

اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر استحکام روانی و خودآگاهی هیجانی دختران نوجوان شهر اصفهان

فاطمه دافعیان^۱

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

چکیده

استحکام روانی و خودآگاهی هیجانی، مولفه هایی هستند که بر فرآیندهای اجتماعی، ارتباط، روانشناختی و هیجانی افراد اثرگذارند. هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر استحکام روانی و خودآگاهی هیجانی دختران نوجوان شهر اصفهان بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل میباشد. جامعه آماری این پژوهش، کلیه دختران نوجوان ۱۳ الی ۱۸ سال شهر اصفهان بودند که تعداد ۳۰ نفر از آنها به صورت نمونه گیری در دسترس، با توجه به ملاک های ورود و خروج، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ابزارهای گردآوری داده ها در این پژوهش شامل پرسشنامه ۴۸ سوالی استحکام روانی (کلاف و همکاران، ۲۰۰۲) و پرسشنامه استاندارد خودآگاهی هیجانی (گرن، فرانکلین و لانگ فورد، ۲۰۰۲) میباشد. گروه آزمایش مداخله درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی (متیو و وست، ۲۰۱۶) را در هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای در طی دو ماه به صورت هفته ای یک جلسه دریافت کردند، در حالی که گروه گواه هیچ مداخله ای دریافت نکردند. داده ها جمع آوری شده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس و از طریق نرم افزار SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته ها از مقایسه دو گروه آزمایش و گواه نشان داد به طور کلی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر استحکام روانی و خودآگاهی هیجانی دختران نوجوان، اثر معنادار دارد ($P < 0/05$). نتایج حاکی از آن بود، به نظر می رسد که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی می تواند استحکام روانی و خودآگاهی هیجانی دختران نوجوان را افزایش دهد و در جهت بهبود سلامت روان آن ها برآید.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، استحکام روانی، خودآگاهی هیجانی، نوجوان.

مقدمه

تقریباً تمامی متخصصین روانشناسی و علوم تربیتی بر این باورند که دوره نوجوانی حساس ترین، بحرانی ترین و مهم ترین دوره رشد هر انسان می باشد. در این دوره فرد به بلوغ می رسد، در پی کشف هویت خود است و به دنبال استقلال و جدایی از وابستگی های دوره کودکی است. به همین دلایل در این دوره دارای وضعیت روانی با ثباتی نیستند و در این دوره هست که معمولاً بیشترین مشکلات رفتاری و هیجانی برای نوجوانان به وجود می آید. در نظریه کولمن^۱، هر یک از مشکلات نوجوانان در سن به تقویمی خاص به نقطه اوج تنش خود می رسد که با توجه به تفاوت های جنسیتی تغییر پذیر است و هر زمان که سن اوج تنش برای چند مسئله یا مشکل همزمان شود، سازگاری نوجوان دچار مشکل می شود و در چنین وضعیتی است که مشکلات رفتاری برای آنان بیشتر نمایان می شود. هولینگ و همکارانش در مطالعه خود بر روی نوجوانان آلمانی گزارش نمودند که ۱۱/۹ درصد از نوجوانان به علت مشکلات رفتاری نیاز به خدمات بهداشت روان دارند (هولینگ و همکاران، ۲۰۰۷).

در این دوره نوجوانی با تغییرات جسمی و روانی-اجتماعی بسیاری همراه است که در آن نوجوان با فشار ها و هیجانات شدیدی از جمله هیجانات مرتبط با اضطراب رو به رو می شود (سیمسون و همکاران، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش های انجام شده نشان می دهد که دختران در نوجوانی در معرض محدودیت های سنگین ناشی از نقش جنسی قرار می گیرند. اگر چه دختران در مقایسه با پسران حمایت بیشتری را از جانب همسالان خود دریافت می کنند، ولیکن نسبت به پسران مشکلات خودشان را بیشتر گزارش می کنند، در حالی که پسران مشکلات رفتاری بیشتری دارند. دختران در مقایسه با پسران کمتر از والدین خود مستقل می شوند (بیابانگر، ۱۳۸۰). همچنین برخی از پژوهش ها نشان دادند که مشکلات عاطفی، هیجانی و روانی نوجوانان با افزایش سن بیشتر می شود (لی یوکس و همکاران، ۲۰۰۱).

یکی از سازه های همگام با سلامت روانشناختی دختران نوجوان، استحکام روانی است. سهم فعالیت های بدنی در بهبود و ارتقاء مسائل روانی از طریق استحکام روانی می تواند در نظر گرفته شود (گربر و همکاران، ۲۰۱۲). استحکام^۲ روانی مجموعه ای از نگرش ها، احساسات و رفتارهایی تعریف شده است که شما را قادر می سازد با پشتکار و تلاش بر هر گونه مانع، سختی یا فشاری غلبه کنید و با تمرکز و انگیزه فراوان به سوی اهداف خود گام بردارید (جاکیاردی و همکاران، ۲۰۱۵). پژوهشگران حوزه روانشناسی و ورزش، استحکام روانی را مطابق با کنار آمدن منطقی بر فشار و شدت، تعریف کرده اند به گونه ای که عملکرد کمتر تحت تاثیر قرار بگیرد (کلاف و همکاران، ۲۰۰۲). استحکام روانی، ساختاری است که دارای چندین متغیر روانی بوده و به فرد کمک می کند تا حمایتی در برابر اثرات مضر استرس ایجاد کند، همچنین به فرد اجازه می دهد تا به طور مستحکم و بدون توجه به عوامل وضعیتی، عملکرد خوبی داشته باشد. برخی از پژوهشگران بر این باورند که استحکام روانی به ویژه در ورزشکاران در سطح مهارتی بالا میتواند تفاوت های بزرگتری را در نتایج عملکرد ورزشی نسبت به عامل توانایی های

^۱Colman^۲Holling^۳Simpson^۴Liux^۵Gerber^۶Gucciardi

جسمانی ایجاد نماید (پاپاگرگیو، وانگ و کلاف، ۲۰۱۷). کلاف و همکاران بیان کردند که مواردی از قبیل چالش، تعهد، کنترل هیجانی، کنترل زندگی، اعتماد به توانایی های خود و اعتماد بین فردی، استحکام روانی را تشکیل میدهد. مدیران، مربیان و روانشناسان استحکام روانی را راهکار مناسبی به منظور دستیابی به موفقیت، غلبه بر ناکامی و توسعه مهارت های ذهنی می دانند.

کلاف و همکاران استحکام روانی را دارای چهار مولفه اصلی می دانند: ۱) کنترل: نشان دهنده این واقعیت است که فرد بر احساسات و اعمال خود کنترل کافی دارد، ۲) تعهد: به این معنا که فرد با تمام وجود خود کارها را به نحو احسن انجام می دهد، ۳) چالش: شخص مشکلات زندگی را فرصت هایی برای پیشرفت خود تلقی میکند و ۴) اعتماد به نفس: داشتن ارتباطات بین فردی و ایمان به توانایی های خود است (کلاف و همکاران، ۲۰۰۲). در واقع، استحکام روانی یک مکانیزم دفاعی در واکنش به عوامل تنش زا است و به افراد این فرصت را میدهد که به صورت فعالانه در مقابل شرایط گوناگون بهترین تصمیم و عملکرد را از خود به نمایش بگذارد (عبدولی و همکاران، ۲۰۱۳). در تحقیق گوکسپاری و همکاران ویژگی های روانی موثر در موفقیت ورزشکاران شناسایی و استحکام حرفه ای معرفی شد. استحکام روانی با مهارت مقابله موثر و ارزیابی خوش بینانه و میزان بالایی از خودباوری مرتبط است (جاکاردی و همکاران، ۲۰۰۹). رحمتی و نعیمی در تحقیقی رابطه مثبت و معناداری بین استحکام روانی و هوش هیجانی در ورزشکاران نسبت به غیر ورزشکاران نشان دادند (رحمتی و نعیمی کیا، ۲۰۱۵).

یکی دیگر از عوامل مهم اثرگذار در فرآیندهای روانی نوجوانان را می تواند فرآیند هیجانی، همچون خودآگاهی هیجانی نامید (مو، چان، چان و لائو، ۲۰۱۸). خودآگاهی هیجانی به معنی آگاهی از هیجانات خود، شناسایی و درک هیجانات است که این عامل کمک می کند تا افراد توانایی تشخیص هیجانات متعدد خود را داشته باشند و بتوانند آن ها را از هم تشخیص دهند که این فاکتور تنها شناخت هیجانات و تمیز آن ها نیست بلکه عکس العمل افراد در برابر هیجانات نیز هستند. خودآگاهی هیجانی به عنوان توانایی شناخت دقیق احساسات، عواطف و ویژگی های خویش، به فرد کمک می کند تا دانش ارتباط و علت هیجان را دریابد و درباره چرایی و چگونگی برانگیختگی در موقعیت های مختلف اطلاعات به دست آورد. این توانایی به فهم خویش در ارتباط و انطباق با محیط منجر شده و در نهایت موجب تنظیم کارآمد هیجان می شود (ریف و همکاران، ۲۰۱۱).

خودآگاهی هیجانی در تصمیم گیری های مهم و سرنوشت ساز زندگی نقش بسیار حیاتی دارد و در سازماندهی هیجانات و مقابله با تنیدگی های روزمره زندگی تاثیر چشمگیری دارد. انسان با برخورداری از خودآگاهی هیجانی به زندگی خود نظم و ثبات می بخشد. به طوری که این عامل باعث می شود، شخص وقایع منفی کمتری را در زندگی خود تجربه کند. بنابراین افرادی که خودآگاهی هیجانی دارند، می توانند احساسات خود را به خوبی شناخته و هدایت کرده و احساسات دیگران را نیز درک کنند و به روشنی و اثربخش با آن برخورد نمایند (کابوتا و همکاران، ۲۰۱۲).^۱

^۱Papageorgiou, Wong & Clough

^۲Emotional self-awareness

^۳Mo, Chan, Chan, Lau

^۴Rieffe

^۵Kubota

همچنین ایلز و کنیوز، خودآگاهی هیجانی را به عنوان یک توانایی تعریف کرده اند که مشخص کننده و توصیف کننده هیجان های خود و دیگران است و آن را یک مهارت شناختی معرفی می کنند که دارای مراحل است و این مراحل با طبقه بندی پیازه مطابقت دارد. بررسی ها نشان داده اند، ادراک و مدیریت هیجانات و به طور کلی خودآگاهی هیجانی در کاهش تعلل ورزی نقشی قابل ملاحظه ایفا میکند. آگاهی از هیجان های خاص خود و اطرافیان برای انطباق با محیط ضروری است (یاوو ، ۲۰۰۹). پینریچ (۲۰۰۳) در بررسی رابطه خودآگاهی هیجانی و کمال گرایی^۱ و موفقیت دانشجویان مشاهده کرد که بین متغیرهای مذکور رابطه قوی وجود دارد.

برای رسیدن به این آگاهی و کنترل هیجانات لازم است فرد نسبت به حالات خود، آگاهی و شناخت کسب کرده و عواطف مرتبط با رویدادهای ناخوشایند، افکار، باورها، چگونگی تفسیر رویدادها، خواسته ها و انتظارات خود را بشناسد (نورایی و همکاران، ۲۰۰۹). در همین راستا مطالعات نشان داده اند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شناخت، توصیف و تنظیم هیجانات خود مهارت کمتری دارند (منین و همکاران، ۲۰۰۲؛ منین و همکاران، ۲۰۰۵). عبدالقاسمی^۱ و همکاران (۲۰۱۷) طی پژوهشی با هدف مقایسه رفتار خودتنظیمی، خودآگاهی هیجانی و سبک های تصمیم گیری در زنان با و بدون اختلال اضطراب فراگیر به این نتیجه رسیدند که خودآگاهی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به طور معناداری پایین تر از افراد عادی بود. همچنین کافی نیا و فرهادی (۱۳۹۹) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر خودآگاهی هیجانی و توانش حل مسئله دانش آموزان دارای اعتیاد به اینترنت نشان دادند که این درمان در افزایش خودآگاهی هیجانی و توان حل مسئله این افراد اثر معنا داری دارد.

از این رو، در سال های اخیر توجه به مسائل هیجانی افراد در رویکردهای روانشناسی گسترش فراوانی داشته است و به دنبال ارائه راهکارهایی برای مدیریت و کنترل هیجان های می باشد. یکی از این روش ها درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی است که توسط مک کی و وست در سال ۲۰۱۶ ابداع شده است. درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در درمان بسیاری از آسیب های روانشناختی از جمله اضطراب، افسردگی، استرس و نگرانی از اهمیت زیادی برخوردار بوده است (مک کی و وست ، ۲۰۱۶). کارآمدی هیجانی به میزان توانایی فرد برای تجربه کردن و پاسخگویی موثر به همه هیجان ها متناسب با بافت و همسو با ارزش ها اطلاق می شود. به این ترتیب، کارآمدی هیجانی شامل باورهای افراد در مورد توانایی خود برای هدایت زندگی هیجانی و توانایی آن ها در عمل به این کار است. افراد هر اندازه بهتر بتوانند هیجان های مشکل دار خود را به طور موثرتری تجربه کنند، آن ها را از راه مقابله تنظیم کنند و ارزش های خود را بیان نمایند، به همان اندازه از کارآمدی هیجانی بالاتری برخوردار خواهند بود (مک کی و وست، ۲۰۱۶).

درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی به عنوان یک درمان فراتشخیصی منبعث از نظریه و درمان مبتنی بر بافت محسوب می شود که یافته های حاصل از علوم هیجانی، رفتار درمانی شناختی سنتی و موج سوم و نظریه یادگیری را در بر میگیرد. درمان

^۱Yao^۲Pintrich^۳Mennin^۴Emotion efficacy therapy^۵Mckay & West

مبتنی بر کارآمدی هیجانی نوعی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی است که توسط هیز، استروسال و ویلسون (۱۹۹۹) ارائه شده است و درمان جوانان می آموزند به جای تلاش برای کنترل پریشانی آن را بپذیرند و متعهد شوند بر اساس ارزش های خود عمل نمایند. در این رویکرد درمانی، مولفه های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک، و درمان شناختی رفتاری با هم یکپارچه شده اند. این درمان عوامل فراتشخیصی اجتناب تجربی و تحمل پریشانی را برای افزایش کارآمدی هیجانی مورد هدف قرار میدهد و معتقد است افراد نه تنها قادر اند هیجاناتی از قبیل غم، شادی، ترس و غیره را احساس کنند، بلکه قادر اند هیجاناتی درباره هیجانات را نیز احساس کنند (متیو و وست، ۲۰۱۶).^۷

این برنامه درمانی از پنج مولفه تشکیل شده است: ۱. آموزش آگاهی و پذیرش هیجانی-یادگیری برای مشاهده چهار مولفه هیجان، ۲. مواجهه هیجانی ساختاریافته-یادگیری تماشای جزر و مد موج هیجانی و در عین حال فاصله گرفتن از افکار منفی، ۳. شفاف سازی ارزش ها همراه با آموزش عمل مبتنی بر ارزش ها، ۴. برازش ارزش ها و ۵. مواجهه تصویری همراه با شش مهارت مقابله ذهن آگاهانه (بودن و همکاران، ۲۰۱۵).^۸

در مفهوم پردازی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی نظر بر این است که کارآمدی هیجانی پایین به احتمال زیاد حاصل آسیب پذیری ها یا الگوهای اصلی پاسخ های رفتاری ناسازگارانه است، یعنی رفتارهایی که در مقابل درد هیجانی یا تمایل به اجتناب از درد بروز میکنند و موجب تقویت یا حفظ فرآیند آسیب روانی می شوند. در درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بدتنظیمی هیجانی به صورت طیف وسیعی از افکار، احساسات، حس های بدنی و تمایلات رفتاری که از لحاظ تناسب با بافت ناسازگارانه هستند، تعریف می شوند (مک کی و وست، ۲۰۱۶). شواهد بسیاری در خصوص اثربخشی فنون درمان های هیجان مدار نظیر این درمان بر افسردگی، ارتقای رفتارهای سلامت محور، سبک زندگی سالم و رفتارهای خود مراقبتی در افراد و گروه های مختلف وجود دارد (چنگ و همکاران، ۲۰۲۰، کلادیوس و همکاران ۲۰۲۰). بیرامی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی^۹ نشان دادن که این درمان باعث کاهش وابستگی به اینترنت و آسیب پذیری روانشناختی در دانش آموزان دارای نشانه های اعتیاد اینترنتی می شود. در پژوهشی دیگر عیدی سرکامی و همکاران (۱۳۹۹) نشان دارند که این درمان بر کاهش سطح افسردگی و افزایش توان مراقبتی سالمندان افسرده غیر بالینی اثر مثبت و معناداری دارد.

در همین راستا با توجه به سودمندی احتمالی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان بر بهبود استحکام روانی و خودآگاهی هیجانی دختران نوجوان، در پژوهش حاضر به دنبال آن هستیم که آیا درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر استحکام روانی و خودآگاهی هیجانی دختران نوجوان شهر اصفهان اثر گذار است یا خیر؟

^۷ Hayes, Strosahl & Wilson^۸ Matthew & West^۹ Boden^{۱۰} Cheng^{۱۱} Cludius

روش

طرح پژوهش و شرکت کنندگان

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل می باشد. متغیر مستقل درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و متغیرهای وابسته استحکام روانی و خودآگاهی هیجانی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دختران نوجوان ۱۳ الی ۱۸ سال شهر اصفهان هستند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ دختر نوجوان شهر اصفهان بودند که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. قبل از شروع روند اجرای کار، جهت جمع آوری و نمره گذاری داده ها، پرسشنامه های خودآگاهی هیجانی و استحکام روانی برای اجرای پیش آزمون به افراد داده شد و افراد آن ها را تکمیل کردند. در گام بعدی افرادی که نمره پایینی را از پرسشنامه ها دریافت کردند، به صورت تصادفی و با توجه به ملاک های ورود و خروج، در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک های ورود به این پژوهش عبارت از: ۱. داشتن سن ۱۳ الی ۱۸ سال، ۲. تمایل به مشارکت در پژوهش، ۳. امضای رضایت نامه شرکت آگاهانه در پژوهش، ۴. داشتن حداقل سطح تحصیلات دوره اول متوسطه و ۴. نداشتن بیماری جسمی و روانی حاد بود. ملاک های خروج نیز عبارت از: ۱. عدم تمایل به مشارکت و ادامه همکاری، ۲. داشتن بیماری جسمانی و روانی حاد و ۳. غیبت شرکت کنندگان بیش از دو جلسه و حضور نامنظم در جلسات می باشد. بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به دو گروه آزمایش و گروه کنترل که هر یک ۱۵ نفر شرکت کننده داشت، میانگین سنی در گروه کنترل ۱۵ سال و ۴ ماه و میانگین سنی گروه آزمایش ۱۵ سال و ۹ ماه بود. در ادامه گروه آزمایش تحت ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه ای درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی قرار گرفتند و اعضای گروه کنترل تحت هیچ آموزشی قرار نگرفتند. در نهایت پرسشنامه ها برای اجرای پس آزمون مجددا توسط اعضای دو گروه تکمیل شد.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از ابزارهای زیر به منظور جمع آوری داده استفاده شده است:

پرسشنامه ۴۸ سوالی استحکام روانی: این پرسشنامه که توسط کلاف^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۲ طراحی شده است برای اندازه گیری عامل استحکام روانی شرکت کنندگان استفاده شد. پرسشنامه دارای ۶ خرده مقیاس چالش^۳ (۸ سوال)، تعهد^۴ (۱۱ سوال)، کنترل هیجانی^۴ (۷ سوال)، کنترل زندگی^۵ (۱۴ سوال)، اعتماد به نفس^۶ به توانایی ها (۹ سوال) و اعتماد^۷ به نفس بین فردی (۶ سوال) است. پاسخ به هر سوال در یک مقیاس ۵ امتیازی لیکرت از دامنه ۱ (کاملا مخالف) تا ۵ (کاملا موافق) مورد ارزیابی قرار میگیرد. هرچه نمره فرد بالاتر باشد، دارای استحکام روانی بیشتری است. ضریب پایایی به روش

^۲Clough

^۳Challenge

^۴Commitment

^۵Emotional control

^۶Life control

^۷Confidenece in abilities

^۸Interpersonal confidence

آزمون-آزمون مجدد توسط کلاف و همکاران، ۰/۹ گزارش شده است (کلاف و همکاران، ۲۰۰۲). رواسازی فارسی این پرسشنامه نیز توسط افسانه پورک و واعظ موسوی (۱۳۹۳) مورد تایید قرار گرفت. در پژوهش آن ها پایایی کلی پرسشنامه برابر با ۰/۹۳ و پایایی مولفه های چالش، تعهد، کنترل، کنترل هیجانی، کنترل زندگی، اعتماد، اعتماد به توانایی ها و اعتماد بین فردی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۰، ۰/۸۴، ۰/۷۸، ۰/۸۱، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۸۱ بود. این پرسشنامه تا به حال به ۳۵ زبان مختلف ترجمه شده است (افسانه پورک و واعظ موسوی، ۱۳۹۳).

پرسشنامه استاندارد خودآگاهی هیجانی: پرسشنامه خودآگاهی هیجانی دارای ۳۳ گویه است که توسط گرت، فرانکلین و لانگ فورد، در سال ۲۰۰۲ ساخته شد؛ که با یک مقیاس لیکرت پنج درجه ای (از هرگز تا خیلی زیاد) خودآگاهی هیجانی افراد را اندازه گیری می کند (مهنا و طالع پسند، ۱۳۹۵). خرده مقیاس های آن شامل بازشناسی (۶ سوال)، شناسایی (۵ سوال)، تبدیل سازی (۷ سوال)، محیط گرایی (۱۰ سوال) و حل مسئله (۵ سوال) هستند. در پژوهش مهنا و طالع پسند (۱۳۹۵) درستی آزمایی محتوای پرسشنامه توسط متخصصان تایید شده است. همچنین قابلیت اعتماد پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمده است (مهنا و طالع پسند، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر میزان قابلیت اعتماد پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی های لازم با مرکز آموزشی-تحصیلی کانون فرهنگی آینه انجام شد. سپس با مراجعه به آن مرکز، تعداد ۱۳۲ پرسشنامه خودآگاهی هیجانی و استحکام روانی، جهت شناسایی نوجوانان توزیع و حجم نمونه ۳۰ نفری با توجه به نمرات به دست آمده برای پژوهش حاضر انتخاب گردید (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل). نمرات پرسشنامه های افراد به عنوان پیش آزمون در نظر گرفته شد. سپس با رضایت شفاهی و گمارش نوجوانان دختر در گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت اعضا برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. به اعضا اطمینان داده شد که اطلاعات آن ها محرمانه خواهد ماند و نیازی به درج نام نیست. همچنین به افراد گروه کنترل اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرآیند پژوهشی، این مداخلات را دریافت خواهند کرد. در نهایت، بر روی گروه آزمایش، مداخله درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی انجام شد، درحالی که گروه گواه هیچ گونه مداخله درمانی را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات، مجدداً اعضای هر دو گروه پرسشنامه ها در مرحله پس آزمون تکمیل کردند. بسته درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای در طی دو ماه به صورت هفته ای یک جلسه اجرا شد. جلسات مداخله در کانون تخصصی-آموزشی آینه واقع در ناحیه ۴ اصفهان انجام شد. این پروتکل در جدول ۱ آمده است. در هر جلسه، ابتدا هدف تشکیل جلسه، سپس موضوعات مربوط به آن جلسه مطرح گردید و اعضای گروه، با بحث و تبادل نظر به بررسی مطالب پرداختند. در پایان هر جلسه، مطالب جمع بندی شده و تکلیفی برای جلسه بعدی به آن ها ارائه شد.

جدول (۱): خلاصه ای از پروتکل درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی (متیو و وست، ۲۰۱۶)

جلسه	محتوای جلسات
اول	خوشامدگویی و تکمیل و بررسی ابزارهای اندازه گیری پیش از درمان، معرفی رهبر و اعضای گروه، معرفی مختصر درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان و ساختار آن، آموزش روانی در مورد هیجان ها از طریق فیلم آموزشی و آگاهی از هیجان، تمرین تماشای هیجانات، معرفی تمرین مهارت ها و ثبت نتایج تمرین مهارت ها، تکلیف مهارت های جلسه اول
دوم	آموزش پیرامون کارکرد مغز در بعد هیجان، آموزش روانی در مورد پذیرش آگاهانه، تمرین پذیرش ذهن آگاهانه، مرور تمرین مهارت ها، معرفی اجتناب هیجانی، آموزش روانی درباره موج سواری روی هیجان و مواجهه و تمرین، تکلیف خانگی تمرین مهارت ها
سوم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، آموزش روانی درباره لحظه انتخاب، معرفی عمل مبتنی بر ارزش ها، تمرین وایت برد با ارزش ها و موانع هیجانی، تمرین عمل مبتنی بر ارزش ها با استفاده از مواجهه تصویری و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارت ها
چهارم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت ها، تمرین هیولاهای در اتوبوس، عمل مبتنی بر ارزش ها با استفاده از مواجهه تصویری و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارت های جلسه چهارم
پنجم	آموزش روانی درباره مقابله ذهن آگاهانه، تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، آموزش روانی درباره مقابله ذهن آگاهانه، معرفی تن آرامی و خود تن آرامی، تمرین مهارت های تن آرامی و خود آرام سازی همراه با مواجهه هیجانی و بازخورد، مرور تمرین مهارت ها، تعیین تکلیف تمرین مهارت های جلسه پنجم
ششم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، آموزش روانی در ارتباط با افکار مقابله ای، مقابله ذهن آگاهانه از طریق تمرین افکار مقابله ای با استفاده از مواجهه با هیجان و بازخورد، آموزش روانی درباره پذیرش بنیادین، تمرین درباره پذیرش بنیادین از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد، تعیین تکلیف مهارت های جلسه ششم
هفتم	مرور تمرین مهارت ها، تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، آموزش روانی درباره توجه برگردانی و وقت استراحت، توجه برگردانی همراه با مواجهه تصویری یا هیجانی و بازخورد، معرفی طرح کارآمدی هیجان فردی، تعیین تکلیف تمرین مهارت ها
هشتم	آگاهی از هیجان، عمل مبتنی بر ارزش ها، مقابله ذهن آگاهانه و تمرین مهارت های مبتنی بر مواجهه: تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور برنامه کارآمدی هیجانی شخصی، دریافت بازخورد و رفع اشکال، مواجهه تصویری یا هیجانی با استفاده از مهارت درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و دریافت بازخورد، درجه بندی کارآمدی هیجانی، سخنان پایانی و قدردانی، اجرای پرسشنامه های پس درمان

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مقایسه نمرات پس آزمون هر متغیر با کنترل اثر پیش آزمون آن متغیر به عنوان کوواریته انجام شد. نتایج تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. SPSS-23

یافته ها

در مطالعه حاضر تعداد ۳۰ نفر از دختران نوجوان ۱۳ الی ۱۸ سال شهر اصفهان شرکت کردند که در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل به طور تصادفی قرار گرفتند. این افراد در دامنه سنی ۱۳-۱۸ با میانگین و انحراف معیار میانگین سنی ۱۵/۱+۹۰/۵۸ برای گروه آزمایش و ۱۵/۵۰+۱/۷۲ برای گروه کنترل بود. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس مختلط، پیش فرض های آزمون های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه داده ها در متغیرهای استحکام روانی و خودآگاهی هیجانی در مورد گروه های آزمایش

و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون بر قرار است ($p>0/05$, $f=0/41$)؛ ($p>0/05$, $f=0/55$). میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون-پس آزمون متغیرهای دو گروه آزمایش و کنترل در جدول (۲) ارائه شده است. نتایج آزمون M باکس بیانگر آن بود که واریانس میان گروه ها همگن است. همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته بیان میکند، پیش فرض همگنی واریانس ها رعایت شده است ($p>0/05$).

جدول (۲): شاخص های توصیفی نمرات پیش آزمون-پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

مؤلفه ها	گروه ها	پیش آزمون	پس آزمون	انحراف معیار	میانگین
استحکام روانی	گروه آزمایش	۱۱۸/۱۳	۲۳/۳۴	۱۶۳/۴۱	۲۶/۷۱
	گروه کنترل	۱۲۴/۶۲	۲۳/۶۸	۱۳۰/۷۱	۲۴/۱۷
خودآگاهی هیجانی	گروه آزمایش	۷۹	۸/۶۲	۱۰۸	۹/۴۸
	گروه کنترل	۸۲/۵۱	۵/۳۱	۸۶/۳۲	۷/۲۴

همانطور که نتایج جدول (۲) نشان می دهد، نتایج حاصل از یافته های توصیفی نشان دهنده تغییرات نمرات متغیرهای استحکام روانی و خودآگاهی هیجانی افراد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون بود. بین نمرات میانگین و انحراف معیار متغیرهای استحکام روانی و خودآگاهی هیجانی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون و مرحله پیش آزمون، تفاوت قابل توجهی ایجاد شده است و نمرات گروه آزمایش در هر دو متغیر نسبت به گروه کنترل در پس آزمون افزایش یافته است.

جدول (۵): بررسی پیش فرض های تحلیل کواریانس برای زیرمقیاس های متغیر استحکام روانی

گروه		آزمون کلموگروف-اسمیرنوف		آزمون لوین	
مرحله	گروه	آماره آزمون Z	سطح معناداری	آماره آزمون F	سطح معناداری
چالش	کنترل	۰/۶۲۱	۰/۳۹۷	۵۰/۵۲	۰/۳۲
	آزمایش	۰/۴۳۴	۰/۵۵۹		
تعهد	کنترل	۰/۴۷۷	۰/۹۲۰	۲۸/۹۶	۰/۱۱
	آزمایش	۰/۶۲۸	۰/۷۴۲		
کنترل هیجانی	کنترل	۰/۶۵۰	۰/۶۲۱	۷۳/۸۱	۰/۵۲
	آزمایش	۰/۸۲۸	۰/۵۴۱		
کنترل زندگی	کنترل	۰/۵۸۹	۰/۶۷۸	۱۷/۹۴	۰/۰۹۲
	آزمایش	۰/۸۹۸	۰/۴۵۸		
اعتماد به نفس به توانایی ها	کنترل	۰/۶۷۲	۰/۵۶۱	۳۲/۹۹	۰/۲۱
	آزمایش	۰/۷۸۹	۰/۴۹۲		
اعتماد به نفس بین فردی	کنترل	۰/۴۳۱	۰/۶۹۱	۴۲/۳۱	۰/۶۸
	پس آزمون	۰/۶۱۲	۰/۵۲۱		

در جدول (۵) آمار استنباطی شامل آزمون لوین و آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای متغیر استحکام روانی و زیرمقیاس های آن، در مرحله پیش آزمون برای گروه کنترل و آزمایش به کار گرفته شده است. برای انجام آزمون تحلیل کواریانس باید پیش فرض نرمال بودن داده ها و همچنین همگونی واریانس ها مورد بررسی قرار گیرد. در همه زیر مقیاس های مورد نظر پیش فرض همگنی واریانس ها بر اساس آزمون لوین تایید شد و ($P < 0/05$) میباشد و فرضیه ها رد نمی شود.

جدول (۶): آزمون تحلیل کواریانس برای متغیر استحکام روانی و زیر مقیاس های آن

منبع تغییرات	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F آزمون	توان آزمون	مجذور اتا	سطح معناداری
چالش	اثر پیش	۳۱۷/۳۲۱	۱	۳۱۷/۳۲۱	۲۱/۱۷۰	۰/۸۲۴	۰/۳۲۱	۰/۰۰۱
	آزمون پس آزمون	۳۴۵/۷۳۱	۱	۳۴۴/۴۵۱	۱۸/۱۵۲	۰/۷۷۲	۰/۴۵۲	۰/۰۰۰
تعهد	اثر پیش	۶۷/۷۸۲	۱	۶۷/۷۸۲	۳/۷۶۴	۰/۹۱۶	۰/۲۷	۰/۳۳۷
	آزمون پس آزمون	۷۳/۹۸۷	۱	۷۰/۱۴۹	۴/۶۵۳	۰/۸۵۷	۰/۲۰	۰/۴۵۳
کنترل هیجانی	اثر پیش	۲۱۴/۶۴۵	۱	۲۱۴/۶۴۵	۸/۱۲۶	۰/۷۶۲	۰/۴۳۷	۰/۰۰۹
	آزمون پس آزمون	۲۴۵/۹۲۱	۱	۲۲۳/۹۸۱	۷/۲۴۷	۰/۷۸۵	۰/۳۸۱	۰/۰۳۲
کنترل زندگی	اثر پیش	۸۱/۴۲۱	۱	۸۱/۴۲۱	۴/۴۵۲	۰/۴۶۲	۰/۳۱	۰/۵۲۱
	آزمون پس آزمون	۴۲/۱۴۲	۱	۳۸/۱۷۲	۲/۴۳۱	۰/۴۵۹	۰/۱۹	۰/۴۳۷
اعتماد به نفس توانایی ها	اثر پیش	۲۷۹/۳۶۳	۱	۲۷۹/۳۶۳	۷/۸۷۵	۰/۳۵۱	۰/۱۲۴	۰/۰۰۵
	آزمون پس آزمون	۱۴۱/۵۳۸	۱	۱۸۳/۶۲۱	۶/۳۵۵	۰/۲۷۱	۰/۲۱۶	۰/۰۲۱
اعتماد به نفس بین فردی	اثر پیش	۳۴۵/۲۲۳	۱	۳۴۵/۲۲۳	۱۷/۵۶۱	۰/۲۱۹	۰/۶۳۱	۰/۰۰۳
	آزمون پس آزمون	۱۲۸/۶۲۱	۱	۲۳۹/۲۴۱	۲۳/۰۳۱	۰/۱۴۱	۰/۵۸۷	۰/۰۳۹

نتایج جدول (۶) نشان می دهد که بین میانگین گروه آزمایش و گروه گواه در متغیر استحکام روانی تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین میتوان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر زیر مقیاس های چالش، کنترل هیجانی، اعتماد به نفس به توانایی ها و اعتماد به نفس بین فردی تاثیر داشته است و فرضیه های پژوهشی مرتبط با این زیر مقیاس ها تایید میشود ($P < 0/05$) و در زیر مقیاس های تعهد و کنترل زندگی تاثیر نداشته است و فرضیه های پژوهشی مرتبط با این زیر مقیاس ها تایید نمی شود ($P > 0/05$) و تفاوت معنادار نیست.

جدول (۷): بررسی پیش فرض های تحلیل کواریانس برای زیرمقیاس های متغیر خودآگاهی هیجانی

آزمون لوین		آزمون کلموگروف-اسمیرنوف			
سطح معناداری	آماره آزمون F	سطح معناداری	آماره آزمون Z	مرحله	گروه
۰/۳۲	۶۷/۵۲	۰/۸۹۷	۰/۴۲۱	پیش آزمون	کنترل
					بازشناسی

		۰/۷۵۹	۰/۵۳۴	پیش آزمون	آزمایش	
۰/۶۱	۴۵/۳۴	۰/۹۲۰	۰/۴۷۷	پیش آزمون	کنترل	شناسایی
		۰/۷۴۲	۰/۶۲۸	پیش آزمون	آزمایش	
۰/۵۲	۷۳/۸۱	۰/۶۲۱	۰/۵۵۰	پیش آزمون	کنترل	تبدیل سازی
		۰/۵۴۱	۰/۷۲۰	پیش آزمون	آزمایش	
۰/۴۷	۳۴/۵۱	۰/۴۷۸	۰/۴۸۹	پیش آزمون	کنترل	محیط گرایی
		۰/۴۵۸	۰/۵۹۸	پیش آزمون	آزمایش	
۰/۳۱	۵۲/۹۷	۰/۶۹۱	۰/۶۲۱	پیش آزمون	کنترل	حل مسئله
		۰/۵۶۲	۰/۷۶۳	پیش آزمون	آزمایش	

در جدول (۷) آمار استنباطی شامل آزمون لوین و آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای متغیر خودآگاهی هیجانی و زیرمقیاس های آن، در مرحله پیش آزمون برای گروه کنترل و آزمایش به کار گرفته شده است. برای انجام آزمون تحلیل کواریانس باید پیش فرض نرمال بودن داده ها و همچنین همگونی واریانس ها مورد بررسی قرار گیرد. در همه زیر مقیاس های خودآگاهی هیجانی، ($P < 0/05$) میباشد و فرضیه ها رد نمی شود.

جدول (۸): آزمون تحلیل کواریانس برای متغیر خودآگاهی هیجانی و زیر مقیاس های آن

منبع تغییرات	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آزمون F	توان آزمون	مجذور اتا	سطح معناداری
بازشناسی	اثر پیش	۵۴۷/۳۲۱	۱	۵۴۷/۳۲۱	۱۳/۰۷۰	۰/۸۲۴	۰/۱۵۲	۰/۰۰۲
	آزمون پس آزمون	۲۸۵/۷۳۱	۱	۳۰۴/۴۵۱	۱۵/۱۶۲	۰/۷۷۲	۰/۳۵۴	۰/۰۰۰
شناسایی	اثر پیش	۳۴۱/۵۸۲	۱	۳۴۱/۵۸۲	۸/۷۶۴	۰/۹۱۶	۰/۲۶۱	۰/۰۰۷
	آزمون پس آزمون	۱۸۳/۹۸۷	۱	۲۱۵/۱۴۹	۷/۶۵۳	۰/۸۵۷	۰/۲۱۵	۰/۰۱۳
تبدیل سازی	اثر پیش	۳۸۴/۶۲۱	۱	۳۸۴/۶۲۱	۹/۱۲۶	۰/۷۶۲	۰/۳۳۷	۰/۰۰۴
	آزمون پس آزمون	۲۴۵/۹۲۱	۱	۲۷۳/۹۸۱	۸/۲۴۷	۰/۷۸۵	۰/۳۷۱	۰/۰۲۱
محیط گرایی	اثر پیش	۶۳۱/۴۲۱	۱	۶۳۱/۴۲۱	۷/۴۵۲	۰/۶۳۲	۰/۱۷۲	۰/۰۰۵
	آزمون پس آزمون	۱۶۹/۱۴۲	۱	۲۳۴/۱۷۲	۴/۴۳۱	۰/۴۵۹	۰/۲۲۸	۰/۰۳۷
حل مسئله	اثر پیش	۲۷۲/۳۶۱	۱	۲۷۲/۳۶۱	۶/۸۷۵	۰/۳۵۱	۰/۱۱۲	۰/۰۰۷
	آزمون پس آزمون	۱۳۷/۵۴۱	۱	۱۸۳/۶۲۱	۵/۳۵۵	۰/۲۷۱	۰/۱۳۹	۰/۰۴۱

با توجه به جدول (۸) می توان نتیجه گرفت در گروه (آزمایش و کنترل) میزان زیر مقیاس های متغیر خود آگاهی هیجانی در بین دختران نوجوان شهر اصفهان در مرحله پس آزمون تاثیر معناداری وجود دارد و فرضیه های پژوهشی مورد تایید قرار خواهد گرفت ($P < 0/05$).

نتایج نشان می دهد که با کنترل اثرات پیش آزمون، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر استحکام روانی و خودآگاهی هیجانی اثر مثبت و معناداری دارد، چراکه مقادیر F محاسبه شده در سطح ($P < 0/05$) معنادار بوده و با توجه به مندرجات

جداول پیشین، این تفاوت ها به نفع گروه آزمایش است. بنابراین می توان گفت که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی میتواند استحکام روانی افراد را در زیر مقیاس های چالش، کنترل هیجانی، اعتماد به نفس به توانایی های خود و اعتماد به نفس بین فردی و همچنین خودآگاهی هیجانی را در زیر مقیاس های بازشناسی، شناسایی، تبدیل سازی، محیط گرایی و حل مسئله افزایش دهد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از مطالعه حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر استحکام روانی و خودآگاهی هیجانی دختران نوجوان شهر اصفهان، بود. تحلیل داده ها نشان داد که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر استحکام روانی افراد در زیر مقیاس های چالش، کنترل هیجانی، اعتماد به نفس به توانایی های خود و اعتماد به نفس بین فردی و همچنین خودآگاهی هیجانی در زیر مقیاس های بازشناسی، شناسایی، تبدیل سازی، محیط گرایی و حل مسئله اثر مثبت و معنادار دارد و تفاوت معنا داری بین میانگین نمرات پس آزمون در دو گروه آزمایش و گواه، وجود دارد. این درمان در مولفه های تعهد و کنترل زندگی به عنوان زیر مقیاس های استحکام روانی، اثر معنادار ندارد. این نتایج با یافته های تیزدیل و همکاران (۱۹۹۵)، رویز (۲۰۱۰)، مک کی و وست (۲۰۱۶)، واتکینز (۲۰۰۸) و سایرین که حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و اعتیاد به موارد الککل بود، همسو است. همچنین با یافته های داخلی بیرامی و همکاران (۱۴۰۰) که نشان دادند این درمان باعث کاهش وابستگی به اینترنت و آسیب پذیری روانشناختی در دانش آموزان دارای نشانه های اعتیاد اینترنتی می شود و با پژوهش عبدی سرکامی و همکاران (۱۳۹۹) که نشان دادند این درمان بر کاهش سطح افسردگی و افزایش توان مراقبتی سالمندان افسرده غیر بالینی اثر مثبت و معناداری دارد، همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته ها می توان گفت که این افراد ممکن است، درکی نسبت به تجارب هیجانی خود نداشته و فاقد شفافیت لازم به هیجان ها یا ابزارهایی برای تحمل هیجان های دشوار، انتخاب های همسو با ارزش ها یا تنظیم هیجان های خود باشند. با گذشت زمان، این آسیب پذیری ها و الگوهای رفتاری ناسازگارانه می تواند به آسیب های مزمنی منجر شود. در واقع این الگوهای ناسازگارانه، در درازمدت می تواند به الگوهای پایدار تبدیل گردد و لذا تغییر آن ها را بسیار دشوار کند (مک کی و وست، ۲۰۱۶).

از این رو در درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، قصد داریم که با استفاده از راهکارهای ارائه شده در جلسات، تداوم الگوهای ناسازگار هیجانی را شناسایی کنیم و با استفاده از تفسیر مجدد آن ها و مهارت های درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، آن ها را مورد هدف قرار داده و علاوه بر تمرکز بر کاهش بدتنظیمی هیجانی و علائم زیر بنایی آن یعنی اضطراب، افسردگی، استرس و ... به بهبود عملکردهای شناختی فرد نظیر استحکام روانی و خودآگاهی هیجانی بپردازیم. در این روش درمانی به درمان جویان کمک میکنیم با استفاده از پنج مولفه آگاهی از هیجان، پذیرش ذهن آگاهانه، عمل مبتنی بر ارزش ها، مقابله ذهن آگاهانه و تمرین مهارت های مبتنی بر مواجهه، انتخاب های خود را در مواجهه با هیجان های دشوار گسترش دهیم و به جای

^۲Teasdale

^۳Ruiz

^۴Watkins

واکنش های غیر موثر و پاسخ های ناکارآمد، رابطه جدیدی را با هیجان های خود برقرار کنیم (کلیم، کروگر و کاسفلندر، ۲۰۱۰).

یافته های حاصل از این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی با تقویت استحکام روانی افراد، آن ها را برای چالش روزمره زندگی آماده میکند. طبق آنچه گفته شد، افراد دارای استحکام روانی بالا، مجموعه ای از نگرش ها، احساسات و رفتارهایی را دارند که آن ها را قادر می سازد با پشتکار و تلاش بر هر گونه مانع، سختی یا فشاری غلبه کنند و با تمرکز و انگیزه فراوان به سوی اهداف خود گام بردارند. افزایش این عامل باعث می شود که افراد به هیجان های خود توجه مثبت داشته باشند و هیجانات خود را به شیوه کارآمد تری مدیریت و کنترل کنند. همچنین این درمان اثر مثبت و معناداری بر روی معلفه های متغیر آگاهی هیجانی دارد. خود آگاهی هیجانی به معنی آگاهی از هیجانات خود، شناسایی و درک هیجانات است که این عامل کمک می کند تا افراد توانایی تشخیص هیجانات متعدد خود را داشته باشند. به عبارت دیگر این درمان توانایی بازشناسی، شناسایی و تبدیل سازی هیجان ها، همچنین محیط گرایی و حل مسئله در افراد بالا می برد. در این راستا، با توجه به نتایج این مطالعه، اگرچه مطالعات اثربخشی مداخلات روانشناختی این درمان را در گروه های آسیب پذیر سنجیده است، اما در هیچ یک، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در دختران نوجوان بررسی نشده بود.

از طرفی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان، درمانی طراحی شده است که به بیماران کمک کند تا بیاموزند چگونه با هیجانات ناخوشایند خود مواجه شوند و آن ها را تجربه کنند و به شیوه سازگارانه تری به هیجانات خویش پاسخ دهند. این درمان با اصلاح عادت های تنظیم هیجان بیماران، قصد دارد شدت و بروز تجارب هیجانی ناسازگارانه را کاهش دهد و عملکرد بیماران را بهبود ببخشد. با این حال مهم است در نظر گرفته شود که این پروتکل یکپارچه نگر، بر آن نیست تا هیجان های ناخوشایند را حذف کند، بلکه تاکید بر برگرداندن هیجان ها به سطح کارآمد و آگاهی به آن ها دارد، به طوری که هیجان های ناخوشایند بتوانند سازگارانه و مفید باشند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۰).^۴

در حقیقت این درمان، برای بالا بردن کارآمدی هیجانی و به عبارت دیگر برای ارتقای توانایی افراد برای تجربه کردن و پاسخ گویی موثر به دامنه وسیعی از هیجانات متناسب با بافت و همسو با ارزش ها طراحی شده است. این درمان به افراد کمک میکند که به جای اجتناب از هیجان های دشوار، آن ها را به چالش بکشند و با استحکام روانی بالا، به منابع هیجانی خود پاسخ دهند. کارآمدی هیجانی شامل هم باورهای افراد در مورد توانایی هدایت زندگی هیجانی و هم توانایی آن ها برای انجام این کار است. هرچه افراد بیشتر بتوانند هیجانات دشوار خود را درک کنند، همان قدر از کارایی هیجانی بیشتری برخوردار اند (مک کی و وست، ۲۰۱۶؛ امینی و همکاران، ۲۰۲۰). در حقیقت درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی با هدف قرار دادن آسیب پذیری های ناشی از کمبود استحکام روانی و کمبود آگاهی به هیجانات، باعث بالا رفتن کارآمدی هیجانی و تنظیم هیجانات افراد شده و آگاهی افراد را به هیجانات خود بالاتر بده و باعث افزایش استحکام روانی افراد در برخورد با هیجانات خود میشوند.

نتیجه گیری کلی: وجود اثربخشی مثبت و معنادار درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر روی متغیرهای وابسته استحکام روانی و خودآگاهی هیجانی در بین دختران نوجوان ۱۳ الی ۱۸ سال شهر اصفهان، بیانگر این موضوع می باشد که جهت افزایش سلامت روان دختران جامعه ما و اثرات مثبتی که بر عملکرد فردی و اجتماعی آن ها دارد، می توانیم از این درمان

^۴Kliem, Kroger & Kosfelder

^۵Barlow

کمک بگیریم؛ و به طور کلی سلامت روانی جامعه دختران نوجوان مان را به عنوان گروه مهمی از افراد جامعه خود، افزایش دهیم.

محدودیت ها

این پژوهش نیز همانند هر مطالعه دیگری دارای محدودیت هایی بود که باید در تعمیم نتایج مورد نظر قرار بگیر. همه آزمودنی های این پژوهش از گروه سنی نوجوانان می باشند، لذا در تعمیم یافته های این پژوهش به دیگر نمونه های مشابه و دیگر گروه های سنی باید جوانب احتیاط رعایت شود. همچنین گروه نمونه در این پژوهش به جنسیت دختران، محدود شده است و با توجه به تفاوت های جنسیتی دو گروه مذکر و مونث، نیاز است در تعمیم نتایج جوانب احتیاط رعایت شود. پژوهش گران میتوانند این پژوهش را روی سایر گروه های سنی و گروه جنسیتی مذکر و حتی سایر ارگان های آموزشی انجام دهند. همچنین توصیه میشود که اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی با سایر رویکردهای درمانی مقایسه گردد و ابعاد اثربخشی این درمان نسبت به سایر درمان ها مشخص گردد.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش و همه افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می کنیم.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

منابع

۱. افسانه پورک، سیدعباس و واعظ موسوی، سید محمد. (۱۳۹۳). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه استحکام روانی ۴۸ سوالی، پژوهش نامه مدیریت ورزشی و رفتار حرکتی، ۱۰(۱۹)، ۳۹-۵۴.
۲. بیابانگر، اسماعیل. (۱۳۸۰). روانشناسی نوجوانان. تهران؛ دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
۳. بیرامی، منصور؛ هاشمی نصرت آباد، تورج؛ اسماعیل پور، خلیل و شیرینی، علی. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر کاهش وابستگی به اینترنت و آسیب پذیری روان شناختی در درمان دانش آموزان دارای نشانه های اعتیاد اینترنتی، *مجله مطالعات روانشناسی بالینی*، دانشگاه علامه طباطبائی، ۱۱(۴۴)، ۲۳-۴۳.
۴. عبدی سرکامی، فاطیما؛ میرزاتیان، بهرام و عباسی، قدرت اله. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان بر سطح افسردگی و توان خود مراقبتی سالمندان افسرده غیر بالینی، *مجله پژوهش پرستاری*، ۶(۱۵)، ۶۶-۷۳.

۵. کافی نیا، فاطمه؛ فرهادی، هادی. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر خودآگاهی هیجانی و توانش حل مسئله دانش آموزان دارای اعتیاد به اینترنت. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹(۸۵): ۱۱۱-۱۲۰.

۶. مهنّا، سعید و طالع پسند، سیاوش. (۱۳۹۵). رابطه بین حمایت های محیطی و خودآگاهی هیجانی با درگیری تحصیلی با میانجی بهزیستی تحصیلی. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۶(۴): ۳۱-۴۲.

۱. Abolghasemi, A. (2017). Comparisons of selfregulation behavior, emotional self-awareness and decision making styles in women with and without generalized anxiety disorder. *Psychological Research*; 12(4):7-2۴.
۲. Abdoli, B., Abedanzadeh, R., Ramazanzadeh, H. (2013). Relationship between mental toughness and psychological strategies in student athletes. *Sport Psychol Stud*; ۳(۷):۳۹-۵۰. (Persian).
۳. Barlow D., Ellard K., Fairholme C., Boisseau, C. (2010). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Workbook. Oxford University Press; Dec 14.
۴. Boden, M., & Thompson, R. (2015). Facets of emotional awareness and associations with emotion regulation and depression. *Emotion*; 15(3):399. <https://doi.org/10.1037/emo0000057>.
۵. Cheng, M., Wang, M., Chang, M., Zhang, R., & Zhao, M. (2020). Relationship between resilience and insomnia among the middle-aged and elderly: mediating role of maladaptive emotion regulation strategies. *Psychology, Health & Medicine*, 3(1), 1-12.
۶. Cludius, B., Mennin, D., & Ehring, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*, 20(1). 37-44.
۷. Clough, P., Earle, K., Sewell, D. (2002). Mental toughness: The concept and its measurement. In I. Cockerill (ed), *Solutions in Sport Psychology*. London: Thomson; 32-43.
۸. Gerber, M., Kalak, N., Lemola, S., et al. (2012). Adolescents' exercise and physical activity are associated with mental toughness. *Mental Health Phys Act*; 5(1): 35-42.
۹. Gucciardi, D., Gordon, S., Dimmock, J. (2009). Advancing mental toughness research and theory using personal construct psychology. *Int Rev Sport Exerc Psychol*; 2(1):54-72.
۱۰. Gucciardi, F., Hanton, S., Gordon, S., Mallett, C., Temby, P. (2015). The concept of mental toughness: Tests of dimensionality, nomological network, and traitness. *J Pers*; 83(1):26-44.
۱۱. Holling, H., Erhar, T., Ravens, S., Sch lak, R. (2007). Behavioral Problems in Children and Adolescence. *J Psychol Gesundheitsschutz*. May- Jun; So (S- 6) 784-93.
۱۲. Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guildford Press.
۱۳. Kubota, M., Miyata, J., Sasamoto, A., Kawada, R., Fujimoto, S., Tanaka, Y., Sawamoto, N., Fukuyama, H., Takahashi, H., Murai, T. (2012). Alexithymia and reduced white matter integrity in schizophrenia: A diffusion tensor imaging study on impaired emotional self-awareness. *Schizophrenia Research*, 141(2-3), 137-143.

۱۴. Liux, S., Neiderhise, R., uchiyama, M., Okawa, M., Roga, W. (2001). Behavioral and emotional problem in Chinese adolescents. JAm. Academi child adolescents psychiatry, Yul; 40.
۱۵. Mennin, D., Heimberg, R., Turk, C., Fresco, D. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. Clinical Psychology: Science and Practice;9(1):85-90.
۱۶. Mennin, DS., Heimberg, R., Turk, C., Fresco, D. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. Behaviour research and therapy;43(10):1281-310.
۱۷. Mckay, M., & West, A. (2016). Emotion efficacy therapy: a brief, exposurebased treatment for emotion regulation integrating ACT and DBT. Context Press/New Harbinger Publications.
۱۸. Matthew, M., & West, A. (2016). Emotion Efficacy Therapy (Sh. Mohammad Khani, E Akbari, M Khaleghi, Trans.). Ebn-Sina Publications. [Persian].
۱۹. Mo, P., Chan, V., Chan, S., Lau, J.(2018). The role of social support on emotion dysregulation and Internet addiction among Chinese adolescents: -A structural equation model. Addictive Behaviors, 82, 86-93.
۲۰. Papageorgiou, K, Wong, B., Clough, J. (2017). Beyond good and evil: Exploring the mediating role of mental toughness on the Dark Triad of personality traits. Pers Individ Dif. 119:19-23. [DOI:10.1016/j. paid.2017.06.031].
۲۱. Pintrich, P. (2003). Motivation and Classroom Learning (Handbook of psychology Newyork): Wiley.
۲۲. Rahmati, F., Naimikia, M. (2015). The relationship between mental strength and emotional intelligence and its comparability between athletes and non-athletes. J Sport Manag Act Behav; 11(22):141-148. (Persian).
۲۳. Rieffe, C., Oosterveld, P., Terwogt, M., Mootz, S., Van Leeuwen, E., Stockmann, L. (2011). Emotion regulation and internalizing symptoms in children with autism spectrum disorders. Autism;15(6):655-70.
۲۴. Simpson, G., Lincoln, C., Ohannessian, C. (2020). Does Adolescent Anxiety Moderate the Relationship between Adolescent–Parent Communication and Adolescent Coping? Journal of Child and Family Studies. 29(1):237-49.
۲۵. Yao, M. (2009). An exploration of multidimensional perfectionism, academic self-efficacy, procrastination frequency, and Asian American cultural values in Asian American university students: The Ohio State University.
۲۶. Yousefi-Nooraie, R., Farhoudian, A., Amini, H., Mohammadi, M., Mesgarpour, B., Mansouri, N., et al. (2009). Prevalence of mental disorders among high-school students in Iran: a systematic review. Iranian Journal of Psychiatry;4(1):1-6.