




اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی در دانشجویان دختر پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

شب‌نم نویدی پشتیبانی 

رمضان حسن زاده 

سیده علیا عمادبان 

hasanzadeh@iausari.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۰۲

دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۲۶

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۴ پیاپی ۱۸ | ۵۸۱-۵۹۳
پاییز ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(نویدی پشتیبانی و همکاران، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

نویدی پشتیبانی، شب‌نم، حسن زاده، رمضان، عمادبان، سیده علیا. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی در دانشجویان دختر پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت. *خانواده درمانی کاربردی*. ۴(۴)، ۵۸۱-۵۹۳.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی در دانشجویان دختر پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت انجام شد. **روش پژوهش:** طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه گواه است. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت دانشگاه‌های آزاد واحد گیلان در سال ۱۴۰۰ بود. از این بین تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در گروه آزمایش (طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت) و گواه به صورت تصادفی جایگزین شدند (۱۵ نفر در هر گروه). طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای براساس بسته آموزشی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) در گروه آزمایش انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه تحریفات شناختی الیس (۱۹۸۶) و پرسشنامه سبک اسنادی پیترسون و همکاران (۱۹۸۲) جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 و از طریق آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر تحریف‌های شناختی ($F=۳/۵۹$ و $P=۰/۰۳۵$) و اسنادهای علی ($F=۴۰/۳۰$ و $P<۰/۰۰۱$) دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت اثربخش است. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نقش باورها و افکار در اضطراب سلامت پیشنهاد می‌شود که درمانگران، طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت را در کاهش علائم تحریفات شناختی و اسنادهای علی مدنظر قرار دهند. **کلیدواژه‌ها:** طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت، تحریف‌های شناختی، اسنادهای علی.

مقدمه

دانشجویان پرستاری و مامایی در سراسر جهان، با چالش‌های متعددی در طول زندگی جمعی خود مواجه هستند که آسیب‌پذیری به بی‌ثباتی‌های احساسی یکی از این چالش‌ها است که ممکن است شامل سطوح بالایی از اضطراب باشد (رز و همکاران، ۲۰۱۸). عامل اضطراب‌آور در دانشجویان ورود به دانشگاه، سختی‌ها و تلاش برای موفقیت در اتمام دروس می‌باشد. در این بین دانشجویان پرستاری و مامایی در معرض اضطراب و استرس بیشتری به دلیل حجم بالای دروس و کارآموزی‌ها قرار دارند. در کشورهای مختلف، شیوع استرس و اضطراب و مشکلات مرتبط با آنها، در میان دانشجویان علوم پزشکی متغیر بوده و دامنه‌ای از ۱۹٪ تا ۲۵٪ را دربرمی‌گیرد (پوزوس-رادیلو و همکاران، ۲۰۱۴). پرستاران به‌عنوان تنها گروه حرفه‌ای که در طول ۲۴ ساعت شبانه‌روز، خدمات خود را به‌صورت مستمر ارائه می‌کنند، از یک سو حفظ سلامت افراد را به عهده داشته و از سوی دیگر هماهنگ‌کننده فعالیت سایر اعضای تیم بهداشتی درمانی می‌باشند (مختاری، مویدی و گلی‌طالب، ۲۰۲۰). تحقیقات نشان داده که رویارویی دائمی با بیماران، داشتن مسئولیت سلامت انسان‌ها، انجام فرایندهای بالینی، مواجهه با بیماران در حال احتضار، برخورد با موقعیت‌های اضطراری و اورژانس، می‌تواند باعث کاهش عملکرد مطلوب پرستاران شود و بر سلامتی روانی و جسمانی آنها تأثیر بگذارد (تساراس و همکاران، ۲۰۱۸). اضطراب سلامت^۱ همان‌طور که انتظار می‌رود یعنی نگرانی در مورد سلامتی خود و هیپوکندریا^۲ یعنی اضطراب شدید در مورد سلامتی و معمولاً باعث ایجاد ناراحتی قابل‌ملاحظه‌ای می‌شود و عملکرد روزمره فرد را مختل می‌کند (ایسیک و همکاران، ۲۰۲۱).

