






مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر سازگاری اجتماعی و عاطفه مثبت و منفی بیماران مبتلابه اختلال خلقی دوقطبی نوع یک

دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
استاد گروه روانشناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
استادیار گروه مشاوره و روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

نادر تازی برازین 
جلیل باباپور خیرالدین 
علی نقی اقدسی 

babapourj@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۱۱

دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۲۰

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۴ پیاپی ۸ | ۱۳۷-۱۵۷
زمستان ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر سازگاری اجتماعی و عاطفه مثبت و منفی بیماران مبتلابه اختلال دوقطبی نوع یک بود. **روش پژوهش:** روش پژوهش نیمه تجربی از نوع کار آزمایشی بالینی بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران خلقی دوقطبی نوع یک بود که در کمیسیون تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت سازمان بهزیستی مورد تأیید قرار گرفته و در یکی از مراکز درمان و توان‌بخشی بیماران روانی مزمن استان آذربایجان شرقی دارای پرونده هستند، تشکیل می‌دادند. نمونه آماری ۴۵ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایشی (گروه آزمایشی اول ۱۵ نفر و گروه آزمایشی دوم ۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. ابتدا پرسشنامه‌های سازگاری اجتماعی (بل، ۱۹۶۱) و عاطفه مثبت و منفی (واتسون و همکاران، ۱۹۹۶) توسط گروه‌ها تکمیل گردید. در مرحله بعد گروه‌های آزمایشی در جلسات آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان شرکت کردند، در حالیکه گروه گواه آموزشی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات آموزش، پرسشنامه‌های ذکر شده دوباره توسط گروه‌ها تکمیل گردید. در انتها داده‌های به دست آمده از گروه‌ها برای تحلیل آماده شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که داد که روش آموزش مهارت‌های اجتماعی نسبت به آموزش راهبردهای تنظیم هیجان تأثیر بیشتری بر سازگاری اجتماعی و عاطفه منفی و روش آموزش راهبردهای تنظیم هیجان نسبت به آموزش مهارت‌های اجتماعی تأثیر بیشتری بر عاطفه مثبت بیماران دوقطبی نوع یک داشته است ($P=0/05$). **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که بین اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی بر سازگاری اجتماعی و عاطفه مثبت و منفی بیماران مبتلابه اختلال خلقی دوقطبی نوع یک تفاوت معناداری وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: آموزش مهارت‌های اجتماعی، آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سازگاری اجتماعی، عاطفه مثبت و منفی، بیماران دوقطبی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون‌متن:

(تازی برازین، باباپورخیرالدین، اقدسی، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

تازی برازین، نادر، باباپورخیرالدین، جلیل، اقدسی، علی نقی. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر سازگاری اجتماعی و عاطفه مثبت و منفی بیماران مبتلابه اختلال خلقی دوقطبی نوع یک فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۴ پیاپی ۸): ۱۵۷-۱۳۷.

مقدمه

اختلال دوقطبی به‌عنوان بیماری شیدایی افسردگی باعث ایجاد تغییر غیرعادی در خلق، انرژی و توانایی عملکردی فرد می‌شود؛ این تغییرات می‌تواند باعث اختلال در روابط بین فردی، سازگاری اجتماعی، احساسات و عواطف مثبت و منفی، عملکرد تحصیلی و شغلی پایین و حتی خودکشی شود (فیولا، آرمسترانک، فلووک، وودوارد، هیکرز و بلکفورد، ۲۰۲۰). این افراد معمولاً منزوی و گوشه‌گیر هستند و رفتارهای رشدنیافته و ضداجتماعی و نامناسبی از خود بروز می‌دهند (ژانگ، ما، لیانگ، یو، هی، ژانگ و بیان، ۲۰۱۹). مطالعات نشان داده است که بیماران دوقطبی در پاسخ دادن به مسائل محیطی ضعیف‌تر و ناتوان‌تر نسبت به افراد عادی هستند و از آنجایی که نیازهای اجتماعی متغیرند وابسته به زمینه اجتماعی خاص خود می‌باشند، بنابراین به نظر می‌رسد بخشی از مشکلات بیماران دوقطبی مربوط به سازگاری اجتماعی آنان است (چانگ، مالا ساوی، ایسریل، خور، یاپ، موناخوف و همکاران، ۲۰۲۰). یک فرد با خلق دوقطبی با بهره‌مندی از مهارت‌های اجتماعی مانند همدلی، همکاری، شروع تعاملات، توانایی ابراز احساسات و تفکرات مثبت، درک سرنخ‌های اجتماعی می‌تواند تعاملات مثبت و مؤثرتری با سایرین برقرار کند (او سپینا، شاناهان، پریز-رودریگوئز، چان، کلاری و برودییک، ۲۰۱۹)؛ بنابراین بخشی از آموزش‌های مربوط به این افراد می‌تواند سازوکارهای مربوط به یادگیری پاسخ اجتماعی باشد تا بتوانند خود را متناسب با نیازهای موقعیتی و وضعیتی تغییر دهند و در موقعیت‌های متفاوت پاسخ درستی را ارائه نمایند (سیتاک و ارتن، ۲۰۲۰)؛ لذا در سال‌های اخیر توجه زیادی به مبحث تعامل اجتماعی در بیماران دارای اختلال دوقطبی شده است، چراکه بررسی‌های متعدد نشان می‌دهند کمبود مهارت‌های اجتماعی: تأثیر منفی بر زندگی بیماران خلقی دوقطبی دارد، در روابط بین فردی و حوزه‌های رفتاری-عاطفی مشکل ایجاد می‌کند. مانع پیشرفت در زندگی زناشویی، کاری و اجتماعی می‌شود و سرانجام به عواقب نامطلوب در زندگی می‌انجامد (والز، سانچز-مورنو، بونین، سولی، پریم-توز و همکاران، ۲۰۲۰). سازگاری را در بین بیماران کاهش می‌دهد و آن‌ها را با ناتوانی در تمامی امور مواجه می‌سازد؛ و احساس دردناکی از بی‌کفایتی، اضطراب، کاهش انگیزش و ناسازگاری‌های رفتاری به وجود می‌آورد (وان کمپ، سابی و اولدنبرگ، ۲۰۱۸). اجتماعی شدن به‌عنوان یک فرایند دوجانبه ارتباطی میان فرد و جامعه تعریف می‌شود. به همین دلیل جریانی پیچیده به شمار می‌آید که ابعاد و جوانب گوناگونی دارد. کسب مهارت‌های اجتماعی، چگونگی برقراری ارتباط با سایر افراد و سازگاری اجتماعی، از جمله‌ی این ابعاد هستند (رونالد و مروا، ۲۰۱۸). در واقع افراد در چگونگی رفتار، تفکر، احساس، نیازها و خواسته‌ها باهم متفاوت می‌باشند و میزان سازگاری متفاوتی دارند. در یک محیط مشابه اجتماعی برخی افراد توان مقابله با مشکلات و انتظارات را در اندک زمانی از دست می‌دهند و به‌راحتی در دام اختلالات روان‌شناختی و عملکرد نامناسب گرفتار شده و سلامت روان‌شناختی آن‌ها به خطر می‌افتد (فیدورویز، پرسونز، آساری، اوستاچر، زندگی، وانگ و همکاران، ۲۰۱۹). نقص در مهارت اجتماعی مشکلی نسبتاً مقاوم و مرتبط با عملکرد ضعیف در روابط اجتماعی فرد است که اغلب منجر به ناسازگاری و یا اختلالات روانی در فرد می‌شود و در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی رواج فراوانی دارد (مادی و لارگرسون ۲۰۲۰). مهارت‌های اجتماعی، مجموعه توانمندی‌هایی است که موجب

