

اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی و قدرت ایگو در

والدین نوجوانان پرخاشگر شهر تهران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۸/۰۷ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۳۰

خلاصه

مقدمه: پرخاشگری معمولاً به رفتاری اطلاق می‌شود که قصد آن صدمه رساندن جسمانی یا زبانی به فرد دیگر یا نابود کردن دارایی افراد است که کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. درمان هیجان‌مدار و می‌تواند نقش مؤثری در بهبود علائم روان‌شناختی داشته باشد؛ لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی، قدرت ایگو انجام شد.

روش کار: این مطالعه به روش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه کنترل بود. جامعه مورد نظر تمامی مراجعہ کنندگان دارای نوجوان پرخاشگر مراجعه کننده به کلینیک روانشناسی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. حجم نمونه مورد بررسی با مراجعه به جدول Cohen تعیین شد. به این طریق که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۰/۳۰ و توان آماری ۰/۸۳، برای هر گروه ۱۲ نفر تعیین شد. اما از آن جایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود داشت و هم‌چنین در جهت تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج، حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. در مرحله اول به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و این ۳۰ نفر در گام دوم به صورت تصادفی ساده (به شیوه قرعه کشی) در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

نتایج: نتایج مطالعه حاکی از تأثیر روش هیجان‌مدار بر ابعاد کیفیت زندگی و قدرت ایگو بود ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، متخصصین فعال در حوزه نوجوانان و خانواده می‌توانند در درمان این افراد استفاده از روش‌های هیجان‌مدار را در کنار سایر درمان‌ها مدنظر قرار دهند.
کلمات کلیدی: قدرت ایگو، هیجان‌مدار، کیفیت زندگی، نوجوانان، پرخاشگری.

شیرین امیر تیموری^۱

رکسانا نخعی مقدم^{۲*}

شیمیا مهرابی^۳

پریسا پاک سرشت^۴

ریحانه رنجبر^۵

۱ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد زرنند، آزاد اسلامی، کرمان، ایران

۲ دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، آزاد اسلامی، بیرجند، ایران (نویسنده مسئول)

۳ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۴ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد علوم تحقیقات، آزاد اسلامی، تهران، ایران

۵ کارشناسی، گروه روانشناسی، واحد دزفول، آزاد اسلامی، خوزستان، ایران

Email: bakbari44@yahoo.com

مقدمه

پرخاشگری اصطلاحی بسیار کلی برای انواع گوناگونی است اعمال همراه خشونت است که چنین اعمالی را می توان فرض کرد که به یکی از دلایل زیر برانگیخته می شود: الف) ترس یا حرمان ب) میل به ایجاد ترس یا فراری دادن دیگران یا میل به پیش بردن عقاید و علایق شخصی (۱). اتکینسون و هیلگارد (۲۰۲۰) در تعریف پرخاشگری می نویسند: معمولاً به رفتاری اطلاق می شود که قصد آن صدمه رساندن جسمانی یا زبانی به فرد دیگر یا نابود کردن دارایی افراد است. واژه اصلی در این تعریف، قصد و نیت است، مثلاً اگر شخصی تصادفی پای شما را در شلوغی آسانسور لگد کند و فوری عذر خواهی کند احتمال نمی رود که شما برچسب رفتار پرخاشگرانه به آن بزنید اما اگر شما کنار میز خود در حال مطالعه باشید و شخصی به سوی شما بیاید و پای خود را روی پای شما بگذارد احتمال دارد شما از این رفتار خصمانه و بی شرمانه عصبانی شوید (۲).

با وجود این حتی اعمال عمدی پرخاشگرانه ممکن است هدفی غیر از صدمه زدن داشته باشد. قدرت، ثروت، مقام از جمله هدف هایی هستند که می توانند با توسل به پرخاشگری به دست آیند؛ پژوهشگران با مطالعه کودکان پرخاشگر به این نتیجه رسیده اند که ۵۵ درصد پسران و ۴۱ درصد دختران از دوسالگی، ۲۵ درصد پسران و ۳۴ درصد دختران تا پنج سالگی رفتارهای پرخاشگرانه نشان می دهند. این رفتارها با ورود به مدرسه کاهش می یابد و سپس در دوره نوجوانی (پسران بین ۱۶ تا ۱۸ سالگی و دختران بین ۱۳ تا ۱۵ سالگی) به اوج خود می رسد (۳). براساس تعریف دکتر چارلز اسپیلبرگر روانشناسی که متخصص مطالعه پرخاشگری است: « پرخاشگری یا خشم حالتی عاطفی است که از نظر شدت از تحریک ملایم تا عصبانیت شدید تغییر می کند. مانند سایر عواطف همراه با تغییرات فیزیولوژیکی و زیست شناختی است. وقتی عصبانی می شوید ضربان قلبو فشار خون شما بالا می رود و نیز سطوح هورمون های مربوط به انرژی مانند آدرنالین و نورآدرنالین افزایش می یابد (۴). علت خشم می تواند هم رخدادهای بیرونی و هم درونی باشد؛ شما می

توانید از دست شخص بخصوصی عصبانی باشید (یک همکار یا رئیس) یا یک رویداد (یک گره ترافیکی، یک پرواز لغو شده) یا خشم شما می تواند به دلیل نگرانی و تشویش در باره مسایل شخصی تان باشد. خاطره رخدادهای دردناک و خشم آور نیز می تواند احساس های عصبانیت را برانگیزد. پرخاشگری عمل یا گفتاری است که به منظور آسیب رسانیدن به شخصی دیگر یا یک شیء انجام می گیرد. پرخاشگری واکنشی است عاطفی که هدف آن رفع مانع و حذف عامل تهدید است (۵).

تاریخچه پیدایش مفهوم کیفیت زندگی به دوران ارسطو در سال ۳۸۵ سال قبل از میلاد حضرت مسیح برمی گردد در آن دوران ارسطو زندگی خوبی را خوب انجام دادن کارها را به معنی شاد بودن در نظر گرفته است نقطه اما درعین حال تفاوت مفهوم شادی در افراد مختلف پرداخته است و ذکر نام ذکر نموده است سلامتی باعث شادی در یک فرد بیمار می شود یا ثروت که فرد فقیر را شاد می کند یکسان نیست و به طور مشخص بیان نموده است که شاید این تنها برای افراد مختلف معانی متفاوتی دارد بلکه برای یک فرد نیز در شرایط متفاوت معنی یکسانی نخواهد داشت اصطلاح کیفیت زندگی قرن ۲۰ و مورد استفاده قرار نگرفته بود به مرور زمان معین متوجه شدند که کیفیت زندگی می تواند یکی از پیامدهای پراهمیت در ارزیابی سلامت باشد چنانچه تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلام دیزین به این تکیه دارد (۶). سازمان جهانی بهداشت ۱۹۹۳ کیفیت زندگی را پندارهای فرد از وضعیت زندگی خود یا توجه به محتوای فرهنگی و ارزش سیستمی که در آن زندگی می کند در رابطه با اهداف استانداردها و اولویت های مورد نظر و نگرانی های آنها می داند (۷) کیفیت زندگی بخش مهمی از احساس سلامت عمومی که در برگیرنده جنبه های فیزیکی و روان شناختی و اجتماعی زندگی می باشد و تعابیر متفاوتی از جنبه های فلسفی و سیاسی و سلامتی دارد (۸).

متغیر بعدی مورد بحث قدرت ایگو است، من (ego) در نظریات روانکاوی ارتباط فرد با دنیای بیرون و واقعیت را برقرار می کند، هر زمان فرد من قوی تری داشته بشد می تواند با دنیای بیرون سازگارتر و زندگی بهنجاری داشته باشد. با

۰/۸۳، برای هر گروه ۱۲ نفر تعیین شد. اما از آنجایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود داشت و هم‌چنین در جهت تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج، حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. در مرحله اول به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و این ۳۰ نفر در گام دوم به صورت تصادفی ساده (به شیوه قرعه‌کشی) در ۲ گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: رضایت کامل جهت شرکت در جلسات درمانی، نداشتن بیماری دیگری (با سؤال کردن از افراد شرکت‌کننده در پژوهش)، تحصیلات حداقل در سطح راهنمایی و بالاتر، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان (مانند فلوکستین و سرتالین)، عدم دریافت خدمات روان‌شناختی (مانند درمان افسردگی و یا اضطراب) در سه ماه بود. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت بیشتر از دو جلسه، ابتلاء به بیماری‌های روانی از جمله افسردگی، شرکت هم‌زمان در سایر کارگاه‌های آموزشی روان‌شناختی و انصراف از ادامه همکاری بود. رضایت آگاهانه، توجیه مشارکت کنندگان در مورد روش و هدف انجام پژوهش، رعایت اصل رازداری و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات به دست آمده، آزادی مشارکت کنندگان در ترک مطالعه از جمله اصول اخلاقی رعایت شده در این مطالعه بوده است. برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی (شامل: سن، جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل) از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی کیفیت زندگی و قدرت ایگو در ۳ مرحله پیش‌آزمون (قبل از آموزش)، پس-آزمون (بعد از آموزش) و پی‌گیری (۲ ماه بعد از اتمام آموزش) استفاده گردید. نمونه‌گیری در بهمن ۱۴۰۱ انجام و مداخله از فروردین ۱۴۰۲ شروع و تا آخر خرداد ماه ادامه داشت و تا اواخر شهریور ماه دوره پی‌گیری نیز انجام گرفت. شرکت‌کنندگان در پژوهش ریزش نداشتند و آموزش‌ها به صورت رایگان ارائه شد لازم به ذکر است به این افراد اطلاع‌رسانی شد که هر زمان تمایل داشتند می‌توانند از این مطالعه خارج شده و اقدام به دریافت خدمات روان‌شناختی کنند. بعد از خاتمه مطالعه، آزمودنی‌های گروه کنترل به طور رایگان

توجه به نقش مدیریت سیستم روانی من، همه مشکلات روانی موقعی ظهور پیدا می‌کنند که ایگو قادر به عمل کردن به مسئولیت‌هایش نباشد. قدرت ایگو به معنای ظرفیت فرد برای درک واقع بینانه شرایط مشکل‌زا و پاسخ دادن به آنها به شکل مؤثر می‌باشد (۹). قدرت ایگو برای رسیدن به یک تعادل عاطفی و سازگار شدن با استرس درونی و بیرونی کمک می‌کند. قدرت ایگو توانایی حفظ هویت خود بدون درنظر گرفتن استرس‌های روانی، رنج و تعارض بین خواسته‌های درونی و نیازهای بیرونی می‌باشد؛ به عبارتی، قابلیت ثبات از حفظ ثبات ایگو بر مبنای مجموعه نسبتی مشخصات شخصیتی است که انعکاس آن در توانایی حفظ سلامت روان نشان داده می‌شود (۱۰). یکی از روش‌های مشاوره و روان‌درمانی که می‌توان برای نوجوانان پرخاشگر استفاده کرد، درمان هیجان‌مدار است. درمان هیجان‌مدار به دلیل تأکید بر همدلی یکی از روش‌های درمانی مناسب برای کار با آسیب روانی ناشی از بیماری‌های مزمن است. در این نوع درمان تمرکز بر احساسات و عواطف است و در واقع هیجان‌ناشع منبع اطلاعات در مورد انگیزه و عملکرد بیمار می‌باشد (۱۱). رویکرد درمانی هیجان‌مدار، با تأکید بر ارتباط پیچیده بین شناخت و احساس می‌تواند میزان پذیرش رنج را تحت تأثیر قرار دهند (۱۲). در رویکرد هیجان‌مدار که یک رویکرد تلفیقی از رویکردهای سیستمی، دلبستگی‌مدار و تجربی‌نگر است، به از جای تمرکز بر موضوعات و عوامل برون‌فردی، بیشتر بر عوامل درون‌فردی و فرآیندهای بروز تعارض متمرکز است (۱۳).

روش کار

این مطالعه به روش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه مورد نظر تمامی مادران مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی روانشناسی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. حجم نمونه مورد بررسی با مراجعه به جدول Cohen تعیین شد. به این طریق که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۰/۳۰ و توان آماری

پرسش‌نامه روایی و پایایی این پرسش‌نامه را مورد بررسی قرار دادند آنها روایی صوری محتوا و سازه این پرسش‌نامه را مورد تأیید قرار دادند و همچنین برای بررسی پایایی آن از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰٫۶۸ گزارش کردند (۱۷). Altafi نیز آلفای کرونباخ سیاه را بر روی نمونه‌ای ایرانی ۰/۹۱ و پایایی دو نیمه سازی مقیاس را ۰/۷۷ گزارش کرد. (۱۸). پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۹ به دست آمد.

جدول ۱. شرح مختصر جلسات گروه درمانی هیجان‌مدار

جلسه	فرایند جلسات
اول	آشنایی درمانگر و مراجع، ایجاد رابطه ی حسنه و شرح قواعد جلسات درمان
دوم	استفاده از تکنیک های مختلف برای تداوم رابطه درمانی و جمع آوری گستره ی مناسبی از اطلاعات ارزیابی استاندارد مانند برگ ثبت روزانه هیجان، مقیاس هیجان های اساسی و همچنین برگه ثبت افکار روزانه.
سوم	تداوم در ایجاد و حفظ رابطه درمانی همچنان مدنظر بود، بررسی تکالیف جلسه قبل، جمع آوری اطلاعات سنجشی همچنان ادامه داشت (فرم مصاحبه بالینی و مقیاس افراد مهم)
چهارم	ادغام اطلاعات حاصل از ارزیابی هیجان، پیشینه بالینی و شبکه اجتماعی با یکدیگر و تعیین کانون مشکل هیجانی مراجع برای کار درمانی.
پنجم	بررسی تکالیف، آموزش تکنیک های شناختی شامل: توجه برگردانی، آگاهی حسی، خاطرات و خیال پردازی های خوشایند و....
ششم	گزارش استفاده از تکنیک های شناختی هفته گذشته، تعیین اینکه مراجع هیجان خیلی زیاد را تجربه می کند یا هیجان خیلی کم و بحث را پیرامون پنج هیجان اساسی ترس، غم، خشم، نفرت و شادی سازمان دادیم.
هفتم	بررسی تکالیف جلسه قبل و آموزش تکنیک های مانند برجسب زدن، اسناد مجدد و همچنین فن سه سؤال به مراجع.
هشتم	بررسی تکالیف، افزایش دانش مراجعین در رابطه با هیجانها و ماهیثشان، یاددهی تجربه یک هیجان، یاددهی راهبردهای جایگزین برای تنظیم هیجان به جای استفاده از راهبردهای ناکارآمد.
نهم	ارائه اطلاعاتی در رابطه با فرهنگ و هیجان، جنسی سازی هیجان و پیامدهای خطرناکی که به دنبال دارد.

خدمات روان‌شناختی رایگان توسط روان‌شناس بالینی دریافت کردند

ابزار سنجش

پرسش‌نامه کیفیت زندگی نسخه دوم SF-36: جهت ارزیابی سلامت طراحی شده است به سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد می‌پردازد و دارای ۳۶ روی در ۸ بعد سلامت می‌باشد که عبارت‌اند از عملکرد جسمی محدودیت نفت به علت مشکلات جسمی درد جسمانی سلامت عمومی محدودیت نقش به علت مشکلات اساسی سلامت روانی شادابی و نشاط و عملکرد اجتماعی است کد مربوط به عملکرد جسمی 10 عملکرد اجتماعی ۲ محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی 4 به علت مشکلات اساسی ۳ سلامت ذهنی و روانی ۵ شادابی و نشاط چهار و درد جسمانی چهار و سلامت عمومی 4 را به خود اختصاص دادند. حقیقت سلامتی نیز یک سؤال را به خود اختصاص می‌داد که جزء با دهشت آن نبود و امتیازبندی هم نمی‌شد پایایی پرسش‌نامه تأیید شده و پایایی برای ترجمه آن نیز مورد تأیید قرار گرفته است برای نمره دهی پرسش‌نامه در هر دو امتیاز گویه‌ها با هم جمع شده و تبدیل به مقیاسی از صفر تا صد (۱۶).

سیاه روان‌شناختی ایگو (PIES): توسط Markstrom و همکاران (۱۹۹۷) ساخته شده است. این پرسش‌نامه ۸ مؤلفه قدرت ایگو که به ترتیب جهش، قدرتی، امید، خواسته، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد را می‌سنجد و دارای ۶۴ سؤال است. پرسش‌نامه هشت نقطه قدرت ایگو که شامل: امید، خواسته، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد هستند را می‌سنجد و دارای ۶۴ سؤال است. عبارات پرسش‌نامه بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای، لیکرت به صورت کاملاً با من مطابق است نمره ۵، کمی با من مطابق است نمره ۴، نظری ندارم نمره ۳، کمی با من مطابق نیست نمره ۲ و اصلاً با من مطابق نیست، نمره ۱ نمره گذاری شده است. شیوه پاسخ‌دهی به سؤالات معکوس، به صورت برعکس انجام می‌شود. بالاترین نمره‌ای که فرد می‌تواند اخذ نماید ۳۰۰ و پایین‌ترین نمره ۶۰ است. Markstrom و همکاران ۱۹۹۷ به عنوان سازندگان این

به منظور بررسی جمعیت شناختی آزمودنی‌ها از آزمون دقیق فیشر و پیش فرض نرمال بودن، از آزمون-Kolmogorov-Smirnov، برای پیش فرض کرویت از آزمون Mauchly و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون Levene استفاده شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در جدول ۳، توزیع فراوانی گروه‌های پژوهش در متغیر سن ارائه شده است. چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین توزیع فراوانی گروه‌های سنی و جنسیت در گروه‌های پژوهش تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > 0.05$).

بررسی تعدادی از موضوعات مربوط به پایان درمان مانند تسهیل عملکرد مستقل مراجع، افزایش احساس کفایت و شایستگی مراجع، تقویت رفتار ارتباطی جدید و...

دوم بررسی تکالیف، خواستن از مراجع برای اینکه عملکردش را از اوایل درمان تا کنون مقایسه کند، تشویق او برای پیشرفت‌هایی که در درمان داشته، همچنین بررسی نکاتی مانند تأیید احساس فقدان مراجع، کاوش احساسات مراجع درباره‌ی پایان درمان، مدیریت هر گونه تماس پس از درمان.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. روش آماری مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر بود.

جدول ۳- توزیع فراوانی سن و جنسیت بزرگسالان ۱۸ تا ۴۰ سال

متغیرها	طبقات	گروه (n=۱۵)	هیجان‌مدار (درصد) تعداد	گروه (n=۱۵)	روانپوشی (درصد) تعداد	گروه (n=۱۵)	کنترل (درصد) تعداد	*مقدار P
سن (سال)	۱۸-۲۵	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۴)	۵ (۴۰)	۰/۴۵۱	۷ (۴۰)	۳ (۲۰)	
	۲۶-۳۰	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۶)	۳ (۲۰)		۱۴ (۹۳/۳)	۰/۴۷۲	
	۳۱-۴۰	۳ (۲۰)	۳ (۲۰)	۱۲ (۸۰)	۱ (۶/۷)	۳ (۲۰)		
جنسیت	مرد	۱۳ (۸۶/۷)	۱۲ (۸۰)	۱۴ (۹۳/۳)		۱ (۶/۷)		
	زن	۲ (۱۳/۳)	۳ (۲۰)	۳ (۲۰)				

*آزمون مجذور کای، $P < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

چشم‌گیرتری در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری مشاهده می‌شود. به منظور بررسی معناداری این تغییرات از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.

در ادامه در جدول ۴، میانگین و انحراف استاندارد نمره قدرت ایگو و کیفیت زندگی در هر سه گروه را نشان می‌دهد. چنان‌که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل تغییرات

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد نمره کیفیت زندگی و قدرت ایگو

متغیر	زمان	گروه (n=۱۵)	هیجان‌مدار (n=۱۵)	گروه (n=۱۵)	کنترل
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۲/۳۵ ±	۱۸/۷۸ ±	۱/۷۱ ±	۱۹/۶۷ ±
	پس‌آزمون	۲/۷۸ ±	۲۱/۳۳ ±	۱/۴۵ ±	۱۹/۶۰ ±
	پی‌گیری	۱۹/۶۷ ± ۲/۶۶	۱۹/۷۳ ± ۱/۶۲		

پیش آزمون	۴/۵۲	±	۲۵/۰۰	۴/۶۲	±	۲۴/۴۷	
قدرت ایگو	پس آزمون	۳/۲۹	±	۳۴/۸۷	۴/۰۳	±	۲۵/۶۰
پی گیری	۳۲/۶۷ ± ۴/۲۰			۲۶/۷۳ ± ۳/۴۹			

نشان داد که ۲۳/۴ درصد از تفاوت های مشاهده شده در نمره مؤلفه کیفیت زندگی، به اثر مداخله مربوط است. نتایج اثرات درون آزمودنی نیز نشان داده است که اثر اصلی زمان در نمره معنی دار به دست آمده است ($P < 0/001$). به عبارت دیگر، تفاوت بین میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی و قدرت ایگو در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری در کل نمونه پژوهش معنی دار بوده است ($P < 0/001$)، به طوری که به ترتیب ۲۲/۷ درصد و ۷۵/۵ درصد تفاوت مشاهده شده در میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی و قدرت ایگو در مراحل مختلف آزمون، ناشی از اثر مداخله می باشد. همچنین، اثر تعاملی زمان و گروه در نمره ابعاد کیفیت زندگی و قدرت ایگو معنی دار به دست آمده است (به ترتیب، $P = 0/004$ و $P < 0/001$)، که نشان می دهد روند تغییرات میانگین نمرات قدرت ایگو و کیفیت زندگی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری در سه گروه مورد مطالعه تفاوت معنی داری دارند و به ترتیب ۱۷/۲ و ۵۱/۸ درصد از تفاوت مشاهده شده بین گروه ها در مراحل مختلف آزمون، ناشی از اثر مداخله می باشد (جدول ۵).

برای مقایسه اثربخشی هیجان مدار از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه گیری های مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون، پیش فرض های اصلی آن بررسی و تأیید شدند. نرمال بودن توزیع داده ها با استفاده از آزمون Shapiro-Wilk بررسی شد و مقادیر این آزمون برای نمره قدرت ایگو و کیفیت زندگی در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری در سطح ۰/۰۵ غیر معنادار بودند ($P < 0/05$) و این موضوع بیانگر نرمال بودن توزیع داده ها در هر سه مرحله و در هر سه گروه بود. به منظور ارزیابی همسانی ماتریس کوواریانس خطا از آزمون Mauchly استفاده گردید. نتیجه این آزمون نشان داد که پیش فرض کرویت در داده ها برای هر دو مؤلفه نمره کیفیت زندگی ($\chi^2 = 3/37, P = 0/536$) و نمره قدرت ایگو ($\chi^2 = 16/12, P = 0/064$) برقرار بود. آزمون Levene نیز نشان داد مفروضه همسانی واریانس گروه ها برقرار است ($P < 0/05$).

بر اساس جدول ۵، آزمون با فرض کرویت در اثرات بین آزمودنی، اثر اصلی گروه در نمره مؤلفه قدرت ایگو معنی دار به دست آمده است ($P = 0/004$). به عبارت دیگر، میانگین کلی نمره مؤلفه قدرت ایگو در گروه های آزمایش (هیجان مدار) و کنترل تفاوت معنی داری دارد ($P = 0/004$). نتایج

جدول ۵. نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه گیری های مکرر برای نمرات قدرت ایگو و کیفیت زندگی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	مجدور توان سهمی آتا آزمون
	زمان	۴۸/۵۷	۱/۷۷	۲۷/۳۱	۱۲/۳۲	< 0/001	۰/۲۲۷
نمره کیفیت زندگی	تعامل (زمان × گروه)	۳۴/۴۸	۳/۵۵	۹/۶۹	۴/۳۷	0/004	0/۱۷۲
	خطا (زمان)	۱۶۵/۶۰۰	۷۴/۶۹	۲/۲۱			
بین گروهی	گروه	۵/۲۰۰	۲	۲/۶۰	۲۳۹/۰۰	0/۷۸۸	0/۰۱۱
	خطا	۴۵۶/۵۳	۴۲	۱۰/۸۷			

زمان	۱۱۰۰/۹۰	۱/۴۶	۷۵۰/۵۰	۱۲۹/۷۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۵۵	۱
نمره	۳۸۲/۷۸	۲/۹۳	۱۳۰/۴۷	۲۲/۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۱۸	۱
قدرت ایگو	۳۵۶/۳۱۱	۶۱/۶۰	۵/۷۸				
بین گروهی	۵۹۷/۰۳	۲	۲۹۸/۵۱	۶/۴۰	۰/۰۰۴	۰/۲۳۴	۰/۸۸۱
خطا	۱۹۵۸/۶۲	۴۲	۴۶/۶۳				

$P < 0/05$ اثر معنی دار

در جدول ۶، با توجه به معنی داری اثر عاملی گروه و زمان، نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni جهت مقایسه مراجعی گروه‌ها ارائه شده است. نتایج آزمون نشان داد، بین گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل در نمره مؤلفه قدرت ایگو تفاوت معنی داری وجود دارد ($P > 0/05$)، که حاکی از اثربخشی دو

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni برای مقایسه مراجعی گروه‌ها در نمرات رشد پس از سانحه و ضربه پس از

متغیر	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	مقدار P
نمره کیفیت زندگی	گروه هیجان مدار	گروه پذیرش و تعهد	-۰/۱۳	۰/۶۹۵	۰/۸۴۹
	گروه هیجان مدار	گروه کنترل	۰/۳۳	۰/۶۹۵	۰/۶۳۴
	گروه پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۰/۴۷	۰/۶۹۵	۰/۵۰۶
	گروه هیجان مدار	گروه پذیرش و تعهد	۲	۱/۴۴	۰/۱۷۲
نمره قدرت ایگو	گروه هیجان مدار	گروه کنترل	۵/۱۱	۱/۴۴	<۰/۰۰۱
	گروه پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۳/۱۱	۱/۴۴	۰/۰۳۶

آزمون تعقیبی Bonferroni، $P < 0/05$ اختلاف معنی دار

والدین دارد. توانایی خودمراقبتی یک ظرفیت روان‌شناختی و یکی از عملکردهای ایگو است. این ظرفیت، از فرد در مقابل آسیب محافظت کرده و منجر به تضمین بقاء می‌شود. ظرفیت خودمراقبتی شامل توانایی سنجش واقعیت، قضاوت، کنترل، وجود اضطراب با کارکرد اخطار دادن به فرد و توانایی نتیجه‌گیری منطقی و استنتاج است. ظرفیت خودمراقبتی به واسطه‌ی تعامل والد-کودک و اقدامات حمایتی و مهرورزی والدین در سال‌های اولیه کودکی ایجاد می‌شود. از آن‌جا که افراد سردردتنشی فاقد این درونی سازی‌ها هستند، در توانایی خودمراقبتی، حفظ عزت نفس و تنظیم ارتباطات دچار مشکل هستند. در واقع نقص در خودمراقبتی و خودتنظیمی، موجب به وجود آمدن احساسات دردناک و

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثر هیجان مدار با بر قدرت ایگو و کیفیت زندگی بود. نتایج این تحقیق حاکی از اثربخشی دو روش هیجان مدار و روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت بر قدرت ایگو بود.

یافته‌های پژوهش نشان داد که منجر به بهبودی مادران دارای نوجوان پرخاشگر در شاخص قدرت ایگو شده است. نتایج حاصل از این پژوهش با پژوهش‌های Orvati Aziz (۲۰)، Cyranka و همکاران (۲۱) و Knekt و همکاران (۲۲).

ناتوانی در تنظیم عواطف ریشه در سال‌های اولیه زندگی و شکست در فرایند درونی سازی ویژگی "خود-مراقبتی"

مطالعه نیز افراد از آموزش‌ها یاد گرفتند تا با استفاده از تکنیک‌های درمان هیجان مدار اضطراب خود را کاهش دهند و هیجان‌ات خود را بهتر مدیریت کنند. روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت نیز برای مبتلایان به سردرد تنش‌انجام شده و نتایج مثبتی به همراه داشته است، در واقع یافته‌ها در درمان افرادی که سردرد تنشی دارند تا به امروز مثبت بوده است (۲۴-۲۳، ۱۱).

هم‌چنین، مطالعات مختلفی مؤید اثرات مثبت هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی هستند (۲۷-۲۵). افراد با مشکل عدم کنترل صحیح هیجان‌ات و افکار مربوط به آن‌ها و موقعیت‌هایشان روبه‌رو هستند. این افراد درگیر آمیختگی شناختی، مشغول بودن به گذشته و آینده، تمرکز بیشتر بر مشکلات، عدم تناسب فعالیت‌ها با اهداف و ارزش‌ها، هستند. به دلیل ساز و کارش مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده بدون قضاوت و خودداری از اجتناب تجربه‌ای می‌تواند منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شود که این می‌تواند باعث بهبود تنظیم هیجان و در ادامه مقابله با اضطراب اجتماعی در این افراد شود (۲۰، ۱۶، ۱۱). در واقع درمان هیجان‌مدار به موجب افزایش افزایش سازگاری روان و انعطاف‌پذیری در این افراد می‌شود (۲۵). افراد از آموزش‌ها یاد گرفتند تا با استفاده از تکنیک‌های آموخته شده، انعطاف‌پذیری بیشتری را به دست آورده و در نهایت منجر به بهبود کیفیت زندگی شد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان عدم امکان غربال بیماران به لحاظ متغیرهایی مانند تیپ شخصیت، کیفیت زندگی، انگیزه ورود به درمان و انتظارات، تعمیم نتایج را با دشواری روبه‌رو کرده بود. رویکرد هیجان‌مدار خود دارای محدودیت‌هایی است که طبیعتاً با محدودیت‌های این تحقیق گره خورده است؛ تناسب مراجعان با این رویکرد درمانی یکی از عواملی است که می‌بایست به آن توجه نمود پیشنهاد می‌شود این مطالعه در جامعه‌های دیگر و با متغیرهای جدید انجام شود. هم‌چنین، با توجه به پی‌گیری کوتاه مدت انجام شده، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی با پی‌گیری بلند مدت انجام شود.

گیج کننده در فرد می‌شود و رنج روان‌شناختی سنگینی را برای فرد به همراه دارد. در درمان پویایی فرد قادر به افزایش کارکرد من و افزایش قدرت ایگو برای خود خواهد شد و دیگر نیازی به استفاده از رفتارهای غیرانطباقی که کارکرد را برای وی داشتند ندارد و به طبع فرد می‌تواند راحت‌تر زندگی کند. آنچه در فرایند درمان پویایی کوتاه مدت اتفاق می‌افتد باعث آگاه‌تر شدن نسبت به احساسات و عواطف پنهانی ناهشیار در خلال رابطه درمانی است. مراجع از نامناسب بودن تجارب هیجانی خود آگاه می‌شود و به "من" اجازه داده می‌شود تا ابراز وجود کرده و با موقعیت‌های تغییر یافته سازگاری پیدا کند. با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود درمانگران و مشاورین با فراگیری رویکرد پویایی در مواجهه با بیماران سردرد تنشی از رویکرد روان‌پویایی کوتاه مدت استفاده کنند. هم‌چنین، مداخلات روان‌درمانی دیگر در این جامعه سنجیده شود. پیشنهاد می‌شود بقیه متخصصین و محققین روان‌پویایی فشرده و کوتاه مدت با متغیرهای دیگر در جامعه‌های دیگر آزمایش کنند.

درمان هیجان‌مدار اغلب به عنوان نظارت فراشناختی بر افکار، هیجان‌ات، ادراکات و احساسات توصیف می‌شود. این فرآیند نشان می‌دهد که اتخاذ رویکردی آگاهانه، نیاز به قدرت ایگو موقعیت‌ها را از بین می‌برد. تصور می‌شود که افکار و هیجان‌ات با گذشت زمان بالا و پایین می‌روند و از آنجایی که درمان هیجان‌مدار مستلزم پذیرش تجربه فرد است، نیازی به برخورد فعال با آن‌ها نیست (۳۲). درمان هیجان‌مدار، توجه به احساسات جسمانی همراه با مکانیسم صحبت کردن را افزایش می‌دهد که باعث تغییرات طولانی مدت در مدیریت موفق سردرد تنشی می‌شود. هم‌چنین، از طریق آموزش این روش افراد یاد می‌گیرند تا افکار خودکار، عادت‌ها یا الگوهای رفتاری را رها کنند و با رهایی از آن‌ها انعطاف‌پذیرتر شده و تغییر رفتار تسهیل می‌شود. شواهدی نیز وجود دارد که نشان می‌دهد درمان هیجان‌مدار، اجتناب که راه‌کاری برای تسکین پیامدهای هیجانی ناشی از سردرد تنشی در این افراد است را کاهش داده و افزایش حساسیت‌زدایی و پذیرش خود را آسان می‌کند (۱۳). در این

نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده، هیجان مدار ر دو موجب بهبود قدرت ایگو و کیفیت زندگی در مبتلایان به سردرد تنشی شدند. از این رو متخصصین فعال در حوزه نوجوانان پریشاگر و والدینشان می توانند در درمان این افراد استفاده از روش های هیجان مدارو را در کنار سایر درمان ها مدنظر

قرار دهند. لازم به ذکر است که با توجه به محدودیت های

این مطالعه می بایست در تعمیم نتایج احتیاط کرد.

تشکر و قدردانی

پژوهش گران مطالعه حاضر بر خود لازم می دانند از تمامی افراد یاری رسان در این پژوهش برای شرکت در آموزش ها کمال قدردانی را داشته باشند.

Reference

- (1) Headache Classification Committee of IHS. The international classification of headache disorders, 3rd edn (beta version). Cephalalgia 2013;
- (2) Martin PR. Stress and Primary Headache: Review of the Research and Clinical Management. *Curr Pain Headache Rep* 2016; 20(7): 45.
- (3) Lacy BE, Patel NK. Rome criteria and a diagnostic approach to irritable bowel syndrome. *J Clin Med* 2017; 6(11): E99.
- (4) Patel N, Shackelford K. Irritable Bowel Syndrome. StatPearls Treasure Island (FL) (Serial online) 2022 jan; 1..(1-8). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534810/>. 12/10. 2022.
- (5) Pashing S, Khosh Lahjeh Sedgh. A Comparison of effectiveness of acceptance commitment therapy and metacognitive therapy on reducing symptoms, psychological capital and quality of life of patients suffering from irritable bowel syndrom. *Medical Sciences* 2019; 29(2): 181-90.
- (6) Dehghan Manshadi Z, Neshat Doost HT, Talebi H. Coping strategies among Iranian children with experience of Sarpol-e-Zahab earthquake: factor structure of children's Coping Strategies Checklist-revision1 (CCSC-R1). *BMC Psychol* 2020; 8(1): 92.
- (7) Heshmati R, Lo C, Khooy MP, Naseri E. Pathway linking Emotional Suppression to Depression and Anxiety in Cancer Patients undergoing Chemotherapy: The Mediating Role of Ego-strength. *Curr Aging Sci* 2022; 6(1): 105
- (8) Messina I, Scottà F, Marchi A, Benelli E, Grecucci A, Sambin M. Case Report: Individualization of Intensive Transactional Analysis Psychotherapy on the Basis of Ego Strength. *Front Psychol* 2021; 12(1): 1-12.
- (9) Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for somatic Disorders. *Psychotherapy and psychosomatic* 2009; 78: 265-74.
- (10) Russell L, Abbass A, Allder S. A review of the treatment of functional neurological disorder with intensive short-term dynamic psychotherapy. *Epilepsy Behav* 2022; 130.
- (11) Farzdi H, Heidarei A, Moradimanesh F, Naderi F. The Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy on Symptoms Severity and Disease Perception among Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Pilot study". *Community Health* 2021; 8 (2): 221-31. (Farsi)
- (12) Menzies R, O'Brian S, Lowe R, Packman A, Onslow M. International Phase II clinical trial of CBTPsych: A standalone Internet social anxiety treatment for adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders* 2016; 48: 35-43.
- (13) Emami Meybodi A, Banijamali SH, Yazdi Seyede M, Moazeni A, Shafiei M. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Training on Improvement of Cognitive, Emotional and Behavioral Rions in Individuals with Stuttering. *MEJDS* 2015; 5(11): 109-18. (Farsi)
- (14) Aghamohammadi F, Saed O, Ahmadi R, Kharaghani R. The effectiveness of adapted group mindfulness-based stress management program on perceived stress and emotion regulation in midwives: a randomized clinical trial. *BMC Psychology* 2022; 10(1): 123.
- (15) Emge G, Pellowski MW. Incorporating a mindfulness meditation exercise into a stuttering treatment program. *Communication Disorders Quarterly* 2019; 40(2): 125-8.
- (16) Garcia-Rubio C, Rodríguez-Carvajal R, Castillo-Gualda R, Moreno-Jiménez JE, Montero I. Long-term effectiveness of a mindfulness based intervention (MBI) program for stuttering: A case study. *Clínica y Salud* 2021; 32(2): 55-63.
- (17) Altafi Sh. Examining and comparing self-efficacy and personality traits of drug addicts and non-addicts. Master's thesis in clinical psychology: Tehran; Shahed University; 2009: 56-79 [Farsi]
- (18) Markstrom CA, Sabino VM, Turner BJ, Berman RC. The psychosocial inventory of ego strengths: Development and validation of a new Eriksonian measure. *Journal of youth and adolescence* 1997; 26(6): 705-32.
- (19) Jafarpour H, Akbari B, Shakernia I, Asadi Mojreh S. Comparison of the effectiveness of emotion regulation training and mindfulness training on the reduction rumination in the mothers of children with mild intellectual

- disability. *JCMH* 2021; 7(4): 76-94. (Farsi)
- (20) Ataabadi S, Yousefi Z, Khayatan F. Development and Validation of Mothers' Anxiety Scale of Children with Stuttering Disorder. *MEJDS* 2021; 11: 188. (Farsi)
- (21) Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006; 44(1): 1-25.
- (22) Babaie Z, Saeidmanesh M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Stress and Depression in Adolescents Aged 14 to 18 Years with Stuttering: A Randomized Controlled Clinical Trial. *JRRS* 2019; 15(5): 243-8. (Farsi)
- (23) Naz H, Kausar R. Acceptance and Commitment Therapy Integrated with Stuttering Management: A Case Study. *Bahria Journal of Professional Psychology* 2020; 19(2): 133-53.
- (24) Hashemi SS, Sharifi Daramadi P, Dastjerdi Kazemi M, Rezaei S. The efficacy of acceptance and commitment group therapy program on social anxiety and speech fluency in adolescents with stuttering. *JPS* 2022; 21(115): 1301-13. (Farsi)
- (25) Erfani E, Rafiepoor A, Ahadi M, Serami G. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotion Regulation in Men with Bulimia Nervosa. *Family and Health* 2021; 11(1): 91-104. (Farsi)

Original Article

Develop an educational package for a sustainable life based on the lived experience of couples with experience of divorce

Received: 29/10/2023 - Accepted: 01/07/2023

Shirin Amirteymori¹
Roxana Nakhai Moghaddam^{2*}
Shima Mehrabi³
Parisa pakseresht⁴
Reyhane Ranjbar⁵

¹ Master's degree, Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad, Kerman, Iran

² Ph.D., Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad, Birjand, Iran (corresponding author)

³ Master's degree, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

⁴ master's degree, Department of Psychology, Research Sciences Unit, Islamic Azad, Tehran

⁵ BA, Department of Psychology, Dezfoul Branch, Azad Islami, Khuzestan, Iran

Email: bakbari44@yahoo.com

Abstract

Introduction

Aggression usually refers to behavior that aims to physically or verbally harm another person or destroy people's property, which affects the quality of life of patients. Emotional therapy can play an effective role in improving psychological symptoms; Therefore, the current research was conducted with the aim of determining the effectiveness of emotional therapy on quality of life and ego strength.

Material and Method

This study was a semi-experimental method with a pre-test, post-test and two-month follow-up plan with a control group. The target population of all the referents had aggressive teenagers who referred to the psychological clinic of Tehran in 1402. The sample size was determined by referring to Cohen's table. In this way, at the confidence level of 95%, the effect size was 0.30 and the statistical power was 0.83 for each group of 12 people. However, since there was a possibility of some samples falling and also in order to generalize the results more, the sample size was determined to be 15 people in each group. In the first step, 30 people were selected by available sampling method, and in the second step, these 30 people were replaced in the experimental group (15 people) and a control group (15 people) in a simple random way (by lottery).

Results

The results of the study indicated the effect of the emotion-oriented method on the dimensions of quality of life and ego strength ($P < 0.001$).

Conclusion

According to the results, specialists working in the field of adolescents and families can consider the use of emotion-oriented methods in the treatment of these people along with other treatments.

Key words

ego strength, emotion oriented, quality of life, teenagers, aggression

Acknowledgement: There is no conflict of interest