

مقاله اصلی

اثربخشی طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجانی، نگرانی و اضطراب دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۲۰

خلاصه

مقدمه: هدف پژوهش حاضر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجانی، نگرانی و اضطراب دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز بود.

روش کار: جامعه آماری در تحقیق حاضر کلیه دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز بودند که تعداد آن‌ها ۹۰۰۰ نفر بوده است. از میان دانشجویانی که کمترین نمرات را در پرسشنامه‌های تنظیم هیجانی گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، پرسشنامه نگرانی پن استت زینبارگ و بارلو (۱۹۹۰) و مقیاس اضطراب از پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس لابیوند (۱۹۹۵) کسب نمودند به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۶۰ نفر انتخاب و به دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) گمارده شدند. در این پژوهش از روش تحقیق نیمه‌آزمایشی طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. مداخله‌ی آموزشی (طرحواره‌درمانی در ۹ جلسه یک ساعته) برای گروه آزمون اجرا شد. در پایان مداخله هر دو گروه پرسشنامه‌های تنظیم هیجانی، نگرانی و اضطراب را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس و با رعایت پیش فرض‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجانی، نگرانی و اضطراب دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز با $p \leq 0/05$ تاثیر دارد.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج برای تنظیم هیجانی و کاهش نگرانی و اضطراب دانشجویان دختر از روش طرحواره‌درمانی استفاده شود.

کلمات کلیدی: طرحواره‌درمانی، تنظیم هیجانی، نگرانی، اضطراب

زهرا درگاهی^۱

مینا محمودی تبار^۱

رضا دیناروند^۲

اشکان عالی محمدی^۳

فاطمه شمس^۴

مریم صادقی^۵

^۱کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات،

دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

^۲دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، واحد اهواز،

دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

^۳کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد ایذه، دانشگاه آزاد

اسلامی، ایذه، ایران. (نویسنده مسئول)

^۴کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد ایذه، دانشگاه آزاد

اسلامی، ایذه، ایران.

^۵کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، واحد دزفول، دانشگاه

آزاد اسلامی، دزفول، ایران

Email:

alimohammadi.ashkan@gmail.com

مقدمه

یکی از گروه‌هایی که نقش مهمی برای آینده و تعالی و رشد کشورها دارند دانشجویان هستند. زندگی دانشجویی در عین حال که فرصت‌های جدیدی را برای فرد به همراه دارد، چالش‌ها و تنیدگی‌های خاص خود را نیز دارد. در همین راستا استین و گرین^۱ (۱۹۸۸) معتقدند دانشجویان تنیدگی‌های زیادی را به علت تغییر محیط زندگی تجربه می‌کنند که از آن جمله می‌توان به کنار آمدن با محیط و دوستان جدید، عدم حمایت‌های عاطفی و اجتماعی، مشکلات آموزشی و نگرانی و اضطراب اشاره کرد (محمودی زهراکار و شعبانی، ۱۳۹۲). یکی از مسائل و مشکلاتی که دانشجویان ممکن است با آن روبرو شوند، عدم توانایی در مدیریت هیجانات است.

سیجی و همکاران^۲ (۱۹۹۱) تنظیم هیجان را به عنوان عوامل برون و درون ارگانسمی تعریف می‌کنند که از طریق آن، برانگیختگی هیجانی، دوباره راه‌اندازی، کنترل و تعدیل می‌شود و فرد را قادر به عملکرد سازگارانه در موقعیت‌هایی می‌کند که برانگیزاننده هیجان هستند. تنظیم هیجان به دامنه‌ی وسیعی از فرایندهای زیستی، اجتماعی، رفتاری و همچنین فرایندهای شناختی هشیار و ناهشیار اشاره دارد. فرایندهای تنظیم هیجان به قدری پیچیده و گسترده است که تمرکز بر تمام ابعاد و مکانیسم‌های آن ممکن نیست (گارنفسکی و همکاران^۳؛ ۲۰۰۱). آشفستگی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند موجب آسیب‌های روانی شود. افراد برای تنظیم فرایندهای مختلف هیجانی از راهبردهای متفاوتی استفاده می‌کنند که یکی از متداول‌ترین آن‌ها، تنظیم هیجان با استفاده از فرایندهای شناختی (یا تنظیم شناختی هیجان) است. اهمیت تنظیم شناختی هیجان در مدیریت اطلاعات برانگیزاننده هیجانی است (احمدطجری، ۱۳۹۷). بنابراین تنظیم شناختی هیجان انسان را قادر می‌سازد با انعطاف‌پذیری بیشتری به وقایع متنوع محیطی پاسخ

دهد. از دیگر مشکلاتی که در دانشجویان دیده می‌شود، نگرانی و اضطراب است.

یکی از اولین تعاریف در خصوص نگرانی توسط بورکوک^۴؛ رابینسون^۵؛ پروزینسکی^۶ و دی پی (۱۹۸۳) مطرح شد:

“نگرانی زنجیره از افکار، تصاویر دارای بار عاطفه منفی و نسبتاً غیرقابل کنترلی است، که منجر به تلاش‌هایی در جهت حل ذهنی مسایل می‌شود، مسایلی که با وجود نامشخص بودن پیامدهای آن، احتمال یک یا چند پیامد منفی در آن‌ها وجود دارد. بر این اساس، نگرانی ارتباط نزدیکی با فرایند ترس دارد.”

ضابطه‌بندی‌های جدید، تعریف نگرانی را گسترده‌تر ساخته‌اند و نگرانی را به عنوان درک اضطراب گونه‌ای از آینده و اتفاقات منفی توصیف کرده‌اند (بارلو^۸؛ ۲۰۰۲). محتوای نگرانی معمولاً مربوط به رویدادهای مربوط به آینده بوده که پیامدهای آن‌ها نامشخص است، اما شامل یک یا چند پیامد منفی می‌باشد (سیبروا^۹ و بورکوک^۴، ۲۰۰۶). اگرچه پیش‌بینی خطر احتمالی امری سازگار است، اما معلوم نیست که چرا نگرانی بیش از حد در مورد وقایع کم احتمال آن‌چنان ادامه می‌یابد که باعث ناراحتی‌های روانی مکرر شده و منافع آن بسیار کم است. بورکوف و همکارانش مدت‌هاست استدلال می‌کنند که نگرانی با اجتناب از واکنش‌های احساسی بیشتر در ارتباط با پردازش تهدیدها در قالب تصویر تقویت می‌شود (به عنوان مثال بورکوک^۴، آلکائین^{۱۰} و بهار^{۱۱}؛ ۲۰۰۴). اضطراب معمولاً به عنوان احساس پراکنده و مبهم و نامطبوع ترس و تشویق تعریف می‌شود. شخص مضطرب خصوصاً در مورد خطرات ناشناخته بسیار نگران است و ترکیبی از علائم زیر را نشان می‌دهد: تپش قلب، تنگی نفس، بی‌اشتهایی، سستی، سرگیجه، تعریق، بی‌خوابی و لرزش درونی. اگر چه اضطراب برای بیشتر افراد یک عکس‌العمل به هنجار و گذرا است و موجب حفاظت آنان در برابر صدمات بالقوه می‌گردد ولی

⁷ DePree

⁸ Barlow

⁹ Sibrava

¹ Alcaine

¹ Behar

0

1

¹ Estin & Green

² Cicchetti et al

³ Garnefski et al

⁴ Brokovec

⁵ Robinson

⁶ Pruzinsky

اضطراب و افسردگی برداشته و در کارآزمایی بالینی درمان‌نگران متوجه خواهند شد که چطور این نظریه شگرف و پیشرفته، که حاصل نبوغ اندیشمند بزرگ جفری یانگ و همکاران است، به آنچه که باید بسنجد و آن طور که باید درمان کند دست می‌یابد و به اصطلاح بت بزرگ و ریشه‌های خزنده این اختلالات مزمن را خشکانده و یا در حد چشمگیری تضعیف کند (دوزیس^۴ و دیگران، ۲۰۰۹). با توجه به تعاریف و تحقیقات انجام شده، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که: آیا طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجانی، نگرانی و اضطراب دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز مؤثر است؟

روش کار

پژوهش از حیث هدف کاربردی، از نظر گردآوری داده‌ها میدانی و از روش تحقیق نیمه‌آزمایشی طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری در تحقیق حاضر کلیه دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز بودند که تعداد آن‌ها ۹۰۰۰ نفر بود. نمونه پژوهش تعداد ۶۰ نفر از این دانشجویان بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و به دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) گمارده شدند. مداخله‌ی آموزشی (طرحواره‌درمانی در ۹ جلسه یک‌ساعته) برای گروه آزمون اجرا شد. به منظور رعایت عدالت پس از اجرای نه جلسه طرحواره‌درمانی و اجرای پس‌آزمون و گردآوری اطلاعات لازم، گروه کنترل نیز همانند گروه آزمایش تحت نه جلسه طرحواره‌درمانی قرار گرفتند.

اضطراب بیمار گونه با نگرانی، ترس، تشویش، فکرای مزاحم، علائم فیزیکی و احساس تنش همراه است و موجب تضعیف عملکرد فرد می‌شود (حیدری، ۱۳۹۸).

یکی از درمان‌هایی که امروزه اثربخشی آن بر روی مشکلات روانشناختی همچون اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجانی به اثبات رسیده است، طرحواره‌درمانی است. طرحواره‌ها الگوهای عمیق و فراگیری هستند که از خاطره، هیجان و شناخت تشکیل شده و در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته و در بزرگسالی تداوم می‌یابند (هیلمن، پیترز، کیهو، ۲۰۱۱). طرحواره‌درمانی، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرحواره‌درمانی اصول و مبانی مکتب‌های شناختی رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیء، سازنده‌گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است (یانگ، کلاسکو و ویشار، ۲۰۰۳).

همان‌طور که از انتشار مطالعات جدید ابعاد زیربنایی و روش‌های درمانی اثربخش آن نمایان است با شیوه‌های درمانی که می‌توانند آسیب‌های رشد روانی و حوادث گذشته‌نگر در این اختلال را شناسایی و درمان و کنترل کنند، می‌توان گامی مهم در مدیریت این اختلال برداشت و درمان‌های نوین و پیشرفته، مانند طرحواره‌درمانی، توانسته‌اند با ارائه کارآزمایی‌های بالینی به نتایج امیدبخش در این حوزه دست بیابند. می‌توان گفت که طرحواره‌درمانی بنا بر نظریه‌های آسیب‌شناسی و درمان خود و با توجه به ویژگی‌های هفته در اختلالات، گامی مهم و بزرگ را در نزدیک شدن به علیت‌های اولیه و اساسی در اختلالاتی همچون

