

اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر پاسخ‌های مقابله‌ای

و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

Effectiveness of cognitive-behavioral intervention on coping responses and cognitive emotion regulation strategies

تاریخ پذیرش: ۸۸/۷/۱۳

تاریخ دریافت: ۸۸/۶/۲۷

Ghasemzade Nassaji S. MSc[✉], Peyvastegar M. PhD,
Hosseinian S. PhD, Mutabi F. PhD,
Banihashemi S. MSc

سوگند قاسم‌زاده نساجی[✉]، مهرانگیز پیوسته‌گر^۱،
سیمین حسینیان^۲، فرشته موتابی^۳، سارا بنی‌هاشمی^۴

Abstract

Introduction: This study was designed to investigate the effectiveness of cognitive behavioral intervention on coping responses and cognitive emotion regulation strategies in women.

Method: This study is a quasi-experimental with pretest posttest and follow up design. 58 employees of AL-Zahra university were randomly selected and assigned to two experimental and waiting list groups (n=29). 12 three-hours sessions of cognitive behavioral treatment were implemented for two groups in different times. Coping Responses Inventory, and Cognitive Emotion Regulation questionnaire were used for collecting data. Data were analyzed using independent T-test, covariance analysis, repeated measure.

Results: cognitive behavioral intervention showed a significant difference in the scales of coping responses and cognitive emotion regulation strategies in two groups. Also, the changes in three-month follow up was persistent.

Conclusion: Cognitive behavioral intervention can positively increase the use of problem oriented coping responses, cognitive strategies focusing on planning, revising and reappraisal in regulating emotions and also can decrease the emotion oriented coping responses, self blame, rumination and catastrophizing cognitive strategies.

Keywords: Cognitive Behavioral Intervention, Coping Responses, Cognitive Regulating Strategies, Emotions

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر پاسخ‌های مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات در زنان بود.

روش: این پژوهش مطالعه‌ای نیمه‌تجربی به همراه پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری است. از میان کارمندان زن داوطلب دانشگاه الزهراء^(س)، ۵۸ نفر به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و لیست انتظار قرار گرفتند (n=۲۹). ۱۲ جلسه سه‌ساعته آموزش درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی برای هر دو گروه در زمان‌های متفاوت به اجرا درآمد. از پرسش‌نامه پاسخ‌های مقابله‌ای و پرسش‌نامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها با آزمون‌های T مستقل، تحلیل کوواریانس و اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: مداخله شناختی- رفتاری، تفاوت معنی‌داری در مقیاس‌های پاسخ مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات بین دو گروه مورد مطالعه نشان داد. همچنین، تغییرات ایجادشده در پیگیری سه‌ماهه نیز ماندگار بود.

نتیجه‌گیری: اجرای مداخله شناختی- رفتاری موجب افزایش استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای مساله‌مدار، راهبردهای شناختی متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به‌صورت مثبت در تنظیم هیجانات و نیز کاهش استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و راهبردهای شناختی خودسرزنشگر، نشخوار ذهنی، فاجعه‌آمیز کردن در تنظیم شناختی هیجانات می‌شود.

کلیدواژه‌ها: مداخله شناختی- رفتاری، پاسخ‌های مقابله‌ای، راهبردهای تنظیم شناختی، هیجانات

[✉] **Corresponding Author:** Department of Psychology, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Alzahra University, Tehran, Iran
Email: s_gh_psy@yahoo.com

[✉] گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهراء^(س)، تهران، ایران

^۱ گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهراء^(س)، تهران، ایران

^۲ گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه الزهراء^(س)، تهران، ایران

^۳ پژوهشکده خانواده و کودک، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

^۴ گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

مقدمه

توجه تقریباً انحصاری به آسیب‌شناسی در گذشته، موجب دورشدن انسان از روند تکامل سلامت شده است [۱]. افزایش فشار روانی [۲]، بار مالی تحمیل‌شده بر دولت‌ها به‌واسطه هزینه درمان و خسارات ناشی از افت عملکرد افراد در مشاغل و تحصیلات [۳] از سوی دیگر، موجب توجه پژوهشگران به وضعیت بهداشت و ارتقای سلامت روانی افراد جامعه شده است. به همین دلیل، مساله پیشگیری و ارتقای سلامت روانی، موضوع محوری انجمن روان‌شناسی آمریکا از دهه گذشته بوده است [۴]. ارتقای سلامت روان مستلزم آموزش روش دستیابی به سبک زندگی سالم، رفتارهای مقابله‌ای سازگارانه و نیز، کمک به افراد در معرض خطر برای پرهیز از رفتارهای پرخطر است [۵]. بنابراین، متخصصان علوم پیشگیری از یک سو، درصدد تقویت نقاط قوت انسان‌ها از طریق راهبردهای مقابله‌ای و رفتارهای سازگارانه به‌عنوان سپری علیه بیماری روانی هستند [۶] و از سوی دیگر، افزایش سلامت روان، بهزیستی، کیفیت زندگی و شادکامی افراد را هدف قرار داده‌اند [۷].

روان‌شناسی سلامت، در سال‌های اخیر اهمیت زیادی برای نحوه مواجهه با تنیدگی و چالش‌های زندگی در بهبود وضعیت سلامت جسمانی و روانی افراد قابل شده و مستقیم‌ترین روش مداخله راه، تقویت پاسخ‌های مقابله‌ای و توانمندی‌های شناختی آنان می‌داند [۸، ۹]. توانایی سازگاری افراد در رویارویی با تنیدگی، مشکلات زندگی شخصی و معضلات اجتماعی برابر نیست [۱۰]. در محیط مشابه اجتماعی، بعضی اشخاص توانایی مقابله با مشکلات و موقعیت‌های چالش برانگیز را خیلی زود از دست می‌دهند و دچار افسردگی، اضطراب، رفتارهای ضداجتماعی و خودکشی می‌شوند؛ در حالی که عده‌ای دیگر به راحتی قادرند از پس این موقعیت‌ها برآیند و بدون عارضه خاصی مشکل را برطرف کرده یا آن را پشت سر بگذرانند [۱۱]. هر اندازه چنین ظرفیتی بالاتر یا بیشتر باشد به همان اندازه شخص قادر خواهد بود سلامت روانی و اجتماعی خود را در سطح بهتری نگه دارد و به شیوه مثبت، سازگارانه و کارآمد به حل و فصل مشکلات خویش بپردازد [۱۲]. مقابله، تلاش‌های رفتاری و شناختی است که به‌طور مداوم در حال تغییرند، تا فرد از عهده خواسته‌های بیرونی و درونی که ورای منابع و توان فرد ارزیابی می‌شوند، برآید. مقابله، بازتابی از فرآیندی است که شامل درگیری فعال در دوره زمانی مشخص است و راهبردهای مختلفی دارد. انتخاب راهبرد شناختی، هیجانی و رفتاری می‌تواند بر سلامت روان بالا یا پایین تأثیر بگذارد [۱۳]. [۱۴]. مطالعات نشان داده است افرادی که خود را به مجموعه‌ای از مهارت‌ها و توانمندی‌های مقابله‌ای تجهیز کرده‌اند، در رویارویی با مشکلات موفق‌تر هستند، چراکه استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر، به آنها در غلبه بر مشکلات جسمانی و روانی،

روابط بین‌فردی، اجتماعی و تعارضات فردی کمک می‌کند، در نتیجه این افراد از کیفیت زندگی و سلامت روان بهتری برخوردارند [۲، ۱۵]. بر همین اساس بیلینگز و موس [۱۶]، پنج نوع مقابله اصلی را در دو دسته، معرفی نمودند. این پنج نوع مقابله شامل مقابله متمرکز بر حل مساله، مقابله متمرکز بر ارزیابی شناختی، مقابله متمرکز بر جلب حمایت اجتماعی از دوستان، خانواده و افراد غیرمتخصص به‌منظور درددل‌کردن، مقابله متمرکز بر جسمانی‌کردن و مقابله متمرکز بر مهار هیجانی است. حل مساله، ارزیابی شناختی و جلب حمایت اجتماعی از طریق مشورت با متخصصان، در حیطه مقابله مساله‌مدار قرار می‌گیرند و مقابله‌های متمرکز بر مهار هیجانی، جسمانی‌کردن و جلب حمایت اجتماعی از نوع مقابله‌های هیجان‌مدار هستند.

زمانی که افراد می‌توانند کارهای سازنده انجام دهند، از پاسخ‌های مقابله‌ای مساله‌مدار یا مبتنی بر حل مساله استفاده می‌کنند و اگر در تغییر موقعیت ناتوان باشند، از مقابله‌های هیجان‌مدار بهره می‌برند [۱۷]. همچنین، پژوهش‌ها نشان داده است که افزایش استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار با افزایش اضطراب، آسیب جسمانی و خلق افسرده و کاهش استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای مساله‌مدار با افزایش اختلال در عملکرد اجتماعی مطابقت دارد [۵].

تنظیم هیجان را می‌توان به‌صورت فرآیندهایی تعریف کرد که از طریق آن، افراد می‌توانند بر این‌که چه هیجانی داشته باشند و چه وقت آنها را تجربه و ابراز کنند، تأثیر بگذارند [۱۳]. مدیریت هیجانات به‌منزله فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق‌یافتن اهداف او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجانات می‌تواند فرد را در برابر اختلالات روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر سازد [۱۸]. به اعتقاد محققان، چگونگی ارزیابی دستگاه شناختی فرد در هنگام روبه‌روشدن با حادثه منفی از اهمیت بالایی برخوردار است. سلامت روانی افراد ناشی از تعاملی دوطرفه میان استفاده از انواع خاصی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات و ارزیابی درست از موقعیت تنش‌زاست [۱۹]. محققان ۹ راهبرد شناختی را در تنظیم هیجانات معرفی کرده‌اند؛ نشخوار فکری، پذیرش، خود را مقصر دانستن، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به‌صورت مثبت، تحت نظر قراردادن، فاجعه‌آمیز تلقی‌کردن و مقصدانستن دیگران [۲۰].

راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی‌ها و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند. این شیوه تنظیم با رشد، پیشرفت یا بروز اختلال‌های روانی رابطه مستقیم دارد [۲۱]. بنابراین، در نتیجه ارزیابی شناختی نادرست از موقعیت به دلیل کمبود اطلاعات، برداشت اشتباه یا اعتقادات بی‌منطق و

(دارای والدین افسرده) که تحت مداخله شناختی- رفتاری مهارت‌های مقابله‌ای و مدیریت هیجانات به مدت ۱۵ جلسه یک‌ساعته قرار گرفته بودند، تا حد قابل توجهی می‌کاهد. هزینه مداخله آموزشی تنها ۱۰٪ هزینه درمان نوجوانان مبتلا در چنین شرایطی است [۳۱]. بدین ترتیب هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر پاسخ‌های مقابله‌ای و تنظیم شناختی هیجانات بود.

روش

این پژوهش مطالعه‌ای نیمه‌تجربی همراه با گمارش تصادفی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و لیست انتظار به همراه پیش‌آزمون- پس‌آزمون و مطالعه پیگیری است. اجرای مداخله شناختی- رفتاری به‌عنوان متغیر مستقل و پاسخ‌های مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. جامعه آماری کلیه ۴۲۱ کارمند زن دانشگاه الزهراء^(س) بودند. برای انتخاب نمونه این پژوهش از روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس با گمارش تصادفی در گروه‌ها استفاده شد. طی فراخوانی از کلیه کارمندان زن دانشگاه برای شرکت در طرح پژوهشی دعوت به‌عمل آمد. ۵۸ نفر از داوطلبان واجد شرایط با توجه به ملاک‌های شمول و حذف، فرم مشخصات دموگرافیک (شامل نام و نام‌خانوادگی، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، محل کار و تلفن تماس) و رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را تکمیل نمودند. ملاک‌های شمول افراد برای شرکت در پژوهش سن بالای ۲۵ سال و دارابودن حداقل تحصیلات دیپلم بود. ملاک‌های خروج ابتلا به بیماری جسمی حاد یا مزمن، اخذ درمان‌های روان‌پزشکی در زمان مطالعه و سابقه دریافت آموزش‌های شناختی- رفتاری بودند. سپس، ۲۹ نفر به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و ۲۹ نفر در لیست‌انتظار قرار گرفتند.

پرسش‌نامه پاسخ‌های مقابله‌ای (CRI): بیلینگر و موس [۱۷]، در پی دستیابی به روشی آسان و معتبر برای ارزیابی پاسخ‌های مقابله‌ای، پرسش‌نامه‌ای ۳۲ سؤالی تهیه کردند. این پرسش‌نامه از ۵ زیرمقیاس شامل مقابله مبتنی بر حل مساله، مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی، مقابله مبتنی بر هیجان، مقابله مبتنی بر جسمانی‌کردن و مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی تشکیل می‌شود. نمره نهایی این پرسش‌نامه به‌صورت مقابله مساله‌مدار (جمع دو زیرمقیاس اول) و مقابله هیجان‌مدار (جمع سه زیرمقیاس آخر) به‌دست می‌آید. ضریب پایایی ۰/۷۹، از طریق بازآزمایی برای نمره کل این پرسش‌نامه به‌دست آمد. همچنین، مقدار اعتبار برای خرده‌مقیاس مقابله مبتنی بر حل مساله (۴ سؤال) ۰/۹۰۳، برای مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی (۶ سؤال) ۰/۶۸۸، برای مقابله مبتنی بر هیجان (۱۱ سؤال) ۰/۶۵، برای مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی (۳ سؤال) ۰/۹۰۳ و برای

نادرست، فرد راهبرد شناختی خود را برای روبه‌روشدن با موقعیت تنیدگی‌زا برمی‌گزیند. در این دیدگاه، به افراد در بازسازی الگوی فکری آنان از طریق بازسازی شناختی کمک می‌شود [۲۲]. بدین ترتیب، انتخاب راهبرد مقابله‌ای کارآمد در ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری بر افزایش استفاده از مقابله‌های سازگارانه علاوه بر ارتقای سلامت روان اثرگذار است [۸]. در این میان انتخاب جمعیت هدف و نحوه برنامه‌ریزی صحیح، متناسب با ویژگی‌های آنها از اهمیت بالایی برخوردار است. طبق نتایج مطالعه نوربلا و همکاران [۲۳]، نزدیک به ۲۰٪ مردم ایران، زمانی دچار مشکل روانی خواهند شد. براساس این پژوهش، شیوع مشکلات سلامت روان با افزایش سن رابطه مستقیم دارد و در زنان، افراد متأهل، بیوه و مطلقه شیوع بالاتری مشاهده می‌شود. در مطالعه همه‌گیرشناسی دیگری که توسط محمدی و همکاران [۲۴] انجام شد، شیوع اختلال‌های روانی ۱۰/۸۱٪ گزارش شد و مشکلات سلامت روان در زنان شایع‌تر از مردان بود (۱۴/۳۴٪ در برابر ۷/۳۴٪). بدین ترتیب به دلیل آسیب‌پذیری بیشتر زنان نسبت به مردان، انتخاب آنان به‌عنوان جمعیت هدف از اولویت‌های پژوهشگران است [۲۳، ۲۴].

برنامه‌های مداخله‌ای زمانی شانس موفقیت دارند که مبتنی بر نظریه و دارای حمایت پژوهشی باشند. در رابطه با بزرگسالان، این نوع مداخله را می‌توان براساس رویکرد شناختی رفتاری ارایه نمود [۲۵، ۲۶]. پشتوانه پژوهشی محکم، رویکرد ساختارمند، قابلیت خوب آموزشی بودن تکنیک‌های شناختی- رفتاری و نگاه همزمان و چندجانبه آموزش‌های آن، به مؤلفه‌های شناختی- هیجانی، رفتاری و اجتماعی امتیازاتی است که باعث شده تا این رویکرد انتخاب اصلی پژوهشگران علوم پیشگیری و ارتقای سلامت روان باشد [۲۷، ۲۸، ۲۹]. در مطالعه‌ای، اثربخشی برنامه آموزشی شامل ۱۳ جلسه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای (من می‌توانم) به دانش‌آموزان کلاس چهارم ابتدایی، به‌منظور مقابله با موقعیت‌های تنیدگی‌زا مورد سنجش قرار گرفت. نتایج نشان می‌دهد که احساس خودکارآمدی در شرایط دشوار و توانایی ارایه راه‌حل‌های مختلف و پاسخ‌های مقابله‌ای افراد گروه آزمایش در موقعیت‌های تنیدگی‌زای فرضی در مقایسه با گروه کنترل به‌طور چشمگیری بهبود پیدا کرده است [۳۰]. استفاده از کارگاه‌های آموزشی شناختی- رفتاری برای دانشجویان می‌تواند به‌طور مؤثری از ابتلا به افسردگی و اضطراب پیشگیری کند. از جمله عوامل روان‌شناختی می‌توان به مقابله، شیوه زندگی، حمایت اجتماعی، شناخت‌ها، باورها، اسنادها و بالاخره مدیریت هیجانات اشاره کرد. سبک تبیینی خوش‌بینانه، شناخت‌های سازگار، توانایی مقابله و مدیریت هیجانات منفی از میانجی‌های اصلی در پیشگیری از افسردگی و اضطراب هستند [۲۶]. نشانه‌های افسردگی در نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله در معرض خطر افسردگی

مقابله مبتنی بر جسمانی کردن (۸ سؤال) ۰/۹۰ محاسبه شد [۱۷].

جدول ۱) موضوعات جلسات برنامه آموزشی

جلسه	موضوعات	عناوین محتوای آموزشی
۱	شیوه‌های برقراری ارتباط موثر	مفهوم عناصر اصلی ارتباط، ارتباط کلامی و غیرکلامی، گوش دادن فعال، موانع موجود ارتباط، مؤثر، سبک‌های سالم و ناسالم برقراری ارتباط، آموزش تکنیک‌های رفتار جرات‌مندانه
۲	مدیریت خشم	تعریف خشم، سبک‌های برقراری ارتباط، تفاوت خشم و پرخاشگری، شناخت علایم در هنگام خشم، موقعیت‌ها، شرایط و افراد خشم‌برانگیز، روش‌های مدیریت خشم
۳	تنبیدگی و مقابله‌های سازگارانه	مفهوم تنبیدگی و عوامل وابسته، ویژگی‌های موقعیت تنبیدگی‌زا، شناسایی نشانه‌ها و علایم تنبیدگی، ویژگی‌های فردی، راهبردهای مقابله با سازگارانه تنبیدگی، آرام‌سازی، بالا بردن توان عمومی مقابله، مدیریت فشارهای مالی - تحصیلی
۴	حل مسأله	مفهوم حل مسأله، انواع مقابله‌های مسأله‌مدار و هیجان‌مدار، مقابله‌های هیجان‌مدار سازگارانه و ناسازگارانه، پیش‌فرض‌های مقابله مسأله‌مدار سازنده، گام‌های مقابله مسأله‌مدار
۵	مدیریت زمان	هدف‌گذاری، فهرست کارهای روزمره، غیرروزمره و کارهای اداری، اولویت‌بندی براساس اهمیت و فوریت، خودپایی و فعال‌سازی رفتاری، برنامه‌ریزی هفتگی موانع مدیریت زمان
۶-۱۱	مقابله با هیجانان منفی و بازسازی شناختی	مفهوم خلق منفی، نام‌گذاری احساسات، شناسایی رابطه بین افکار و احساسات، شناسایی خطاهای شناختی، تکنیک‌های چالش با افکار منفی
۱۲	تعمیم آموخته‌ها	مرور جلسات، آرایه شش سناریو و استفاده از آموخته‌های جلسات آموزشی برای مقابله سازگارانه، بررسی افکار منفی و نحوه چالش با آنها، بررسی دستاوردهای شخصی خود

آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کرده است. روایی پرسش‌نامه نیز از طریق همبستگی میان راهبردهای منفی با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب پرسش‌نامه ۲۸سؤالی سلامت عمومی بررسی شده و به ترتیب ضرایبی برابر ۰/۳۵ و ۰/۳۷ به دست آمده که هر دو ضریب در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنی‌دار هستند. پیوسته‌گر و حیدری [۳۴] ضریب اعتبار آلفای کرونباخ آن را برای نوجوانان غیرمراجعه‌کننده به مراکز روان‌پزشکی، بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۹ و برای بیماران مراجعه‌کننده به مراکز روان‌پزشکی، بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند.

پس از انجام نمونه‌گیری هر دو گروه آزمایش و لیست انتظار با هر سه پرسش‌نامه ارزیابی شدند. سپس شرکت‌کنندگان گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه [دو روز در هفته و هر جلسه به مدت ۳ ساعت] تحت مداخله شناختی- رفتاری گروهی قرار گرفتند. جلسات آموزش در دانشگاه الزهراء (س) برگزار شد. بعد از آن هر دو گروه با پرسش‌نامه‌های پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. آموزش گروه لیست انتظار در مرحله بعد صورت گرفت و مجدداً بعد از پایان جلسات، شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. ارزیابی پیگیری گروه آزمایش نیز بعد از سه ماه صورت گرفت. لازم به ذکر است که محتوای جلسات مداخله، برگرفته از منابع مرتبط و با پشتوانه پژوهشی [۲۶، ۲۷، ۳۵، ۳۶] تدوین شد (جدول ۱).

تحلیل داده‌ها براساس نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایشی و نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون اول و پس‌آزمون دوم گروه لیست انتظار در مورد کلیه متغیرها صورت گرفت. از محاسبه شاخص‌های آمار توصیفی، همچون میانگین و انحراف معیار برای آرایه اطلاعات توصیفی و از آزمون T مستقل برای مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن و سطح تحصیلات) شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و لیست انتظار استفاده شد. همچنین برای مقایسه میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و لیست انتظار در قبل و بعد از مداخله، از آزمون معنی‌داری تفاوت نمرات پس‌آزمون با منظور کردن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان کوواریانس و اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها

۶ نفر از افراد گروه آزمایش (۲۰/۶۹٪) و ۷ نفر از افراد گروه لیست انتظار (۲۴/۱۳٪) مجرد بودند. نتایج مقایسه سن و سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان دو گروه در جدول ۲ نشان داده شده که تفاوت معنی‌داری بین آنها وجود نداشت. در جدول ۳، شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش و نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون ۱ و پس‌آزمون ۲

پرسش‌نامه تنظیم شناختی- هیجانی (CERQ): به‌وسیله گارنفسکی و همکاران [۳۲] تهیه شد و شامل ۹ زیرمقیاس متفاوت است. زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه خود را مقصر دانستن، پذیرش، نشخوار فکری، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به‌صورت مثبت، تحت نظر قرار دادن، فاجعه‌آمیز تلقی کردن و مقصر دانستن دیگران هستند. هر یک از زیر مقیاس‌های این پرسش‌نامه ۴ گزینه دارد. هرچه نمره کسب‌شده در هر زیرمقیاس بالاتر باشد، آن راهبرد توسط فرد بیشتر استفاده شده است. تحقیقات روی راهبردهای تنظیم شناختی هیجانان نشان داده‌اند که تمامی زیرمقیاس‌های این آزمون از همسانی درونی خوبی برخوردارند [۳۲]. اعتبار پرسش‌نامه در فرهنگ ایرانی را یوسفی [۳۳] با استفاده از ضریب

گروه لیست انتظار در مقیاس‌های پاسخ‌های مقابله‌ای و تنظیم شناختی هیجانات به همراه زیرمقیاس‌های آنها ارایه شده است.

جدول ۲) مقایسه دو گروه آزمایشی و لیست انتظار از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی

ویژگی‌های جمعیت شناختی	گروه	دامنه	میانگین انحراف معیار (سال)	T	درجه آزادی	سطح معنی داری
سن	آزمایشی	۲۵-۴۸	۳۶/۲۱	۵/۹۰	۱/۳۲	۰/۷۷
	لیست انتظار	۲۵-۵۰	۳۸/۲۸	۶/۰۱		
سطح تحصیلات (براساس تعداد سال)	آزمایشی	۱۲-۲۳	۱۶/۸۹	۲/۲۲	۰/۹۴	۰/۲۵

جدول ۳) نمرات شاخص‌های توصیفی مقیاس‌های پاسخ مقابله‌ای، تنظیم شناختی هیجانات و زیرمقیاس‌های آنها در مراحل مختلف آزمون در دو گروه (اعداد خارج پرانتز میانگین و اعداد داخل پرانتز انحراف استاندارد هستند)

مرحله ←	گروه آزمایشی		گروه لیست انتظار		شاخص
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	
نمره کل پاسخ مقابله‌ای	۱۷/۵۱	۱۹/۸۶	۱۸/۵۵	۱۸/۰۷	۲۰/۱۰
	(۳/۷۹)	(۴/۶۵)	(۳/۷۶)	(۳/۹۹)	(۳/۸۴)
زیرمقیاس مقابله مبتنی بر حل مساله	۷/۶۸	۹/۱۰	۷/۹۶	۸/۰۳	۸/۹۳
	(۱/۶۹)	(۲/۰۲)	(۱/۸۸)	(۲/۴۸)	(۲/۲۳)
زیرمقیاس مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی	۹/۸۲	۱۰/۷۵	۱۰/۵۸	۱۰/۰۳	۱۱/۱۷
	(۲/۶۱)	(۲/۹۸)	(۲/۴۴)	(۲/۵۲)	(۲/۲۶)
نمره کل پاسخ مقابله‌ای هیجان مدار	۲۶	۱۹/۷۲	۲۴/۸۹	۲۴/۲۴	۱۹/۱۰
	(۶/۳۴)	(۴/۵۹)	(۴/۸۸)	(۴/۵۱)	(۳/۱۳)
زیرمقیاس مقابله مبتنی بر هیجان	۱۴/۶۵	۱۲/۷۲	۱۴/۸۶	۱۴/۱۰	۱۲/۴۸
	(۲/۷۵)	(۲/۶۸)	(۲/۸۸)	(۲/۵۶)	(۲/۰۸)
زیرمقیاس مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی	۴/۱۳	۴/۶۲	۴/۳۴	۴/۴۱	۴/۲۷
	(۱/۳۵)	(۱/۵۹)	(۱/۶۳)	(۱/۲۱)	(۱/۰۳)
زیرمقیاس مقابله مبتنی بر جسمانی کردن مشکلات	۷/۲۰	۲/۳۷	۵/۶۸	۴/۷۲	۲/۳۴
	(۴/۰۵)	(۲/۳۹)	(۲/۸۵)	(۲/۵۰)	(۱/۷۷)
راهبرد خودسرزنشگری	۱۱/۱۳	۸/۳۷	۱۱/۱۷	۱۱/۱۳	۹/۸۹
	(۱/۳۷)	(۲/۱۴)	(۲/۲۱)	(۲/۷۵)	(۲/۲۵)
راهبرد پذیرش	۱۲/۰۶	۱۱/۵۱	۱۳/۱۰	۱۲/۵۵	۱۱/۷۲
	(۲/۷۶)	(۲/۸۴)	(۲/۰۶)	(۳/۰۹)	(۲/۶۳)
راهبرد نشخوار فکری	۱۳/۵۰	۱۱/۵۱	۱۳/۲۰	۱۲/۹۶	۱۲/۵۱
	(۳/۱۰)	(۲/۵۷)	(۲/۶۵)	(۲/۶۷)	(۲/۸۳)
راهبرد توجه مثبت مجدد	۱۲/۴۷	۱۲/۵۸	۱۲/۳۱	۱۲/۱۷	۱۲/۹۳
	(۳/۲۴)	(۲/۸۰)	(۲/۸۸)	(۲/۸۷)	(۲/۵۹)
راهبرد تمرکز بر برنامه ریزی	۱۴/۸۶	۱۵/۸۹	۱۵/۵۸	۱۵/۸۶	۱۵/۹۶
	(۳/۰۳)	(۲/۵۸)	(۳/۳۱)	(۳/۳۷)	(۲/۴۷)
راهبرد بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت	۱۴/۲۴	۱۵/۳۷	۱۵/۵۱	۱۵/۵۱	۱۵/۹۳
	(۳/۳۰)	(۳/۱۴)	(۳/۴۳)	(۳/۴۳)	(۲/۴۶)
راهبرد تحت نظر قرار دادن	۱۳/۷۲	۱۴/۳۱	۱۴/۰۶	۱۴/۷۹	۱۵/۰۶
	(۲/۸۰)	(۳/۱۰)	(۲/۷۱)	(۳/۱۲)	(۳/۰۳)
راهبرد فاجعه آمیز تلقی کردن	۹/۵۸	۸/۲۰	۷/۶۵	۹/۶۸	۸/۲۷
	(۴/۲۱)	(۳/۲۸)	(۲/۷۰)	(۳/۶۹)	(۲/۴۶)
راهبرد سرزنش دیگری	۹/۵۵	۲/۴۷	۹/۳۱	۹/۵۵	۹/۳۱
	(۲/۷۲)	(۹/۲۴)	(۲/۳۶)	(۲/۵۱)	(۱/۸۷)

جدول ۴) نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر مقیاس‌های پاسخ‌مقابله‌ای، تنظیم شناختی هیجانات و زیرمقیاس‌های آنها در مقایسه دوبه‌دوی مراحل آزمون در هر گروه

لیست انتظار		آزمایشی				مراحل ← ↓ شاخص		
پس آزمون ۱- پس آزمون ۲	پیش آزمون- پس آزمون ۱	پس آزمون- پیگیری	پس آزمون- پیگیری	پس آزمون- پیگیری	پس آزمون- پیگیری			
معنی‌داری	F	معنی‌داری	F	معنی‌داری	F	معنی‌داری		
۰/۰۱	۶/۳۱	۰/۴۸	۰/۵۰	۰/۹۶	۰/۰۰۲	۰/۰۱	۷/۱۴	نمره کل پاسخ مقابله‌ای مسأله‌مدار
۰/۰۷	۳/۴۵	۰/۸۷	۰/۰۲	۰/۷۸	۰/۰۷	۰/۰۰۱	۱۱/۵۰	زیرمقیاس مقابله مبتنی بر حل مسأله
۰/۰۲	۵/۸۸	۰/۱۷	۱/۹۵	۰/۷۸	۰/۰۷	۰/۰۱	۲/۵۸	زیرمقیاس مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی
۰/۰۰۱	۲۴/۰۷	۰/۰۶	۰/۸۷	۰/۷۷	۰/۰۸	۰/۰۰۱	۲۸/۴۰	نمره کل پاسخ مقابله‌ای هیجان‌مدار
۰/۰۰۱	۸/۵۷	۰/۰۶	۰/۴۲	۰/۵۳	۰/۳۹	۰/۰۰۱	۱۴/۰۲	زیرمقیاس مقابله مبتنی بر هیجان
۰/۴۷	۰/۵۲	۰/۸۱	۰/۵۵	۰/۵۴	۰/۳۷	۰/۰۹	۳/۰۹	زیرمقیاس مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی
۰/۰۰۱	۳۴/۰۹	۰/۰۰۵	۹/۳۴	۰/۲۹	۱/۱۴	۰/۰۰۱	۳۷/۲۴	زیرمقیاس مقابله مبتنی بر جسمانی‌کردن مشکلات
۰/۰۵	۳/۹۴	۰/۹۳	۰/۰۰۷	۰/۰۱	۶/۹۳	۰/۰۰۱	۲۳/۶۴	راهبرد خودسرزنشگری
۰/۰۹	۲/۹۲	۰/۱۹	۱/۷۷	۰/۸۲	۰/۴۰	۰/۳۷	۰/۸۰	راهبرد پذیرش
۰/۰۲	۳/۱۴	۰/۳۶	۰/۳۵	۰/۲۲	۱/۵۶	۰/۰۰۱	۱۵/۲۳	راهبرد نشخوارفکری
۰/۱۷	۱/۹۸	۰/۷۵	۰/۱۰	۰/۷۱	۰/۱۳	۰/۸۴	۰/۴۱	راهبرد توجه مثبت مجدد
۰/۸۶	۰/۰۳	۰/۳۸	۰/۷۹	۰/۵۴	۰/۳۸	۰/۰۵	۳/۸۶	راهبرد تمرکز بر برنامه‌ریزی
۰/۵۷	۰/۳۲	۰/۷۵	۰/۱۰	۰/۷۹	۰/۰۷	۰/۰۳	۵/۲۱	راهبرد بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت
۰/۶۴	۰/۲۱	۰/۸۱	۰/۰۵	۰/۷۱	۰/۱۳	۰/۳۶	۰/۸۵	راهبرد تحت نظر قرار دادن
۰/۰۳	۵/۱۵	۰/۳۵	۰/۸۷	۰/۲۷	۱/۲۶	۰/۰۳	۴/۹۷	راهبرد فاجعه‌آمیز تلقی کردن
۰/۶۱	۰/۲۵	۰/۸۷	۰/۰۲	۰/۸۶	۰/۰۲	۰/۵۹	۰/۲۸	راهبرد سرزنش دیگری

زیرمقیاس‌های مقابله مبتنی بر هیجان و مقابله مبتنی بر جسمانی‌کردن مشکلات وجود داشت.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در سنجش تغییرات بین‌گروهی براساس جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش با پس‌آزمون ۱ گروه لیست انتظار پس از کنترل تفاوت‌های اولیه در پیش‌آزمون، در نمره کل مقیاس پاسخ مقابله‌ای مسأله‌مدار، نمره کل پاسخ مقابله‌ای هیجان‌مدار، زیرمقیاس‌های مقابله مبتنی بر حل مسأله، مقابله مبتنی بر هیجان و مقابله مبتنی بر جسمانی‌کردن مشکلات وجود داشت.

تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش پس از کنترل تفاوت‌های اولیه پیش‌آزمون در راهبردهای خود سرزنشگری، نشخوار فکری، متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت و فاجعه‌آمیز تلقی کردن معنی‌دار بود. این در حالی است که تفاوت در میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون ۱ هیچ‌یک از این راهبردها برای گروه لیست انتظار معنی‌دار نبود. همچنین، اثرات این مداخله بعد از گذشت سه ماه نیز پایدار بود و تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش در راهبردهای نشخوار فکری، متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت و فاجعه‌آمیز تلقی کردن وجود نداشت.

قبل از بررسی تحلیلی نتایج، در رابطه با پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از مدل آماری اندازه‌گیری مکرر و تحلیل کوواریانس اطمینان حاصل شد. در تمامی متغیرهای این پژوهش آزمون کرویت موجلی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نبود، در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس و به گونه‌ای دقیق‌تر، شرط همگن بودن ماتریس کوواریانس اطمینان حاصل و از مدل آماری اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

همچنین با استفاده از آزمون لوین، واریانس گروه آزمایش و لیست انتظار در تمامی متغیرها در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نبود، لذا استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مشکلی ندارد. نتایج بررسی تغییرات درون‌گروهی با آزمون اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ آمده است.

تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایشی، پس از کنترل تفاوت‌های اولیه در پیش‌آزمون معنی‌دار بود. درحالی‌که تفاوت معنی‌داری بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون ۱ گروه لیست انتظار وجود نداشت. اثرات این آموزش بعد از گذشت سه ماه نیز پایدار بود و تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش مشاهده نشد. تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات پس‌آزمون ۱ و ۲ گروه لیست انتظار بعد از دریافت مداخله، در نمره کل در نمره کل مقیاس پاسخ مقابله‌ای مسأله‌مدار، نمره کل پاسخ مقابله‌ای،

بحث

مداخله شناختی- رفتاری بر افزایش استفاده از پاسخ مقابله‌ای مساله‌مدار و کاهش استفاده از پاسخ مقابله‌ای هیجان‌مدار گروه آزمایش این مطالعه موثر بود. بعد از دریافت مداخله، کاهش استفاده از راهبردهای شناختی خودسرزنشگری، نشخوار فکری و فاجعه‌آمیز تلقی کردن در هر دو گروه مشاهده شد. همچنین این مداخله توانست باعث افزایش فعالیت‌های شناختی متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به‌صورت مثبت، در افراد گروه آزمایش نسبت به گروه لیست انتظار شود.

پژوهش‌های متعدد در حوزه روان‌شناسی سلامت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگار در برابر موقعیت‌های تنیدگی‌زا و هیجانات منفی را عامل مهمی در شکل‌گیری سلامت جسمانی و روانی افراد نشان داده‌اند [۵]. بدین ترتیب، استفاده بیشتر از پاسخ مقابله‌ای هیجان‌مدار با افزایش اضطراب، آسیب جسمانی، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی رابطه دارد، در حالی که پاسخ مقابله‌ای مساله‌مدار بیشتر بر تعاملات فردی و عملکرد اجتماعی فرد اثر می‌گذارد [۸]. افرادی که از پاسخ‌های مقابله‌ای مساله‌مدار و شناخت‌های سازگارانه استفاده می‌کنند، در واقع رفتارهایی را برای بازسازی دوباره مساله از نظر شناختی یا موقعیت تنیدگی‌زا به‌کار می‌گیرند و از سلامت روان و کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند [۵، ۹، ۱۱].

اطلاعات توصیفی به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که هر دو گروه از نظر ترکیب سنی، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل مشابه بودند. بنابراین بر اثر گمارش تصادفی افراد به دو گروه، اثر این عوامل بر متغیرهای وابسته مورد نظر کنترل شده و اثرات مشاهده‌شده در متغیرهای وابسته، ناشی از مداخله شناختی- رفتاری به شیوه گروهی است. برنامه آموزش داده‌شده در این مطالعه، انواع مقابله‌های سازگار و ناسازگار و مقابله‌های مساله‌مدار همچون حل مساله را پوشش می‌دهد. افزایش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مساله-مدار و کاهش مقابله‌های هیجان‌مدار در نتایج این پژوهش با توجه به محتوای آموزش داده‌شده، مطابق انتظار و قابل تبیین بود. این نتایج همسو با پژوهش‌های لوپیس و اندرسون [۵]، کلارک و همکاران [۹] و سلینگمن و همکاران [۲۶] است. معنی‌دارنشدن زیرمقیاس مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی این‌گونه قابل تبیین است که تنها ۳ سؤال این زیرمقیاس را می‌سجد و از سوی دیگر در محتوای آموزشی جلسات به آن پرداخته نشده و طبیعی است که تغییری مشاهده نشود.

استفاده از راهبردهای شناختی غیرانطباقی و ناسازگار در تنظیم هیجانات، مانند راهبردهای سرزنش و مقصر دانستن خود، نشخوار فکری و فاجعه‌آمیز تلقی کردن با اختلالات افسردگی، اضطرابی و خودکشی رابطه دارد [۱۸، ۱۹، ۲۰]. همان‌طور که یافته‌های این

جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس مقیاس‌های پاسخ مقابله‌ای، تنظیم شناختی هیجانات و زیرمقیاس‌های آنها

معنی داری	F	درجه میانگین آزادی مجذورات	منبع تغییر	متغیر
۰/۰۰۱	۱۵/۳۹	۲۳۰/۱۹	۱	پیش‌آزمون
۰/۰۲	۵/۲۳	۷۸/۲۲	۱	گروه
۰/۰۰۱	۱۰/۲۴	۴۵/۱۷	۱	پیش‌آزمون
۰/۰۳	۴/۷۶	۲۱/۰۱	۱	گروه
۰/۰۰۱	۱۸/۱۵	۱۰۶/۳۰	۱	پیش‌آزمون
۰/۰۸	۳/۱۱	۱۸/۲۲	۱	گروه
۰/۰۰۱	۲۱/۴۲	۳۲۶/۰۹	۱	پیش‌آزمون
۰/۰۰۱	۱۵/۰۳	۲۲۸/۷۹	۱	گروه
۰/۰۰۱	۳۱/۹۴	۱۴۱/۹۹	۱	پیش‌آزمون
۰/۰۰۷	۱/۱۹	۱۳/۰۸	۱	گروه
۰/۰۰۱	۱۳/۱۹	۲۱/۶۳	۱	پیش‌آزمون
۰/۳۸	۰/۷۶	۱/۲۴	۱	گروه
۰/۰۰۱	۱۴/۲۱	۶۹/۱۳	۱	پیش‌آزمون
۰/۰۰۱	۲۲/۷۰	۱۱۰/۴۰	۱	گروه
۰/۰۰۱	۱۳/۰۲	۶۳/۹۹	۱	پیش‌آزمون
۰/۰۰۱	۲۲/۲۲	۱۰۹/۱۹	۱	گروه
۰/۰۰۱	۲۴/۵۳	۱۶۰/۵۱	۱	پیش‌آزمون
۰/۵۲	۰/۴۱	۲/۶۹	۱	گروه
۰/۰۰۱	۲۸/۹۲	۱۲۱/۳۸	۱	پیش‌آزمون
۰/۰۰۴	۸/۷۹	۳۶/۹۳	۱	گروه
۰/۰۰۱	۳۷/۴۵	۱۸۳/۵۹	۱	پیش‌آزمون
۰/۵۸	۰/۳۰	۱/۵۰	۱	گروه
۰/۰۰۱	۵۵/۶۹	۲۵۴/۶۵	۱	پیش‌آزمون
۰/۳۴	۰/۸۹	۴/۰۸	۱	گروه
۰/۰۰۱	۸۱/۴۳	۳۷۱/۳۸	۱	پیش‌آزمون
۰/۱۸	۱/۷۷	۸/۰۷	۱	گروه
۰/۰۰۱	۳۲/۹۴	۱۹۴/۴۰	۱	پیش‌آزمون
۰/۷۲	۰/۱۲	۰/۷۴	۱	گروه
۰/۰۰۱	۵۰/۴۸	۳۲۷/۸۳	۱	پیش‌آزمون
۰/۰۰۹	۸/۹۳	۳۹/۰۶	۱	گروه
۰/۰۰۲	۱۰/۴۲	۵۴/۹۰	۱	پیش‌آزمون
۰/۶۳	۰/۲۲	۱/۱۷	۱	گروه

تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش با پس‌آزمون ۱ گروه لیست انتظار، پس از کنترل تفاوت‌های اولیه در پیش‌آزمون در زیرمقیاس‌های خودسرزنشگری، نشخوار فکری و فاجعه‌آمیز تلقی کردن وجود داشت. همچنین تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات پس‌آزمون ۱ و ۲ گروه لیست انتظار بعد از دریافت مداخله، در راهبرد خودسرزنشگری، راهبرد نشخوار فکری و راهبرد فاجعه‌آمیز تلقی کردن وجود داشت.

7- Australian Department of Mental Health. Promotion, prevention and early intervention for mental health: A monograph. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care; 2001.

8- Alloy LB, Riskind JH. Cognitive vulnerability to emotional disorders. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2006.

9- Clarke G, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, Beardslee W, et al. A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed patients. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;4(58):1127-34.

10- Angermeyer MC, Kilian R, Wilms HU, Wittmund B. Quality of life of spouses of mentally ill people. *Int J Soc Psychiatry*. 2006;52(3):278-85.

11- Ingram RE, Miranda J, Segal ZV. Cognitive vulnerability to depression. New York: Guilford Press; 1998.

12- Gross JJ, Munoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clin Psychol*. 1995;5(2):151-64.

13- Gross JJ. Emotion regulation: Past, present, future. *Cogn Emot*. 1999;13(5):551-73.

14- World Health Organization. Mental health promotion: Case studies from countries. Geneva: World Health Organization; 2004.

15- Cavanagh K, Shapiro DA. Computer treatment for common mental health problems. *J Clin Psychol*. 2004;60(3):239-25.

16- Abyari M. Nature and structure of the concept of coping in Iranian culture, comparative study based on Coping Response Inventory (CRI) [dissertation]. Tehran: Tarbiyat Modarres University; 2000. [Persian]

17- Hosayni-Ghadamgahi J. Quality of social relationships, stressful events and coping strategies in patients with coronary heart [dissertation]. Tehran: Iran University of Medical Science; 1997. [Persian]

18- Garnefski NS, Kraaij V. Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life events. *J Youth Adolesc*. 2003;10(32):401-8.

19- Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Pers Individ Dif*. 2003;25:603-11.

20- Garnefski N, Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between a clinical and a non-clinical sample. *Eur J Pers*. 2002;23(16):403-20.

21- Kraaij V, Pruyboom E, Garnefski N. Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: A longitudinal study. *Aging Ment Health*. 2002;4(6):275-81.

22- Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Dif*. 2006;9(40):1659-69.

23- Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA. The epidemiological study of psychiatric disorders in Tehran. *J Hakim*. 1998;7(4):212-23. [Persian]

24- Mohammadi M, Davidian H, Noorbala A, Malekafzali H, Naghavi H, Pouretamad H. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005;1:16-9.

25- Clark DA. Design consideration in prevention research. In: Dozois DJA, Dobson KS, editors. The prevention of depression and anxiety: Theory, research and practice. Washington DC: American Psychological Association; 2004.

پژوهش نشان داد، این مداخله توانست موجب کاهش استفاده از راهبردهای شناختی خودسرزنشگری، نشخوارفکری و فاجعه‌آمیز تلقی کردن شود. از سوی دیگر، به افراد در خصوص تمرکز بر افکار منفی به‌جای سرکوب هیجانات و چالش و حل و فصل خطاهای شناختی آموزش داده شد. بدین ترتیب افزایش استفاده از راهبردهای شناختی بازنگری و ارزیابی مجدد به‌صورت مثبت و متمرکز بر برنامه‌ریزی قابل‌انتظار است. این یافته‌ها با پژوهش‌های پیشین همخوان است. این مطالعات نشان داده است که آموزش راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه در ابعاد شناختی منجر به کاهش نشخوار فکری می‌شود [۱۲، ۱۳]. همچنین مطالعات نشان داده است که تنظیم هیجانات با کارکرد اجتماعی افراد مثل ارتباطات بین‌فردی نیز رابطه دارد. افرادی که از کیفیت روابط اجتماعی بهتری برخوردارند کمتر به شناخت‌های منفی در خصوص برقراری رابطه با دیگران دچار می‌شوند [۳۳].

نتیجه‌گیری

آموزش مهارت‌های ارتباط موثر می‌تواند به کاهش استفاده از نشخوار فکری کمک کند، اما این آموزش‌ها در کاهش راهبرد سرزنش دیگری مؤثر نیستند. در مجموع، برنامه آموزشی شناختی- رفتاری موجب افزایش استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای مساله‌مدار و برخی راهبردهای شناختی متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به‌صورت مثبت در تنظیم هیجانات می‌شود. همچنین، آموزش‌های شناختی- رفتاری موجب کاهش پایدار استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و راهبردهای شناختی خودسرزنشگری، نشخوار فکری، فاجعه‌آمیز تلقی کردن در تنظیم شناختی هیجانات می‌شود.

منابع

1- Seligman MEP, Schulman P, DeRubeis RJ, Hollon SD. The prevention of depression and anxiety. *Prev Treat*. 1999;3(2):8-12.

2- World Health Organization. Prevention and promotion in mental health. Mental health: Evidence and research. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence; 2002.

3- World Health Organization. Promoting mental health: Concepts, emerging evidence and practice summary report. Geneva: World Health Organization; 2005.

4- Dulmus CN, Rapp-Paglicci AL. Handbook of preventive interventions for adults. New Jersey: John Wiley and Sons; 2005.

5- Jane-Llopis E, Anderson P. Mental health promotion and mental disorder prevention across European member states: A collection of country stories. Luxembourg: European Communities; 2006.

6- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven PH. The relationship between cognitive coping strategies and symptoms of depression, anxiety and sociality. *Aging Ment Health*. 2001;1(2):166-76.

- to prevent depression in at risk teens. Arch Gen Psychiatry. 2009;9(63):1241-9.
- 32- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven PH. Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire. Netherlands: DATEC; 2002.
- 33- Yousefi F. Model emotional intelligence, cognitive development, emotion regulation strategies, cognitive and general health [dissertation]. Shiraz: University of Shiraz; 2003. [Persian]
- 34- Payvastegar M, Haydari A. Comparison of cognitive strategies to regulate emotional symptoms of depression in teenager's visit-visitors to psychiatric centers and other youth. J Appl Psychol. 2008;2(3):543-68. [Persian]
- 35- Fata L, Motaei F, Bolhari J, Kazemzadeh M. Stress management training to staff headquarters, ministry of health and medical education [research project]. Tehran: Tehran Psychiatric Institute; 2006. [Persian]
- 36- Fata L, Motaei F, Mohammadkhani S, Kazemzadeh M. Life skills training, especially students. Tehran: Danzheh Publication; 2006. [Persian]
- 26- Seligman MEP, Schulman P, Tryon AM. Group prevention of depression and anxiety symptoms. Behav Res Ther. 2007;8(45):1111-26.
- 27- Dozois DJA, Dobson KS. The prevention of depression and anxiety: Theory, research and practice. Washington DC: American Psychological Association; 2004.
- 28- Hollon SD. Cognitive therapy in the treatment and prevention of depression. In: Joiner JS, Brown J, editors. The interpersonal, cognitive and social nature of depression. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2006.
- 29- Simon G, Ormel J, Vonkorff M, Barlow W. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. Am J Psychiatry. 2005;7(152):352-7.
- 30- Shortt A, Barrett P, Fox T. Evaluating the FRIENDS program: A cognitive behavioral group treatment of childhood anxiety disorders: An evaluation of the FRIENDS program. J Clin Child Psychol. 2001;30(4):523-33.
- 31- Lynch F, Hornbrook M, Clarke NG, Perrin N, Polen MR, Conner E, et al. Cost-effectiveness of an intervention