موفقیت در زندگی اجتماعی فرد می‌شود. هر فرد برای زندگی موفق در یک جامعه، علاوه بر مهارت‌های فردی به مهارت‌های دیگری نیاز دارد که از آن به نام مهارت‌های اجتماعی یاد می‌کنند (آکرز و همکاران، ۲۰۱۹). مهارت اجتماعی به مجموعه رفتارهای فراگرفته قابل قبولی گفته می‌شود که فرد را قادر می‌سازد با دیگران رابطه مؤثر داشته و از عکس‌العمل‌های نامعقول اجتماعی خودداری کند (اورهان و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین، با توجه به اینکه بیماران خلقی دوقطبی که از مهارت‌های اجتماعی پایینی برخوردارند منجر به تشدید بیماری آن‌ها و انزوای اجتماعی بیشتر و مشکلات بعدی ناشی از آن که گریبان‌گیر فرد، خانواده و جامعه می‌باشد (سومیز و همکاران، ۲۰۱۹). از سوی دیگر پژوهش‌ها نارسایی در مدیریت هیجان در بروز این اختلال نقش مرکزی دارد (پینتر و همکاران، ۲۰۱۹). لذا بیماران دوقطبی تغییرات شدیدی را در رفتار خوددارند. این تغییرات در خلق‌وخو افراد سبب مختل شدن زندگی روزمره و ارتباطات فرد بیمار می‌گردد (آلندز، ۲۰۲۰). ممکن است در صورت عدم اقدام برای درمان در فرد رفتارهای خطرناک و تحریک‌کننده‌ای بروز کند (لی ون متر ۲۰۲۰)؛ بنابراین سازگاری عاطفی و اجتماعی آنان با دشواری روبه‌رو است. در این راستا یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که راهبردهای تنظیم سازش نایافته هیجان احتمالاً از طریق مقابله با اهداف خودتنظیم در طول دوره‌های آشفتگی هیجانی در ایجاد و تداوم آسیب‌شناسی روانی نقش دارند (جیانگ و همکاران، ۲۰۱۹). اعتقاد بر این است که بهره‌گیری از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ممکن است عوامل فراتشخیصی مهمی در اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی باشند (کاندرس و همکاران، ۲۰۲۰). اختلال در تنظیم هیجان نیز پیش‌بینی‌کننده‌ی آسیب‌روانی فرد در آینده و عامل کلیدی و مهمی در پیدایش افسردگی و اضطراب و عواطف منفی، حساسیت‌های بین فردی و انزوای اجتماعی خشونت و رفتار پرخاشگرانه (نیمارکو، فیشر، هاگان، گورلیک، لو و همکاران، ۲۰۲۰) است. در مجموع، راهبردهای تنظیم هیجان یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی، نگهداشت و سازمان‌دهی رفتار سازش یافته و همچنین پیشگیری از هیجان‌های منفی و رفتارهای سازش نایافته محسوب می‌شود (نجو، تونسنند، وادی، هلمانف بوخومیر و همکاران، ۲۰۲۰)؛ بنابراین به نظر می‌رسد آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بتواند باعث بهبود سازگاری اجتماعی (لیو و همکاران، ۲۰۲۰) و تجربه عواطف مثبت بیشتر (یعقوبی و واقف، ۱۳۹۹) و عواطف منفی کمتری (ظفری و خادمی اشکذری، ۱۳۹۹) شود. از سوی دیگر همان‌گونه گفته شد ضعیف در مهارت‌های اجتماعی یکی از عمده‌ترین مشکلات افراد مبتلابه اختلال دوقطبی ذکر شده است (لین و همکاران، ۲۰۲۰). این امر باعث کاهش سازگاری اجتماعی و افزایش تجارب ناخوشایند هیجانی می‌شود (سومیز و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعات مرتبط با افراد مبتلابه اختلال ای خلقی نشان داده است که آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌تواند باعث بهبود سازگاری اجتماعی در این افراد شود (گاتس و همکاران، ۲۰۱۷). به نظر می‌رسد این آموزش‌ها می‌تواند ابزار مناسب را برای تعاملات اجتماعی در اختیار این بیماران قرار دهد (میلستین و همکاران، ۲۰۲۰) و تجربه هیجانی مثبتی را برای آنان فراهم کند (آکر و همکاران، ۲۰۱۹). لذا سؤال اصلی پژوهش این است:

۱. آیا بین اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر سازگاری اجتماعی و عاطفه مثبت و منفی بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی نوع یک تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع کار آزمایشی بالینی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه آزمایشی و گواه بود. جامعه آماری پژوهش را بیماران خلقی دوقطبی نوع یک که در کمیسیون تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت سازمان بهزیستی مورد تأیید قرار گرفته و در یکی از مراکز درمان و توان‌بخشی بیماران روانی مزن استان آذربایجان شرقی دارای پرونده بودند، تشکیل می‌داد. نمونه آماری بر اساس حداقل افراد موردنیاز برای طرح‌های آزمایشی (دلور، ۱۳۹۰) ۴۵ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایشی (گروه آزمایشی اول ۱۵ نفر و گروه آزمایشی دوم ۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. ملاک‌های ورود شامل تشخیص و تأیید اختلال دوقطبی نوع یک در کمیسیون تشخیص معلولیت سازمان بهزیستی، دارای پرونده در یکی از مراکز درمان و توان‌بخشی بیماران روانی مزن استان آذربایجان شرقی، نداشتن اختلال همبود، عدم شرکت در دوره‌های درمانی مشابه به هم‌زمان، تمایل به مشارکت در طرح پژوهش و داشتن حداقل سواد سیکل و حداکثر دیپلم و محدود سنی ۳۰ تا ۴۵ سال بود. ملاک خروج شامل نداشتن هر یک از ملاک‌های فوق، از دست دادن بیشتر از دو جلسه درمان به هر دلیل و انصراف از پژوهش به دلایل شخصی بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه سازگاری اجتماعی^۱. این پرسشنامه توسط بل (۱۹۶۱) طراحی و اجرا شده است. وی در زمینه سازگاری دو پرسشنامه ارائه کرده است که یکی مربوط به دانش آموزان و دانشجویان است و دیگری مربوط به بزرگسالان و هر فرم پنج بعد سازگاری را در برمی‌گیرد که یکی از ابعاد آن سازگاری اجتماعی است. این پرسشنامه دارای ۱۶۰ سؤال است که هر سؤال از سه گزینه بلی، خیر و نمی‌دانم تشکیل شده است. در پژوهش حاضر از فرم بزرگسالان استفاده شده که پنج سطح اندازه‌گیری شده جداگانه سازگاری شخصی و اجتماعی را در برمی‌گیرد. این پنج سطح عبارت‌اند از سازگاری در خانه، سازگاری تندرستی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی (بل، ۱۹۶۱). لازم به ذکر است که در این پژوهش تنها بعد سازگاری اجتماعی مورد استفاده قرار گرفته است. بل (۱۹۶۲) ضریب پایایی را برای سازگاری اجتماعی ۰/۸۸ گزارش کرده است. این پرسشنامه توسط بهرامی (۱۳۷۱) بعد از ترجمه و ویرایش اجرا شد. وی پایایی این آزمون را با روش آلفای کرونباخ محاسبه و ضریب آلفا را معادل ۰/۸۹ گزارش کرده است. در پژوهش فقیهی و همکاران (۱۳۹۲) پایایی کل این آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمده است.

1. adjustment inventory

۲. مقیاس عاطفه‌ی مثبت و عاطفه‌ی منفی^۱. این مقیاس به منظور سنجش مؤلفه‌ی عاطفه‌ی شادکامی که توازن عاطفه‌ی مثبت و منفی می‌باشد، توسط واتسون، کلارک و تل‌گن (۱۹۸۸) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۰ گویه است. ۱۰ گویه آن مربوط به حالات مثبت و ۱۰ گویه مربوط به حالات منفی می‌باشد. آزمودنی‌ها بر روی یک طیف ۵ درجه‌ای، از اصلاً تا بسیار زیاد، مشخص می‌کنند که هر یک از عواطف مثبت و منفی تا چه اندازه در مورد آن‌ها مصداق دارد (به‌عنوان مثال: علاقه‌مند، مشتاق، وحشت‌زده، نگران و ...). سازندگان این مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ را در پژوهش‌های مختلف برای عاطفه‌ی منفی از ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ و برای عاطفه‌ی مثبت از ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب باز آزمایی برای عاطفه‌ی مثبت و عاطفه‌ی منفی به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۷۱ گزارش شده است (واتسون و همکاران، ۱۹۹۸). در فرهنگ ایرانی بخشی پور و دژکام (۱۳۸۴) اعتبار و روایی مطلوبی را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند. پایایی این پرسش‌نامه با آلفای کرونباخ برای عاطفه مثبت ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و برای عاطفه منفی ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ حاصل شده است. مظفری (۱۳۸۲) پایایی مقیاس را با استفاده از ضرایب آلفای کرونباخ برای عاطفه‌ی مثبت ۰/۸۳ و برای عاطفه‌ی منفی ۰/۸۲ گزارش نموده است. شیخ‌الاسلامی، نجاتی و احمدی (۱۳۹۰) پایایی پرسشنامه را از طریق روش آلفای کرونباخ و تنصیف برای عاطفه مثبت به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۴۴ و برای عاطفه منفی ۰/۷۶ و ۰/۸۰ گزارش کردند. همچنین آنان روایی مقیاس عاطفه مثبت و منفی را با استفاده از محاسبه همبستگی تک تک گویه‌ها با نمره خرده مقیاس‌ها مورد بررسی قراردادند، که همه ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنادار بود.

۳. پروتکل آموزشی مهارت‌های اجتماعی: روند اجرای آموزشی مهارت‌های اجتماعی بر مبنای پروتکل آموزش مهارت‌های اجتماعی برای اختلالات اساسی کینگز برگ و ناتان (۲۰۱۹) بود. در این پژوهش جلسات آموزشی به صورت هر هفته دو جلسه توسط پژوهشگر به همراه یک دستیار برگزار شد. زمان هر جلسه ۶۰ دقیقه و در مجموع دوازده جلسه بود. خلاصه جلسات آموزشی مهارت‌های اجتماعی به شرح ذیل است:

جلسه اول. آشنایی شرکت‌کنندگان در برنامه با همدیگر در بافت گروه و معرفی و بازی نقش برای مهارت اجتماعی درخواست کردن.