جدول ۱. محتوای جلسات طرحواره‌درمانی

جلسات	هدف جلسه	محتوای جلسه	تکلیف خانگی	پیامد های مورد انتظار

³ - Young, Klosko, & Weishaar

⁴ - Dozois

¹ Schema Therapy

² - Heilemann, Pieters & Kehoe

اول	معارفه و اجرای پیش‌آزمون	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، توضیح دادن درباره اهداف، آماده‌سازی و معرفی مدل طرحواره هیجانی، اجرای پیش‌آزمون	آگاهی از هیجانات	ثبت هیجان
دوم	بررسی تکلیف منزل، اعتباریابی هیجانی	ارائه الگویی از هیجان به شرکت‌کننده‌ها، تقویت آگاهی هیجانی، اعتبار بخشیدن به هیجانات، شناسایی طرحواره هیجانی در دسرساز	احساس حمایت هیجانی و اهمیت به خویشتن	اعتباربخشی دلسوزانه به خویشتن
سوم	بررسی تکلیف منزل، اعتباریابی هیجانی و چالش با طرحواره‌های هیجانی در دسرساز	ابداع راهبردهای انطباقی برای سازش با اعتبار زدایی، برچسب زنی و افتراق هیجان‌ها از یکدیگر، افزایش تحمل احساسات مختلط، بهنجار سازی تجربه هیجانی برچسب زنی و افتراق هیجان‌ها از یکدیگر	افتراق احساسات و آگاهی نسبت به پیچیدگی و حقانیت ذات انسان	ثبت مزایا و معایب هیجان‌های غیر طبیعی
چهارم	بررسی تکلیف منزل، چالش با طرحواره‌های هیجانی در دسرساز	پذیرش احساسات، بهنجار سازی تجربه هیجانی، تمایز گذاشتن بین هیجان و اقدام، تجربه کردن هیجان به صورت یک موج، آزمایش رفتاری پیش‌بینی عاطفی	مقابله با دیدگاه منفی نسبت به هیجان‌ها	مشاهده و توصیف هیجان
پنجم	بررسی تکلیف منزل، پذیرش بنیادین احساسات	افزایش قدرت پذیرش احساسات، اتخاذ موضعی به دور از قضاوت برای هیجان، انجام دادن آزمایش رفتاری جهت آزمون باورهای هیجانی غلط	کاهش شدت هیجان‌های مبتنی بر قضاوت و افکار خودآیند	نامه‌نگاری خود-دلسوزانه
ششم	بررسی تکلیف منزل، تقویت پردازش هیجانی	تقویت آگاهی هیجانی، القای هیجان، فضا سازی هیجانی، بررسی هیجان به عنوان هدف	پذیرش اینکه هیجان‌ها و افکار سازه‌های ایسنا نیستند	ثبت افکار هوشمند به لحاظ هیجانی
هفتم	بررسی تکلیف منزل، رنجش سودمند و بازسازی شناختی	بالا رفتن از نردبان مفاهیم برتر، تمایز امکان از احساسات، فاجعه زدایی	آگاهی به اینکه احساس با واقعیت و با فکر تفاوت دارد	افتراق دادن افکار از احساسات
هشتم	بررسی تکلیف منزل، بازسازی شناختی جمع‌بندی و ارزیابی	فن و کیل مدافع، بررسی شواهد افکار منفی، سبک و سنگین کردن منافع و مضوات روند خلاصه مطالب و آموزش تعمیم آن به هنگام مشکل، نحوه انجام دادن تکالیف خانگی، پس‌آزمون	خود انتقادی و افزایش واقع‌گرایی	بررسی معایب و مزایای افکار منفی از سرگیری
نهم			بازگشت به زندگی روزمره	فعالیت‌ها و برنامه ریزی برای آینده

لیهه (۲۰۱۵)

جدول ۲. مشخصات آزمودنی‌ها

مشخصه	کل آزمودنی‌ها	گروه آزمایش	گروه کنترل	P value
سن	۲۹,۴	۲۹,۶	۲۹,۲	۰,۳۶۶
تحصیلات				۰,۴۹۹
کارشناسی	۳۳ (۵۵٪)	۱۵ (۵۰٪)	۱۸ (۶۰٪)	
کارشناسی ارشد	۱۷ (۲۸,۳۳٪)	۹ (۳۰٪)	۸ (۲۶,۶۷٪)	
دکتری	۱۰ (۱۶,۶۷٪)	۶ (۲۰٪)	۴ (۱۳,۳۳٪)	
وضعیت تاهل				۰,۳۶۶
مجرد	۲۳ (۳۸,۳۳٪)	۹ (۳۰٪)	۱۴ (۴۶,۶۷٪)	
متاهل	۲۸ (۴۶,۶۷٪)	۱۶ (۵۳,۳۳٪)	۱۲ (۴۰٪)	

	۳ (۱۰٪)	۴ (۱۳,۳۳٪)	۷ (۱۱,۶۷٪)	مطلقه
	۱ (۳,۳۳٪)	۱ (۳,۳۳٪)	۲ (۳,۳۳٪)	بیوه (مرگ همسر)
۰,۳۸۱				وضعیت شغلی
	۱۰ (۳۳,۳۳٪)	۱۵ (۵۰٪)	۲۵ (۴۱,۶۷٪)	شاغل
	۸ (۲۶,۶۷٪)	۷ (۲۳,۳۳٪)	۱۵ (۲۵٪)	بیکار
	۳ (۱۰٪)	۲ (۶,۶۷٪)	۵ (۸,۳۳٪)	بازنشسته
	۶ (۲۰٪)	۴ (۱۳,۳۳٪)	۱۰ (۱۶,۶۷٪)	خانه دار
	۳ (۱۰٪)	۲ (۶,۶۷٪)	۵ (۸,۳۳٪)	تحت پوشش نهادهای اجتماعی
1.000				سابقه مصرف دارو
	۴ (۱۳,۳۳٪)	۴ (۱۳,۳۳٪)	۸ (۱۳,۳۳٪)	بنزودیازپین‌ها
	۳ (۱۰٪)	۳ (۱۰٪)	۶ (۱۰٪)	ضد افسردگی‌ها
	۲ (۶,۶۷٪)	۳ (۱۰٪)	۵ (۸,۳۳٪)	آنتی‌بیوتیک‌های متفرقه
	۲۱ (۷۰٪)	۲۰ (۶۶,۶۷٪)	۴۱ (۶۸,۳۳٪)	بدون سابقه مصرف دارو
۰,۳۳۷				تشخیص اولیه طبق معیارهای DSM-5
	۱۸ (۶۰٪)	۱۳ (۴۳,۳۳٪)	۳۱ (۵۱,۶۷٪)	اختلالات اضطرابی
	۶ (۲۰٪)	۵ (۱۶,۶۷٪)	۱۱ (۱۸,۳۳٪)	اختلالات اضطراب همراه با افسردگی
	۱ (۳,۳۳٪)	۶ (۲۰٪)	۷ (۱۱,۶۷٪)	اختلالات مربوط به تروما و استرس
	۵ (۱۶,۶۷٪)	۶ (۲۰٪)	۱۱ (۱۸,۳۳٪)	سایر اختلالات مرتبط

ابزار پژوهش

برای تدوین این پژوهش از دو دسته داده‌ها استفاده شده است:
الف: داده‌های کتابخانه‌ای و اسنادی؛ که برای گردآوری آن‌ها از منابع کتابخانه‌های شامل کتاب، مجلات و منابع الکترونیکی استفاده شده است.

ب: داده‌های میدانی که برای گردآوری آن‌ها از پرسش‌نامه استفاده شده که در ذیل به آن‌ها پرداخته شده است:

۱- پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۱ گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی و همکاران^۲ (۲۰۰۱) تدوین شده است. این پرسشنامه، پرسشنامه‌ای چند بعدی

و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می‌باشد. مقیاس تنظیم شناختی هیجان نه (۹) راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌انگاری و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. گارنفسکی و همکاران اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. این پرسشنامه شامل ۳۶ پرسش مدرج پنج نمره‌ای (از همیشه یا هرگز) می‌باشد که هر چهار پرسش یک عامل را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و در مجموع نه عامل به قرار، سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه‌آمیز کردن، نشخوار فکری، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، پذیرش، تمرکز مثبت و ارزیابی مثبت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. فرم

² Garnefski et al

¹ -Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

نمره ۱۶ تا ۳۹: نگرانی کم

نمره ۴۰ تا ۵۹: نگرانی متوسط

نمره ۶۰ تا ۸۰: نگرانی زیاد

بر اساس این روش از تحلیل شما نمره‌های به دست آمده را جمع کرده و سپس بر اساس جدول زیر قضاوت کنید. توجه داشته باشید میزان امتیازهای زیر برای یک پرسشنامه است در صورتی که به طور مثال شما ۱۰ پرسشنامه داشته باشید باید امتیازهای زیر را ضربدر ۱۰ کنید.

مثال: حد پایین نمرات پرسشنامه به طریق زیر بدست آمده است:
تعداد سوالات پرسشنامه * ۱ = حد پایین نمره

حد پایین نمره	حد متوسط نمرات	حد بالای نمرات
۱۶	۴۸	۸۰

امتیازات خود را از ۱۶ عبارت فوق با یکدیگر جمع نمایید. حداقل امتیاز ممکن ۱۶ و حداکثر ۸۰ خواهد بود.

نمره بین ۱۶ تا ۳۲: میزان نگرانی پایین است.

نمره بین ۳۲ تا ۴۸: میزان نگرانی متوسط است.

نمره بالاتر از ۴۸: میزان نگرانی بالا است.

سازگاری درونی ضریب آلفا برای این ابزار ۰/۹۴ گزارش شده و از نظر روایی نیز این ابزار به خوبی می‌تواند بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را از بیماران افسرده جدا کند. افزون بر این، روایی سازه‌ای این ابزار در بررسی‌های تحلیل عاملی به تأیید رسیده است (زینبارگ و بارلو ۱۹۹۶؛ فرسکو، هیم برگ و مین و تورک ۲۰۰۲). پایایی آزمون - آزمون مجدد آن ۰/۹۰ و ضریب آلفا ۰/۹۴ می‌باشد (بخشی پور، ۱۳۸۳). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش گردید.

۳- پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس لایبوند و

لاویبوند (۱۹۹۵)

پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس شامل ۲۱ گویه است که توسط لایبوند و لایبوند (۱۹۹۵) این عبارات مرتبط با علایم

فارسی این مقیاس به وسیله ی سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد اعتباریابی قرار گرفته است. در این پرسشنامه از فرد خواسته می‌شود تا واکنش خود را در مواجهه با تجارب تهدید آمیز و رویدادهای استرس‌زای زندگی که به تازگی تجربه کرده‌اند را به وسیله پاسخ به ۵ پرسش که تا استراتژی برای کنترل و تنظیم هیجان را ارزیابی می‌کند مشخص نماید این پرسشنامه دارای فرم ویژه بزرگسالان و فرم ویژه کودکان می‌باشد.

ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به وسیله گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. برای بررسی روایی همگرا و اگرایی این پرسشنامه در ایران از مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس که شامل ۲۱ پرسش مدرج چهار نمره‌ای (از کاملاً شبیه من تا کاملاً متفاوت از من) می‌باشد که سه عامل افسردگی، استرس و اضطراب‌زا را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این مقیاس هر یک پرسش یک عامل اختلال هیجانی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش گردید.

۲- پرسشنامه نگرانی پن استت زینبارگ و بارلو^۱ (۱۹۹۰)

پرسشنامه نگرانی پن استت (PSWQ) در سال ۱۹۹۰ توسط زینبارگ و بارلو ساخته شده است که نوعی ابزار خودسنجی برای تشخیص صفت نگرانی و شامل ۱۶ ماده است. این ماده‌ها برای دستیابی به ابعاد عمومیت، شدت و کنترل ناپذیری نگرانی مرضی طراحی شده‌اند. هر ماده روی یک مقیاس ۵ گزینه‌ای (۱=به هیچ وجه در مورد من صادق نیست تا ۵=بسیار زیاد در مورد من صادق است) رتبه‌بندی می‌شود. PSWQ ویژگی‌های روان‌سنجی بسیار مطلوبی دارد. محدوده نمره‌گذاری این پرسشنامه بین ۱۶ تا ۸۰ می‌باشد. در یازده آیتم نمره‌های بالاتر بر نگرانی بیشتر دلالت دارند. پنج آیتم دیگر نداشتن مشکلات در ارتباط با نگرانی را نشان می‌دهند که این آیتم‌ها معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.

آیتم‌های نمره‌گذاری معکوس: ۱-۳-۸-۱۰-۱۱

² Depression, anxiety and stress scale, Lovibond&Lovibond

¹ Penn State Worry Questionnaire by Zinbarg and Barlow

آنتونی و همکاران^۱ (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آن‌ها مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۹/۰۷، ۲/۸۹، و ۱/۲۳ و ضریب آلفا برای این سه عامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. همچنین در پژوهش نیک آذین و ناینیان ضرایب آلفای کروناخ برای ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ بدست آمد و ضرایب بازآزمایی برای ابعاد مذکور به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۶۷ و ۰/۶۴ بدست آمد که قابل قبول می‌باشند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کروناخ ۰/۹۰ گزارش گردید.

۴- یافته های پژوهش

یافته های پژوهش

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، بیشترین و کمترین نمره‌ی تنظیم هیجان را در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

مرحله	شاخص‌های آماری گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
پیش‌آزمون	آزمایش	۱۰۶/۱۳	۸/۵۲	۱۲۰	۹۲
	کنترل	۱۰۲/۷۳	۱۱/۲۴	۱۲۲	۹۲
پس‌آزمون	آزمایش	۸۶/۹۳	۱۰/۷۰	۱۰۵	۷۶
	کنترل	۱۰۸/۴۰	۹/۵۴	۱۲۲	۹۳

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد در گروه آزمایش میانگین نمره تنظیم هیجان در مرحله‌ی پیش‌آزمون (۱۰۶/۱۳) و در مرحله‌ی پس‌آزمون (۸۶/۹۳) می‌باشد. همچنین در گروه کنترل، میانگین نمره‌های تنظیم هیجان در مرحله‌ی پیش‌آزمون (۱۰۲/۷۳) و در مرحله‌ی پس‌آزمون (۱۰۸/۴۰) می‌باشد.

عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) تشکیل شده است. خرده مقیاس افسردگی شامل عباراتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت بردن از زندگی و فقدان انرژی و قدرت را می‌سنجد. خرده مقیاس اضطراب دارای عباراتی است که می‌کوشد تا بیش‌انگیزختگی فیزیولوژیک، ترس‌ها و اضطراب موقعیتی را مورد ارزیابی قرار دهند و خرده مقیاس استرس عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک پذیری و بی‌قراری را در بر می‌گیرد.

جدول ۳. مؤلفه‌های پرسشنامه

خرده مقیاس‌ها	سؤال‌ها
افسردگی	۲۱-۱۷-۱۶-۱۳-۱۰-۵-۳
اضطراب	۲۰-۱۹-۱۵-۹-۷-۴-۲
استرس	۱۸-۱۴-۱۲-۱۱-۸-۶-۱

هر یک از خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس شامل ۷ سؤال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن به دست می‌آید (جدول ۱). هر سؤال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. از آن‌جا که این پرسشنامه فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سؤالی) است، نمره نهایی هر یک از خرده مقیاس‌ها باید ۲ برابر شود. سپس با مراجعه به جدول شماره ۲ می‌توان شدت علایم را مشخص کرد (لاویوند و لاویوند، ۱۹۹۵، به نقل از فتیحی آشتیانی، ۱۳۸۸).

تفسیر پرسشنامه:

جدول ۴. شدت هر یک از خرده مقیاس‌ها

شدت	افسردگی	اضطراب	استرس
عادی	۰-۹	۰-۷	۰-۱۴
خفیف	۱۰-۱۳	۸-۹	۱۵-۱۸
متوسط	۱۴-۲۰	۱۰-۱۴	۱۹-۲۵
شدید	۲۱-۲۷	۱۵-۱۹	۲۶-۳۳
بسیار شدید	+۲۸	+۲۰	+۳۳

^۱ Antony et al

جدول ۲ میانگین، انحراف معیار، بیشترین و کمترین نمره نگرانی را در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

مرحله	شاخص‌های آماری گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
پیش‌آزمون	آزمایش	۴۵/۲۰	۵/۸۸	۵۴	۳۷
	کنترل	۴۴/۶۰	۶/۴۴	۵۴	۳۵
پس‌آزمون	آزمایش	۳۸/۷۳	۴/۹۹	۴۸	۳۳
	کنترل	۴۴/۹۳	۶/۶۲	۵۵	۳۷

نمره‌های نگرانی در مرحله‌ی پیش‌آزمون (۴۴/۶۰) و در مرحله‌ی پس‌آزمون (۴۴/۹۳) می‌باشد.

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد در گروه آزمایش میانگین نمره نگرانی در مرحله‌ی پیش‌آزمون (۴۵/۲۰) و در مرحله‌ی پس‌آزمون (۳۸/۷۳) می‌باشد. همچنین در گروه کنترل، میانگین

جدول ۳. میانگین، انحراف معیار، بیشترین و کمترین نمره‌ی اضطراب را در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

مرحله	شاخص‌های آماری گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
پیش‌آزمون	آزمایش	۳۵/۶۶	۵/۳۶	۴۳	۲۴
	کنترل	۴۴/۹۳	۶/۶۲	۵۵	۳۷
پس‌آزمون	آزمایش	۲۷/۸۶	۵/۶۹	۴۱	۱۶
	کنترل	۳۶/۰۰	۵/۳۷	۴۳	۲۶

نمره‌های اضطراب در مرحله‌ی پیش‌آزمون (۴۴/۹۳) و در مرحله‌ی پس‌آزمون (۳۶/۰۰) می‌باشد. یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد در گروه آزمایش میانگین نمره اضطراب در مرحله‌ی پیش‌آزمون (۳۵/۶۶) و در مرحله‌ی پس‌آزمون (۲۷/۸۶) می‌باشد. همچنین در گروه کنترل، میانگین

جدول ۴. نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لوین بین متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

اثر	متغیر وابسته	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی داری
گروه	تنظیم هیجان	۱	۲۸	۰/۷۸	۰/۳۸
	نگرانی	۱	۲۸	۰/۰۱	۰/۹۰
	اضطراب	۱	۲۸	۰/۹۰	۰/۳۵

به طور معنی داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس ها تأیید می شود. بنابراین آزمون همگنی واریانس ها بر روی سه متغیر وابسته معنی دار نمی باشد و به محقق اجازه می دهد که فرض کند واریانس ها مساوی هستند.

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می دهند که آزمون لوین در متغیر تنظیم هیجان ($F=78/01$ و $P=0/38$)، نگرانی ($F=0/01$ و $P=0/90$) و اضطراب ($F=0/90$ و $P=0/35$) معنی دار نمی باشد. بنابراین واریانس دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای پژوهش

جدول ۵. نتایج حاصل از آزمون شیب های رگرسیون بین متغیرهای پژوهش (پیش آزمون) و وابسته (پس آزمون ها) در سطوح عامل (گروه های آزمایش و کنترل)

سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	پس آزمون ها
۰/۹۳	۰/۰۰۶	۰/۱۴	۱	۰/۱۴	تنظیم هیجان
۰/۰۹	۲/۸۸	۱۷/۱۱	۱	۱۷/۱۱	نگرانی
۰/۲۴	۱/۴۵	۱۵/۱۶	۱	۱۵/۱۶	اضطراب

عامل (گروه های آزمایشی و کنترل) معنی دار نیست. بنابراین فرض همگنی رگرسیون ها رعایت شده است.

همان طور که در جدول ۵ مشاهده می شود تعامل متغیرهای پژوهش (پیش آزمون ها) و وابسته (پس آزمون ها) در سطوح

جدول ۶. آزمون کولموگروف - اسمیرنوف و شاپیرو - ویلکر برای نرمال بودن داده ها در متغیرهای پژوهش

آزمون کولموگروف - اسمیرنوف		آزمون شاپیرو - ویلکر		متغیرها
مقدار آماره	سطح معناداری	مقدار آماره	سطح معناداری	
۰/۱۹	۰/۱۳	۰/۹۰	۰/۱۱	تنظیم هیجان
۰/۱۷	۰/۰۹	۰/۹۴	۰/۲۵	نگرانی
۰/۲۲	۰/۱۲	۰/۹۱	۰/۲۷	اضطراب

برای پاسخ به فرضیات پژوهش ابتدا از تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) و سپس از تحلیل آنکوا در متن مانکوا استفاده می شود که در جدول ۷ و جدول ۸ نشان داده شده است.

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می شود در آزمون کولموگروف - اسمیرنوف متغیرهای پژوهش معنادار هستند که با توجه به حجم پایین نمونه و در نظر گرفتن سطوح معناداری در آزمون شاپیرو - ویلکر (برای نمونه های کوچک آزمون شاپیرو - ویلکر مناسب است) این مورد مشکل ساز نبوده و در نتیجه متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال هستند ($P \geq 0/05$).

جدول ۷. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون تنظیم هیجان، نگرانی و اضطراب در گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df خطا	Df فرضیه	اندازه اثر	سطح معنی داری
آزمون اثر پیلای	۰/۶۱	۱۲/۰۶	۲۳	۳	۰/۶۱	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویکلز	۰/۳۸	۱۲/۰۶	۲۳	۳	۰/۶۱	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۱/۵۷	۱۲/۰۶	۲۳	۳	۰/۶۱	۰/۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۱/۵۷	۱۲/۰۶	۲۳	۳	۰/۶۱	۰/۰۰۱

این تفاوت سه تحلیل کواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۸ درج شده است. اندازه اثربخشی مداخله در کل پژوهش حاضر در ۰/۶۱ می‌باشد. جدول ۸ نتایج حاصل از فرضیه های ۱، ۲ و ۳ را نشان می‌دهد:

مندرجات جدول ۷ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $p < 0/01$ تفاوت معنی داری وجود دارد. براین اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (تنظیم هیجان، نگرانی و اضطراب) بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد. جهت پی بردن به

جدول ۸. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون تنظیم هیجان، نگرانی و اضطراب در گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	سطح معنی داری
تنظیم هیجان	۳۷۲۴/۱۷	۱	۳۷۲۴/۱۷	۳۷/۱۸	۰/۵۹	۰/۰۰۱
نگرانی	۳۲۰/۳۰	۱	۳۲۰/۳۰	۱۰/۶۵	۰/۲۹	۰/۰۰۳
اضطراب	۴۷۰/۹۰	۱	۴۷۰/۹۰	۱۵/۳۱	۰/۳۸	۰/۰۰۱

پژوهش تأیید می‌شود. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۳۸ درصد تفاوت دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون از نظر متغیر اضطراب مربوط به مداخله‌ی آزمایشی است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجانی، نگرانی و اضطراب دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز بود. نتایج نشان داد که طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجانی دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز موثر می‌باشد.

در تبیین این بخش از یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که طرحواره‌درمانی با تأکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و

با توجه به مندرجات جدول ۸ مشاهده می‌شود که تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون، از لحاظ متغیر تنظیم هیجان در سطح $p < 0/01$ معنی دار است. بر این اساس می‌توان بیان داشت که فرضیه ۱ پژوهش تأیید گردید. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۵۹ درصد تفاوت دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون از نظر متغیر تنظیم هیجان مربوط به مداخله‌ی آزمایشی است، تفاوت گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیر نگرانی در سطح $p < 0/01$ معنی دار است. در نتیجه فرضیه ۲ پژوهش تأیید می‌شود. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۲۹ درصد تفاوت دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون از نظر متغیر نگرانی مربوط به مداخله‌ی آزمایشی است و تفاوت گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیر اضطراب در سطح $p < 0/01$ معنی دار است در نتیجه فرضیه ۳

شده و فرد دچار اضطراب می‌شود. در طرحواره‌درمانی هیجانی و بر اساس مفهوم‌بندی موردی راهبردهای همیشگی به کار گرفته شده توسط بیمار شناسایی شده و به او یادآوری می‌شود که این راهبردها مناسب نبوده و در بلندمدت موجب تشدید مشکل وی می‌شوند. لذا از وی درخواست می‌شود تا راهبردهای همیشگی را کنار بگذارد و راهبردهایی که به وی در جلسات منتقل می‌شود را در پاسخ به برانگیخته شدن هیجان‌ها و نشانه‌ها و علائم اضطراب به کار گیرد تا علائم نگرانی او برطرف گردد.

همچنین نتایج نشان داد که طرحواره‌درمانی بر اضطراب دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز موثر می‌باشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های لیهی (۲۰۱۵)، لیهی و همکاران (۲۰۱۱)، کمالی و همکاران (۲۰۱۳)، خورشیدزاده و همکاران (۱۳۹۰)، حسینی کوپایی (۱۳۹۱) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که طرحواره‌درمانی با تاکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه‌ی اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تاکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را برای بهبود علائم ترس از ارزیابی منفی، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک اضطراب فراهم می‌آورد. می‌توان گفت که طرحواره‌درمانی با آماج قرار دادن ریشه‌های رشدی اختلال اضطراب و بازسازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، قادر به درمان علائم مبتلایان به اختلال اضطراب شده است. آموزش تکنیک‌های شناختی و رفتاری درمان طرحواره محور همچون آزمون اعتبار طرحواره و تکنیک‌های رفتاری مثل ایفای نقش و مواجهه و پیشگیری از پاسخ می‌تواند در کاهش اضطراب و به ویژه در کاهش ترس از ارزیابی منفی به افراد یاری برساند. تکنیک‌های رفتاری به مراجع کمک می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره -خاست،

طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و توضیح شیوه اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای استرس زندگی و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری به منظور جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصت را برای بهبود تنظیم هیجان‌ها فراهم آورده است. از آنجا که تاکید عمده طرحواره‌درمانی بر روی هیجان‌ها است و استفاده از تکنیک‌های تجربی و هیجانی نظیر آگاهی، پذیرش و بازسازی بن‌مایه‌های ناسازگار موجب تعدیل هیجان‌ها مثبت و منفی و به دنبال آن قضاوت و ادراک مثبت از خویش در افراد می‌شود و این امر به نوبه خود می‌تواند در کاهش رفتارهای ناسازگار هیجانی موثر افتد و سبب تنظیم هیجانی در افراد گردد.

از دیگر نتایج این پژوهش این بود که طرحواره‌درمانی بر نگرانی دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز موثر می‌باشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های لیهی (۲۰۰۷)، بارلو^۱ (۲۰۰۴)، هایس^۲ (۲۰۰۲)، هیمبرگ^۳ (۲۰۰۴) و هافمن و همکاران^۴ (۲۰۰۹) همسو می‌باشد.

در واقع طرحواره‌درمانی هیجانی با به کارگیری رویکرد پذیرش هیجان‌ها و ذهن آگاهی و همچنین اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار موجب کاهش تلاش فرد برای کنترل افکار، حواس جسمی و هیجان‌های اضطرابی می‌شود و با آموزش به بیمار برای اتخاذ موضعی به درواز قضاوت کردن هیجان‌ها و مشاهده آن‌ها به کاهش علائم و نشانه‌های اضطراب و نگرانی منجر می‌شود. بر اساس مدل سبب شناسی طرحواره هیجانی، ارزیابی‌های منفی از هیجان و راهبردهای تنظیم هیجانی هستند که مشکل سازند. برای مثال افراد مبتلا به نگرانی، تلاش می‌کنند تا نگرانی‌های خود را با استفاده از جستجو برای راه‌حل‌های کامل در جهت کاهش عدم قطعیت برطرف کنند و ممکن است از موقعیت‌هایی که نگرانی آن‌ها را برمی‌انگیزد اجتناب کنند. در نهایت این راه‌حل‌های به کار گرفته شده سبب نگرانی بیشتر فرد

3 - Heimberg

4 - Hofmann and et al

1- Barlow

2 - Hayes

رابطه درمانگر-بیمار استوار است؛ آن گونه که باید و شاید در این مداخله امکان پذیر نبوده و به آموزش و اجرای مقدماتی این تکنیک‌ها اکتفا شده است. همچنین از آن‌جا که ماهیت پژوهش مداخله‌ای بوده و بیشتر تمرکز بر بررسی اثربخشی متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته بود، شناسایی طرحواره‌های خاص هر بیمار و تمرکز بر آن‌ها مقدور نبود. با توجه به این محدودیت‌ها ضروری است که در پژوهش‌های آتی درمان مذکور با تعداد جلسات بیشتر و دوره‌های پیگیری جهت تعیین دقیق اثر درمانی تکرار شود و به بررسی و شناسایی طرحواره‌های خاص افراد مبتلا به اضطراب و نگرانی پرداخته شود.

سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین سازد. همچنین به مراجع کمک می‌کنند تا از طرحواره‌ها فاصله بگیرد و به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بداند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بداند. این پژوهش بر روی افراد دانشجو و بر روی جامعه دختران صورت گرفت، لذا تعمیم نتایج به سایر افراد باید با احتیاط صورت بگیرد. نبود دوره پیگیری نتایج درمان به واسطه محدودیت‌های زمانی و مکانی از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بوده و همچنین به واسطه ماهیت کارگروهی و کوتاه بودن تعداد جلسات انجام بعضی تکنیک‌های طرحواره‌درمانی از قبیل بازوالدینی حد و مرزدار که اساس آن بر

References

- Ahmad Tajari F. The relationship between defense mechanisms, coping strategies and cognitive regulation of emotion with parenting stress in parents of children with cancer. Master's thesis in general psychology. (2017). (In Persian)
- Hosseini Kopaei A. Determining the effectiveness of schema therapy on the symptoms of chronic social phobia disorder. Master's thesis in Clinical Psychology, University of Isfahan, Faculty of Educational Sciences and Psychology. (2011). (In Persian)
- Khurshidzadeh M, Barjali A, Sohrabi F, Delavar A. The effectiveness of schema therapy in the treatment of women with social anxiety disorder. Researches of clinical psychology and counseling of Ferdowsi University of Mashhad. (1390). 1(2), 5-24. (In Persian)
- Irfan A, Nour Balatfati A, Mohammadi A, Adibi P. The effectiveness of emotional schema therapy on the correction of emotional schemas and the difficulty of emotional regulation in patients with irritable bowel syndrome. The 9th International Congress of Psychotherapy (Asian Meeting in the Context of Cultural Values), Tehran. (2015). (In Persian)
- Fatahi A., Dehghani A. The effectiveness of schema therapy on emotional regulation and self-efficacy and temptation in men who are members of Narcotics Anonymous. Addiction Research Quarterly (2017). 48(12): 187-204. (In Persian)
- Mahmoudi M, Zaharakar K, Shabani H. The effectiveness of teaching life skills on improving the quality of life of students. Evolutionary psychology. (2012). 37(10): 71-79. (In Persian)
- Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. Psychological assessment. 1998 Jun;10(2):176.
- Barlow DH. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. Guilford press; 2004 Jan 28.
- Barlow DH. Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic 2nd edition.
- Borkovec TD, Alcaine OM, Behar E. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder.
- Borkovec TD, Robinson E, Pruzinsky T, DePree JA. Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. Behaviour research and therapy. 1983 Jan 1;21(1):9-16.

- Dozois DJ, Martin RA, Bieling PJ. Early maladaptive schemas and adaptive/maladaptive styles of humor. *Cognitive therapy and research*. 2009 Dec;33(6):585-96.
- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*. 2001 Jun 1;30(8):1311-27.
- Heilemann MV, Pieters HC, Kehoe P, Yang Q. Schema therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2011 Dec 1;42(4):473-80.
- Hayes SC. Acceptance, mindfulness, and science.
- Heimberg RG, Turk CL, Mennin DS, editors. *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. Guilford Press; 2004 Jan 28.
- Hofmann SG, Alpers GW, Pauli P. Phenomenology of panic and phobic disorders.
- Kamali S, Gharraee B, Birashk B. The role of emotional schema in prediction of pathological worry in Iranian students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013 Jul 9;84:994-8.
- Leahy RL. Emotional schemas and self-help: Homework compliance and obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2007 Aug 1;14(3):297-302.
- Leahy RL. *Emotional Schema Therapy*. New York: Guilford Press.2015.
- Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford press; 2011 Oct 1.
- Sibrava NJ, Borkovec TD. The cognitive avoidance theory of worry. *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*. 2006 Jan 1;1:239-56.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar M. *Schema Therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford Publications. 2003.

Original Article

The effectiveness of schema therapy on emotional regulation, worry and anxiety of female students of Shahid Chamran University of Ahvaz

Received: 02/12/2021 - Accepted: 09/02/2022

Zahra Dargahi¹
Mina Mahmoudi Tabar¹
Reza Dinarvand²
Ashkan Ali Mohammadi³
Fatemeh Shams⁴
Maryam Sadeghi⁵

¹ Master of Clinical Psychology, Science and Research Unit, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

² Master's student in Educational Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

³ Master of General Psychology, Izeh Branch, Islamic Azad University, Izeh, Iran. (Responsible author)

⁴ Master of General Psychology, Izeh Branch, Islamic Azad University, Izeh, Iran.

⁵ Master's degree in Educational Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran

Email:

alimohammadi.ashkan@gmail.com

Abstract

Introduction: The aim of this study was the effectiveness of schema therapy on emotional regulation, worry and anxiety of female students of Shahid Chamran University of Ahvaz.

Methods: The statistical population in the present study was all female students of Shahid Chamran University of Ahvaz which were about 9000 students. Among the students who received the lowest scores in the Garnefski et al.'s (2001) Emotional Regulation Questionnaire, the Penn State Zinbarg & Barlow (1990) Worry Questionnaire, and the Anxiety Scale in the Lovibond & Lovibond Depression, Anxiety, and Stress scale (1995), 60 people were selected and assigned to experimental group (30 people) and control group (30 people) by simple random sampling. In this study, the semi-experimental research method of pre-test, post-test design with control group was used. Therapeutic intervention (Schema therapy in 9 sessions- each session was an hour) was performed for the experimental group. At the end of the intervention, both groups completed the Penn state, Depression, anxiety and stress and Emotional regulation questionnaires. Data were analyzed using analysis of covariance and homogeneity of variance.

Results: Findings showed that schema therapy has a positive effect on emotional regulation, worry and anxiety on female students of Shahid Chamran University of Ahvaz with $p \leq 0/05$.

Conclusion: Based on the results, schema-therapy method should be used to regulate emotions and reduce anxiety and anxiety of female students.

Keywords: Schema therapy, emotional regulation, worry, anxiety