، مشهود است (اسلام‌پناه، مهدیان و جاجرمی، ۱۳۹۸). به نظر می‌رسد که مادرانی که دارای تحمل پریشانی هیجانی پایینی هستند، هنگام تجربه استرس شدید (سقط‌جنین)، نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی متعددی بروز دهند. آموزش تنظیم شناختی هیجان، مدیریت صحیح و مؤثر هیجان‌ها را آموزش داده و عملاً با تقویت توانایی فرد در تجزیه و تحلیل و انتخاب رفتار صحیح در مواجهه با شرایط استرس‌زای زندگی (مادران دچار سقط‌جنین)، سازگاران با وقایع روبرو شده و حتی‌الامکان پریشانی روان‌شناختی را کاهش دهد.

فرضیه دوم تحقیق بیان می‌دارد که «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی مادران دچار سقط‌جنین عمد و غیرعمد تأثیر دارد». نتیجه فرض دوم در پژوهش حاضر با مطالعات قبلی مانند پژوهش‌های براون و ریان (۲۰۰۳)؛ اندرسون و همکاران (۲۰۰۷)؛ دکیزر و همکاران (۲۰۰۸)؛ گروسمن و همکاران (۲۰۱۰)؛ آقایی پور و همکاران (۱۳۹۹)؛ حیدری (۱۳۹۹)؛ خرمی راد و همکاران (۱۳۹۹) و محمدی و همکاران (۱۳۹۹) هم‌راستا است.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت؛ زیر نظر گرفتن دائم و بدون قضاوت حس‌های مربوط به اضطراب، بدون سعی در فرار یا اجتناب از آن‌ها می‌تواند باعث کاهش واکنش‌های هیجانی گردد که معمولاً توسط نشانه‌های اضطراب برانگیخته می‌شوند (کابات زین، ۱۹۹۸). «تیزدل» با ابداع شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، عقیده داشت آموزش ذهن‌آگاهی موجب عدم محوریت ذهن فرد نسبت به الگوهای فکری تکراری و همچنین کاهش نشخوار فکری که مشخصه تفکر بیماران افسرده است، می‌گردد. به این صورت که مهارت ذهن‌آگاهی افراد را متوجه افکار افسرده ساز خود می‌سازد و مجدداً افکار آن‌ها را به سایر جنبه‌های زمان حال، نظیر تنفس، راه‌رفتن هشیارانه یا صداها، محیطی، معطوف می‌سازد و از این طریق موجب کاهش نشخوار فکری می‌گردد. آگاهی ارتقا یافته نسبت به لحظه حاضر که از مهم‌ترین مهارت‌هایی است که در برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی مادران دارای سقط‌جنین آموزش داده می‌شود، انعطاف‌پذیری شناختی و رفتاری را تسهیل می‌کند و به او اجازه می‌دهد پاسخ‌های سازگاران‌تری به موقعیت‌ها بدهد و کمتر از پاسخ‌های عادت‌ی یا تکناشی استفاده کند. متخصصان سلامت روان معتقدند تمرین ذهن‌آگاهی منجر به تقویت عواملی مانند قضاوت نکردن، واکنشی رفتار نکردن و عمل با آگاهی می‌شود (کارمودی و همکاران، ۲۰۰۹). همان‌طور که پیش‌تر در فرض یک بدان اشاره شد، پریشانی روانی با برون‌ریزهای اضطراب و افسردگی همراه شده و قطعاً اضطراب و افسردگی بخشی از سازه کلی پریشانی روان‌شناختی است؛ برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، مداخلات مربوط به درمان شناختی را که مبتنی بر اصل «تغییر» هستند را با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی «ذن» که مبتنی بر اصل «پذیرش» است درآمیخته است. تمرین ذهن‌آگاهی که زیربنای آن پذیرش افکار ناخوشایند باتکیه بر فن‌شناخت درمانی و حالات هیجانی مختلف است، توانمندی مادر دارای سقط‌جنین در کنترل تأثیرپذیری از افکار و هیجان‌اتش را به طور چشمگیری بالا برده و به او اجازه می‌دهد طیف وسیعی از افکار و هیجان‌ات را بدون تجربه آشفتگی هیجانی، در ذهن تجربه کند.

منابع

۱. ابوترابی کاشانی، پریسا، نادری، فرح، صفرزاده، سحر، حافظی، فریبا، افتخار، زهرا. (۱۳۹۹). مقایسه تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی و تنظیم هیجانی بر تحمل پریشانی و اندیشه پردازی خودکشی در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. مجله دست آوردهای روان‌شناختی، ۲۷(۲)، ۶۹-۸۸.
۲. اسلام‌پناه محمدرضا، مهدیان حسین، جاجرمی محمود. بررسی برازش مدل خطرپذیری نوجوانان ایرانی در زمینه اعتیاد با تأکید بر کارکرد خانواده و طرح‌واره‌های ناسازگار، تحمل پریشانی و تنظیم هیجان. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی. ۱۳۹۸؛ ۱۳ (۵۴): ۶۷-۹۰.

۳. افشاری علی (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری زنان در سقط جنین مکرر. مجله نشر روان پرستاری؛ ۴ (۶): ۸-۲.
۴. آقائی پور گواسرائی، مانده، طاولی، آزاده، کمال، اکرم سادات، غفوری غلامی، زینب. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی سه روش درمانگری مبتنی بر طرحواره، شناختی - رفتاری و ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب و افسردگی همسران جانبازان. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۷(۱)، ۱۲۳-۱۳۴.
۵. پورفرج، مجید، محمودیان، طاهره. (۱۳۹۹). رابطه بین فراشناخت و فراهیجان با تحمل پریشانی: نقش واسطه‌ای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی. روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، ۱۶(۶۳)، ۳۳۳-۳۴۱.
۶. حسین رشیدی، بتول؛ ملک افضلی حسین، حق الهی فدیه، نقی جعفر آبادی مینا، اسلامی محمد، یزدان پناه مهدیه، نقی‌زاده محمد مهدی (۱۳۹۵) بررسی روند بروز حاملگی ناخواسته و سقط عمدی در تهران: ۱۳۹۳-۱۳۶۰. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی.
۷. حیدری رؤیا. مقایسه خستگی از شفقت، پریشانی روان‌شناختی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی در بین مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی و مادران کودکان غیرمبتلا. رویش روان‌شناسی. ۱۳۹۹؛ ۹ (۱): ۳۷-۴۶.
۸. خرمی راد اشرف، انصاری شهیدی مجتبی، رضایی جمالویی حسن، صادقی مقدم پروانه. تأثیر مراقبت تکاملی تلفیق شده با ذهن‌آگاهی بر استرس مادری و پیوند با نوزادان نارس بستری در بخش ویژه نوزادان. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم. ۱۳۹۹؛ ۱۴ (۱): ۶۱-۷۳.
۹. رزمجو پروانه (۱۳۹۴). بررسی ارتباط سابقه حاملگی از دست رفته با کیفیت زندگی و پریشانی روانی زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی. پایان‌نامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی جندی شاپور اهواز.
۱۰. عبدی، سلمان؛ باباپور خیرالدین، جلیل؛ فتحی، حیدر (۱۳۸۹). رابطه سبک‌های تنظیم هیجان شناختی و سلامت عمومی دانشجویان. مجله دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران. دوره ۸، شماره ۴ (مسلسل ۳۲)؛ از صفحه ۲۵۸ تا صفحه ۲۶۴.
۱۱. عبیری، فاطمه؛ شعیری، محمدرضا و فشارکی محمد (۱۳۹۷). روابط ساختاری سبک دلبستگی با پریشانی روان‌شناختی: نقش واسطه‌ای تنظیم شناختی هیجان. مجله روانشناسی بالینی، سال دهم، شماره ۳ (پیاپی، ۳۹)، صص ۶۳-۷۶.
۱۲. فروزش، فاطمه؛ یعقوبی، حمید؛ موتابی، فرشته؛ روشن، رسول؛ فشارکی، محمد و امیدی، عبدالله (۱۳۹۷). تأثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پریشانی روان‌شناختی، تنظیم هیجان و ارتقای رضایت زناشویی زنان سازگار. مطالعات روانشناسی بالینی، دوره ۸، شماره ۳۱، صص ۶۷-۹۰.
۱۳. قلندرزاده، زهرا، پورنقاش تهرانی، سید سعید. (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای پریشانی روان‌شناختی، راهبرد ارزیابی مجدد تنظیم هیجان و راهبرد سرکوبگری تنظیم هیجان در رابطه خشونت خانگی و عملکردهای شناختی در زنان قربانی خشونت. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۱۱(۲)، ۱-۲۱.
۱۴. محمدی، حانیه، سپهری شاملو، زهره، اصغری ابراهیم آباد، محمد جواد. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۱۴(۵۱)، ۲۷-۳۶.
۱۵. محمدی، رقیه، جوانمرد، غلامحسین، علی پور، احمد، زارع، حسین. (۱۳۹۹). اثر افزایشی ترکیب تمرینات تن آرامی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBR) و تحریک الکتریکی فرامغزی (CES) بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس مبتلایان به دیابت نوع ۲. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۱۵(۵۹)، ۱۰۹-۱۲۶.

16. Anderson, N. D., Lau, M. A., Segal, Z. V., & Bishop, S. R. (2007). "Mindfulness-based stress reduction And attentional control". *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14 (6), 449-463.
17. Carmody, J., Baer, R. A., Lykins, L. B. and Olendzki, N. (2009). "An Empirical Study of the Mechanisms of Mindfulness in a Mindfulness-Based Stress Reduction Program". *Clinical Psychology*, 65:615-626.
18. Dekeyser, M., Raes, F., Leijssen, M., Leysen, S., & Dewulf, D. (2008). "Mindfulness skills and interpersonal behaviour". *Personality and Individual Differences*, 44 (5), 1235-1245 doi: 10.1016/j. paid. 2007.11.018.
19. Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Van den Kommer, T. & Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and Symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25(6), 603-611.
20. Grossman, P., Kappos, L., Gensicke, H., D'Souza, M., Mohr, D. C., Penner, I. K., et al. (2010). "MS quality of life, depression, and fatigue improve after mindfulness training: A randomized trial". *Neurology*, 75 (13), 1141-1149.
21. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10:144-56.
22. Wupperman P, Marlatt GA, Cunningham A, Bowen S, Berking M, Mulvihill-Rivera N, et al. (2013). Mindfulness and modification therapy for behavioral dysregulation: results from a pilot study targeting alcohol use and aggression in women. *J Clin Psychol*, 68(1): 50-66.
23. Zhang, Y., Peters, A., & Chen, G. (2018). Perceived stress mediates the associations between sleep quality and symptoms of anxiety and depression among college nursing students. *International journal of nursing education scholarship*, 15(1), 1-9.