جلسه دوم. بررسی تکلیف خانگی مهارت اجتماعی درخواست کردن و معرفی و بازی نقش برای مهارت اجتماعی گوش دادن به افراد دیگر

جلسه سوم. بررسی تکلیف خانگی مهارت اجتماعی گوش دادن به دیگران و معرفی و بازی نقش برای آموزش مهارت‌های شروع مکالمه و ادامه دادن آن.

جلسه چهارم. بررسی مهارت اجتماعی چگونگی شروع و ادامه یک مکالمه و معرفی و بازی نقش مهارت اجتماعی ایجاد یک مکالمه واقعی.

جلسه پنجم. بررسی مهارت‌های اجتماعی نظم دهی به زمان مکالمه و پایان دادن به یک مکالمه.

جلسه ششم. مروری بر مهارت‌های اجتماعی جلسه قبل و ارزیابی به‌روز پیشرفت مشارکت‌کنندگان (۱ از ۲).

جلسه هفتم. ارزیابی به‌روز پیشرفت مشارکت‌کنندگان (۲ از ۲) و معرفی و ایفای نقش مهارت اجتماعی ابراز احساسات مثبت.

جلسه هشتم، مرور مهارت‌های اجتماعی فهماندن احساسات مثبت و ابراز احساسات ناخوشایند. جلسه نهم، مرور تکلیف خانگی فهماندن احساسات مثبت و ابراز احساسات ناخوشایند و معرفی و بازی نقش مهارت اجتماعی رسیدن به یک‌راه حل (با همدیگر).

جلسه دهم، مرور تکلیف خانگی مهارت اجتماعی دستیابی به یک‌راه حل مشترک و معرفی و بازی نقش مهارت اجتماعی رد کردن درخواست‌ها/ اعمال.

جلسه یازدهم، مرور تکلیف خانگی رد کردن درخواست‌ها و مرور مهارت اجتماعی بررسی نگرانی‌ها. جلسه دوازدهم، بحث راجع به پیشرفت‌های ذهنی و عینی و ارزیابی‌های ذهنی از طریق تکمیل مقیاس‌های درمانی پس از سنجش.

۴. پروتکل آموزشی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. روند اجرای آموزشی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر مبنای مدل گراس (۲۰۱۵) بود. در این پژوهش جلسات درمان به صورت هر هفته دو جلسه برگزار شد. زمان هر جلسه ۶۰ دقیقه و در مجموع دوازده جلسه بود. لازم به ذکر است که جلسات آموزشی توسط پژوهشگر به همراه یک دستیار برگزار شد. خلاصه جلسات آموزشی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به شرح زیر است:

جلسه اول. اجرای پیش‌آزمون برای گروه‌های آزمایش و گروه گواه. مفهوم‌سازی و توصیف کلی از دوره آموزشی. بیان دلایل و منطق انتخاب موضوع دوره آموزشی. بیان قوانین جلسات.

جلسه دوم. توصیف هیجان و آموزش آگاهی از هیجان‌های مثبت. انواع هیجان‌های اولیه و ثانویه و شیوه تأثیرگذاری‌شان بر فرد - کارگاه عملی تشخیص هیجان‌های اولیه و ثانویه و تکالیف فردی.

جلسه سوم. توصیف تنظیم هیجان و ارتباط آن با بهزیستی روان‌شناختی. شناخت مهارت‌های رفتاری و راهبردهای شناختی در نظم‌بخشی هیجان و کارگاه تشخیص و شناسایی مهارت‌ها و راهبردها.

جلسه چهارم. کارگاه آموزش مهارت غلبه بر موانع هیجان‌های سالم و مقابله با راهبردهای منفی سرزنش خود و سرزنش دیگران.

جلسه پنجم. توصیف عوامل اجتماعی. شناختی در خودتنظیمی هیجان و کارگاه بررسی و مقابله با راهبرد شناختی منفی فاجعه‌آمیز پنداری و تأثیرات آن.

جلسه ششم. آموزش راه‌های کاهش آسیب‌پذیری جسمی و شناختی و بررسی راهبرد شناختی پذیرش و ابعاد مثبت و منفی آن و روش‌های مقابله با ابعاد منفی.

جلسه هفتم. آموزش راه‌های افزایش هیجان‌های مثبت و کارگاه بررسی و مقابله با راهبرد منفی نشخوار ذهنی و تأثیرات آن.

جلسه هشتم. آموزش توجه به هیجان بدون قضاوت و بررسی راهبرد توجه مجدد مثبت و ابعاد مثبت و منفی آن.

جلسه نهم. آموزش مهارت روبرو شدن با هیجان - عمل کردن برعکس تمایلات هیجانی و بررسی راهبرد شناختی توجه مجدد به برنامه‌ریزی و تأثیرات مثبت آن.

جلسه دهم. آموزش مهارت حل مسئله و بررسی راهبرد شناختی بازآزمایی مثبت و تأثیرات مثبت آن.

جلسه یازدهم، آموزش روش های حل مشکلات هیجانی از راه صحیح و بررسی راهبرد شناختی مثبت اتخاذ دیدگاه و تأثیرات مثبت آن.
جلسه دوازدهم، اجرای پس آزمون و ارائه توصیه های پایانی در جهت ادامه روند تمرینات رفتاری و شناختی جهت تبدیل به سبک تفکر وزندگی |

روش اجرا. ابتدا پرسشنامه های سازگاری اجتماعی بل (۱۹۶۱) و عاطفه مثبت و منفی واتسون و همکاران (۱۹۸۸) توسط گروه ها تکمیل گردید در مرحله بعد گروه های آزمایشی در جلسات آموزش مهارت های اجتماعی و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان شرکت کردند، در حالیکه گروه گواه آموزشی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات آموزش، پرسشنامه های ذکر شده دوباره توسط گروه ها تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده ها در دو سطح توصیفی (ویژگی های جمعیت شناختی گروه نمونه، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی شامل بررسی فرضیه های پژوهش (با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه های مکرر) به کمک نرم افزار SPSS20 انجام شد.

یافته ها

بررسی یافته های توصیفی نشان داد که در گروه آزمایشی اول (آموزش مهارت های زندگی) ۱۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد)، گروه آزمایشی دوم (آموزش راهبردهای تنظیم هیجان) ۱۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) و در گروه گواه ۱۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) قرار داشتند. در گروه آزمایشی اول، دوم و گروه گواه میانگین سنی به ترتیب ۳۷/۶، ۳۴/۸ و ۳۸/۵ سال بود. از نظر تحصیلات نیز هر سه گروه در دو طبقه دیپلم یا لیسانس قرار داشتند و همگی مرد و داری شغل آزاد بود. در ادامه میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش بیان شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار سازگاری اجتماعی و عاطفه مثبت و منفی

متغیرها	گروه ها	آموزش مهارت اجتماعی		آموزش تنظیم هیجان		گواه
		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	
سازگاری	پیش آزمون	۵۳/۵	۵/۳۴	۵۱/۲۸	۳/۱۷	۴/۴۸
اجتماعی	پس آزمون	۶۳/۱۲	۵/۲۷	۵۹/۲۱	۴/۰۰۳	۵/۶۵
عاطفه مثبت	پیش آزمون	۲۶/۰۶	۴/۰۵	۲۵/۲۸	۳/۴۹	۳/۸۱
	پس آزمون	۳۰/۸۷	۴/۲	۳۱/۹۲	۳/۴۲	۴/۰۶
عاطفه منفی	پیش آزمون	۳۴/۵۶	۴/۹۹	۳۲/۶۴	۴/۷۴	۲/۶۲
	پس آزمون	۲۶	۳/۵۷	۲۷/۸۵	۴/۰۵	۲/۸۲

نتایج جدول فوق نشان می دهد که به طور کلی میانگین نمرات سازگاری اجتماعی و عاطفه مثبت در پس آزمون در گروه آزمایشی اول و دوم نسبت به گروه گواه افزایش یافته است و میانگین نمرات عاطفه منفی در پس آزمون در گروه آزمایشی اول و دوم نسبت به گروه گواه کاهش یافته است. برای بررسی فرضیه های

پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل مفروضه همگنی واریانس متغیرها با استفاده از آزمون لوین بررسی گردید. نتایج نشان داد که فرض برای واریانس‌ها برای سازگاری اجتماعی $[F(۱۵) = ۰/۱۵]$ $P = ۱/۹۴$ ، عاطفه مثبت $[F(۲-۴۲) = ۱/۰۵]$ $P = ۰/۱۸$ و منفی $[F(۲-۴۲) = ۱/۱۰]$ $P = ۰/۱۶$ برقرار است. در ادامه جهت بررسی همگنی شیب رگرسیون تعامل بین عامل گروه‌ها و پس‌آزمون بررسی شد. نتایج نشان داد که این تعامل معنی‌دار نیست و فرض همگنی شیب رگرسیون برای سازگاری اجتماعی $[F = ۰/۵۲]$ $P = ۰/۵۹$ ، عاطفه مثبت $[F = ۲/۲۱]$ $P = ۰/۱۲$ و عاطفه منفی $[F = ۰/۱۱۵۲]$ $P = ۰/۱۹۵$ برقرار است.