عوامل زیادی می‌توانند سبب بروز انواع اختلالات اضطرابی شوند. از جمله عوامل قابل‌بررسی در این پژوهش که می‌تواند نقش مؤثری در اضطراب سلامت داشته باشد، تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی است (یوکسل و بهادیر-یلماز، ۲۰۱۹). تحریف‌های شناختی^۳، الگوهای تفکر اغراق شده یا غیرمنطقی هستند که برای فرد نهادینه شده‌اند و باعث وضعیت ناخوشایند روانی فرد مخصوصاً افسردگی، اضطراب و غیره می‌شوند. رایج‌ترین تحریف‌های شناختی که بک به آنها اشاره می‌کنند شامل تفکر هیچ یا همه چیز، تعمیم افراطی، فیلترهای ذهنی، بی‌اعتبار کردن نکات مثبت، زود نتیجه‌گیری کردن، بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی، استدلال هیجانی، بایدها و نبایدها، برچسب‌زنی و بر خود گرفتن هستند (آیدین و آکگون، ۲۰۲۱). بخش قابل‌توجهی از علل ناکامی‌ها و اضطراب‌ها در افراد جامعه را باید در باورها و نگرش‌های افراد نسبت به خود، محیط، تحصیلات و دیگر عوامل جستجو کرد. باورهای غیرمنطقی باعث ایجاد اشتغال خاطر، تحلیل انرژی ذهنی، عدم تمرکز حواس، ایجاد تفکر زائد و کاهش اعتمادبه‌نفس می‌گردد. الیس اضطراب و اختلالات عاطفی را نتیجه طرز تفکر غیرمنطقی و غیرعقلانی می‌داند. به نظر او افکار و عواطف کنش‌های متفاوت و جداگانه نیستند. از این‌رو تا زمانی که تفکر غیرمنطقی ادامه دارد اختلالات عاطفی نیز به قوت خود باقی خواهد ماند (کاراکاس و کینگول، ۲۰۲۱).

از عوامل دیگری که می‌تواند در دانشجویان پرستاری و مامایی دارای اضطراب سلامت نقش داشته باشد، اسنادهای علی می‌باشد، نظریه اسنادی، روی آوردی شناختی - انگیزشی است که روند ادراک علیت را در

1. Health Anxiety
2. Hypochondria
3. Cognitive distortions

فرد بررسی می‌کند. در واقع، مفهوم سبک اسناد به سبک تبیینی اشاره می‌کند که افراد معمولاً برای رویداد معینی ارائه می‌دهند (گیسبرس و همکاران، ۲۰۲۱). واینر (۲۰۱۰) سه بعد را برای اسناد دادن در نظر می‌گیرد که هر یک، خاصیت دوقطبی دارد. بعد مکان کنترل که دو قطب درونی در برابر بیرونی دارد؛ این بعد مطرح می‌کند که آیا اسنادها به عوامل درون شخص مرتبط است یا بیرون شخص. بعد ثبات به این توجه می‌کند که یا علت ثابت می‌ماند یا در طول زمان تغییر می‌کند (اسمیت و همکاران، ۲۰۲۱). بعد با ثبات - بی‌ثبات بودن بیان می‌کند که آیا عواملی که موجب شکست یا موفقیت می‌شود پایدار و دائمی است یا ناپایدار. از طرفی باید خاطر نشان کرد که در ارتباط با بعد ثبات، بعد کلیت نیز مطرح می‌شود که پژوهشگران درماندگی آموخته شده آن را تعریف کرده‌اند (لی و همکاران، ۲۰۲۱). این بعد نیز خاصیت دوقطبی کلی اختصاصی دارد که مشخص می‌کند آیا این اسناد، گستره وسیعی از موفقیت‌ها را تأثیر قرار می‌دهد یا فقط بر یک موقعیت خاص تأثیر می‌گذارد (واینر، ۲۰۱۰). آخرین بعد، کنترل‌پذیری است که اموری که افراد قادر به کنترل آن هستند یا امور خارج از کنترل افراد را نشان می‌دهد؛ مثل خلق، فعالیت دیگران، شانس و غیره (واینر، ۲۰۱۰). در واقع، این بعد بیانگر انتظار فرد از میزان کنترلی است که در آینده روی یک علت دارد. افزون بر ابعاد مطرح‌شده در ارتباط با سبک‌های اسناد، یکی دیگر از بحث‌های مطرح‌شده در نظریه اسناد، دیدگاه درماندگی آموخته شده است. درماندگی آموخته شده، سبک اسنادی بدبینی را بیان می‌کند که به وقایع منفی، عوامل درونی، باثبات و کلی در مقابل عوامل بیرونی، بی‌ثبات و خاص نسبت داده می‌شود (مک‌لاگالین و همکاران، ۲۰۱۰). افرادی که دچار درماندگی آموخته شده هستند، این موضوع را باور ندارند که تلاش و کوشش با موفقیت رابطه دارد. آن‌ها فکر می‌کنند که هر کاری انجام دهند، موفق نخواهند شد. این افراد معمولاً به منبع درونی کنترل شکست معتقدند. در مقابل این اسناد، سبک اسناد خوش‌بینی وجود دارد؛ این افراد باور دارند که تلاش و کوشش با موفقیت رابطه دارد و معمولاً خود را هسته و مرکز کنترل حوادث می‌دانند (کالست و همکاران، ۲۰۱۸). اسنادهای علی را برخی یک متغیر شخصیتی نسبتاً پایدار می‌پندارند که دارای مبنای شناختی است و نشان‌دهنده این است که افراد چگونه رویدادهای ناگوار زندگی خود را تبیین می‌کنند. برای همه رویدادهای ناگوار اتفاق می‌افتند ولی افراد مختلف، این موقعیت‌ها را که از نظر خاستگاه پایداری و کنترل‌پذیری تفاوت دارند، توجیه می‌کنند (لی و همکاران، ۲۰۲۱).

