



Comparing the effectiveness of mindfulness-based schema therapy and acceptance and commitment therapy on cognitive distortions and causal attributions in nursing and midwifery students with health anxiety

Shabnam. Navidi Poshtiri¹, Ramezan. Hassanzadeh*², Seyedeh Olia. Emadian³

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

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

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

ARTICLE INFORMATION

Article type

Original research

Pages: 57-71

Corresponding Author's Info
Email: Rhassanzadehd@yahoo.com

Article history:

Received: 2022/07/14

Revised: 2022/08/27

Accepted: 2022/10/15

Published online: 2022/11/25

Keywords:

schema therapy, acceptance and commitment therapy, cognitive distortions, causal attributions, students.

ABSTRACT

Background and Aim: Nursing is one of the professions that is always faced with numerous and stressful factors in the work environment. The nature of this job is such that it involves a combination of roles through technical activities, professional skills, human relations and empathy. The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of mindfulness-based schema therapy and acceptance and commitment therapy on cognitive distortions and causal attributions in nursing and midwifery students with health anxiety. **Methods:** It is a quasi-experimental research design with a pre-test-post-test design and a three-month follow-up with the control group. The statistical population included all nursing and midwifery students suffering from health anxiety in the free universities of Gilan branch in 2021. Among these, 45 people were selected by convenience sampling method and randomly replaced in experimental groups (schema therapy based on mentality and therapy based on acceptance and commitment) and control (15 people in each group). Mindfulness based schema therapy was performed in 10 90-minute sessions based on Yaung et al.'s (2003) educational package in the experimental group. Data were collected using Ellis' (2000) Cognitive Distortion Questionnaire, Peterson et al.'s (1982) documentary style, and Salkovskis' (2002) health anxiety. The data was analyzed using SPSS-22 software and through the analysis of variance test with repeated measurements. **Results:** The results showed that mindfulness-based schema therapy and acceptance and commitment therapy are effective on cognitive distortions ($P < 0.001$) and causal documents ($P < 0.001$) of nursing and midwifery students suffering from health anxiety. Also, the results of the follow-up test showed that mindfulness-based schema therapy on acceptance and commitment therapy has a greater effect on cognitive distortions and causal attributions than mindfulness-based schema therapy. **Conclusion:** Considering the role of beliefs and thoughts in cognitive distortions, it is suggested that therapists consider these interventions in reducing the symptoms of worry and disease perception.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence.

© 2022 The Authors.

How to Cite This Article:

Navidi Poshtiri, Sh., Hassanzadeh, R., & Emadian, S. E. (2022). Comparing the effectiveness of mindfulness-based schema therapy and acceptance and commitment therapy on cognitive distortions and causal attributions in nursing and midwifery students with health anxiety. *jayps*, 3(2): 57-71



مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی در دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت

شبنم نویدی پشتیری^۱، رضان حسن‌زاده*^۲، سیده علیا عمادیان^۳

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

۲. استاد گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

زمینه و هدف: ازدواج یک رابطه صمیمانه همراه با اختیار و در حال دگرگونی است. از این رو صمیمیت در ازدواج با نوع رابطه‌ای که میان مادر و فرزند تجربه می‌شود متفاوت است؛ هدف از پژوهش حاضر بررسی ارتباط بین صمیمیت جنسی، تنظیم هیجان و ابعاد دلبستگی در افراد متأهل است. **روش پژوهش:** روش پژوهش نیز مقطعی همبستگی است؛ جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان و مردان متأهل ساکن استان تهران است که برای انتخاب آن‌ها از روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه تجربه روابط نزدیک برنن، کلارک و شیور (۱۹۹۸)، پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۲) و پرسشنامه بررسی نیازهای صمیمیت باگاروزی (۲۰۰۱) به دست آمد. داده‌ها با روش میانگین، انحراف معیار، ضریب همبستگی و رگرسیون چند متغیره و نرم‌افزار آماری SPSS-21 و AMOS تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین ابعاد دلبستگی اضطرابی و شدت نیاز جنسی ($r=0/167, P<0/01$) و مشارکت جنسی ($r=0/157, P<0/01$) در افراد متأهل رابطه معناداری وجود دارد؛ رابطه بین ابعاد دلبستگی اجتنابی با صمیمیت جنسی در مؤلفه ارضای نیاز جنسی معنادار بود ($r=0/155, P<0/01$). همبستگی بین سبک اضطرابی و راهبردهای تنظیم هیجانی منفی معنی‌دار بود ($r=0/132$)؛ اما بین بعد دلبستگی اجتنابی و تنظیم هیجانی مثبت همبستگی معنادار وجود داشت ($r=-0/237$)؛ صمیمیت جنسی و تنظیم هیجانی مثبت نیز با هم ارتباط داشتند ($r=0/174$). **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت هر دو بعد دلبستگی با صمیمیت جنسی همبستگی دارند؛ اما همبستگی معنی‌داری بین تنظیم هیجانی و سبک‌های دلبستگی وجود ندارد.

نوع مقاله: پژوهشی

صفحات: ۷۱-۵۷

اطلاعات نویسنده مسئول

ایمیل: Rhassanzadehd@yahoo.com

سابقه مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۲۳

تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۶/۰۵

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۷/۲۳

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۹/۰۴

واژگان کلیدی

طرحواره درمانی، درمان پذیرش و تعهد، تحریف‌های شناختی، اسنادهای علی

انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.

تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه استناد به این مقاله

نویدی پشتیری، شبنم، حسن‌زاده، رضان، و عمادیان، سیده علیا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی در دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت. *دوفصلنامه مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۳(۲): ۷۱-۵۷

نوجوان و جوان، ۳(۲): ۷۱-۵۷

مقدمه

حرفه و شغل هر فرد نقش تعیین کننده در سلامت روان او دارد. پرستاری از مشاغلی است که همواره با عوامل متعدد و تنش زای محیط کار رو به رو است. ماهیت این شغل به گونه‌ای است که با ترکیبی از نقش‌ها از طریق فعالیت‌های فنی، مهارت‌های حرفه‌ای، روابط انسانی و احساس همدردی در ارتباط است و هر کدام از این فعالیت‌ها نقش و مسئولیت زیاد را برای پرستار موجب می‌شود (مختاری، مویدی و گلی‌طالب، ۲۰۲۰). اضطراب در دانشجویان پرستار در اکثر موارد به علت رویدادهای تنش زای زندگی کاری بالا می‌باشد. یکی از ابعادی که سلامت روانشناختی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اضطراب است به طوری که امروزه اختلالات اضطرابی بیشترین شیوع را در دسته بندی اختلالات روانی دارند (لیبیل، ماتسراس، تومی، لکیر، جونز و همکاران، ۲۰۲۰). میزان شیوع اختلالات اضطرابی در طول مراحل زندگی از ۸٪ تا ۲۹٪ دامنه دارد. یکی از انواع اختلال‌های اضطراب، اضطراب سلامت است (سلطانی، ابراهیمی، موسی‌نیا و جهانیان، ۲۰۱۸).

از عامل دیگری که می‌تواند در دانشجویان پرستاری و مامایی دارای اضطراب سلامت نقش داشته باشد، تحریف‌های شناختی^۱ است که تحریف شناختی به‌عنوان باورهای بسیار اغراق‌آمیز، سفت و سخت، غیرمنطقی و مطلق تعریف شده است، هرگاه انسان به‌گونه‌ای غیرمنطقی فکر کند، رویدادهای زندگی را به شکلی متفاوت از آنچه واقعاً هستند، درک می‌کنند (آلیس، ۲۰۰۵؛ عاشوری، ابراهیمی، قاسمی‌پور، ۱۳۹۸). بر اساس مدل‌های شناختی، یکی از عوامل مؤثر در پیدایش اضطراب در افراد، تحریف‌های شناختی و نگرش‌های ناکارآمد نسبت به شرایط است. آسیب‌پذیری شناختی به‌صورت تفسیر منفی و تحریف شده اطلاعات در برابر درک ذهنی از مشکلات تلقی می‌گردد که می‌تواند ناشی از تجارب منفی فرد در دوران کودکی باشد. این پدیده به‌عنوان عامل خطری برای اختلالات اضطرابی است (الیور، ۲۰۰۷).

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 فرد بررسی می‌کند. در واقع، مفهوم سبک اسناد به سبک تبیینی اشاره می‌کند که افراد معمولاً برای رویداد معینی ارائه می‌دهند. 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 (کارشکی، محمدتقی‌زاده و میری، ۱۳۹۶). 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 (پنتریچ و شانک، ۱۳۹۰). 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 (سیاگر و باری، ۲۰۱۹). 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 مطرح شده 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 (مک لاین و همکاران، ۲۰۱۰).

1. Cognitive distortion

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. در میان رویکردهای روان‌شناختی موج سوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۰} از توانایی خوبی در مهار نگرش‌ها و ادراکات فرد در برابر پیش‌آمدهای استرس‌زای زندگی برخوردار است. پژوهش‌ها نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه‌های مختلفی چون اضطراب و افسردگی (کنتر، باروک و گینور، ۲۰۰۶)؛ سایکوزها (بک و هیز، ۲۰۰۲)؛ سوء‌مصرف مواد (گیفورد، کوهلنبرگ و هیز، ۲۰۰۴)؛ فرسودگی شغلی (باند و ب‌اس، ۲۰۰۳) مؤثر بوده است. هیز و لیلیس (۲۰۱۲)، معتقدند که پیام اصلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پذیرش چیزی است که خارج از کنترل شخص بوده و متعهد بودن نسبت به انجام هرآنچه که در کنترل فرد است (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). در این رویکرد درمان از طریق پذیرش^{۱۱}، نا هم‌جوشی شناختی^{۱۲}، خود به‌عنوان زمینه^{۱۳}، ارتباط توجه آگاهانه با زمان حال^{۱۴}، ارزش‌ها^{۱۵} و تعهد به عمل^{۱۶} که در نتیجه این ۶ مفهوم اصلی به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خواهیم رسید، شکل می‌گیرد. در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد بافت‌گرا است که با مراجع به چالش می‌پردازد تا افکار و احساسات خود را پذیرفته است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معتقد است که درگیر شدن با هیجانات، باعث بدتر شدن آن‌ها می‌شود (شیدایی اقدام و همکاران، ۱۳۹۳). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که به ما کمک کند زندگی غنی، ارزشمند، معنادار و رضایت‌بخش داشته باشیم، از طریق پذیرش دردی که ناخواسته زندگی با خود دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این کار را به دو

تکنیک‌های متمرکز بر ذهنیت^۱، بخش مکمل طرحواره درمانی هستند. ذهنیت^۲، مجموعه‌ای از طرحواره‌ها یا عملیات طرحواره‌ای سازگار یا ناسازگار است که در حال حاضر در ذهن وجود دارد (اسدی و همکاران، ۱۴۰۱)؛ یانگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ خدابنده لو، نجفی و رحیمیان بوگر، ۱۳۹۷). یانگ (۱۹۹۴) ذهنیت‌های طرحواره‌ای^۳ را پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و یا رفتارهای سالمی تعریف می‌کند که در حال حاضر در ذهن فعال می‌باشند. خورشید زاده و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی تک موردی، اثربخشی طرحواره درمانی را در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مورد مطالعه قرار دادند 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 (پیتراپیس و همکاران، ۲۰۲۰). ذهنیت‌های کودکانه شامل ذهنیت کودک آسیب‌پذیر^۴، کودک عصبانی^۵، کودک غضبناک^۶، کودک تکانشگر^۷، کودک بی‌انضباط^۸ و کودک شاد^۹ هستند. تمامی ذهنیت‌های کودکانه ذاتی و همگانی هستند و تمام افراد با نیروی بالقوه برای نشان دادن این ذهنیت‌ها متولد می‌شوند (آرنتر و جیکوب، ۲۰۱۳).

9. Happy Child Schema Mode
10. Acceptance and commitment-based therapy
11. Acceptance
12. cognitive diffusion
13. self as context
14. contact with present moment
15. values
16. committed action

1. mode work
2. mode
3. schema mode
4. Vulnerable Child Schema Mode
5. Angry Child Schema Mode
6. Enraged Child Schema Mode
7. Impulsive Child Schema Mode
8. Undisciplined Child Schema Mode

انجام مداخلات بهتر با کمترین میزان ائتلاف انرژی ارائه داد. لذا، انجام این تحقیق می‌تواند منجر به ارائه درمان آموزشی مناسب به روان‌شناسان و مشاوران، دانشگاه‌ها و ارگان‌های دولتی و خصوصی و از سویی دیگر در درمان‌های فردی، گروهی و مداخلات آموزشی، در زمینه ارتقای سلامت روان گردد. هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی در دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت انجام شد.

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 ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در یک گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گواه به‌صورت 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 اضطراب سلامت (۲۰۰۲): این پرسش‌نامه یک پرسشنامه استاندارد شده و فرم کوتاه آن است که توسط سالوسکیس و وارویک ساخته شد و شامل ۱۸ آیتم است که از نوع مداد - کاغذی است و به صورت مختصر

روش انجام می‌دهد: (۱) به ما مهارت‌های روان‌شناختی را یاد می‌دهد که بتوانیم افکار و احساسات دردآور را به طور مؤثر تحمل کنیم، به طوری که تأثیر کمتری داشته باشند (به‌عنوان مهارت‌های توجه آگاهی شناخته می‌شوند)، (۲) به ما کمک می‌کند تا بفهمیم واقعاً چه چیزی برای ما مهم و معنادار است (به این معنا که ارزش‌های ما را روشن می‌کند) و از این اطلاعات در جهت هدایت کردن، الهام بخشیدن و برانگیختن ما برای انتخاب هدف و انجام اعمالی که زندگی‌مان را پربار می‌کنند، استفاده می‌کند (حسن‌زاده، ۱۳۹۹). هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزاردهنده نیست، بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌باشد. به بیان دیگر، تولدایی تماس با لحظه به لحظه‌های زندگی و تغییر یا ثبات رفتار از جمله هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد (غفاری‌چراتی، قنادزادگان، حسن‌زاده و عباسی، ۱۴۰۰).

ضرورت انجام این تحقیق آن است که با توجه به اینکه موج سوم درمان‌ها، بسیار مورد توجه درمانگران قرار گرفته و روش‌های درمانی که در این پژوهش به کار رفته، نسبت به دیگر رویکردها، نو و جدید هستند و مطابق بررسی‌های انجام شده در سلایط‌های مختلف جهاد دانشگاهی، پرتال جامع علوم انسانی و سایر مجلات معتبر مطالعه‌ای مبنی بر ترکیب متغیرهای ذکر شده انجام نشده است و از آنجا که این پژوهش می‌تواند دستاوردها و پیشنهاد‌های ارزنده‌ای برای متخصصان و دست‌اندرکاران این حوزه داشته باشد، انجام آن ضروری و با اهمیت به نظر می‌رسد. بنابراین، با توجه به مطالب ذکر شده در زمینه مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی در دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت، ضرورت این بررسی را می‌رساند که آیا این مداخلات می‌تواند بر دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت تأثیرگذار باشد. همچنین می‌توان درک کلی از تأثیرات روش‌های مختلف به‌منظور

همگرا نیز از پرسشنامه خودبیمارپنداری اهواز استفاده گردید. ضریب همبستگی این پرسشنامه و آزمون خودبیمارپنداری اهواز برابر ۰/۷۵ به دست آمد که در سطح معنی‌داری $p < 0/001$ معنادار است؛ بنابراین پرسشنامه اضطراب سلامت از روایی خوبی برخوردار است. در این پژوهش، ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمده است.

۲. پرسشنامه تحریف‌های شناختی (۲۰۰۰): این پرسشنامه یک پرسشنامه استاندارد شده توسط آلبرت آلیس 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 سؤالات 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. برای تعیین همسانی درونی پرسشنامه محمدی (۱۳۸۵) از آلفای کرونباخ استفاده کرد و میزان آن را برابر با ۰/۸۰ محاسبه کرد (شاه کرمی، زهراکار و محسن‌زاده، ۱۳۹۳). احمدی کانی گلزار و همکاران (۱۳۹۲) ضریب آلفای این پرسشنامه را ۰/۸۰ گزارش

HAI خوانده می‌شود. هر آیتم چهار گزینه دارد و هر یک از گزینه‌ها شامل توصیف فرد از مؤلفه‌های سلامتی و بیماری به صورت یک جمله خبری است که آزمودنی بایستی یکی از جملات را که بهتر او را توصیف می‌کند. انتخاب کند. نمره‌گذاری برای هر آیتم از صفر تا ۳ نمره می‌باشد. انتخاب گزینه الف «۰»، گزینه ب «۱»، گزینه ج «۲» و گزینه د «۳» نمره دارد و نمره بالا در آن نشانه اضطراب سلامت می‌باشد (سالکوسکیس و وارویک، ۲۰۰۲). پرسشنامه دارای سه عامل بخش اصلی^۱، نگرانی کلی سلامتی^۲ و پیامدهای منفی^۳ می‌باشد. با توجه به اینکه ابزار مورد استفاده برای انگلیسی زبان‌ها تدوین شده بود، ابتدا باید ترجمه و به فارسی برگردانده می‌شد. پرسشنامه اضطراب سلامت توسط نرگسی در سال ۱۳۹۰ به فارسی برگردانده شد و توسط چند تن از اساتید این حوزه تأیید شد. از نظر نگارش زبان فارسی چندین مرتبه واریسی شد و برای اطمینان از فهم گویه‌ها در اختیار چند دانشجو قرار گرفت تا آن‌ها نیز نظر خود را اعلام کنند. برای سنجش روایی پرسشنامه اضطراب سلامتی، این پرسشنامه و آزمون خودبیمارپنداری (احدی و پاشا، ۱۳۸۱؛ پاشا، ۱۳۸۴) بر روی نمونه اعتباریابی اجرا شد. اعتبار آزمون - بازآزمون این پرسشنامه ۰/۹۰ به دست آمد و ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه از ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (سالکوسکیس و وارویک، ۲۰۰۲). در سال ۱۳۹۰ پرسشنامه بین ۳۷۵ آزمودنی از بین معلمان اندیمشک اجرا شد که اعتبار این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد که حاکی از پایایی رضایت‌بخش پرسشنامه اضطراب سلامت می‌باشد. سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲)، برای سنجش روایی از پرسشنامه مقیاس باورهای بیماری (LAS⁴) استفاده کردند. روایی پرسشنامه اضطراب سلامتی را ۰/۶۳ به دست آوردند و آبراموویتز و همکاران (۲۰۰۷) ضریب روایی آن را ۰/۹۴ محاسبه کردند. در سال ۱۳۹۰ برای سنجش روایی

3. Negative Consequence
4. Illness Attitude Scale (LAS)

1. Main Section
2. Total health anxiety

کرده‌اند؛ در این پژوهش، ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمده است.

۳. 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 شکری و همکاران (۱۳۹۴) 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.

۴. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: محتوای درمان پذیرش و تعهد در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در گروه‌های آزمایشی اجرا گردید. شرح جلسات در جدول ۱ تدوین و اجرا شد.

جدول ۱. شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به تفکیک جلسه (هیز و همکاران ۲۰۰۶)

جلسات	محتوا و تکالیف
اول	معارفه و تبیین اهداف و قوانین جلسات، آشنا نمودن دانشجویان با موضوع پژوهش؛ بررسی اضطراب سلامت در هر یک از افراد گروه اعم از ملاک‌های تشخیصی و علائم و نشانه‌ها، معرفی کلی روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مفهوم‌سازی مشکلات مراجعان مبتلا به اضطراب سلامت، آماده‌سازی مراجعان و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی
دوم و سوم	آشنایی با اصول و مفاهیم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، گسلش شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه، تکنیک الگو/قهرمان، تکنیک جشن تولد ۸۰ سالگی، استعاره برگ درختان
چهارم و پنجم	آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش مشاهده و توصیف رویدادها و مهارت‌ها و تمرکز بدون قضاوت درباره آن‌ها
ششم و هفتم	آموزش تمرکز بر افزایش آگاهی روانی، نحوه پاسخگویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی و ایجاد هدف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد برای عمل به آن‌ها، شناسایی نقاط مثبت و منفی توسط یکدیگر بدون قضاوت و واکنش هیجانی به آن‌ها، تکنیک اسمارت
هشتم	آموزش تحمل رویدادهای منفی از طریق مهارت‌های پایبندی در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین خود با استفاده از حواس و تمرین آگاهی و ارائه بازخورد به یکدیگر، استعاره صفحه شطرنج
نهم	آموزش تنظیم هیجان (شناخت هیجان‌ها، اهمیت آن‌ها، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی و افزایش هیجان مثبت)، تغییر عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه، تمرین عملی آموخته‌ها و ارائه بازخورد به‌وسیله گروه و درمانگر
دهم	افزایش کارآمدی بین‌فردی (حفظ و تداوم سلامت خویشاوندی، علاقه‌مندی و غیره)، آموزش مهارت‌های فردی (توصیف خود، ابراز وجود، اعتماد، مذاکره، عزت‌نفس و غیره) و خلاصه و جمع‌بندی جلسات

۵. طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت. محتوای طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار مبتنی بر اتحاد درمانی، شناسایی و ردیابی ریشه‌های 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 (آرنتز و جیکوب، ۲۰۱۳) به تفکیک جلسات و به صورت جدول ۲ تدوین و اجرا گردید.

جدول ۲. محتوای جلسات طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار به تفکیک جلسه (جکوب و آرنتز، ۲۰۱۳)			
جلسات	هدف	محتوا	تکلیف
جلسات اول و دوم	ایجاد رابطه درمانی و آموزش رویکرد طرحواره محور	- همدلی و پذیرش جهت تسهیل پیوند بازوالدینی افراد مبتلا به اضطراب سلامت - آموزش درمان طرحواره محور	ارائه پرسش‌نامه پرسش‌نامه‌های طرحواره و سبک فرزندپروری
جلسات سوم و چهارم	شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه	- تعیین و شناسایی مستمر یادگیری‌ها و تجارب اولیه مرتبط با مشکلات فعلی	
جلسات سوم و چهارم	ارزیابی ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها و شناسایی ذهنیت‌های مقابله‌ای	- واری پرسش‌نامه‌ها به همراه افراد مبتلا به اضطراب سلامت، بحث و تبادل نظر در مورد آن‌ها - تکنیک‌های تجربی برای آشنایی با ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها	- ارائه پرسش‌نامه‌های سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت به افراد مبتلا به اضطراب سلامت
جلسه پنجم	مفهوم‌سازی مشکل مراجع بر اساس رویکرد طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت آگاه کردن بیمار از رنج هیجانی و ارزیابی پیامدهای منفی آشناسازی بیمار با ذهنیت "کودک تنها" و کاوش ریشه‌های تحولی ذهنیت‌ها	- شناسایی و نام‌گذاری ذهنیت‌ها، ردیابی مستمر آن‌ها - استفاده از شکایت‌های فعلی به عنوان اهرم برای ادامه درمان - تشویق بیمار به ادامه درمان و تأکید بر پیامدهای منفی - به‌کارگیری تکنیک تصویرسازی ذهنی - پیوند درمانگر با «ذهنیت "کودک تنها"	- تکمیل و واری پرسش‌نامه ذهنیت به همراه افراد مبتلا به اضطراب سلامت - نوشتن پیامدهای آن و مرور آنها
جلسات ششم و هفتم	آموزش مذاکره بین ذهنیت‌ها ارتباط با ذهنیت کودک آسیب‌پذیر و ماندن با ذهنیت کودک تنها	- استفاده از تکنیک‌های شناختی جهت بی‌اعتبارسازی طرحواره‌های غالب - ایجاد فضای توجه مثبت بی‌قیدوشرط همراه بی‌توجهی به کمال‌گرایی - به‌کارگیری تکنیک بازوالدینی حد و مرزدار به صورت مستمر در برابر طرحواره‌های حوزه عملکرد مختل، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، منفی‌گرایی/ بدبینی - تکنیک صندلی خالی جهت مذاکره بین ذهنیت‌ها	تدوین کارت آموزشی

- تهیه لیست مزایا و معایب ذهنیت‌های ناکارآمد و ذهنیت‌های مقابله‌ای	- ابراز نیازها - به‌کارگیری محتاطانه تکنیک رویاروسازی - همدلانه، تکنیک صندلی خالی، کارت آموزشی در جهت شناسایی احساسات فعلی، واقعیت‌آزمایی، تغییرهای جایگزین	جلسات هشتم و نهم رویاروسازی همدلانه دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت با سبک چالش‌زا
- تهیه لیست مهارت‌ها و دستاوردهای درمانی	- تأکید بر مهارت‌های آموخته دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت - ترغیب آزمودنی‌ها در جهت رهاکردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای سازگارانه	جلسه دهم کمک به مبتلایان به اضطراب سلامت برای تعمیم دستاوردهای درمان به محیط واقعی و پیشگیری از عود

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

می‌توان مشاهده نمود 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.

روش اجرای پژوهش

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 مجربان بود. رضایت نامه

جدول ۳. 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	میانگین	انحراف معیار
گواه	۳۲/۸۵	۶/۵۳	۳۱/۹۵	۶/۰۰	۳۱/۵۸	۶/۴۴	۳۱/۵۸	۶/۴۴
	۳۶/۸۹	۷/۱۷	۳۵/۵۱	۶/۴۵	۳۶/۰۰	۷/۶۶	۳۶/۰۰	۷/۶۶
	۱۸/۱۹	۵/۱۳	۱۸/۵۴	۵/۵۶	۱۸/۷۰	۵/۶۲	۱۸/۷۰	۵/۶۲
طرح‌واره درمانی	۳۳/۲۸	۷/۵۳	۳۰/۷۳	۵/۴۴	۳۰/۲۰	۵/۴۹	۳۰/۲۰	۵/۴۹
	۳۵/۱۱	۶/۲۳	۲۸/۷۱	۷/۴۵	۲۹/۳۳	۷/۱۷	۲۹/۳۳	۷/۱۷
	۱۸/۸۶	۴/۴۸	۲۴/۶۳	۶/۷۰	۲۵/۱۱	۶/۸۲	۲۵/۱۱	۶/۸۲
	۳۴/۳۳	۸/۱۵	۲۸/۳۷	۵/۲۶	۲۸/۹۰	۵/۳۶	۲۸/۹۰	۵/۳۶
	۳۵/۷۲	۶/۲۴	۲۶/۳۴	۵/۴۳	۲۵/۷۲	۵/۲۶	۲۵/۷۲	۵/۲۶

درمان پذیرش و تعهد	اسنادهای علی خوش‌بینانه	۱۹/۵۶	۶/۱۰	۲۸/۲۷	۸/۹۶	۲۹/۱۵	۹/۹۳
--------------------	-------------------------	-------	------	-------	------	-------	------

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۴. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها									
متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف		آزمون لوین		موخلی		معناداری	معناداری
		درجه آزادی	آماره	معناداری	درجه آزادی	آماره	موخلی		
تحریف‌های شناختی	آزمایش	۱۵	۰/۶۹	۰/۳۸	۲۸	۱/۳۲	۰/۲۶۷	۲/۱۱	۰/۶۷
	گواه	۱۵	۰/۷۵	۰/۴۴	۲۸	۲/۶۱	۰/۲۰	۲/۴۴	۰/۸۶
اسنادهای علی بدبینانه	آزمایش	۱۵	۰/۸۰	۰/۵۰	۲۸	۴/۶۸۹	۰/۰۶۹	۲/۰۲	۰/۵۶
	گواه	۱۵	۰/۶۴	۰/۳۵	۲۸	۴/۶۸۹	۰/۰۶۹	۲/۰۲	۰/۵۶
اسنادهای علی خوش‌بینانه	آزمایش	۱۵	۰/۱۳۶	۰/۲۰	۲۸	۴/۶۸۹	۰/۰۶۹	۲/۰۲	۰/۵۶
	گواه	۱۵	۰/۱۸۶	۰/۲۰	۲۸	۴/۶۸۹	۰/۰۶۹	۲/۰۲	۰/۵۶

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 پیش آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۵. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی در گروه‌های آزمایش و گواه							
مقیاس	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور اتا
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 بدبینانه	زمان	۱۵۹/۰۱	۱/۳۸	۱۱۵/۰۴	۱۴۷/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶
	زمان*گروه	۹۰/۹۸	۲/۷۶	۳۲/۹۱	۴۲/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	گروه	۱۰۱۲/۳۴	۲	۵۰۶/۱۷	۴۰/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴
زمان	۱۷۰/۶۰	۱/۴۵	۱۱۷/۵۷	۱۷۵/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶	

اسنادهای علی	زمان* گروه	۱۱۶/۸۶	۱/۴۵	۸۰/۵۴	۱۲۰/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۸۱
خوش بینانه	گروه	۲۱۱/۶۰	۱	۲۱۱/۶۰	۱۳/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۲۱

همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است که. همچنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

نتایج جدول ۵ 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.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی

متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین	معناداری
تحریف‌های شناختی	پذیرش و تعهد	طرحواره درمانی	-۲/۳۶	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	گواه	۳/۵۸	۰/۰۰۱
اسنادهای علی بدبینانه	پذیرش و تعهد	طرحواره درمانی	-۱/۲۲	۰/۰۱۷
	طرحواره درمانی	گواه	۲/۳۷	۰/۰۴۳
اسنادهای علی خوش‌بینانه	پذیرش و تعهد	طرحواره درمانی	-۹/۱۷	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	گواه	-۶/۸۰	۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	طرحواره درمانی	۳/۶۴	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	گواه	۹/۷۳	۰/۰۰۱
		طرحواره درمانی	۶/۰۹	۰/۰۰۱

یافته‌های حاصل از مقایسه دو گروه آزمایش نشان داد که نمره متغیر تحریف‌های شناختی در دو گروه طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری با یکدیگر دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری نسبت به طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر تحریف‌های شناختی داشت. همچنین نمره متغیر اسنادهای علی مثبت در دو گروه طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری با یکدیگر دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری نسبت به طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر اسنادهای علی خوش‌بینانه داشت. هدف اصلی این فرضیه اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اسنادهای علی در دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت متفاوت است که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تأثیر طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر اسنادهای علی آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون دو گروه بررسی گردید.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی بدبینانه در هر دو گروه طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون و اسنادهای علی خوش‌بینانه بیشتر از پیش‌آزمون است ($p < 0.01$). مقایسه دو گروه آزمایش نشان داد که نمره متغیر تحریف‌های شناختی در دو گروه طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری با یکدیگر دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری نسبت به طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی داشت ($P < 0.01$).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحریف‌های شناختی و اسنادهای علی در دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت انجام شد.

استفاده از تکنیک‌ها اجازه می‌دهد افراد به عقب برگردند و شرایط زندگیشان را تحلیل کرده و به روشی نو، نه عاداتی، واکنش نشان دهند (ویسکرمی، خدایی و غضنفری، ۱۳۹۸).

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، توجه بیماران را به دو جنبه اساسی از تجارب دنیای واقعی خود مبنی بر تلاش برای نزدیک شدن به افراد و ارزش‌های مهم زندگی و تلاش برای دور شدن از افکار و احساسات آزارنده جلب می‌کند. به بیان دیگر، شناسایی ارزش‌ها و حرکت در مسیر ارزش‌ها منجر به ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با تجربه رفتارهای متعهدانه جدید برخلاف میل و مسیر هیجانات و تحریف‌های شناختی اما در جهت درست، در درمان‌جویان از طریق امتحان کردن راه‌های تازه رفتار و تغییر هیجانات از طریق پذیرش آن‌ها خواهد شد. سازه اساسی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که رنج‌های روان‌شناختی با اجتناب از تجربه‌ها، همجوشی شناختی و شکست در برآورده کردن نیازهای رفتاری و هماهنگ نشدن با ارزش‌های اساسی ایجاد می‌گردد. هدف درمانگر، در آموزش کاهش نشانه‌ها نیست؛ اما این محصول جانبی در فرایند درمانی است که به آن دست خواهیم یافت. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آن‌ها را به عنوان علائم مرضی درک کنند و حتی یاد بگیرند که آن‌ها را حتی اگر ناراحت کننده و ناخوشایند باشد، درک کنند. هدف کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که ادراک تحت‌اللفظی محتوای شناخت را که موجب پیشگیری از رفتار می‌شود، کم کند و با جایگزین کردن شناخت‌های صحیح احتمال رخداد رویدادهای مثبت را افزایش دهد (امیدی، قاسم‌زاده و دهقان، ۱۳۹۷).

در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که با توجه به پیشینه پژوهشی و یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر که نشان داد، طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به تغییر اسنادهای علی افراد می‌شود. به عبارت دیگر، این درمان‌ها موجب کاهش سبک‌های درونی، پایدار و کلی در موقعیت شکست،

نتایج حاصله تأثیر اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر قابل توجه اسنادهای علی را نشان داد. بر این اساس نتایج با نتایج مطالعات عسگری و همکاران (۱۳۹۸)، ویسکرمی و همکاران (۱۳۹۸)، عبدالله‌پور و همکاران (۱۳۹۷) همخوانی دارد. با پژوهش سلطانی نژاد، خسروپور و محمدتهرانی (۱۳۹۹) همسو نیست.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تحریف‌های شناختی باید گفت که از جمله دلایلی که باعث شد نمره تحریف‌های شناختی افراد مورد مطالعه کاهش یابد ماهیت درمان‌های طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ساختار درمان آن‌ها بود. درمان‌های فوق از طریق ایجاد بینش در افراد مورد مطالعه زمینه را برای به دست آوردن نتایج درمانی بهتر فراهم می‌کند. طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت از ابتدا جهت درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی طراحی شد، همچنین از آنجا که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها، تمرکز بیشتری دارد و علاوه بر روش‌های شناختی رفتاری در تغییر باورهای بیماران از سایر روش‌ها نظیر روش‌های تجربی و الگو شکنی نیز استفاده می‌شود و همچنین رابطه بین هیجان و شناخت را مورد بررسی قرار می‌دهد، در نتیجه مؤثر عمل می‌کند. از آنجا که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت دارای برنامه ارزیابی و مفهوم سازی موردی بوده و از این طریق، درمانگر را از نتایج درمانی خود مطلع نموده و بازخوردهای مناسبی به بیماران می‌دهد. برخی اصول تغییر رفتاری می‌توانند ذهنیت‌های طرحواره‌ای را به چالش بکشانند؛ بنابراین یکی از دلایل پایداری نتایج درمانی در مرحله پیگیری می‌تولند به علت افزایش شناسایی ذهنیت‌ها افراد دارای علائم اضطراب سلامت بر باورهای شناختی‌شان باشد. افزایش شناسایی ذهنیت‌ها این امکان را به افراد مبتلا به اضطراب سلامت می‌دهد که رابطه جدیدی با افکار خود برقرار نموده، ذهنیت‌هایی که شیوه ناسازگارانه تفکر منفی تکرارشونده را فزونی می‌بخشند یا باعث افزایش و تشدید باورهای منفی می‌گردند تغییر دهند. بعلاوه آموزش‌های رفتاری و

قابل دسترس را انتخاب کنند. به طور کلی، طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تغییر اسنادهای علی، حس مبارزه برای تغییر شرایط بیرونی و درونی را به وجود می‌آورد یعنی منجر به ایجاد اراده و روحیه‌ای قوی و آسیب‌ناپذیر در برابر مسائل پیش‌روی مبتلایان به اضطراب سلامت می‌شود. می‌توان عنوان نمود که این درمان‌ها باعث ایجاد ادراک می‌گردد و این احساس در افراد شکل می‌گیرد که به موقعیت تحت کنترلشان است و لذا باعث می‌شود افراد مورد مطالعه در موقعیت ناخوشایند اسنادهای درونی، پایدار و کلی خود را کاهش دهند (شاره، ۱۳۹۵).

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 به‌عنوان کاربردهای پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود.

موازن اخلاقی

افزایش سبک‌های درونی، پایدار و کلی در موقعیت موفقیت و کاهش سبک‌های بیرونی، ناپایدار و جزئی در موقعیت موفقیت شد؛ لذا می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت با هدف قراردادن ذهنیت‌های ناکارآمد، باورهای بنیادی، احساسات، عواطف، خاطرات دوران کودکی و نوجوانی و روابط فرد با دیگران باعث تغییر اسنادهای علی روان‌شناختی می‌شود. شناخت ذهنیت‌های ناکارآمد، سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد در رویکرد طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت حائز اهمیت است؛ به صورتی که فرد ابتدا با کمک درمانگر طرحواره‌های ناسازگار و باورهای ناکارآمد خود و حوزه‌های آن‌ها را شناسایی کرد و سپس می‌کوشد تا شواهد تأیید یا تکذیب‌کننده برای هر یک از آن‌ها ارائه کند. فرد در این رویکرد با بهره‌بردن از تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تجربی، ذهنیت‌های طرحواره‌ای خود را که در کودکی و نوجوانی ایجاد شده‌اند و بسیار مقاوم هستند به چالش می‌کشد. در یک مدل ذهنیت، مشکلات اصلی، نشانگان و الگوهای تعاملی بیمار خلاصه شده و بایستی که برای هم درمانگر و هم بیمار مستدل و توجیه‌پذیر باشند. سپس در روند درمان هر نوع از ذهنیت‌ها با اهداف درمانی ویژه‌ای مربوط خواهند شد. ترکیب عناصر درمان و اهمیت نسبی تکنیک‌های درمانی مختلف و به همان اندازه ایجاد تعادل میان مداخلات درمانی در مورد نشانگان خاص و مداخلات درمانی در مورد نشانگان شخصیتی بایستی با وضعیت بیمار سازگاری داشته باشد (حاجیپور و همکاران، ۱۳۹۹).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش اسنادهای علی خوش بینانه (درونی، پایدار و کلی) در موقعیت‌های مثبت و کاهش اسنادهای علی بدبینانه (پایدار و کلی) در موقعیت‌های منفی می‌گردد. در توجیه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اسنادهای علی به چند نکته می‌توان اشاره نمود از جمله اینکه افراد یاد می‌گیرند که اهداف مهم قابل دستیابی را انتخاب کنند، یعنی اهدافی که رسیدن آن برای فرد ارزشمند باشد. آموزش‌های ارائه شده به افراد کمک می‌کند در رسیدن به موانع جهت دستیابی به اهداف (موقعیت‌های منفی) هیجانات منفی را با شدت کمتری تجربه کنند، برای رسیدن به اهداف خود مسیرهای جایگزین انتخاب کنند و با انعطاف هدف‌های

خورشیدزاده، محسن.، برجعلی، احمد.، سهرابی، فرامرز.، دلاور، علی. (۱۳۹۰). اثربخشی طرحواره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*. ۱ (۲): ۲۴-۵.

سلطانی نژاد، خسرو.، خسروپور، فرشید.، محمدتهرانی، حسن. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان سازگاری زناشویی و تحریف‌های شناختی دانشجویان متأهل. *نشریه آموزش پرستاری*، ۹(۴).

شاره، حسین (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی بر سبک‌های اسنادی، افسردگی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۸(۴)، ۸۸-۱۷۹.

شیدایی اقدم، شوان.، شمس‌الدینی لری، سلوی.، عباسی، سمیه.، یوسفی، ساران.، عبداللهی، صفیه.، مرادی جو، محمد. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی و نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به M.S. *مجله اندیشه و رفتار*، ۹(۳۴): ۵۷-۸۸.

عبداله پور، میثم.، حافظی، فریبا.، احتشام‌زاده، پروین.، نادری، فرح.، پاشا، رضا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان روایت‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب وجودی و تحریف‌های شناختی سالمندان ساکن در خانه سالمندی. *روان‌شناسی پیری*، ۴(۴)، ۳۲۳-۳۳۵.

عسگری، اسماعیل.، جمهری، فرهاد.، تاجری، بیوک.، برماس، حامد.، حکمی، محمد. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و اسنادهای علی همسران معتادین. *فصلنامه علمی - پژوهشی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر*، ۱۱۳(۱)، ۱۲۳-۱۵۰.

غفاری چراتی، علی‌اکبر.، قنادزادگان، حسینعلی.، حسن‌زاده، رمضان.، عباسی، قدرت‌اله. (۱۴۰۰). اثربخشی مهارت‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان پذیرش اجتماعی و احساس تنهایی در بانوان. *فصلنامه خانواده و پژوهش*، ۱۸(۲).

کارشکی، حسین.، محمدتقی‌زاده، نسرین.، میری، محمدصادق. (۱۳۹۶). رابطه اسنادهای علی با اضطراب امتحان: نقش میانجی اهداف پیشرفت. *پژوهش‌های علوم‌شناختی و رفتاری*، ۷(۱)، ۱-۱۵.

ویسکرمی، حسنعلی.، خدایی، سجاد.، غضنفری، فیروزه. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحریف‌های شناختی و نشانگان اضطراب اجتماعی دانشجویان. *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۲۱(۴).

در این پژوهش موازین 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.

تشکر و قدردانی

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

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.

منابع

اسدی، کبری.، یوسفی، زهرا.، و مهداد، علی. (۱۴۰۱) مقایسه اثربخشی بسته تدوین شده عوامل مؤثر بر مدیریت موفق پول با واقعیت درمانی بر تعارضات مالی، ارتباطات خانوادگی و صمیمیت زناشویی. *دوفصلنامه مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*، ۳(۱): ۱۳-۳۰.

امیدی، مجید.، قاسم‌زاده، سوگند.، دهقان، حمیدرضا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر باورهای فراشناختی و نقص پردازش‌های شناختی هیجانی دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۸(۸): ۸۷.

حاجیپور، حسن.، بیاضی، محمدحسین.، نجات، حمید. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر وسوسه و تکانشگری بیماران سوءمصرف کننده مواد. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، دانشگاه فردوسی مشهد*، ۱۰(۱): ۳۹-۵۵.

حسن‌زاده، رمضان. (۱۳۹۹). *روان‌شناسی زندگی (زندگی درمانی)*. تهران: نشر ویرایش.

- reliability and validity of the Italian version of the schema mode inventory for eating disorders: short form for adults with dysfunctional eating behaviors. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(3), 553-565.
- Salkovskis P.M., & Warwick, H.M. (2002). *Meaning, misinterpretations, and medicine: A cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis*. *Modern Perspectives on an Ancient Malady*. New York, NY: Oxford University, 23, 202-222.
- Seager, M., & Barry, J. A. (2019). Cognitive distortion in thinking about gender issues: Gamma bias and the gender distortion matrix. In *The Palgrave handbook of male psychology and mental health* (pp. 87-104). Palgrave Macmillan, Cham.
- Soltani, Z., Ebrahimi, H., Mousa niai Maddah, S., & Jahanian, A. (2018). The Relationship between Health Anxiety and Perceived Stress with Moral Distress in Emergency Nurses: The Mediating Role of Distress Tolerance. *Health in Emergencies and Disasters Quarterly*, 7 (3): 127-134.
- Weiner, B. (2010). The development of an attribution-based theory of motivation: A history of ideas. *Educational Psychologist*, 45 (1), 28-36.
- Yang, T. P., Beazley, C., Montgomery, S. B., Dimas, A. S., Gutierrez-Arcelus, M., Stranger, B. E., ... & Dermitzakis, E. T. (2010). Genevar: a database and Java application for the analysis and visualization of SNP-gene associations in eQTL studies. *Bioinformatics*, 26(19), 2474-2476.
- Abramowitz, JS. Olatunji, BO. & Deacon BJ. (2007). *Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders*. *Behav Ther*, 38(1), 86-94.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of applied psychology*, 88(6), 1057.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., & Palm, K. M. (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior therapy*, 35(4), 689-705.
- Hayes, SC., Luoma, JB., Bond, FW. Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*, 44(1):1-25.
- Hayes, S. C., & Lillis, J. (2012). *Acceptance and commitment therapy*: Washington, DC: American Psychological Association.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.
- Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders - A review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 171-185.
- Kanter, J. W., Baruch, D. E., & Gaynor, S. T. (2006). Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: Description and comparison. *The behavior analyst*, 29(2), 161-185.
- Lebel, S., Mutsaers, B., Tomei, C., Leclair, C. S., Jones, G., Petricone-Westwood, D., & Dinkel, A. (2020). Health anxiety and illness-related fears across diverse chronic illnesses: A systematic review on conceptualization, measurement, prevalence, course, and correlates. *Plos one*, 15(7), e0234124.
- McLaughlin, E., Lefaivre, M. j. e., 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.
- Pietrabissa, G., Rossi, A., Simpson, S., Tagliagambe, A., Bertuzzi, V., Volpi, C., & Castelnuovo, G. (2020). Evaluation of the