جدول ۲. بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر سازگاری

اجتماعی بیماران دوقطبی

منبع واریانس	SS	DF	MS	F	سطح معناداری	η^2
پیش‌آزمون (متغیر کنترل)	۹۰۲/۱۹	۱	۹۰۲/۱۹	۲۱۶/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۸۴
گروه (متغیر مستقل)	۶۵۵/۱۸	۲	۶۵۵/۱۸	۷۸/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱
خطا	۱۷۰/۸۴	۴۱	۴/۱۶			
کل	۱۵۸۸۵۴	۴۵				

نتایج تحلیل کوواریانس جدول ۲ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات گروه‌های مورد مقایسه تفاوت معناداری در سازگاری اجتماعی وجود دارد $[F(۲-۴۱) = ۷۸/۱۶]$ $P = ۰/۰۰۱$. همچنین بررسی مجذور اتای تفکیکی (اندازه‌ی اثر) حاکی از آن است که آموزش مهارت‌های اجتماعی و روش آموزش راهبردهای تنظیم هیجان در مجموع ۷۱ درصد از واریانس سازگاری اجتماعی بیماران دوقطبی نوع یک را تبیین می‌کند. در ادامه نتایج آزمون تعقیبی **LSD** نشان می‌دهد که بین کدام گروه‌ها تفاوت معنادار است.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه تفاوت سازگاری اجتماعی بین گروه‌ها

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی و گروه آموزش تنظیم هیجان	۱/۶	۰/۷۶	۰/۰۴
گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی و گروه گواه	۸/۷۷	۰/۷۳	۰/۰۰۱
گروه آموزش راهبردهای تنظیم هیجان و گروه گواه	۷/۱۷	۰/۷۸	۰/۰۰۱

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که بین گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی، گروه آموزش راهبردهای تنظیم هیجان و گروه گواه تفاوت معنادار است. بررسی جدول میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین سازگاری اجتماعی در گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی (۶۳/۱۲) نسبت به گروه آموزش راهبردهای تنظیم هیجان

(۵۹/۲۱) و گروه گواه (۵۴/۳۳) افزایش معناداری داشته است. همچنین میانگین نمرات گروه آموزش راهبردهای تنظیم هیجان (۵۹/۲۱) نسبت به گروه گواه (۵۴/۳۳) افزایش معناداری داشته است. در مجموع نتایج نشان می‌دهد که روش آموزش مهارت‌های اجتماعی نسبت به آموزش راهبردهای تنظیم هیجان تأثیر بیشتری بر سازگاری اجتماعی بیماران دوقطبی نوع یک داشته است. در ادامه برای پاسخگویی فرضیه دوم پژوهش (بین میزان اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر عاطفه مثبت و منفی بیماران دوقطبی نوع یک تفاوت معناداری وجود دارد) از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره به کار گرفته شد. جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره بر روی میانگین متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس بر روی میانگین متغیرهای مورد پژوهش در مرحله پس‌آزمون

نام آزمون	مقدر	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	η^2
ردیابی پیلای	۱/۰۰۴	۲۰/۱۶	۴	۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰
لامبدای وبلکس	۰/۱۶	۲۸/۳۶	۴	۷۸	۰/۰۰۱	۰/۵۹
ردیابی هاتلینگ	۴/۰۰	۳۷/۹۹	۴	۷۶	۰/۰۰۱	۰/۶۶
بزرگترین ریشه روی	۳/۷۲	۷۴/۴۹	۲	۴۰	۰/۰۰۱	۰/۷۸

نتایج نشان می‌دهد که در همه آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیره تفاوت معناداری مشاهده شده است. این امر نشان‌دهنده وجود تفاوت در حداقل یکی از گروه‌ها در یکی از مؤلفه‌ها می‌باشد؛ بنابراین در ادامه به بررسی اثرات بین گروهی پرداخته می‌شود تا بتوان تفاوت مورد بررسی را شناسایی کرد. نتایج در جدول زیر آمده است:

جدول ۵. نتایج مقایسه تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر عاطفه مثبت و منفی

متغیر	SS	DF	MS	F	سطح معناداری	η^2
عاطفه مثبت	۳۰۳/۶۸	۲	۱۵۱/۸۴	۵۷/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲
عاطفه منفی	۴۲۷/۳۱	۲	۲۱۳/۶۵	۲۱/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲

نتایج تحلیل کواریانس جدول ۵ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات گروه‌های مورد مقایسه تفاوت معناداری در عاطفه مثبت [$F(۲-۴۰) = ۵۷/۸۱, P = ۰/۰۰۱$] و عاطفه منفی [$F(۲-۴۰) = ۲۱/۹۲, P = ۰/۰۰۱$] وجود دارد. در ادامه نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان می‌دهد که بین کدام گروه‌ها تفاوت معنادار است

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه عاطفه مثبت و منفی بین گروه‌ها در آموزش‌های مختلف

متغیرها	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
منفی	آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش تنظیم هیجان	۱/۶۲	۰/۶۰	۰/۰۱
	آموزش مهارت‌های اجتماعی و گروه‌گواه	۴/۶۵	۰/۵۸	۰/۰۰۱
	آموزش تنظیم هیجان و گروه‌گواه	۶/۲۸	۰/۶۱	۰/۰۰۱
عاطفه منفی	آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش تنظیم هیجان	۲/۶۵	۱/۱۶	۰/۰۲
	آموزش مهارت‌های اجتماعی و گروه‌گواه	۷/۳۷	۱/۱۲	۰/۰۰۱
	آموزش راهبردهای تنظیم هیجان و گروه‌گواه	۴/۷۱	۱/۱۸	۰/۰۰۱

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که بین گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی، گروه آموزش راهبردهای تنظیم هیجان و گروه گواه تفاوت معناداری در تأثیرگذاری بر عاطفه مثبت وجود دارد. بررسی جدول میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین عاطفه مثبت در گروه آموزش راهبردهای تنظیم هیجان (۳۱/۹۲) نسبت به گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی (۳۰/۸۷) و گروه گواه (۲۶/۲۶) افزایش معناداری داشته است. همچنین میانگین نمرات گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی (۳۰/۸۷) نسبت به گروه گواه (۲۶/۲۶) کاهش معناداری داشته است. در مجموع نتایج نشان می‌دهد که روش آموزش راهبردهای تنظیم هیجان نسبت به آموزش مهارت‌های اجتماعی تأثیر بیشتری بر عاطفه مثبت بیماران دوقطبی نوع یک داشته است. همچنین نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که بین گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی، گروه آموزش راهبردهای تنظیم هیجان و گروه گواه تفاوت معناداری در تأثیرگذاری بر عاطفه منفی وجود دارد. بررسی جدول میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین عاطفه مثبت در گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی (۲۶) نسبت به گروه آموزش راهبردهای تنظیم هیجان (۲۷/۸۵) و گروه گواه (۳۳/۴۶) کاهش معناداری داشته است. همچنین میانگین نمرات گروه آموزش راهبردهای تنظیم هیجان (۲۷/۸۵) نسبت به گروه گواه (۳۳/۴۶) کاهش معناداری داشته است. در مجموع نتایج نشان می‌دهد که روش آموزش مهارت‌های اجتماعی نسبت به آموزش راهبردهای تنظیم هیجان تأثیر بیشتری بر عاطفه منفی بیماران دوقطبی نوع یک داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر سازگاری اجتماعی و عاطفه مثبت و منفی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی نسبت به آموزش راهبردهای تنظیم هیجان تأثیر بیشتری

بر سازگاری اجتماعی بیماران دوقطبی نوع یک داشته است. این نتایج با مطالعات قدیری و همکاران (۱۳۹۸)، لاک تراش و همکاران (۱۳۹۸)، گاتس و همکاران (۲۰۱۷) و میلستین و همکاران (۲۰۲۰) شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت پژوهش‌ها بیانگر تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی تأثیر بر کاهش معنی‌دار رفتارهای ناسازگارانه و بهبود تعاملات اجتماعی است (قدیری و همکاران، ۱۳۹۸). این امر می‌تواند در نتیجه افزایش شایستگی اجتماعی و تجارب مثبت اجتماعی شود (چانگ و همکاران، ۲۰۲۰). این امر به نشان‌دهنده این مسئله است که اصولاً بین مهارت‌های اجتماعی و مشکلات بین فردی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد (اسویچ و توکانکا ۲۰۱۸). به گفته گاتس (۲۰۱۷) مهارت‌های اجتماعی برای داشتن ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش توسط آن‌ها ضروری هستند و روشی برای برآورده کردن نیازها بدون ایجاد مشکل معرفی کرده است. با ارتقا مهارت‌های اجتماعی در افراد آنان روش‌های بهتر کسب نتیجه را فرامی‌گیرند و سازگاری بهتری نشان می‌دهند (ویلر و همکاران، ۲۰۱۷)؛ بنابراین می‌توان گفت برای افرادی که دچار اختلال دوقطبی هستند، آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌تواند پایه‌ای مناسب برای تعامل مثبت فراهم کند. این امر بیانگر این مسئله است که سازگاری اجتماعی متغیری مرتبط با تعامل اجتماعی است. در مجموع می‌توان این‌گونه جمع‌بندی کرد که افراد مبتلابه اختلال دوقطبی از کمبود مهارت‌های اجتماعی رنج می‌برند و این امر می‌تواند یکی از عوامل تأثیرگذار در کاهش سازگاری اجتماعی آنان باشد. آموزش مهارت‌های اجتماعی در مقایسه با راهبردهای تنظیم شناختی هیجان می‌تواند به‌طور مستقیم‌تری این کمبود و کاستی را هدف قرار دهد؛ بنابراین گرچه آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان می‌تواند باعث افزایش سازگاری گروه‌های آزمایشی در مقابل کنترل شود؛ اما نسبت به آموزش مهارت‌های زندگی تأثیر کمتری بر سازگاری دارد.