تکنیک‌های متمرکز بر ذهنیت، بخش مکمل طرحواره درمانی هستند. ذهنیت، مجموعه‌ای از طرحواره‌ها یا عملیات طرحواره‌ای سازگار یا ناسازگار است که در حال حاضر در ذهن وجود دارد (رفتار علی‌آبادی و شاره، ۲۰۲۲). یانگ (۱۹۹۹) ذهنیت‌های طرحواره‌ای را پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و یا رفتارهای سالمی تعریف می‌کند که در حال حاضر در ذهن فعال می‌باشند. خورشید زاده و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی تک موردی، اثربخشی طرحواره درمانی را در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مورد مطالعه قراردادند و شاهد کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه در تمامی حوزه‌های طرحواره و در نتیجه کاهش شدت آماج‌های اصلی درمان بودند. ذهنیت‌های طرحواره‌ای، طرحواره‌ها یا عملکردهای طرحواره‌ای سازگار یا ناسازگاری هستند که به طور موقت در سیستم پردازش اطلاعات فرد فعال شده‌اند. این ذهنیت‌ها حالات هیجانی و پاسخ‌های مقابله‌ای لحظه‌به‌لحظه‌ای هستند که توسط موقعیت‌ها (گره‌های هیجانی) برانگیخته می‌شوند و شامل چهار گروه کلی ذهنیت‌های کودکانه، ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمد، ذهنیت‌های والد ناکارآمد و ذهنیت بزرگسال سالم هستند (شاه‌مرادی و همکاران، ۲۰۱۹). ذهنیت‌های کودکانه شامل ذهنیت

کودک آسیب‌پذیر، کودک عصبانی، کودک غضبناک، کودک تکانشگر، کودک بی‌انضباط و کودک شاد هستند. تمامی ذهنیت‌های کودکانه ذاتی و همگانی هستند و تمام افراد با نیرویی بالقوه برای نشان دادن این ذهنیت‌ها متولد می‌شوند (کاتز و تونر، ۲۰۱۳). پژوهش‌ها نشان داده است که نقش باورهای افراد در بیماری و تغییر باورها و ادراکات آن‌ها می‌تواند زندگی بهتر و سازگاری بیشتری به همراه داشته باشد. بنابراین این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی در دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت انجام شد. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

- ۱- آیا اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی در دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟
- ۲- آیا اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی در دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت دانشگاه‌های آزاد واحد گیلان در سال ۱۴۰۰ بود. از این بین تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در یک گروه آزمایش (طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت) و گواه به صورت تصادفی جایگزین شدند (۱۵ نفر در هر گروه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دانشجوی پرستاری یا مامایی بودن؛ تشخیص اضطراب سلامت بر اساس نمره آن‌ها در پرسش‌نامه اضطراب سلامت و همچنین بر اساس مصاحبه بالینی؛ نداشتن بیماری روان‌پزشکی غیر از اضطراب سلامت؛ دامنه سنی بین ۱۸ الی ۵۰ سال؛ تکمیل موافقت‌نامه رضایت آگاهانه جهت شرکت در طرح پژوهش و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم رضایت برای شرکت در مطالعه؛ غیبت بیش از دو جلسه در درمان؛ عدم دریافت درمان یا مداخلات مشابه به صورت همزمان یا سه ماه قبل بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه تحریف‌های شناختی. این پرسشنامه یک پرسشنامه استاندارد شده توسط آلبرت الیس طراحی و ساخته شده است و شامل ۲۰ عبارت است که به سنجش تحریف‌های شناختی می‌پردازد. در این پرسش‌نامه هر تفکر نامعقول ۲ عبارت را به خود اختصاص داده است. به این ترتیب عبارات؛ تحریف شماره ۱ (تفکر همه یا هیچ)، تحریف شماره ۲ (تعمیم مبالغه‌آمیز)، تحریف شماره ۳ (فیلتر ذهنی)، تحریف شماره ۴ (بی‌توجهی به امر مثبت)، تحریف شماره ۵ (نتیجه‌گیری شتاب‌زده)، تحریف شماره ۶ (درشت‌بینی - ریزبینی)، تحریف شماره ۷ (استدلال احساسی)، تحریف شماره ۸ عبارات (باید؛ بهتر) است، تحریف شماره ۹ (برچسب زدن) و تحریف شماره ۱۰ (شخص‌سازی)، را مورد سنجش قرار می‌دهند. آزمودنی‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت؛ کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم به سوالات پاسخ می‌دهند و نمره‌ای برابر با صفر تا پنج می‌گیرند. از جمع نمرات خرده مقیاس‌ها نمره کل به دست می‌آید. کسب نمرات کمتر نشان‌دهنده تحریف شناختی بیشتر در هر یک از ابعاد است (الیس، ۱۹۸۶). برای تعیین

همسانی درونی پرسشنامه زندگی پیام و میرزایی دوستان (۲۰۱۹) با استفاده از آلفای کرونباخ میزان آن را برابر با ۰/۸۰ محاسبه کرد. در این پژوهش، ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمده است.

۲. پرسشنامه سبک اسنادی (۱۹۸۲). پرسشنامه سبک اسنادی (ASQ) پیترسون و همکاران (۱۹۸۲) به منظور اندازه‌گیری اسنادهای خوش‌بینانه و بدبینانه در افراد پرسش‌نامه سبک اسنادی را گسترش دادند. در این ابزار که شامل دوازده موقعیت مفروض است، نیمی از موقعیت‌ها مثبت و نیمی دیگر منفی هستند. مشارکت‌کنندگان در این پرسش‌نامه به هر یک از سؤال‌ها بر روی یک طیف هفت‌درجه‌ای از «۱» تا «۷» پاسخ می‌دهند. در مطالعه یزدان پناه و همکاران (۲۰۱۱) نتایج تحلیل عاملی تأییدی پرسش‌نامه سبک‌های اسنادی نشان داد که ساختار عاملی این پرسش‌نامه برای موقعیت‌های مثبت و منفی شامل سه بعد درونی/بیرونی، پایدار/ناپایدار و فراگیر/ویژه بود. در مطالعه حاضر، ضرایب همسانی درونی مقیاس‌های درونی/بیرونی پایدار/ناپایدار و فراگیر/ویژه برای موقعیت‌های منفی به ترتیب برابر با ۰/۶۵، ۰/۶۵ و ۰/۷۹ و همچنین، ضرایب همسانی درونی مقیاس‌های درونی/بیرونی پایدار/ناپایدار و فراگیر/ویژه برای موقعیت‌های مثبت به ترتیب برابر با ۰/۷۰، ۰/۶۹ و ۰/۶۵ به دست آمد. در این پژوهش، ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمده است.

۳. طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت. محتوای طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار مبتنی بر اتحاد درمانی، شناسایی و ردیابی ریشه‌ای ذهنیت‌ها، بازوالدینی حد و مرزدار و همچنین راهبردهای شناختی، تجربی و الگوشکنی رفتاری می‌باشد. این پروتکل درمانی با نظر متخصصین بالینی و بهره‌گیری از منابع معتبر (۲۵) به تفکیک جلسات و به صورت جدول شماره ۱ تدوین و اجرا خواهد گردید.

جدول ۱. محتوای جلسات طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار به تفکیک جلسه (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳)

عنوان	هدف	محتوا	تکلیف
جلسات اول و دوم	ایجاد رابطه درمانی و آموزش رویکرد طرحواره محور	- همدلی و پذیرش جهت تسهیل پیوند بازوالدینی بیمار	ارائه پرسش‌نامه‌های طرحواره محور
جلسات سوم و چهارم	شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه	- تعیین و شناسایی مستمر یادگیری‌ها و تجارب اولیه مرتبط با مشکلات فعلی	فرزندپروری طرحواره و سبک
جلسات سوم و چهارم	ارزیابی ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و شناسایی سبک‌های مقابله‌ای	- واریسی پرسش‌نامه‌ها به همراه بیمار، بحث و تبادل نظر در مورد آن‌ها	ارائه پرسش‌نامه‌های سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت به بیمار
جلسه پنجم	مفهوم‌سازی مشکل مراجع بر اساس رویکرد طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت	- شناسایی و نام‌گذاری ذهنیت‌ها، ردیابی مستمر آن‌ها	تکمیل و واریسی پرسش‌نامه ذهنیت به همراه بیمار
	آگاه کردن بیمار از رنج هیجانی و ارزیابی پیامدهای منفی	- استفاده از شکایت‌های فعلی به‌عنوان اهرم برای ادامه درمان	

<p>- نوشتن پیامدهای آن و مرور آنها</p> <p>- تشویق بیمار به ادامه درمان و تأکید بر پیامدهای منفی</p> <p>- به‌کارگیری تکنیک تصویرسازی ذهنی</p> <p>- پیوند درمانگر با "ذهنیت" کودک تنها</p>	<p>آشناسازی بیمار با ذهنیت "کودک تنها" و کاوش ریشه‌های تحولی ذهنیت‌ها</p>	
<p>تدوین کارت آموزشی</p>	<p>- استفاده از تکنیک‌های شناختی جهت بی‌اعتبارسازی طرحواره‌های غالب</p> <p>- ایجاد فضای توجه مثبت بی‌قیدوشرط همراه بی‌توجهی به کمال‌گرایی و خاص بودن بیمار</p> <p>- به‌کارگیری تکنیک بازوالدینی حد و مرزدار به‌صورت مستمر در برابر طرحواره‌های نقص و محرومیت هیجانی</p>	<p>جلسات ششم و هفتم</p> <p>آموزش مذاکره بین ذهنیت‌ها</p> <p>ارتباط با ذهنیت کودک آسیب‌پذیر و ماندن با ذهنیت کودک تنها</p>
	<p>- استفاده از رویکرد جراتمندانانه</p> <p>- به‌کارگیری محتاطانه تکنیک رویارو سازی همدلانه در مقابل بیمار</p> <p>- بازگو کردن حقوق به‌صورت مؤدبانه و جراتمندانانه از طرف درمانگر</p>	<p>جلسات هشتم و نهم</p> <p>رویارو سازی بیمار با سبک چالش‌زا</p>
<p>- تهیه لیست مهارت‌ها و دستاوردهای درمانی</p>	<p>- تأکید بر مهارت‌های آموخته بیمار</p> <p>- ترغیب آزمودنی‌ها در جهت رهاکردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای سازگارانه</p>	<p>جلسه دهم</p> <p>کمک به بیمار برای تعمیم دستاوردهای درمان به محیط واقعی و پیشگیری از عود</p>

شیوه اجرا. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت‌کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که بیشترین افراد پاسخ‌دهنده دارای سن ۱۸ تا ۲۸ سال بودند و کمترین افراد دارای ۳۸ تا ۴۸ سال هستند که در این پژوهش سقف سنی ۵۰ در نظر گرفته شده است. این نشان می‌دهد افراد با سن جوان در این پژوهش شرکت داشته‌اند. در این پژوهش ۵۵ درصد افراد دارای سن ۱۸ تا ۲۸ سال بودند.

جدول ۲. شاخص‌های آماری خرده مقیاس‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه	متغیرهای پژوهش	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گواه	تحریف‌های شناختی	۲۹/۹۵	۶/۰۰	۳۰/۸۵	۶/۵۳	۳۰/۵۸	۷/۰۰
	اسنادهای علی	۳۶/۸۹	۷/۱۷	۳۵/۵۱	۶/۴۵	۳۶/۰۰	۷/۶۶
آزمایش	تحریف‌های شناختی	۲۷/۷۳	۵/۴۴	۳۳/۲۸	۷/۵۳	۳۴/۲۰	۷/۴۹
	اسنادهای علی	۳۵/۱۱	۶/۲۳	۴۱/۵۱	۷/۴۵	۴۰/۸۹	۷/۱۷

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی در دو گروه طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و گروه گواه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنوف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	آماره معناداری	درجه آزادی	آماره معناداری	موخلی	آماره معناداری
تحریف‌های شناختی	آزمایش	۱۵	۰/۶۹	۲۸	۰/۳۸	۲/۱۱	۰/۶۷
	گواه	۱۵	۰/۷۵	۲۸	۰/۴۴	۰/۲۶۷	۰/۲۳
اسنادهای علی	آزمایش	۱۵	۰/۸۰	۲۸	۰/۵۰	۲/۴۴	۰/۸۶
	گواه	۱۵	۰/۶۴	۲۸	۰/۳۵	۰/۲۰	۰/۲۵

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری
تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
تحریف‌های شناختی	زمان	۳۹۱۳/۳۴	۱/۰۵	۳۷۱۴/۶۵	۲۸۴/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶
	زمان*گروه	۲۵۷۹/۰۶	۲/۱۰	۱۲۲۴/۰۶	۹۳/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰
	گروه	۲۶۷۹/۰۱	۲	۱۳۳۹/۵۰	۳/۵۹	۰/۰۳۶	۰/۱۳
اسنادهای علی	زمان	۱۵۹/۰۱	۱/۳۸	۱۱۵/۰۴	۱۴۷/۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶
	زمان*گروه	۹۰/۹۸	۲/۷۶	۳۲/۹۱	۴۲/۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵
	گروه	۱۰۱۲/۳۴	۲	۵۰۶/۱۷	۴۰/۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴

نتایج جدول ۴ بیان‌گر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) معنادار است و بین گروهی معنادار است. این نتایج به آن معنی است که با در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان نیز به تنهایی معنادار است. همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است که، همچنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی

متغیر	گروه	مراحل	پس‌آزمون	پیگیری
تحریف‌های شناختی	آزمایش	پیش‌آزمون	۴/۲۰*	۵/۷۷*
		پس‌آزمون	-	۰/۶۹
	گروه‌گواه	پیش‌آزمون	۰/۱۹	۰/۲۷
		پس‌آزمون	-	۰/۴۹
اسنادهای علی	آزمایش	پیش‌آزمون	۴/۶۰*	۴/۷۵*
		پس‌آزمون	-	۰/۱۵
	گروه‌گواه	پیش‌آزمون	۰/۶۹	۰/۸۶
		پس‌آزمون	-	۰/۹۱

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که نمره متغیر تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون، پایین‌تر از گروه گواه است. به عبارت دیگر گروه آزمایش اثربخشی بالا بر روی کاهش تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی داشته است. همچنین این نتایج نشان می‌دهند که اثربخشی طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهنیت بر تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی در مرحله پیگیری در طول زمان پایدار مانده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی در دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت انجام شد. یافته‌ها نشان داد که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی در دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت موثر بود. نتایج با یافته‌های رولوفز، موریس و لوبستل (۲۰۱۶) و کیم و همکاران (۲۰۲۰) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تحریف‌های شناختی با اضطراب سلامت ارتباط دارد و موجب درک منفی از هیجان‌ها، موقعیت‌ها و افزایش آسیب‌پذیری فرد در برابر اختلالات می‌شود (سادوک، سادوک و رویز، ۲۰۱۵). در طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت هنگامی که یک هیجان برانگیخته می‌شود، تفسیرها، واکنش‌ها و راهبردهای تنظیم هیجان تعیین خواهند کرد که آیا این هیجان تداوم خواهد یافت، تشدید شده و یا کاهش می‌یابد (رفتارعلی‌آبادی و شاره، ۲۰۲۲). در طی جلسات درمانی، تحریف‌های شناختی فاجعه‌سازی، سرزنش خود، نشخوارفکری و باورهای نظیر کنترل اضطراب، ترکیب فکر و عمل در افراد گروه‌های آزمایش مورد بررسی قرار گرفت. تحقیقات نشان داده است که تحریف‌های شناختی منجر به شکل‌گیری و تداوم اضطراب می‌گردد (کوک، مه‌یر و نولز، ۲۰۱۹). در طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت در ابتدای درمان باید مفهوم‌سازی موردی انجام گیرد، به این صورت که مسائل و نشانه‌های بیماران، الگوهای بین‌فردی‌شان، هیجان‌ات مشکل‌سازشان و اطلاعات تاریخچه‌ای مرتبط با آنها به وضوح ترسیم شود. شواهد حاکی از این است که عوامل متعددی می‌توانند منجر به اختلال در نظم‌جویی هیجان و زمینه‌ساز تحریف‌های شناختی شوند. همچنین، اختلال در نظم‌جویی هیجان با دشواری و عدم توانایی در مقابله با تجربه و پردازش هیجان‌ها و به نوعی زمینه‌ساز تحریف شناختی خواهد شد، مشخص می‌شود؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد، به‌کارگیری طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت می‌تواند نقش اساسی در کاهش تحریف‌های شناختی داشته باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بحث الگوی مبتنی بر ذهنیت‌ها با ذهنیت کودک آسیب‌پذیر و متعاقب آن با ذهنیت والد تنبیه‌گر یا پرتوقع شروع می‌شود. این توالی در ابتدا به اعتباربخشی هیجان‌ات منفی بیمار می‌پردازد؛ حتی در زمانی که هنوز قادر نیست تا این هیجان‌ات را در جلسات درمانی ابراز کند. اعتباربخشی معمولاً پایه خوبی برای قدم بعدی قلمداد می‌شود. به عبارت دیگر، مواجهه‌سازی بیمار با ذهنیت‌های مقابله‌ای. این مواجهه‌سازی اغلب نه برای بیمار و نه برای درمانگر کار راحتی نیست؛ چرا که مستلزم بحث آزاد و بی‌پرده با بیمار درباره بخش‌هایی است که نه مثبت‌اند و نه کارآمد. معمولاً بیماران زمانی این بخش‌ها را راحت‌تر می‌پذیرند که پیش‌تر، رنج روان‌شناختی‌شان کاملاً و به‌طور مبسوط مورد تأیید قرار گرفته باشد. در نهایت، ذهنیت بزرگسال سالم مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد که تأیید می‌کند که بیماران جنبه‌های کارآمد و اثربخشی هم دارند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). بنابراین، به نظر می‌رسد طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بتواند نقش مهمی در ایجاد الگوهای ذهنیت طرحواره‌ای کارآمد افراد برای کنترل و اقدام هیجان‌اتشان داشته باشد و با توجه به تحقیقات انجام شده در زمینه اسنادهای علی، انتساب‌های کنترل‌پذیر و درونی و پایدار در موفقیت از جمله عواملی است که باعث افزایش اسنادهای علی می‌شود و فرد با درونی کردن و کنترل‌پذیر و پایدار دانستن آن می‌تواند، باعث افزایش هیجان‌های مثبت شده و اسنادهای علی افزایش می‌یابد و چون انتساب بیرونی موفقیت موجب کاهش اسنادهای علی و انتساب‌های کنترل‌ناپذیر و ناپایدار شکست موجب افزایش آن است فرد می‌تواند به

منظور افزایش اسنادهای علمی موفقیت‌ها را به توانایی خود نسبت دهد و شکست‌ها را کنترل‌ناپذیر و ناپایدار. شناخت و اسناد صحیح هیجان‌ها از اجزای تفکیک‌ناپذیر روابط بین‌فردی است. نارسایی در اسنادهای علمی مشکلات متعددی ایجاد می‌کند. بر این اساس، می‌توان این احتمال را مطرح کرد که اسناد منفی و نقص و ناتوانی در شناخت هیجان‌ها و عواطف، زمینه‌ساز ایجاد مشکلات اضطرابی خواهد بود (رفتارعلی‌آبادی و شاره، ۲۰۲۲).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: با توجه به اینکه این پژوهش تنها میان دانشجویان پرستاری و مامایی صورت گرفته است؛ لذا در تعمیم نتایج لازم است با احتیاط عمل شود. زیرا ممکن است در جامعه‌ای دیگر نتایج متفاوتی ارائه گردد. دامنه سنی بین ۱۸ الی ۵۰ سال یکی از عواملی است که ممکن است در ارائه نتایج تفاوت زیادی را ارائه دهد؛ لذا لازم است تفکیک گروه‌های سنی با دقت بیشتری صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، عدم توجه به عامل تحصیلات افراد نیز می‌تواند در پژوهش‌های آتی مورد توجه قرار گیرد. زیرا درک افراد با مدرک عالی و ترم‌های بالاتر و دانشجویان ترم‌های اول از پاسخ به سؤالات متفاوت است. با توجه به اینکه پژوهش بر روی جامعه دانشجویی انجام شده است، پیشنهاد می‌شود در جامعه‌های غیردانشجویی نیز انجام شود و نتایج حاصله با نتایج این تحقیق مقایسه گردد. انجام پژوهش‌های مشابه با نمونه‌ای جامع‌تر در جوامع متفاوت، کنترل متغیرهای دموگرافیک، بهره‌گیری از مداخلات فردی و افزایش تعداد جلسات به‌عنوان پیشنهاد‌های بنیادین و برگزاری جلسات آموزشی و ارائه پیام‌هایی با رویکرد شناختی - رفتاری و طرحواره محور برای مدارس و والدین و تمامی نهادهای مربوطه به عنوان کاربردهای پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سیاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از طرح پژوهشی نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به تصویب رسیده است. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

References

- Aydın, A., & Akgün, B. M. (2021). Interpersonal cognitive distortions and family role performances in spouses during COVID-19 pandemic process in Turkey. *Perspectives in psychiatric care*.
- Cook, S. I., Meyer, D., & Knowles, S. R. (2019). Relationships between psychoevolutionary fear of evaluation, cognitive distortions, and social anxiety symptoms: A preliminary structural equation model. *Australian Journal of Psychology*, 71(2), 92-99.
- Ellis, T. E. (1986). Toward a cognitive therapy for suicidal individuals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17(2), 125.
- Giesbers, A. S., Schouteten, R. L., Poutsma, E., van der Heijden, B. I., & van Achterberg, T. (2021). Towards a better understanding of the relationship between feedback and nurses' work engagement and burnout: A convergent mixed-methods study on nurses' attributions about the 'why' of feedback. *International Journal of Nursing Studies*, 117, 103889.
- Gollust, S. E., Cunningham, B. A., Bokhour, B. G., Gordon, H. S., Pope, C., Saha, S. S.,... & Burgess, D. J. (2018). What causes racial health care disparities? A mixed-methods study reveals variability in how health care providers perceive causal attributions. *Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 0046958018762840.
- Işık, O., Tengilimoğlu, D., Tosun, N., Zekioğlu, A., & Tengilimoğlu, O. (2021). Evaluating the Factors (Stress, Anxiety and Depression) Affecting the Mental Health Condition of Nurses During the COVID-19 Pandemic. *Evaluation & the Health Professions*, 01632787211062660.
- Karakaş, M., & Çingöl, N. (2021). The relationship of childhood trauma experiences with cognitive distortions and sense of coherence in nursing students. *Perspectives in psychiatric care*.
- Katz, D., & Toner, B. (2013). A systematic review of gender differences in the effectiveness of mindfulness-based treatments for substance use disorders. *Mindfulness*, 4(4), 318-331.
- Kim, J. H., Choo, W., & Song, H. O. (2020, November). Puzzle mix: Exploiting saliency and local statistics for optimal mixup. In *International Conference on Machine Learning* (pp. 5275-5285). PMLR.
- Lee, Y., Jeon, Y. W., Im, E. O., & Baek, J. M. (2021). Causal attributions and quality of life of Korean breast cancer survivors. *Asian Nursing Research*, 15(1), 53-59.
- Li, Y., & He, Q. (2021). Is Mental Illness like Any Other Medical Illness? Causal Attributions, Supportive Communication and the Social Withdrawal Inclination of People with Chronic Mental Illnesses in China. *Health Communication*, 36(14), 1949-1960.
- McLaughlin, E., Lefavre, M. J., & Cummings, E. (2010). Experimentally-induced learned helplessness in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of pediatric psychology*, 35(4), 405-414.
- Mokhtari, R., Moayedi, S., & Golitaleb, M. (2020). COVID-19 pandemic and health anxiety among nurses of intensive care units. *International journal of mental health nursing*, 29(6), 1275.
- Peterson, C., Semmel, A., Von Baeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Seligman, M. E. (1982). The attributional style questionnaire. *Cognitive therapy and research*, 6(3), 287-299.

- Pozos-Radillo, B. E., de Lourdes Preciado-Serrano, M., Acosta-Fernández, M., de los Ángeles Aguilera-Velasco, M., & Delgado-García, D. D. (2014). Academic stress as a predictor of chronic stress in university students. *Psicología educativa*, 20(1), 47-52.
- Raftar Aliabadi, M. R., & Shareh, H. (2022). Mindfulness-based schema therapy and forgiveness therapy among women affected by infidelity: A randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, 32(1), 91-103.
- Roelofs, J., Muris, P., & Lobbetael, J. (2016). Acting and feeling like a vulnerable child, an internalized “bad” parent, or a healthy person: The assessment of schema modes in non-clinical adolescents. *Journal of personality disorders*, 30(4), 469-482.
- Ruz, M. E. A., Al-Akash, H. Y., & Jarrah, S. (2018). Persistent (anxiety and depression) affected academic achievement and absenteeism in nursing students. *The open nursing journal*, 12, 171.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. and Ruiz, P. (2015). *Selective serotonin reuptake inhibitors. s of Psychiatry*, LWW.
- Shahmoradi, Z., Khaleghipour, S., & Masjedi, M. (2019). Comparing Effectiveness of “Schema Therapy” and “Mindfulness-Based Cognitive Therapy” on Maladaptive Schemas and General Health in Patients with Vitiligo. *Journal of Health Promotion Management*, 7(6), 42-52.
- Smith, C. E., Kajumba, M., Bobholz, S., Smith, P. J., Kaddumukasa, M., Kakooza-Mwesige, A.,... & Koltai, D. C. (2021). Pluralistic and singular causal attributions for epilepsy in Uganda. *Epilepsy & Behavior*, 114, 107334.
- Tsaras, K., Papataniasiou, I. V., Vus, V., Panagiotopoulou, A., Katsou, M. A., Kelesi, M., & Fradelos, E. C. (2018). Predicting factors of depression and anxiety in mental health nurses: a quantitative cross-sectional study. *Medical Archives*, 72(1), 62.
- Weiner, B. (2010). The development of an attribution-based theory of motivation: A history of ideas. *Educational psychologist*, 45(1), 28-36.
- Yazdanpanah, A., Ghasemi, A., Siamian, H., & Javadian, M. (2011). The study of the attributional style of the students studying in Mazandaran University of Medical Sciences in 2008-2009. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 21(82), 84-88.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy*. New York: Guilford, 254.
- Yüksel, A., & Bahadır-Yılmaz, E. (2019). Relationship between depression, anxiety, cognitive distortions, and psychological well-being among nursing students. *Perspectives in psychiatric care*, 55(4), 690-696.
- Zandi Payam, A., & Mirzaeidoostan, Z. (2019). Online game addiction relationship with cognitive distortion, parenting style, and narcissistic personality traits in students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 25(1), 72-83.

The Effectiveness of Mindfulness-Based Schema Therapy on Cognitive Distortions and Causal Attributions in Nursing and Midwifery Students with Health Anxiety

Shabnam. Navidi Poshtiri¹, Ramezan. Hasanzadeh^{2*} & Seyedeh Olia. Emadian³

Abstract

Aim: The aim of this study was to investigate the effectiveness of mindfulness-based schema therapy on cognitive distortions and causal attribution in nursing and midwifery students with health anxiety. **Method:** The research design is quasi-experimental with pre-test-post-test design and three-month follow-up with the control group. The statistical population included all nursing and midwifery students with health anxiety in Guilan Branch of Azad University in 2021. Among them, 30 people were selected by available sampling method and were randomly replaced in the experimental group (mentality-based schema therapy) and the control group (15 people in each group). Mentally based schema therapy was performed in 10 sessions of 90 minutes based on Young et al. (2003) training package in the experimental group. Data were collected using Ellis's Cognitive Distortion Questionnaire (1986) and the Attribution Style Questionnaire of Peterson et al. (1982). Data were collected using cognitive distortions by Ellis, Peterson et al. Data were analyzed using SPSS-22 software and repeated measures analysis of variance. **Results:** The results showed that mentally based schema therapy was effective on cognitive distortions ($F= 3.59, P= 0.035$) and causal attributions ($F=40.30, P<0.001$) of nursing and midwifery students with health anxiety. **Conclusion:** Considering the role of beliefs and thoughts in health anxiety, it is suggested that therapists consider mindfulness-based therapeutic schemas in reducing the symptoms of cognitive distortions and causal attributions.

Keywords: *Schema therapy based on mentality, cognitive distortions, causal attributions.*

1. PhD student, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

2. *Corresponding author: Department of psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Email: hasanzadeh@iausari.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran