

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی برنشانه اضطراب کرونا درمعلمان متوسطه شهر

مشهد

ابوالفضل بخشی پور^۱، الهام ایزدی^۲

^۱استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران (نویسنده مسئول)

^۲دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران

چکیده

همانطور که می دانیم نقص در فرایند تنظیم هیجانی به عنوان یکی از مشکلات عمده درافراد مضطرب گزارش شده است و در مدل طرحواره درمانی هیجانی (EST) نقش هیجانها و راهبردهای پردازش هیجان برجسته هستندهدف پژوهش حاضر اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی برنشانه اضطراب کرونا درمعلمان متوسطه شهر مشهد. روش پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون _ پس آزمون باگروه گواه بود وجامعه کل معلمان متوسطه شهر مشهددرسال ۱۴۰۰ که با روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای از بین ۲۴۰ نفر ازمعلمان ۲۸-۴۸ سال به صورت هدفمندبا مقیاس اضطراب کرونا ویروس (CDAS) سنجش اضطراب ناشی از شیوع ویروس کرونا (علیپور و همکاران، ۱۳۹۸) انتخاب شدند.۳۸ نفر به دوگروه ۱۹ نفرکنترل و ۱۹ نفر آزمایش انتخاب شدند.گروه آزمایش، در طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای، طرحواره درمانی هیجانی گروهی را دریافت کرده و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. پیش از انجام درمان و پس از آن، اعضای دو گروه به مقیاس طرحوارههای هیجانی لیهی و پرسشنامه اضطراب کرونا پاسخ دادند. برای تحلیل دادهها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته ها نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی گروهی باعث کاهش معنادار در نمرات اضطراب کرونا معلمان، افزایش معنادار کاربرد همه طرحوارههای هیجانی سازگار و کاهش معنادار کاربرد طرحوارههای هیجانی ناسازگار احساس گناه، ساده انگاری، خردگرایی، دوام، سرزنش و نشخوار فکری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.05$)، اما به دلیل بزرگتر بودن سطح معناداری متغییر کرخی تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج پژوهش نشان می دهد EST تاثیر مناسبی درکاهش اضطراب کرونا معلمان به عنوان یک درمان واصلح طرحوارههای هیجانی داشته است و با پژوهشهایی که اثربخشی نظم جویی هیجانی بر اضطراب مورد بررسی قرار داده اند همسو است.

واژه های کلیدی: طرحواره درمانی هیجانی، اضطراب کرونا، معلمان متوسطه، کرونا ویروس

^۱ Corona Disease Anxiety Scale

مقدمه

در اواخر دسامبر ۲۰۱۹ برای اولین بار در جهان شیوع یک بیماری حاد تنفسی با نام بیماری کرونا ویروس ۲۰۱۹ (کووید-۱۹) در شهر ووهان چین مشاهده شد و پس از آن به سایر مناطق کشور چین و در نهایت در سایر کشورهای جهان منتقل گردید. سازمان جهانی بهداشت (WHO) شیوع بیماری کرونا را یک اضطراب بهداشت عمومی با نگرانی بین المللی اعلام کرده است (پائولز و همکاران، ۲۰۲۰). اضطراب همواره هم به عنوان یک پدیده ی غیربالینی و هم به عنوان یک پدیده بالینی مورد توجه متخصصان بالینی بوده است. این پدیده در حالت بالینی خود ویژگی اصلی گروهی از اختلالات تحت عنوان اختلالات اضطرابی می باشد. گفته می شود، اضطراب بخشی از زندگی هر انسان را در بر می گیرد که در تمام افراد در حد اعتدال آمیز وجود دارد و در این حد، به عنوان پاسخی منطقی خواهد بود (باباخان زاده، ۱۳۹۸). اختلال اضطراب (Anxiety disorders) اختلالی است که ویژگی اساسی آن برانگیختگی شدید روانی است و با ویژگی های ترس، تردید و نگرانی مفرط نامتناسب با موقعیت خطرآفرین، نشان داده می شود یک چهارم جمعیت جهان دچار حداقل یک اختلال اضطرابی بوده. میزان شیوع این اختلال در ایران نیز ۱۹-۱۴ درصد بوده که در دختران ۲ برابر پسران است. پژوهش (ویچنس، ۲۰۱۱) نشان داد دانش آموزان در شرایط آموزش مجازی انگیزه کمتری نسبت به مطالعه دارند، فشار بیشتری برای یادگیری مستقل به آنها تحمیل میشود و احتمال عدم انجام تکالیف روزانه و ترک تحصیل در آنها بیشتر میشود. در پژوهش (فانک و کو، ۲۰۲۰) که به بررسی تأثیر کووید-۱۹ بر تحصیل و رفاه دانشجویان پرداختند، حدود ۲۳٪ از نمونه علائم اضطراب را تجربه کرده بودند که به طور مثبت با نگرانیها در مورد وقفه در تحصیل، اثرهای اقتصادی همه گیر شدن و اثرهای آن در زندگی روزمره مرتبط بوده است. علاوه بر این، پژوهش (میندز یانگ، ۲۰۲۰) نشان داد که ۸۵٪ از معلمان موافق این موضوع بوده اند که کووید-۱۹ عمدتاً به خاطر تعطیلی مدارس، از دست دادن امور روزانه و ارتباط محدود اجتماعی مشکلات سلامت روانی را تشدید کرده است. در مورد کووید ۱۹ اضطراب به دلیل ناشناخته بودن و ایجاد ابهام شناختی در افراد شایع می باشد این برای بشر اضطراب زا می باشد و ادراک ایمنی در انسان ترس از ناشناخته ها را کاهش می دهد و و همچنان درباره کووید ۱۹، مطالعات علمی کمی در دسترس است که این امر موجب تشدید اضطراب می شود (بجاما و همکاران، ۲۰۱۹) در چنین موقعیتی افراد برای رفع اضطراب خود به دنبال مطالعات بیشتر می باشند و افراد در هنگام رویارویی با اضطراب نمی توانند اطلاعات صحیح را از اطلاعات نادرست تشخیص بدهند بنا بر این افراد در برابر اخبار نادرست قرار می گیرند (تو، تسانگ و ییپ، ۲۰۲۰). معلمان به عنوان عضوی از جامعه مانند دیگر افراد از پیامدهای روانشناختی شیوع بیماری در امان نیستند. عواملی نظیر عدم حضور در جامعه به دلیل فاصله گذاری اجتماعی، کاهش ارتباطات اجتماعی با خانواده، آشنایان و دوستان (کمیتوویسز ۲۰۲۰، اکسیو ۲۰۲۰) بر هم خوردن الگوی خواب، رژیم غذایی نامناسب (ایتل واکسیو، ۲۰۲۰). عدم دسترسی به حمایت های اجتماعی و منابع مهارت آموزی برای بهبود وضعیت روانشناختی، ابتلای خانواده و آشنایان به کووید-۱۹، افکار ناخوشایند، مشکلات مالی و اقتصادی خانواده، سکونت در مناطق روستایی به دلیل کمبود امکانات، اقتصادی، بهداشتی، فرهنگی و آموزشی (ایتل ولیهی، ۲۰۲۰) عدم وجود درمان دارویی مؤثر و دوران طولانی قرنطینه خانگی و نداشتن فرصتی برای تفریح در فضای باز (روبین وویسیلی، ۲۰۲۰) و ... از عوامل عام مؤثر بر سلامت روانشناختی معلمان هستند. علاوه بر این، معلمان به تناسب نقش معلمی در معرض عوامل خاص استرسزای ناشی از شیوع بیماری قرار میگیرند؛ پایین بودن سطح سواد رسانهای و صلاحیت فناوری (خلیفی، رحیم دوست و طهماسبی زاده، ۲۰۲۰) مشخص نبودن برنامه آموزشی، عدم آمادگی معلم و دانش آموز در حوزه آموزش برخط و در نتیجه سردرگمی آنها، عدم وجود زیرساخت های مورد نیاز برای آموزش برخط، مشکل سرعت اینترنت و قطع و وصل آن و هزینه های اینترنت مصرفی برای معلمان، عدم دسترسی برخی دانش آموزان به ویژه ساکنان مناطق محروم و حاشیه ای کشور به آموزش های مجازی بر بستر اینترنت- که معلمان آن مناطق را ناچار به تهیه بسته های آموزشی و طی مسافتهای طولانی برای تحویل به دانش آموزان می کرد- مشکل در زیرساخت های فنی برنامه شاد به ویژه سرعت پایین آن (محمدی پور، ۲۰۲۰) که عملاً جریان آموزش مجازی را با مشکل مواجه کرد مشکل در ارسال فایل های صوتی و تصویری، مناسب نبودن فضا و جو منزل برای ضبط صدا یا گرفتن تصویر لاجرم استفاده از فضاهایی که معلمان را به زحمت

وامیداشت و عدم پرداخت حق الزحمه برخی معلمان مدارس غیردولتی؛ مجموعه این عوامل پیامدهای روانشناختی بسیاری از جمله استرس، اضطراب و افسردگی را بر معلمان تحمیل میکند که منجر به کاهش کارایی و اثربخشی فعالیتهای در کلاس و توانمندیهای ایفای حرفه معلمی خواهد شد (زهنگ ۲۰۰۸، اهگهر ۲۰۰۲). معلم مضطرب از جهتی به خاطر دارابودن سطحی از فشار روانی، علاقمندی و اشتیاق خود را در کلاس نسبت به تدریس و فعالیتهای آموزشی از دست میدهد و از جهتی دیگر از کیفیت تعاملات وی با دانش آموزان کاسته شود (ریاکیوکی، ۲۰۰۵). بر این اساس، تأثیرگذاری مطلوب از معلم به شاگرد و شکل گیری یادگیری، مستلزم آرامش روانی حاکم بر محیطهای یادگیری و عدم وجود اضطراب است. نظام آموزش و پرورش نیز با چالشهای روبرو شد، مشکلات عدیده ای همچون فقدان زیرساخت -های مناسب الکترونیکی، عدم امکان حضور تمام دانش آموزان و آن هم تمام وقت در فضای مجازی، سطح پایین سواد رسانه ای معلمان و دانش آموزان، ضعف مهارتی خانواده ها در پیشبرد برنامه های درسی رسمی و فقدان برنامه های توانمندسازی خانواده ها و معلمان را پیش روداشت. (محمدی پور، ۲۰۲۰).

بنابراین در سالهای اخیر توجه روزافزونی نسبت به نقش پردازش هیجانی در اختلالها معطوف شده است. امروزه روانشناسان دریافته اند که برخی افراد به دلیل مستاصل شدن از هیجانهای خود و بی اطلاعی از چگونگی نظمجویی آنها به شیوه های ناسازگارانه از جمله سوءمصرف مواد مخدر، پرخوری، نشخوار فکری و نگرانی متوسل میشوند (لیهی وایتل ۲۰۰۱). امروزه علاوه بر الگوهای التقاطی، بسیاری از نظریه های شناختی نیز به نقش پررنگ هیجانها در تحول و تداوم اختلالهای روانشناختی پی برده اند، طوری که بسیاری از آنها، هیجان را همتراز با شناخت در ایجاد اختلالهای روانشناختی میدانند و به سمت الگوهای شناختی هیجانی انجام داده اند. (خانزاده، محمد خانی و سعیدیان ۲۰۱۳). طرحواره درمانی هیجانی که شکل جدیدی از درمان شناختی رفتاری است یانگ و لیهی این رویکرد درمانی را با اقتباس از نظریه شناختی Beck، طرحواره درمانی، الگوی فراشناختی ولز و رویکردهای مبتنی بر پذیرش برای درمان مشکلات هیجانی تدوین نمود (لیهی، ۲۰۰۲). در این الگو، افراد از نظر تفسیری که از تجربه ی هیجانی خود به عمل می آورند، با یکدیگر تفاوت داشته و تفاوتیهای موجود بین افراد از نظر تفاسیر، ارزیابی ها، میل به اقدام و راهبردهای رفتاری مربوط به هیجانهای آنان نامیده می شود. همچنین، تغییرات این تفاسیر (تفسیر خود فرد و دیگران) باعث تغییر در شدت و نارسانظم جویی هیجانی میشود. افراد بر اساس طرحوارههای هیجانی خود ممکن است از طریق اجتناب تجربی (مانند سرکوب، کرحی، اجتناب و گریز) راهبردهای شناختی بیفایده (مانند نگرانی و نشخوار فکری)، جستجوی حمایت اجتماعی (خواه راهبردهای اعتباریابی سازگارانه و خواه ناسازگارانه) بکوشند با هیجانهای خود مقابله کنند. اهداف این درمان، شناسایی باورهای دردسرساز و طرحوارههای هیجانی که بیمار برای تفسیر و اقدام درباره هیجان از آنها استفاده می کند و ایجاد باورها و راهبردهای جدید، انعطاف پذیرتر و سازگارانه درباره تجربه هیجانی فرد می باشد (ایتل و لیهی، ۲۰۰۱). بسیاری از پژوهشها نشان میدهند که طرحوارههای هیجانی با اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، جنبه های فراشناختی نگرانی، سوءمصرف الکل، ناسازگاریهای زناشویی و اختلالهای شخصیت در ارتباط هستند (لیهی، ۲۰۰۲). در رابطه با اضطراب، افسردگی و سایر اختلالهای روانشناختی، حمایت تجربی از طرحواره درمانی هیجانی وجود دارد (لیهی، ۲۰۱۵). در پژوهشی در حیطه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر اختلال اضطراب کرونا نتایج نشان داد، طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش نگرانی، علایم و نشانه های اضطراب بیماران مبتلا به این اختلال موثر است (حسنی، محمد خانی، ۲۰۱۶). اضطراب کرونا در بیشتر معلمان باعث کاهش عملکرد ها و تاثیر در بهداشت روان آنها شده که بانجام طرحواره درمانی بروی معلمان دارای اضطراب این تحقیق می خواهد تاثیر طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش اضطراب کرونا را مورد بررسی قرار دهد.

پژوهش حاضر قصد دارد به منظور شناسایی تأثیر همه گیری کووید-۱۹ بر ابتلای معلمان به اختلال اضطراب کرونا و پساکرونا برای مداخلات روانشناختی، به سؤال زیر پاسخ دهد: آیا این شیوه درمانی منجر به افزایش کاربرد طرحواره های هیجانی

سازگار و کاهش کاربرد طرحواره های هیجانی ناسازگار و کاهش اضطراب کرونا معلمان مبتلا به اختلال اضطراب کرونا می شود یا خیر؟

روش پژوهش :

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی بود بادو گروه آزمایش و کنترل و با اجرای پیش آزمون و پس آزمون انجام شد. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل همه معلمان متوسطه شهر مشهد که به علت کثرت معلمان از بین ۷ ناحیه شهر مشهد ۲ ناحیه انتخاب و از بین مدارس ۴ مدرسه به عنوان نمونه انتخاب شد. که در سال ۱۴۰۰ با اعلام فراخوان و توزیع مجازی پرسش نامه اضطراب کرونا (علی پور و همکاران، ۱۳۹۸) از میان، ۲۴۰ نفر که معیارهای ورود با شیوهی نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای در دسترس و به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. افراد مبتلا به اختلال اضطراب کرونا و دارا بودن سن ۲۸ تا ۴۸ سال، اجازه ی ورود به گروه را به آنها داده شد. سپس افراد انتخاب شده، به طور تصادفی به دو گروه ۱۹ نفره جهت تشکیل گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس طرحواره های هیجانی لیهی** : برای سنجش طرحواره های هیجانی از مقیاس طرحواره های هیجانی لیهی استفاده شد که Leahy برای شفاف سازی باورها و راهبردهای افراد در مقابل هیجانها و طرحواره های هیجانی این مقیاس را طراحی و تدوین کرده است (لیهی، ۲۰۰۲). این مقیاس، نوعی مقیاس خودسنجی ۵۰ سوالی است که ارزیابی طرحواره های هیجانی را در ۱۴ بعد اعتباریابی، قابل فهم بودن، نیاز به خردگرا بودن، کرحی، کنترل، های برتر، ساده انگاری، ارزش احساس گناه، اتفاق نظر، دوام، سرزنش، ابراز احساسها، نشخوار فکری پذیرش امکان پذیر می باشد. هر ایتام این مقیاس خودسنجی در یک مقیاس ۶ درجه ای از ۱ (کمال نادرست) تا ۶ (کمال درست) نمره گذاری میشود. هر بعد شامل ۲ تا ۷ آیتام میباشد. در مطالعاتی بر روی ۱۲۸۶ شرکت کننده، آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۰ بوده است، به عبارتی این آزمون از ثبات درونی کافی برخوردار است. در مطالعه ای دیگر، نتایج نشان داد از ۱۴ بعد طرحواره هیجانی، ۱۲ مورد همراهی قابل توجه با پرسشنامه اضطراب کرونا دارند (علیچور و همکاران، ۱۳۹۸). در ایران نیز در پژوهشی ساختار عاملی و ویژگی های روانسنجی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار گرفته است. اعتبار این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شده است. (محمدخانی، سلیمانی و سیدعلی نقی، ۲۰۱۴) همچنین دانشمندی و همکاران پایایی آن را ۲/۸۵ محاسبه کردند (دانشمندی، ایزدخواه، کاظمی و مهربانی، ۲۰۱۴).

۲. **مقیاس اضطراب کرونا ویروس (CDAS^۲)**: این ابزار جهت سنجش اضطراب ناشی از شیوع ویروس کرونا در کشور ایران تهیه و اعتباریابی شده است. نسخه نهایی این ابزار دارای ۱۸ گویه و ۲ مؤلفه (عامل) است. گویه های ۱ تا ۹ علائم روانی و گویه های ۱۰ تا ۱۸ علائم جسمانی را می سنجد. این ابزار در طیف ۴ درجه ای لیکرت (هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، بیشتر اوقات=۲ و همیشه=۳) نمره گذاری می شود؛ بنابراین بیشترین و کمترین نمره ای که افراد پاسخ دهنده در این پرسشنامه کسب می کنند بین ۰ تا ۵۴ است. نمرات بالا در این پرسشنامه نشان دهنده سطح بالاتری از اضطراب در افراد است. پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل اول ($\alpha=0/879$)، عامل دوم ($\alpha=0/861$) و برای کل پرسشنامه ($\alpha=0/919$) به دست آمد.

^۲ Corona Disease Anxiety Scale

همچنین مقدار $\lambda-2$ گاتمن برای عامل اول ($\lambda-2=0/882$)، عامل دوم ($\lambda-2=0/864$) و برای کل پرسشنامه ($\lambda-2=0/922$) به دست آمد. جهت بررسی روایی وابسته همبستگی به ملاک این پرسشنامه از همبسته کردن این ابزار با پرسشنامه GHQ-28 استفاده شد که نتایج نشان داد پرسشنامه اضطراب کرونا با نمره کل پرسشنامه GHQ-28 و مؤلفه اضطراب، نشانه های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر با $0/483$ ، $0/507$ ، $0/418$ ، $0/333$ و $0/269$ است و کلیه این ضرایب در سطح $0/01$ معنادار بود. در جدول ۳ شاخصه های توصیفی «میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی» عامل های پرسشنامه گزارش شد.

اجرای پژوهش

در ابتدا در هر دو گروه آزمایش و کنترل، پرسشنامه ها اجرا شد. سپس طرحواره درمانی هیجانی طی ۱۰ جلسه ۲ ساعته بر روی گروه آزمایش اجرا گردید ولی گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفته و مداخله ای دریافت نکرد. در این پژوهش، پس از خاتمه درمان نیز اعضای دو گروه به پرسشنامه ها مجددا پاسخ دادند و داده های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برنامه درمانی پژوهش حاضر، بر اساس پروتکل طرحواره درمانی هیجانی برگرفته از کتاب طرحواره درمانی هیجانی (لیهی، ۲۰۱۵)، تنظیم شد. خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱ خلاصه جلسات طرحواره درمانی هیجانی گروهی

جلسه اول	معرفی، بیان قوانین گروه، توضیح اعضا درباره اهداف شرکت در گروه و نگرانیهای خود. اعتبار دادن به هیجانها. آموزش روانی درباره اختلال اضطراب فراگیر. تکلیف: تکمیل برگه هدف و انتظارات خود از درمان
جلسه دوم	اعتبار دادن به هیجانها. آموزش روانی درباره هیجان، تمایز آن با فکر و رفتار و طرحواره درمانی هیجانی و منطق آن. مطرح کردن کارکرد هیجانها و سیر تکاملی آنها. تعریف طرحواره های هیجانی و بیان تاثیر آنها بر باورها و رفتارهای افراد. توضیح نقش طرحواره ها در اضطراب افراد با ذکر مثال. تکلیف: تکمیل برگه افتراق فکر و رفتار از هیجان
جلسه سوم	عادی سازی هیجان. اعتبار دادن. آموزش تکنیک آرمیدگی عضلانی. تمرین درباره گذرا بودن هیجان. تکلیف: تمرین مزایا و معایب این فکر که هیجانها غیرعادی هستند. انجام تمرین آرمیدگی عضلانی
جلسه چهارم	اعتبار دادن. تعریف صحیح پذیرش و اثرات آن، توضیح درباره پذیرش هیجان به خصوص اضطراب. استفاده از تمثیل تکلیف: انجام تمرینهای پذیرش هیجان. مزایا و . مهمان برای پذیرش اضطراب و تکنیک سوار شدن بر موج اضطراب معایب پذیرش هیجان
جلسه پنجم	اعتبار دادن. چالش با باورهای درباره احساس های مختلط. انجام تمرین درباره احساسهای مختلط. آموزش ذهن آگاهی. تکلیف: مزایا و معایب پذیرش احساسهای مختلط. انجام تمرین ذهن آگاهی
جلسه ششم	اعتبار دادن. چالش با باورهای نادرست درباره هیجان و آموزش تکنیک وکیل مدافع برای به چالش کشیدن آنها (کنترل و .نشخوار فکری). تکلیف: بررسی سود و زیان، تکنیک بررسی شواهد
جلسه هفتم	چالش با باورهای نادرست هیجان و انجام تکنیک بررسی شواهد (خردگرایی). تشویق اعضا به بیان مثال هایی درباره مفید بودن استفاده از هیجان در کنار منطق برای تصمیمگیریها . بررسی شواهد برای تاثیر هیجان در تصمیمگیریها. تکلیف: .مزایا و معایب استفاده صحیح از هیجانها در تصمیمگیری، انجام تکنیک وکیل مدافع
جلسه هشتم	آموزش نحوه صحیح دریافت . بررسی سبکهای دردسرساز اعتبارزدایی. انجام تکنیک اعتبار بخشیدن به هیجانهای خود انجام ذهن آگاهی دلسوزانه. تکنیک اعتبار بخشی به خود. :اعتبار از سایرین. انجام تکنیک ذهن آگاهی دلسوزانه. تکلیف بیان عبارات کمک کننده برای دریافت اعتبار
جلسه نهم	چالش با باورهای نادرست درباره هیجان (احساس گناه و ارزشهای برتر). انجام تکنیک بال رفتن از نردبان ارزشها، تمثیل

مثبت و منفی. انجام تکنیک بررسی شواهد برای به چالش کشیدن احساس گناه درباره هیجان. تکلیف: تهیه لیست ارزشهای خود. انجام تمرینهای بال رفتن از نردبان ارزشها، تمثیل مثبت و منفی	
جلسه دهم	کمک به تحکیم وضعیت آموختههای جدید از طریق صحبت درباره موانع و پسرقتها. صحبت درباره موانع ادامه یافتن انجام تمرینها پس از پایان درمان و یافتن راهلهایی برای رفع موانع بحث درباره روش هایی که به تداوم نتایج کمک می کنند. مرور هدفها و میزان دستیابی به آنها. صحبت درباره پایان درمان و ابراز احساسها درباره آن. اجرای مجدد آزمونها

یافته ها

همانطور که پیش تر نیز گفته شد، نمونه شامل ۳۸ نفر بود که به طور تصادفی به دو گروه ۱۹ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. داده های به دست آمده از نمرات این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل می شود. در سطح توصیفی از شاخص هایی مانند میانگین، انحراف معیار و در سطح استنباطی از روش تحلیل کوواریانس توسط نرم افزار آماری SPSS۲۲ استفاده شد. در ابتدا اطلاعات توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار مربوط به اضطراب به تفکیک گروه و مرحله آزمون در جدول ۳ ارائه می شود.

جدول ۲ اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان

جنسیت	فراوانی مطلق	تحصیلات	فراوانی مطلق	تاهل	فراوانی مطلق
زن	۲۶	کارشناسی	۲۱	مجرد	۸
مرد	۱۲	کارشناسی ارشد	۱۷	متاهل	۳۰
جمع	۳۸	جمع	۳۸	جمع	۳۸

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار اضطراب کرونا و ابعاد

متغیر	انحراف معیار + _ میانگین	حداکثر	حداقل
اضطراب کرونا	۱۴/۵۸ + ۹/۸۵	۵۴	۱
بعد جسمانی	۶/۵۳ + ۵/۴۸	۲۹	۰
بعد روانی	۷/۷۶ + ۴/۵۸	۲۵	۱

میانگین و انحراف معیار اضطراب کرونا $۱۴/۵۸ + ۹/۸۵$ بعد معیار انحراف معیار و میانگین جسمانی اضطراب کرونا $۵/۴۸ + ۶/۵۳$ و بعد روانی انحراف معیار و میانگین اضطراب کرونا، $۷/۷۶ + ۴/۵۸$ بوده است

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار مربوط به متغیر اضطراب به تفکیک گروه و مرحله آزمون

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	پیش آزمون	۲۳/۰۵	۸/۴۵	۱۷/۵	۱۱/۳۵
	پس آزمون	۱۴/۷	۷/۸۵	۱۸/۵	۱۰/۵۲

پیش از انجام آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه گروههای آزمایش و کنترل در نمره های اضطراب، پیش فرضهای این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف نشان داد که برای اضطراب، این آزمون معنادار نبود ($p > ۰/۰۵$) معنادار نبودن این آزمون نشان می دهد که داده ها توزیع نرمال دارند. نتایج آزمون لوین برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس ها نیز معنادار نبودن (پیش آزمون $p: ۰/۵۹$ ، $f: ۱/۳۴$) و (پس آزمون $p: ۰/۵۳$ ، $f: ۰/۸$) معنادار نبودن این مفروضه به معنای، برقراری آن می باشد. در نهایت، این مفروضه نشان دهنده همگنی شیب رگرسیونها است که آن نیز رعایت شده بود (نگرانی پس آزمون $p: ۱/۳۱$ ، $f: ۱/۰۹$). بنابراین بر اساس رعایت مفروضه، امکان استفاده از تحلیل کوواریانس وجود دارد. بنابراین برای تجزیه و تحلیل دادههای به دست آمده از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. در این تحلیل، گروه آزمایش به عنوان عامل بین آزمودنی، نمرات شرکت کنندگان در آزمون اضطراب در مرحله پیش آزمون، به عنوان متغیر همپراش و نمرات شرکت کنندگان در آزمون اضطراب در مرحله پس آزمون، به عنوان متغیر وابسته وارد این الگو شدند.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل در آزمون اضطراب

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین	مجذورا	سطح معناداری	اندازه اثر
F	پیش آزمون	۱۳۳۲	۱	۳۴	۱۱۳/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۸۷
	گروه	۳۰۸/۱۰	۱	۳۰۸/۱۰	۲۸/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۷
خطا	خطا	۲۰۴/۷۵	۳۶	۱۳/۸۵			
	کل	۹۹۶۴	۳۸				

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می شود، میان اضطراب شرکت کنندگان گروه آزمایش و گروه کنترل، تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین این درمان بر کاهش اضطراب اعضای گروه آزمایش تاثیر معنادار ($p = ۰/۰۰۱$ ، $f = ۲۸/۰۵$) داشت.

در جدول ۶ نتایج مربوط به میانگین و انحراف معیار به دست آمده از ابعاد طرحوارههای هیجانی سازگار و ناسازگار به تفکیک پیش آزمون، پس آزمون گروه آزمایش و کنترل در ابعاد طرحوارههای هیجانی سازگار و ناسازگار آمده است.

جدول ۶: میانگین و انحراف معیار به دست آمده از ابعاد طرحواره های هیجانی سازگار و ناسازگار

طرحواره های سازگار					
متغیر	مرحله	گروه آزمایش	گروه کنترل	میانگین	انحراف معیار
اعتباریابی	پیش آزمون	۹/۱	۲/۱۳	۸/۹	۲/۸
	پس آزمون	۱۱/۷	۲/۶۲	۸/۴	۲/۳۶
قابل فهم بودن	پیش آزمون	۱۴/۱	۴/۱۷	۱۸/۴	۴/۳۷
	پس آزمون	۲۰/۱	۳/۰۳	۱۷/۷	۴
ارزش های برتر	پیش آزمون	۱۲/۴	۳/۰۹	۱۲/۳	۲/۵۸
	پس آزمون	۱۵/۱	۱/۶۶	۱۱/۹	۲/۱۳
کنترل	پیش آزمون	۸/۳	۳/۴	۱۱/۳	۵/۱۴
	پس آزمون	۱۳/۸	۳/۸۲	۱۰/۸	۵
اتفاق نظر	پیش آزمون	۱۱/۴	۳/۲۷	۱۳/۱	۴/۸۸
	پس آزمون	۱۶/۵	۴/۳۷	۱۲/۶	۴/۸۸
پذیرش	پیش آزمون	۲۲/۳	۵/۹۸	۲۵	۵/۵۷
	پس آزمون	۳۲/۱	۵/۴	۲۴/۶	۵/۳۳
ابراز	پیش آزمون	۷/۱	۱/۸۵	۷/۳	۲/۷۱
	پس آزمون	۹/۱	۱/۶۶	۶/۹	۲/۵۱
طرحواره های ناسازگار					
متغیر	مرحله	گروه آزمایش	گروه کنترل	میانگین	انحراف معیار
احساس گناه	پیش آزمون	۱۴/۹	۴/۴۸	۱۴/۱	۳/۸۱
	پس آزمون	۱۰/۱	۳/۹۲	۱۴/۸	۳/۴۵
ساده انگاری	پیش آزمون	۲۱/۶	۳/۰۲	۱۷/۴	۴/۳۷
	پس آزمون	۱۴/۵	۴/۸۳	۱۷/۹	۳/۸۴
کرخی	پیش آزمون	۶	۳/۱۲	۳/۹	۲/۰۲
	پس آزمون	۵/۳	۲/۴	۳/۴	۱/۹۴
خرد گرایی	پیش آزمون	۱۳/۵	۳/۰۲	۱۴	۲
	پس آزمون	۱۰/۲	۳/۵۲	۱۴/۴	۱/۶۴
دوام	پیش آزمون	۷/۲	۳/۱۵	۶/۸	۲/۷۴
	پس آزمون	۴/۴	۲/۳۱	۷/۳	۲/۶۲
نشخوار فکری	پیش آزمون	۲۰/۲	۳/۰۴	۱۹/۹	۳/۷۵
	پس آزمون	۱۵	۲/۱	۲۰/۴	۳/۳
سرزنش	پیش آزمون	۹	۲/۷	۸/۲	۲/۸۹
	پس آزمون	۶/۷	۲/۴۹	۸/۶	۲/۶۷

پیش از انجام آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پیش فرضهای این آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. پیش فرض اول، نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته است که از طریق آزمون کالموگروف اسمیرنوف بررسی شد. نتایج نشان داد که برای هر دو گروه طرحواره های هیجانی، این آزمون معنادار نبود ($p > 0.05$) نتایج آزمون باکس نیز برای بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس از نظر آماری معنادار نبود. طرحواره های هیجانی سازگار ($F: 0.67, P: 0.09$) طرحواره های

هیجانی ناسازگار ($P: ۱/۰۲$ ، $F: ۰/۴۲$) معنادار نبودن این آزمون به معنای برقراری این مفروضه می باشد. در نتیجه به دلیل برقراری پیش فرضهای اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیری، انجام این آزمون امکان پذیر است. در تحلیل مربوط به طرحوارههای هیجانی سازگار و تحلیل مربوط به طرحوارههای هیجانی ناسازگار، گروه آزمایش و گروه کنترل به عنوان عامل بین آزمودنی، نمرات طرحوارههای هیجانی سازگار و نمرات طرحوارههای هیجانی ناسازگار شرکت کنندگان در مرحله پیش آزمون، به عنوان متغیر همپراش و نمرات طرحوارههای هیجانی سازگار و نمرات طرحوارههای هیجانی ناسازگار شرکت کنندگان در مرحله پس آزمون، به عنوان متغیر وابسته وارد الگو شدند. همچنین الزم به ذکر است که به دلیل برقراری پیش فرض همگنی ماتریسهای واریانس-کوواریانس برای هر دو گروه طرحواره، از آزمون المبدأ ویلکز برای بررسی معناداری اثرهای چند متغیری استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان میدهد با کنترل اثرات نمرات پیش آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر جدیدی از ترکیب خطی نمرات پس آزمون ابعاد طرحوارههای هیجانی سازگار به عنوان متغیرهای وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد ($P: ۰/۰۷$: المبدأ ویلکز، $P: ۰/۰۱$) همچنین در رابطه با طرحوارههای هیجانی ناسازگار با کنترل اثرات نمرات پیش آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر جدیدی از ترکیب خطی نمرات پس آزمون ابعاد طرحوارههای هیجانی ناسازگار به عنوان متغیرهای وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد ($P: ۰/۰۴$: المبدأ ویلکز، $P: ۰/۰۰۵$ ، $F: ۱۳/۷۵$)

جدول ۷: نتایج آزمونهای اثرات بین شرکت کنندگان جهت مقایسه ابعاد طرحوارههای هیجانی سازگار و ناسازگار در دو گروه آزمایش و کنترل

طرحوارههای سازگار							
متغیر	مرحله	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اعتباریابی	پس آزمون	۲۶/۳۸	۱	۲۶/۳۸	۱۰/۰۳	۰/۰۱	۰/۴۸
قابل فهم بودن	پس آزمون	۵۲/۲۶	۱	۵۲/۲۶	۶/۰۳	۰/۰۳	۰/۳۵
ارزش های برتر	پس آزمون	۱۱/۹	۱	۱۱/۹	۶/۷۲	۰/۰۲	۰/۳۷
کنترل	پس آزمون	۶۲/۲	۱	۶۲/۲	۱۱/۲۹	۰/۰۱	۰/۵
اتفاق نظر	پس آزمون	۵۳/۶۲	۱	۵۳/۶۲	۷/۹۵	۰/۰۱	۰/۴۲
پذیرش	پس آزمون	۲۳۵/۰۴	۱	۲۳۵/۰۴	۲۰/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۶۵
ابراز	پس آزمون	۸/۶۸	۱	۸/۶۸	۵/۶۸	۰/۰۳	۰/۳۴
طرحوارههای ناسازگار							
متغیر	مرحله	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
احساس گناه	پس آزمون	۱۲۶/۷۴	۱	۱۲۶/۷۴	۲۲/۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷
ساده انگاری	پس آزمون	۱۲۷/۳۱	۱	۱۲۷/۳۱	۷/۴۳	۰/۰۲	۰/۴
کرخی	پس آزمون	۰/۳۸	۱	۰/۳۸	۰/۳۴	۰/۶۲	۰/۰۲
خرد گرایی	پس آزمون	۸۱/۴۶	۱	۸۱/۴۶	۹/۴۱	۰/۰۱	۰/۴۶
دوام	پس آزمون	۲۵/۷۹	۱	۲۵/۷۹	۹/۷۵	۰/۰۱	۰/۴۷

نشخوار	پس آزمون	۱۰۶/۷۴	۱	۱۰۶/۷۴	۵۵/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۳
فکری							
سرزنش	پس آزمون	۳۳/۱۵	۱	۳۳/۱۵	۱۱/۷۷	۰/۰۰۶	۰/۵۱

جدول ۷، معناداری هریک از تحلیل واریانسهای تک متغیری را که در مورد متغیرهای وابسته به طور جداگانه انجام گرفته است، نشان می دهد. نتایج آزمون اثرات بین شرکت کنندگان در جدول ۷، نشان می دهد که در رابطه با طرحوارههای هیجانی سازگار میان شرکت کنندگان گروه آزمایش و گروه کنترل در نمره اعتبار ($f: ۱۰/۰۳, P: ۰/۰۱$) قابل فهم بودن ($f: ۶/۰۳, P: ۰/۰۳$) ارزشهای برتر ($F: ۶/۷۲, P: ۰/۰۲$) کنترل ($f: ۱۱/۲۹, p: ۰/۰۱$) اتفاق نظر ($f: ۷/۹۵, P: ۰/۰۱$) پذیرش ($f: ۲۰/۷, p: ۰/۰۰۱$) ابراز ($f: ۵/۶۸, P: ۰/۰۳$) تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین در طرحوارههای هیجانی ناسازگار، احساس گناه ($f: ۲۲/۵, P: ۰/۰۰۱$) ساده انگاری ($f: ۷/۴۳, P: ۰/۰۲$) خردگرایی ($f: ۰/۳۱, P: ۰/۰۲$) دوام ($f: ۹/۴۱, P: ۰/۰۱$) نشخوار فکری ($f: ۵۵/۸۴, P: ۰/۰۰۱$) سرزنش ($f: ۱۱/۷۷, P: ۰/۰۰۶$) تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین به دلیل بزرگتر بودن سطح معناداری متغیر کرخی از ۰/۰۵ و میان شرکت کنندگان آزمایش و کنترل در نمره کرخی ($f: ۰/۳۴, P: ۰/۰۶۲$) تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش اضطراب کرونا معلمان بود. بر اساس یافته های پژوهش، طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش اضطراب معلمان تاثیر معنادار داشت. این یافته با یافته های (رضایی ۲۰۱۶، خالقی ۲۰۱۷) همسو است. از آنجا که محتوای طرحواره درمانی هیجانی و نظم جویی هیجانی اشتراکاتی دارند، پژوهش حاضر با پژوهشهایی که اثربخشی نظم جویی هیجانی را بر اضطراب مورد بررسی قرار داده اند مانند (صبحی ۲۰۱۵، معینی ۲۰۰۴، برکینگ ۲۰۰۸) همسو است. همانطور که پیش تر نیز گفته شد طرحوارههای هیجانی با بسیاری از اختلالات روانی از جمله اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه، جنبه های فراشناختی نگرانی، سوء مصرف الکل، ناسازگاری زناشویی و اختلالات شخصیت در ارتباط هستند (لیهی ۲۰۰۲) از نظر لیهی، هریک از اختلالات اضطرابی در بردارنده ی طرحوارههای هیجانی تفاسیر و تدابیر در مورد هیجانها هستند (لیهی ۲۰۰۷). به عنوان مثال طرحواره کنترل و باور درباره طول مدت هیجان بهترین پیشبینی کننده های اضطراب هستند (سیلبرستین، لیهی، تیرچ، ملوانی ۲۰۱۲) اضطراب اغلب به صورت نبود کنترل یا کنترل بدون برنامه ریزی هنگام احساس خطر از یک موقعیت تجربه می شود. علاوه بر این، باور به اینکه کنترل امری ضروری است و نبود آن موجب فاجعه می شود، و اضطراب را در افراد بالایی برد، بر اساس آنچه بیان شد، طرحواره درمانی هیجانی به معلمان کمک می شود از کنترل افکار اضطرابی، ادراک و هیجان ها دست بردارند و با استفاده از روش های پذیرش و ذهن آگاهی هیجان های خود را مشاهده کرده و آنها را مورد قضاوت قرار ندهند. به عبارتی کنترل نکردن اضطراب، منجر به کاهش آن می شود (لیهی ۲۰۱۵). به طور کلی طرحوارههای هیجانی ناکارآمد و روشهای مقابله نادرست با هیجان ها موجب ایجاد مشکل در تجربه ی هیجانی افراد می شود. بنابراین میتوان انتظار داشت با اصلاح طرحوارههای هیجانی افراد، تجربه ی هیجانی آنها نیز اصلاح می شود

روش های به کار رفته برای اصلاح طرحواره های هیجانی اعضای گروه شامل گفتگوی سقراطی، بررسی مزایا و معایب، تکنیک وکیل مدافع، بررسی شواهد موافق و مخالف برای باورهای هیجانی، عادی سازی هیجان ها، اعتبار بخشیدن به هیجان ها و ... بود. علاوه بر این در پژوهش حاضر درمانگر روش های مقابله ای سازگارانه را به اعضای گروه آموزش داد تا برای مدیریت

اضطراب خود از این شیوه ها استفاده نمایند. یکی از این روشها آرمیدگی عضلانی بود. افراد با تمرین کردن این روش میتوانند پس از مدتی به طور ارادی تنش عضلانی خود را کاهش داده و پاسخ آرامش را ایجاد نمایند. اثربخشی روش آرمیدگی عضلانی در برخی پژوهشها مانند پژوهشهای (ارنتز ۲۰۱۰، داگلاس ۲۰۰۳) به تایید رسیده است. در پژوهش حاضر نیز، پس از آموزش و تمرین، اعضای گروه گزارش کردند که این تمرین موجب کاهش تنش عضلانی و شدت اضطراب شده است. این تمرین علاوه بر اثرات مستقیم بر میزان اضطراب، بر باورهای فرد درباره دوام و کنترل ناپذیری اضطراب نیز اثرگذار بود. معلمان درگروه با انجام این تمرین قادر بودند که خود، اضطراب شان را کاهش دهند و در نتیجه نسبت به هیجان خود احساس تسلط داشته باشند. همچنین آنها با انجام تمرین و کاهش اضطراب به این نتیجه رسیده بودند که الزاما اضطراب به طول میانجامد و میتواند گذرا و موقتی باشد.

راهبردهای دیگری که در این پژوهش به کار رفت، شیوه ذهن آگاهی از تنفس و تجربه ی هیجان به صورت موج بود. بر خلاف آرمیدگی عضلانی، هدف اصلی ذهن آگاهی ایجاد آرامش و کاهش تنش نیست. از آنجا که تلاش برای کنترل و سرکوب اضطراب، نتیجه عکس داده و منجر به افزایش آن می شود، مشاهده بدون قضاوت اضطراب منجر به کاسته شدن از میزان آن می شود. نتایج پژوهش (والستا ۲۰۱۱، نیلسن و سیورتنسن ۲۰۱۱) بخش دیگر یافته های پژوهش حاضر نشان دادند که طرحواره درمانی هیجانی گروهی موجب افزایش معنادار در به کارگیری همه طرحوارههای هیجانی سازگار و کاهش معنادار در به کارگیری طرحوارههای هیجانی ناسازگار (به جز طرحواره کرخی) شده است. این یافته با پژوهشهایی مانند (لیهی ۲۰۰۷، دانشمند وایتل ۲۰۱۴، نادری وایتل ۲۰۱۵، رضایی ۲۰۱۶) همسواست همانطور که پیش تر نیز گفته شد هدف اصلی طرحواره درمانی هیجانی شناسایی و اصلاح طرحوارههای هیجانی است (لیهی ۲۰۰۷) بر اساس این هدف در این پژوهش راهبردهایی برای اصلاح طرحواره های هیجانی به کار رفت. اعتباردهی در جلسه های درمان، آموزش نحوه ی دریافت اعتبار از دیگران، ذهن آموزی دلسوزانه و اعتباردهی به خود استفاده شد. همچنین از روش بررسی سود و زیان و بررسی شواهد اعضا این باور که هیجانها کنترل ناپذیر هستند را به چالش کشیدند. از روش بررسی سود و زیان برای بررسی مزایا و معایب پذیرش هیجانها و استعاره اضطراب به عنوان مهمان برای افزایش پذیرش هیجان ها استفاده شد. از روش آموزش روانی درباره هیجانها و عادیسازی هیجانها به بهبود طرحواره قابل فهم بودن کمک شد. در نهایت از روش بالا رفتن از نردبان ارزشها، استفاده از روش پیکان رو به پایین، تمثیل مثبت و منفی و تهیه لیست ارزشها برای این استفاده شد که اعضا بتوانند ارزشهای زیربنای اضطراب خود را شناسایی کنند. در رابطه با اصلاح طرحواره های ناسازگار نیز راهبردهایی به کار گرفته شد که در ادامه توضیح داده می شود. به عنوان مثال در رابطه با طرحواره ساده انگاری هیجانها، از شیوههایی مانند آموزش روانی درباره احساسهای دوسوگرایانه، منشأ آنها، استفاده از تمثیل و بررسی سود و زیان پذیرش احساسهای مختلط استفاده شد. همچنین برای طرحواره هیجانی خردگرایی نیز بررسی شواهد و سود و زیان استفاده از هیجانها در تصمیمگیریها و روش وکیل مدافع برای به چالش کشیدن باورهای خود به کار گرفته شد. علاوه بر اینها در رابطه با طرحواره هیجانی دوام نیز اعضا به بررسی سود و زیان این باور هیجانی خود پرداختند. روشهای مستقیم اصلاح طرحوارهها، فنون به کار رفته در گروه درمانی مانند روش های ذهن آگاهی و آرمیدگی عضلانی نیز به اصلاح طرحواره هایی مانند طرحواره کنترل، نشخوار فکری و دوام، کمک کرد.

اثربخشی روشهای ذهن آگاهی مبتنی بر استرس را بر نشانه های نگرانی، اضطراب و اضطراب حالت-صفت در مبتلایان به اختلالات اضطرابی نشان داده است. علاوه بر این پژوهشی دیگر اثربخشی ذهن آگاهی را بر بهبود شاخصهای زیستی مربوط به اختلال اضطراب کرونا نشان داد که بهبود این شاخصها شاهی بر اثربخشی این نوع درمان می باشد (لیهی ۲۰۱۷) در پژوهش حاضر نیز وقتی اعضا می پذیرند اضطرابشان را و بدون قضاوت به آن نگاه می کنند، از میزان اضطراب آنها کاهش می یابد.

در رابطه با محدودیتهای پژوهش می توان گفت پژوهش حاضر تنها روی معلمان متوسطه و گروه سنی ۲۸-۴۸ ساله با شرایط مطرح شده انجام شد، بنابراین برای تعمیم دادن نتایج این پژوهش به افراد گروههای دیگر می بایست احتیاط کرد. همچنین نمونه گیری از نوع در دسترس و به صورت داوطلبانه صورت گرفت، در نتیجه ممکن است امکان تعمیم دقیق نتایج پژوهش

فراهم نباشد. همچنین برای پژوهشهای آتی پیشنهاد میشود اثربخشی این درمان بر روی آزمودنیهای سایر گروههای سنی مورد بررسی قرار گیرد و اثربخشی سایر درمانهای روانشناختی مورد مقایسه قرار گیرد.

منابع

۱. خالقی، م؛ محمدخانی، ش و حسنی، ج. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی در کاهش نگرانی و علائم و نشانه های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر: مطالعات تک آزمودنی. مجله روانشناسی بالینی، ۵۵-۲، ۴۳-۵۵.
۲. صبحی قراملکی، ن؛ پرزور، پ؛ آقاجانی، س و نریمانی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش متمرکز بر تنظیم هیجان بر کاهش نشانه های استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان. مجله آموزش و ارتقاء سلامت، ۳، ۵-۱۳.
۳. خانزاده، م؛ ادریسی، ف؛ محمدخانی، ش و سعیدیان، م. (۱۳۹۲). بررسی ساختار عاملی و مشخصات روانسنجی مقیاس طرحواره های هیجانی بر روی دانشجویان. فصلنامه روانشناسی بالینی، ۱۱، ۹۱-۱۱۹.
۴. علیپور، احمد؛ قدی، ابوالفضل؛ علی پور، زهرا؛ و عبدال زاده، حسن (۱۳۸۹). اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا در نمونه ایرانی فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت. ۴ (۳۲). ۱۶۳-۱۷۵.

Reference

۱. Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 41, 633-646.
۲. Baldwin, D. S., Anderson, I. M., & Nutt, D. J. (2005). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the british association for psychopharmacology. *Journal of psychopharmacology*, 19, 567-596.
۳. Davidson, J. (2009). First-line pharmacotherapy approaches for generalaized anxiety disorder. *Journal of Clinical psychiatry*, 70, 25-31.
۴. Diefenbach, G., Assaf, M., Goethe, J., Gueorguieva, R., & Tolin, D. (2016). Improvements in emotion regulation following repetitive transcranial magnetic stimulation for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 1-7.
۵. Dugas, M. J., Brillon, P., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Ladouceur, R., Leblanc, R., & Gervais, N. J. (2010). Randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy*, 41, 46-58.
۶. Leahy, R. (2007a). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorder. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 36-45.
۷. Leahy, R. (2007b). Emotional schemas and self-help: homework compliance and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 297-302.
۸. Leahy, R. (2015). Emotional schema therapy, New York: The Guilford Press. Lenz, E., Hickman, S., Hershey, T., Wendleton, L., Ly, K., Dixon, D., Dore, P., & Wetherell, J. (2014). Mindfulness-based stress reduction for older adults with worry symptoms and co-occurring cognitive dysfunction. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 29, 991-1000.
۹. Mohamadipouya, S. (2020). Education & Corona; Challenges, evaluation of actions, post-coronary developments and crisis management policies. Policy report, Hekmat Policy Research and Strategic Studies Research Institute, 9- 26. [Persian]
۱۰. Pan, X., Ojcius, D. M., Gao, T., Li, Z., Pan, C., & Pan, C. (2020). Lessons learned from the 2019-nCoV epidemic on prevention of future infectious diseases. *Microbes and infection / Institut Pasteur*.
۱۱. Rubin, G. J., & Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *BMJ*. 368: m313. Doi: 10.1136/bmj.m313. [PubMed: 31992552].

۱۲. Rubin, G. J., Potts, H. W., & Michie, S. (2020). The impact of communications about swine flu (influenza A H1N1v) on public responses to the outbreak: Results from 36 national telephone surveys in the UK. *Health Technol Assess*, 14(34), 183-266. Doi: 10.3310/hta14340-03. [PubMed: 20630124].
۱۳. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Bernd, L. (2008). A Brief Measure for Assessing Generalized for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 76, 1083-89.
۱۴. Tahmasebizadeh, Z., Rahimidoost, G., & Khalifeh, G. (2020). Designing and Validating Technological Competencies Scale for Primary Teachers. *Journal of Educational Sciences*, 27(1), 241-262
۱۵. Tirch, D. D., Leahy, R., & Silberstein, L.(2009). Relationships among emotional schemas, psychological flexibility, dispositional mindfulness and emotion regulation. Paper presented at the meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, New York.
۱۶. Tirch, D. D., Leahy, R., Silberstein, L., & Melwani, P. S.(2012). emotional schemas, psychological flexibility, and anxiety: the role of flexible response patterns to anxious arousal.
۱۷. Tang, B., Bragazzi, N. L., Li, Q., Tang, S., Xiao, Y., & Wu, J. (2020). An updated estimation of the risk of transmission of the novel coronavirus (2019-nCov). *Infect Dis Model*, 5, 248-255.
۱۸. Vollestad, J., Sivertsen, B., & Nielsen, G. H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 49, 281-288.
۱۹. Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, G. F., (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*. 395(10223), 470–473.
۲۰. Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1-25. Article1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
۲۱. World Health Organization. (2020). Emergencies: Novel coronavirus 2019. Geneva: WHO.
۲۲. Xiao, C. (2020). A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. *Psychiatry Investigation*, 17(2), 175-176.
۲۳. Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). Social Capital and Sleep Quality in Individuals Who SelfIsolated for 14 Days During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in January 2020 in China. *Medical Science Monitor*.
۲۴. Yang, L., Wu, D., Hou, Y., Wang, X., Dai, N., Wang, G., & et al. (2020). Analysis of psychological state and clinical psychological intervention model of patients with COVID-19. medRxiv.
۲۵. Zeinivandnejad, F. (2019). Investigating the extent and manner of use of audiovisual visual media (film, illustrated book) and educational software in the process of teaching-learning mathematics by students and teachers in the second primary and middle school. Basic Science Research Group, Research Institute of Curriculum Planning and Educational Innovation, Institute for Education Studies. [Persian]

۲۶. Zargar, F. (2015). Comparing the effectiveness of acceptance-based behavior therapy to applied relaxation on worry and generalized anxiety disorder symptoms. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17, 26-30.