نتایج بررسی فر ضحیه دوم پژوهش نشان داد که روش آموزش راهبردهای تنظیم هیجان نسبت به آموزش مهارت‌های اجتماعی تأثیر بیشتری بر عاطفه مثبت بیماران دوقطبی نوع یک داشته است. همچنین روش آموزش مهارت‌های اجتماعی نسبت به آموزش راهبردهای تنظیم هیجان تأثیر بیشتری بر عاطفه منفی بیماران دوقطبی نوع یک داشته است. این نتایج با مطالعات یعقوبی و واقف (۱۳۹۹)، رومنی و مک ماهان (۲۰۱۷) و ظفیری و خادمی اشکذری (۱۳۹۹) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت مطالعات بیانگر ارتباط بین راهبردهای تنظیم هیجانی و مشکلات هیجانی است (یعقوبی و واقف، ۱۳۹۹). لذا ناتوانی در مدیریت هیجان می‌تواند به تجربه بیشتر عواطف منفی مرتبط باشد (آکر و همکاران، ۲۰۱۹)؛ بنابراین در یک می‌توان بیان کرد که آموزش راهبردهای تنظیم هیجانی با متمرکز شدن بر دو راهبرد کلی تنظیم هیجان یعنی روش‌های مثبت و منفی تنظیم هیجان به افراد کمک می‌کند که از روش‌های مثبت بیشتری در تنظیم هیجان خود کمک بگیرند که این امر امکان تجربه عواطف مثبت را در این افراد بیشتر می‌کند (لیو همکاران، ۲۰۲۰). این مسئله خصوصاً در افراد مبتلابه اختلال دوقطبی که در طیفی بین اسکیزوفرنی تا افسردگی در رنج و عذاب‌اند، می‌تواند مفید واقع شود. از سوی دیگر می‌آموزش مهارت‌های اجتماعی زمینه تعامل مثبت را فراهم کرد که باعث می‌شود افراد تجربه عواطف منفی کمتری داشته باشند. به عبارت دیگر سطح پایین مهارت اجتماعی و به دنبال آن کیفیت نامناسب تعامل اجتماعی در افراد مبتلابه

اختلال دوقطبی زمینه را برای تجربه عواطف منفی فراهم می‌کند. آموزش‌های مهارت اجتماعی می‌تواند با اصلاح روابط بین فردی این گروه زمینه را برای کاهش تعاملات ناکارآمد و در نتیجه کاهش عواطف منفی فراهم کند. مشکلات مربوط به انتخاب نمونه، استفاده تنها از پرسشنامه و نبودن آزمون‌های پیگیری از محدودیت‌های پژوهش بود. لذا افزایش گروه نمونه و اجرای این پژوهش در سایر جوامع آماری، به‌کارگیری روش‌های متنوع‌تر سنجش برای ارزیابی تغییرات، طراحی طرح‌های درمانی که بتواند کل خانواده را پوشش دهد و استفاده از آزمون‌های پیگیری برای بررسی تداوم تأثیرگذاری آموزش از پیشنهادات این پژوهش است.

موازن اخلاقی

اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه حضور در پژوهش و اطلاع‌رسانی در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج و آموزش گروه گواه پس از اتمام آموزش دو گروه آزمایش نیز در پژوهش از آغاز تا انتها رعایت شده است.

سپاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش، کارکنان مراکز درمان و توان‌بخشی بیماران روانی مزمین استان آذربایجان شرقی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدرانی به عمل می‌آید.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز است و همه نویسندگان در مراحل مختلف انجام این رساله و تدوین و ارسال مقاله نقش داشته‌اند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- بخشی پور رودسری، عباس، و دژکام، محمود. (۱۳۸۴). تحلیل عاملی تاییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. *مجله روانشناسی*، ۹(۵): ۳۵۱-۳۶۵.
- شیخ الاسلامی، راضیه، نجاتی، عصمت، و احمدی، ساره. (۱۳۹۰). پیش‌بینی مؤلفه‌های شادکامی زنان متأهل از طریق عزت نفس و روابط زناشویی. *زن در فرهنگ و هنر*، ۳(۱): ۳۹-۵۴.
- فقهی، حمیده، سعادتجو، سید علیرضا، دستجردی، رضا، کلانتری، سهیلا، و علیدوستی، معصومه. (۱۳۹۵). تأثیر برنامه آموزشی بر اساس مدل سازگاری "روی" بر سازگاری روانی اجتماعی بیماران دیابتی نوع دو بیرجند. *فصلنامه پرستاری دیابت*. ۴(۲): ۲۴-۸.

قدیری، فاطمه، عالی، شهربانو، و آقامحمدیان شعراف، حمیدرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مهارت های اجتماعی-هیجانی بر تاب آوری و سازگاری نوجوانان پسر دانش آموز مدارس شبانه روزی. مجله مطالعات آموزش و یادگیری، ۱۱(۲): ۷۱-۸۷

ظفری، شقایق، و خادمی اشکذری، ملوک. (۱۳۹۹). بررسی مدل ساختاری نقش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، ذهن آگاهی و کمال گرایی در پیش بینی مشکلات هیجانی در دانش آموزان. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناسی. ۱۹ (۸۷): ۳۲۸-۳۲۱

لاک تراش، موسی، کلروزی، فاطمه، و پیشگویف سیدامیرحسین. (۱۳۹۸). بررسی تأثیر آموزش کفایت اجتماعی مبتنی بر مدل فلنر بر مهارت های ارتباطی و سازگاری اجتماعی پرستاران بخش روان بیمارستان های منتخب آجا. علوم مراقبتی نظامی، ۶(۲): ۱۱۵-۱۲۵

یعقوبی، حسن، و واقف، لادن. (۱۳۹۹). نقش مشترک و یگانه راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در پیش بینی مشکلات هیجانی دانشجویان رشته پرستاری. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناسی. ۱۹ (۹۰): ۷۱۵-۷۲۲

References

- Akers, N. Lobban, F. Hilton, C. Panagaki, K. & Jones, S. H. (2019). Measuring social and occupational functioning of people with bipolar disorder: A systematic review. *Clinical psychology review*, 74, 101782.
- Alenezi, A. (2020). Health care providers expressed emotions in dealing with bipolar patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(3), 169-175.
- Bell, H. M. (1961). The adjustment inventory (adult form). Consulting psychological press. INC. Palo Alto. California
- Chong, A., Malavasi, F., Israel, S., Khor, C., Yap, V., Monakhov, M. Chew, S.H., Lai, P.S., & Ebstein, R.P. (2017). ADP ribosyl-cyclases (*CD38/CD157*), social skills and friendship. *Psychoneuroendocrinology*, Volume 78, April 2017, Pages 185-192
- Citak, C. & Erten, E. (2020). IMPACT OF CHILDHOOD TRAUMA AND ATTACHMENT ON RESILIENCE IN REMITTED PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER. *Journal of Affective Disorders*. Volume 280, Part A Pages 219-227.
- Feola, B. Armstrong, K. Flook, E. A. Woodward, N. D. Heckers, S. & Blackford, J. U. (2020). Evidence for inhibited temperament as a transdiagnostic factor across mood and psychotic disorders. *Journal of Affective Disorders*. 274: 995-1003
- Fiedorowicz, J. G. Persons, J. E. Assari, S. Ostacher, M. J. Zandi, P. Wang, P. W. ... & Coryell, W. (2019). Depressive symptoms carry an increased risk for suicidal ideation and behavior in bipolar disorder without any additional contribution of mixed symptoms. *Journal of affective disorders*, 246, 775-782.
- Gates, J.A. Erin Kang, Matthew D. Lerner (2017). Efficacy of group social skills interventions for youth with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 52: 164-181
- Gross JJ. (2015). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Publications.
- Jiang, W. Andreassen, O. A. Agartz, I. Lagerberg, T. V. Westlye, L. T. Calhoun, V. D. & Turner, J. A. (2020). Distinct structural brain circuits indicate mood and apathy profiles in bipolar disorder. *NeuroImage: Clinical*, 26, 101989.
- Kinsberg P. & Nathan P. (2019). *Social skill training for severe mental disorder: therapist manual*. Center for clinical intervention. Hhttp/www.cci. health. Wa.gawv.au.

- Koenders, M. A. Dodd, A. L. Karl, A. Green, M. J. Elzinga, B. M. & Wright, K. (2020). Understanding bipolar disorder within a biopsychosocial emotion dysregulation framework. *Journal of Affective Disorders Reports*, 100031.
- Lee, P. & Van Meter, A. (2020). Emotional Body Language: Social Cognition Deficits in Bipolar Disorder. *Journal of Affective Disorders*.
- Lin, E. C. L. Weintraub, M. Miklowitz, D. J. Chen, P. S. Lee, S. K. Chen, H. C. & Lu, R. B. (2020). The associations between illness perceptions and social rhythm stability on mood symptoms among patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*.
- Liu, N. Yao, L. & Zhao, X. (2020). Evaluating the amygdala network induced by neurofeedback training for emotion regulation using hierarchical clustering. *Brain Research*, 146853.
- Millstein, L. S. Allen, J. Bellin, M. H. Eveland, S. R. Baek, D. Agarwal, A. ... & Cagle, J. G. (2020). An interprofessional training to improve advance care planning skills among medicine, nursing, and social work students. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 21, 100382.
- Moody, C. T. & Laugeson, E. A. (2020). Social Skills Training in Autism Spectrum Disorder Across the Lifespan. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 29(2), 359-371.
- Nimarko, A. F. Fischer, A. S. Hagan, K. E. Gorelik, A. J. Lu, Y. Young, C. J. & Singh, M. K. (2020). Neural Correlates of Positive Emotion Processing That Distinguish Healthy Youth at Familial Risk for Bipolar Versus Major Depressive Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 41(3), 165-174...
- Njau, S. Townsend, J. Wade, B. Hellemann, G. Bookheimer, S. Narr, K. & Brooks III, J. O. (2020). Neural subtypes of euthymic Bipolar I Disorder characterized by emotion-regulation circuitry. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. 25: 125-137.
- Orhan, M. Korten, N. Stek, M. Comijs, H. Schouws, S. & Dols, A. (2018). The relationship between cognitive and social functioning in older patients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 240, 177-182.
- Ospina, L. H. Shanahan, M. Perez-Rodriguez, M. M. Chan, C. C. Clari, R. & Burdick, K. E. (2019). Alexithymia predicts poorer social and everyday functioning in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 273, 218-226.
- Painter, J. M. Mote, J. Peckham, A. D. Lee, E. H. Campellone, T. R. Pearlstein, J. G. ... & Moskowitz, J. T. (2019). A positive emotion regulation intervention for bipolar I disorder: Treatment development and initial outcomes. *General Hospital Psychiatry*, 61, 96-103.
- Rowland, T. A. and Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8(9): 251-269.
- Savage, M.V. & Tokunaga, R.S. (2017). Moving toward a theory: Testing an integrated model of cyberbullying perpetration, aggression, social skills, and Internet self-efficacy. *Computers in Human Behavior*, 71: 353-361
- Szmulewicz, A. G. Lomastro, M. J. Valerio, M. P. Igoa, A. & Martino, D. J. (2019). Social cognition in first episode bipolar disorder patients. *Psychiatry Research*, 272, 551-554.
- Valls, E. Sánchez-Moreno, J. Bonnín, C. M. Solé, B. Prime-Tous, M. Torres, I. ... & Reinales, M. (2020). Effects of an integrative approach to bipolar disorders combining psychoeducation, mindfulness-based cognitive therapy and functional remediation: Study protocol for a randomized controlled trial. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*, 13(3), 165-173.

- Van Camp, L. Sabbe, B. G. C. & Oldenburg, J. F. E. (2019). Metacognitive functioning in bipolar disorder versus controls and its correlations with neurocognitive functioning in a cross-sectional design. *Comprehensive psychiatry*, 92, 7-12.
- Watson, R. Clark, L. A. & Tellege, A. (1988). Development and validity of brief measures of positive and negative affect. the PANAS Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Wihler, A. James A. Meurs, Tassilo D. Momm, Julia John, Gerhard Blickle (2017). Conscientiousness, extraversion, and field sales performance: Combining narrow personality, social skill, emotional stability, and nonlinearity. *Personality and Individual Differences*, 104: 291-296
- Zafari S. & Khademi Ashkazari M. (2020). Investigating the structural model of the role of cognitive strategies of emotion regulation, mindfulness and perfectionism in predicting emotional problems in students. *Journal of Psychological Sciences*. 19 (87): 321-328. [Persian]
- Zhang, Y. Ma, X. Liang, S. Yu, W. He, Q. Zhang, J. & Bian, Y. (2019). Social cognition and interaction training (SCIT) for partially remitted patients with bipolar disorder in China. *Psychiatry research*, 274, 377-382.

پرسشنامه سازگاری اجتماعی

سئوالات	بلی	خیر	نمی‌دانم
۱. آیا محلی که اکنون در آن زندگی می کنید، به نحوی مانع به دست آوردن آن زندگی اجتماعی است که میل دارید از آن بهره مند شوید؟			
۲. آیا از لحاظ خلقی، بدون علت، گاهی افسرده و گاهی شاد هستید؟			
۳. آیا گاه به گاه، از بیماری پوست یا جوش های پوست مانند: میخچه پا، کورک یا دمل در زحمت هستید؟			
۴. آیا هنگامی که مجبورید از کسی تقاضای کار کنید، احساس ناراحتی و شرم می کنید؟			
۵. آیا از شغل فعلی تان بعضی اوقات، به شدت و مضطرب و عصبان می شوید؟			
۶. آیا تا به حال دچار ناراحتی قلبی، کلیوی و یا ریوی شده اید؟			
۷. آیا احساس می کنید که محیط فعلی خانوادگی شما، فرصت کافی را برای رشد شخصیت شما فراهم می کند؟			
۸. آیا دوست دارید که در جشن ها و میهمانی های نشاط انگیز شرکت کنید؟			
۹. آیا فکر می کنید که در انتخاب شغل اشتباه کرده اید؟			
۱۰. آیا تاکنون از چیزی که می دانستید هیچ گونه آسیب و زبانی ندارد، به شدت ترسیده اید؟			
۱۱. آیا در بین اعضای خانواده شما، آدم بسیار عصبی وجود دارد؟			
۱۲. آیا موقعیت فعلی شما ایجاب می کند که مرخصی سالیانه داشته باشید؟			
۱۳. آیا تا به حال، دچار کم خونی (کمبود گلبول قرمز خون) شده اید؟			
۱۴. آیا از تجارب توهین آمیز نگران می شوید؟			
۱۵. آیا برایتان مشکل است که با غریبه ای سر صحبت را باز کنید؟			
۱۶. آیا درباره نوع شغلتان با والدینتان اختلاف عقیده داشته اید؟			
۱۷. آیا اگر کسی از شما خواهش کند که بدون آمادگی قبلی درباره موضوعی صحبت کنید، به طور قابل ملاحظه ای دچار آشفتگی می شوید؟			
۱۸. آیا تا به حال فکر بیهوده ای که به طور مداوم به ذهنتان می آید، موجب پریشانی شما شده است؟			
۱۹. آیا سرماخوردگی دیگران به آسانی به شما سرایت می کند؟			

۲۰. آیا فکر می‌کنید که برای دستیابی به اضافه حقوق در شغل فعلی خود، باید سیاست داشته باشید؟
۲۱. آیا از فرصت‌های اجتماعی، کناره‌گیری کرده‌اید؟
۲۲. آیا در مورد مسائل مذهبی و سیاسی، با شخص یا اشخاصی که با آنها زندگی می‌کنید، اختلاف نظر داشته‌اید؟
۲۳. آیا به سهولت آشفته می‌شوید؟
۲۴. آیا ضروری می‌دانید که به دقت مواظب سلامتی خودتان باشید؟
۲۵. آیا در بین اعضای خانواده درجه اول شما، طلاق رخ داده است؟
۲۶. آیا مسئولین، همیشه با شما منصفانه رفتار کرده‌اند؟
۲۷. آیا غالباً بدون این که واقعا گرسنه باشید، غذا می‌خورید؟
۲۸. آیا اغلب در یک حالت هیجانی هستید؟
۲۹. آیا اگر مجبور باشید، برای ترک محفلی که شامل گروهی از افراد است، اجازه بگیرید، دچار پریشانی می‌شوید؟
۳۰. آیا فکر می‌کنید که در شغل فعلی‌تان مجبورید ساعت‌های متمادی کار کنید؟
۳۱. آیا هیچ‌کدام از اعضای خانواده شما، با انتقاد از وضع‌ظاهرتان، شما را ناراحت کرده است؟
۳۲. آیا مایلید به جای آشنایان زیاد، دوستان نزدیک و معدودی داشته باشید؟
۳۳. آیا تا به حال، به بیماری خاصی مبتلا بوده‌اید که احساس کنید کاملاً از آن بهبودی نیافته‌اید؟
۳۴. آیا مورد انتقاد قرار گرفتن، شما را ناراحت می‌کند؟
۳۵. آیا از محیط خانوادگی خود، راضی و شاد هستید؟
۳۶. آیا مایلید به جای شغل فعلی، شغل دیگری داشته باشید؟
۳۷. آیا اغلب در میهمانی‌ها مورد توجه قرار می‌گیرید؟
۳۸. آیا اغلب سر دردهای شدیدی دارید؟
۳۹. آیا از تصور این که دیگران در خیابان شما را زیر نظر دارند، ناراحت می‌شوید؟
۴۰. آیا در خانواده خود، احساس کمبود محبت و عشق می‌کنید؟
۴۱. آیا از این که عقیده مسئولان را نسبت به خود نمی‌دانید، دچار مشکل عمده هستید؟
۴۲. آیا از سینوزیت یا هر نوع اختلال تنفسی دیگری رنج می‌برید؟
۴۳. آیا از تصور این که مردم به افکار شما پی ببرند، شما را آزار می‌دهد؟
۴۴. آیا به آسانی دوست پیدا می‌کنید؟
۴۵. آیا احساس می‌کنید که مدیر یا مسئولان یک خصوصیت یا غرض شخصی نسبت به شما دارند؟
۴۶. آیا شخص یا اشخاصی که اکنون با شما زندگی می‌کنند، شما را درک و با شما احساس هم‌دردی می‌کنند؟
۴۷. آیا اغلب در حالت رویا به سر می‌برید؟
۴۸. آیا تا به حال به بیماری خاصی مبتلا بوده‌اید که به سلامت شما صدمه دائمی وارد کرده باشد؟
۴۹. آیا در محیط کار فعلی‌تان مجبورید با اشخاصی کار کنید که از آن‌ها خوششان نمی‌آید؟
۵۰. آیا از وارد شدن به اتاقی که گروهی از افراد با هم به صحبت نشسته‌اند، امتناع می‌ورزید؟
۵۱. آیا احساس می‌کنید که دوستانتان در مقایسه با شما از محیط خانوادگی شادتری برخوردارند؟
۵۲. آیا اغلب برای صحبت کردن در میان جمع از ترس این که مبدا اشتباه کنید یا سخن نادرستی بگویید، دچار تردید می‌شوید؟
۵۳. آیا از سرماخوردگی، به سختی بهبود می‌یابید؟
۵۴. آیا اغلب افکاری به ذهن شما خطور می‌کند که باعث بی‌خوابی شما می‌شود؟
۵۵. آیا هیچ‌یک از اشخاصی که با شما زندگی می‌کنند به آسانی از شما خشمگین می‌شوند؟
۵۶. آیا در شغل فعلی‌تان به اندازه کافی برای حمایت مالی از وابستگانتان حقوق می‌گیرید؟
۵۷. آیا دچار عارضه فشار خون بسیار زیاد یا بسیار کم هستید؟
۵۸. آیا از بدبختی‌های احتمالی نگران هستید؟

۵۹. اگر به یک مجلس سخنرانی دیر برسید و در صندلی های عقب جای خالی نباشد، آیا ترجیح می دهید به جای این که صندلی های جلو را اشغال کنید، در سالن بایستید (یا آن جا را ترک کنید)؟
۶۰. آیا مدیر مسئول شما از جمله افرادی هستند که احساس می کنید همیشه می توان به آنها اعتماد کرد؟
۶۱. آیا دچار حساسیت بوده و یا به آسم مبتلا هستید؟
۶۲. آیا اعضای خانواده شما، با یکدیگر سازگار و موافق هستند؟
۶۳. آیا در یک میهمانی یا مجلس در صدد بر می آید که با شخصیت مهم حاضر در جلسه ملاقات کنید؟
۶۴. آیا فکر می کنید که مسئولان شما حقوق منصفانه ای به شما پرداخت می کنند؟
۶۵. آیا احساس های شما به آسانی جریحه دار می شوند؟
۶۶. آیا از بیبوست یا ناراحتی اجابت مزاج زیاد رنج می برید؟
۶۷. آیا از اشخاص معینی که اکنون با آنها زندگی می کنید، متنفرید؟
۶۸. آیا گاهی در امور اجتماعی، نقش رهبر را به عهده می گیرید؟
۶۹. آیا کلیه همکاران فعلی خود را دوست دارید؟
۷۰. آیا از احساس غیرواقعی بودن چیزها رنج می برید؟
۷۱. آیا گه گاهی حالت های متضادی مانند عشق و نفرت را نسبت به اعضای خانواده درجه اول خود دارید؟
۷۲. آیا در حضور اشخاصی که احترام زیادی برایشان قائلید، اما به خوبی با آن ها آشنا نیستید، احساس ناراحتی و شرم می کنید؟
۷۳. آیا اغلب دچار تهوع، اسهال یا استفراغ می شوید؟
۷۴. آیا به آسانی از خجالت سرخ می شوید؟
۷۵. آیا اعمال هیچ یک از اشخاصی که اکنون با آنها زندگی می کنید، سبب می شوند که احساس افسردگی و دلتنگی کنید؟
۷۶. آیا در خلال ۵ سال گذشته، بارها شغل خود را عوض کرده اید؟
۷۷. آیا گاهی مسیرتان را عوض می کنید تا از روبرویی با دیگران بپرهیزید؟
۷۸. آیا دستخوش ورم لوزه یا بیماری گلو هستید؟
۷۹. آیا از وضع ظاهری خودتان آگاهید و غالباً به آن فکر می کنید؟
۸۰. آیا شغل فعلی تان، شما را به شدت خسته می کند؟
۸۱. آیا محیط خانه ای که اکنون در آن زندگی می کنید، اغلب دچار ناراحتی و از هم پاشیدگی است؟
۸۲. آیا خودتان را شخصی عصبی تصور می کنید؟
۸۳. آیا از رقص دسته جمعی لذت می برید؟
۸۴. آیا دستخوش بیماری سوء هاضمه هستید؟
۸۵. آیا والدین شما، اغلب از شما عیب جویی می کنند؟
۸۶. آیا احساس می کنید که در شغل فعلی تان، از فرصت های کافی برای اظهار عقیده خود بهره مند هستید؟
۸۷. آیا برایتان مشکل است که در جمع صحبت کنید؟
۸۸. آیا بیشتر وقت ها احساس خستگی می کنید؟
۸۹. آیا حقوق دریافتی شما آن قدر پایین است که نگرانید مبدا نتوانید از عهده تعهدات خود برآید؟
۹۰. آیا از احساس حقارت رنج می برید؟
۹۱. آیا عاداتهای شخصی بعضی از کسانی که اکنون با آن ها زندگی می کنید، موجب ناراحتی شما می شود؟
۹۲. آیا اغلب احساس بدبختی می کنید؟
۹۳. آیا نیاز به مراقبت پزشکی دائمی داشته اید؟

۹۴. آیا تاکنون برایتان بارها اتفاق افتاده است که در برابر جمع یا گروهی حاضر شوید و کاری را انجام دهید؟
۹۵. آیا در شغل فعلی تان، قادر به ارتقای مقام مورد علاقه خود بوده اید؟
۹۶. آیا هیچ یک از اعضای خانواده شما، سعی در تحکم کردن بر شما دارند؟
۹۷. آیا اغلب هنگام برخاستن از خواب، احساس خستگی می کنید؟
۹۸. آیا هیچ یک از کسانی که با آنها کار می کنید، دارای عادات و ویژگی هایی هستند که موجب آزدگی شما شود؟
۹۹. هنگامی که در یک مهمانی شام مهم، میهمان هستید، اگر چیزی لازم داشته باشید، به جای این که خواهش کنید آن را به شما بدهند، ترجیح می دهید بدون آن سر کنید؟
۱۰۰. آیا از تنها بودن در تاریکی می ترسید؟
۱۰۱. آیا والدین تان، شما را به دقت تحت نظارت دارند؟
۱۰۲. آیا برایتان آسان است که روابط صمیمانه با جنس مخالف داشته باشید؟
۱۰۳. آیا به طور قابل ملاحظه ای کم وزن هستید؟
۱۰۴. آیا شغل فعلی تان، شما را مجبور می کند که زیاد عجله کنید؟
۱۰۵. آیا هرگز هنگامی که بالای یک بلندی بوده اید، ترسیده اید که ممکن است به پایین پرت شوید؟
۱۰۶. آیا سازگاری با شخص یا اشخاصی که اکنون با آنان زندگی می کنید، برایتان راحت است؟
۱۰۷. آیا شروع صحبت با شخصی که الساعه به او معرفی شده اید، برایتان مشکل است؟
۱۰۸. آیا اغلب دچار سرگیجه شده اید؟
۱۰۹. آیا اغلب از کارهایی که می کنید، پشیمانید؟
۱۱۰. آیا مسئولتان برای کاری که شما انجام داده اید، اعتبار زیادی قائل می شود؟
۱۱۱. آیا با فرد یا افرادی که اکنون با آن ها زندگی می کنید، درباره کارهای خانه و شیوه ای که این کارها باید انجام شوند، اغلب اختلاف نظر دارید؟
۱۱۲. آیا به آسانی نا امید می شوید؟
۱۱۳. آیا در خلال ده سال گذشته، بیماری مهمی داشته اید؟
۱۱۴. آیا در طرح ریزی و هدایت اعمال افراد به عنوان رئیس جلسه، رهبری گروه و ... تجربه ای داشته اید؟
۱۱۵. آیا احساس می کنید که در شغل فعلی تان، درست مانند دنده ای که در یک ماشین قرار دارد، غیر انسانی هستید؟
۱۱۶. آیا در جایی که اکنون زندگی می کنید، شخصی هستید که دائما با دوستان و رفقای که دوست دارید با آن ها در ارتباط باشید، مخالفت کند؟
۱۱۷. آیا دستخوش بیماری آنفولانزا می شوید؟
۱۱۸. آیا مسئول شما به خاطر کار خوبی که انجام می دهید، شما را تحسین می کند؟
۱۱۹. اگر مجبور باشید که برای آغاز بحث و گفتگو در میان جمع، فکر یا عقیده ای را ابراز کنید، نسبت به خود، خیلی دچار شک و تردید می شوید؟
۱۲۰. آیا اغلب به سبب چیزهای ناخوشایندی که دیگران درباره شما گفته اند، افسرده بوده اید؟
۱۲۱. آیا هیچ یک از افرادی که با شما در یک منزل زندگی می کنند، خیلی زود و به آسانی تحریک و خشمگین می شوند؟
۱۲۲. آیا زیاد دچار سرماخوردگی می شوید؟
۱۲۳. آیا به آسانی از رعد و برق می ترسید؟
۱۲۴. آیا از کم رویی در زحمت هستید؟
۱۲۵. آیا شغل فعلی تان را بر اساس میل و علاقه خودتان، انتخاب کرده اید؟
۱۲۶. آیا تاکنون عمل جراحی مهمی روی شما انجام شده است؟
۱۲۷. آیا والدین شما اغلب با دوستانی که با آن ها معاشرت می کردید مخالفت می کردند؟

۱۲۸. آیا برایتان آسان است که از دیگران تقاضای کمک کنید؟
۱۲۹. آیا در شغل فعلی تان دچار یاس و ناامیدی می شوید؟
۱۳۰. آیا بدون این که تقصیر از ناحیه خودتان باشد، همیشه بد شانس می آورید؟
۱۳۱. آیا خیلی مایل بوده اید از جایی که اکنون زندگی می کنید، می رفتید، تا احتمالاً استقلال شخصی بیشتری داشته باشید؟
۱۳۲. هنگامی که نیاز دارید از شخصی که خیلی خوب با او آشنا نیستید چیزی را درخواست کنید، آیا ترجیح می دهید به جای مراجعه مستقیم به آن فرد، یادداشت یا نامه ای برای او بفرستید؟
۱۳۳. آیا هرگز در هیچ حادثه ای به شدت مجروح شده اید؟
۱۳۴. آیا از دیدن مار می ترسید؟
۱۳۵. آیا احساس می کنید که کارتان توسط تعداد زیادی از مسئولان نظارت می شود؟
۱۳۶. آیا اخیراً وزن شما خیلی کم شده است؟
۱۳۷. آیا کمبود پول، زندگی خانوادگی فعلی شما را تلخ می کند؟
۱۳۸. آیا برای شما مشکل بوده است که به طور شفاهی در برابر گروهی از مردم گزارش دهید؟
۱۳۹. آیا شغل فعلی شما، خیلی یکنواخت است؟
۱۴۰. آیا به آسانی اشک شما جاری می شود؟
۱۴۱. آیا اغلب در پایان روز، خیلی احساس خستگی می کنید؟
۱۴۲. آیا والدین شما اغلب به طور غیر منصفانه ای از شما انتقاد می کنند؟
۱۴۳. آیا تصور یک زمین لرزه و آتش سوزی موجب ترس شما می شود؟
۱۴۴. آیا هنگامی که مجبورید به تنهایی در یک مجلس عمومی وارد شوید در حالی که همه در جای خود نشسته اند، احساس شرم و دستپاچگی می کنید؟
۱۴۵. آیا فکر می کنید که علاقه واقعی اندکی به شغل فعلی تان دارید؟
۱۴۶. آیا گاهی برایتان مشکل است که بخوابید، ولو این که سر و صدایی مزاحم شما نباشد؟
۱۴۷. آیا در جایی که اکنون زندگی می کنید، کسی وجود دارد که اصرار داشته باشد از او فرمان برداری کنید، بدون توجه به این که خواسته او عاقلانه باشد؟
۱۴۸. آیا هرگز داوطلب شده اید که یک مهمانی خسته کننده را روحیه بدهید؟
۱۴۹. آیا احساس می کنید که مقام بالاتر یا رئیس مستقیمتان در رفتار با شما به عنوان یک کارمند همدردی و تفاهم ندارد؟
۱۵۰. آیا اغلب حتی هنگامی که با مردم هستید، احساس تنهایی می کنید؟
۱۵۱. آیا در نوجوانی، میل شدیدی به فرار از خانه داشته اید؟
۱۵۲. آیا زیاد دچار سر درد می شوید؟
۱۵۳. آیا گاهی احساس کرده اید که کسی شما را با استفاده از هیپنوتیزم وادار به انجام عملی بر خلاف میلتان نماید؟
۱۵۴. آیا اغلب برایتان مشکل است که در بحث گروهی برای ارائه نظر مناسب فکر کنید؟
۱۵۵. آیا گاهی احساس می کنید که مسئولان در برابر کوشش های شما مبنی بر انجام دادن وظیفه تان در سطح عالی، حق شناسی واقعی ابراز نمی کنند؟
۱۵۶. آیا گاهی دچار بیماری مخملک یا دیفتری شده اید؟
۱۵۷. آیا گاهی احساس می کنید که والدین تان را از خودتان ناامید کرده اید؟
۱۵۸. آیا در مهمانی ها مسئولیت معرفی اشخاص را بر عهده می گیرید؟
۱۵۹. آیا تا به حال ترسیده اید که مبادا موقعیت شغلی تان را از دست بدهید؟
۱۶۰. آیا غالباً دچار افسردگی و غمگینی می شوید؟

پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی واتسون و همکاران (۱۹۸۸)

۱-----۲-----۳-----۴-----۵				
به هیچ وجه	کم	متوسط	زیاد	بسیار زیاد
..... علاقمندی				
..... پریشانی				
..... ذوق زدگی				
..... ناراحتی و آشفتگی				
..... نیرومندی				
..... احساس گناه				
..... ترس و وحشت				
..... خصومت				
..... شور و شوق				
..... غرور و افتخار				
..... زود رنجی				
..... هوشیاری				
..... شرمساری				
..... خوش ذوقی				
..... بی قراری				
..... مصمم بودن				
..... متوجه و دقیق				
..... دلشوره				
..... فعال				
..... هراسان				



Comparison of the effectiveness of social skills training and training of cognitive emotion regulation strategies on social adjustment and positive and negative emotions in patients with type I bipolar disorder

Nader. Tari-Barazin¹, Jalil. Babapour kheyradin ², & Alinaghi. Aghdasi³

Abstract

Aim: The aim of this study was to compare the effectiveness of social skills training and teaching cognitive emotion regulation strategies on quality of life, social adjustment and positive and negative emotions in patients with type I bipolar disorder. **Methods:** The research method was quasi-experimental clinical trial. The statistical population of the study included bipolar mood patients of type one who were approved by the Welfare Organization in the type diagnosis and severity of disability commission and had a file in one of the treatment and rehabilitation centers for chronic mental patients in East Azerbaijan province. The statistical sample consisted of 45 people who were selected by available sampling method and randomly assigned to two experimental groups (first experimental group 15 and second experimental group 15) and control group (15). First, the questionnaires of quality of life (WHO, 2007), social adjustment (Bell, 1961) and positive and negative emotions (Watson et al., 1996) were completed by the groups. In the next stage, the experimental groups participated in sessions of social skills training and training of cognitive emotion regulation strategies, while the group did not receive a training certificate. At the end of the training sessions, the mentioned questionnaires were completed again by the groups. Finally, the data obtained from the groups were prepared for analysis. **Results:** Results: The results of analysis of covariance showed that social skills training method had a greater effect on social adjustment and negative emotion than emotion regulation strategies and emotion regulation training method had a greater effect on positive emotion than patients training. Polar had type one ($P=0.05$). **Conclusions:** Conclusion: Based on the findings of this study, it can be concluded that there is a significant difference between the effectiveness of social skills training and training of cognitive regulation strategies on social adjustment and positive and negative emotions of patients with bipolar disorder type one.

Keywords: Social skills training, Cognitive emotion regulation strategies training, Social adjustment, Positive and negative emotion, Bipolar patients.

1. Ph.D. student of general psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

2. *Corresponding Author: Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.

Email: babapourj@yahoo.com

3. Assistant Professor, Department of Counseling and Psychology, Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran.