

The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on the Psychological, Emotional and Social Well-Being of Women in Persistent Complex Bereavement Disorder

Seyyed Amir Omrani¹ | Azadeh Taheri Kamran² | Mehdi Salehi³ | Neda Dehghanipour Mojarad⁴ | Ghazale Tarnas⁵

Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of emotional schema therapy training on psychological, emotional and social well-being among women in the family of martyr with persistent complex bereavement disorder (PCBD). The statistical population of the study included all the wives, mothers and daughters of martyr who referred to the Sari martyr Affairs Foundation in 1400, from which 30 women who met the inclusion criteria were selected by random sampling method. The 15-member experimental and control groups were selected. The experimental group received 10 sessions of emotional schema therapy training and the control group did not receive any intervention. Participants were assessed with the Keyes & Magyar-Moe(2003) Mental Well-Being Scale. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance using SPSS23 software. Findings showed that the intervention was effective in changing psychological, emotional and social well-being scores. Differences from post-test to follow-up were not significant ($P < 0.05$). This means that the therapeutic effects have been stable over time. Therefore, it can be concluded that the effectiveness of emotional schema therapy on the psychological, emotional and social well-being of women in the family of veterans with PCBD has been effective and is stable over time.

Keywords: Emotional Schema Therapy, Psychological Well-Being, Emotional Well-Being, Social Well-Being, Persistent Complex Bereavement Disorder.

50

Vol. 13
Summer 2022

Research Paper

Received:
25 February 2022

Accepted:
31 March 2022

P.P: 147-165

ISSN: 2588-5162
E-ISSN: 2645-517x



DOR: 20.1001.1.25885162.1401.13.50.8.4

1. Corresponding Author: Master of Psychology, Department of Psychology, Rozbahan Institute of Higher Education, Sari, Iran. Seyedamiromrani@gmail.com

2. Senior Expert In School Counseling, Department of Educational Sciences and Counseling, Roudhan Branch, Islamic Azad University of Roudhen, Iran.

3. Master of General Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

4. Ph.D. in General Psychology, Department of Psychology, Kish Branch, Islamic Azad University, Kish, Iran.

5. PhD in Health Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.



اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر بهزیستی روانی، هیجانی و اجتماعی زنان خانواده شهدای مبتلا به اختلال سوگ پیچیده مداوم

سیدامیر عمرانی^۱ | آزاده طاهری کامران^۲ | مهدی صالحی^۳ | ندا دهقانی پور مجرد^۴ | غزاله ترناس^۵

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر بهزیستی روانی، هیجانی و اجتماعی بین زنان خانواده شهدای مبتلا به اختلال سوگ پیچیده مداوم انجام شد. روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با گروه گواه و گمارش تصادفی و جامعه آماری مطالعه، شامل تمامی همسران، مادران و فرزندان دختر شهدای مراجعه‌کننده به بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر ساری در سال ۱۴۰۰ بود که از این میان، ۳۰ نفر از زنان که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و به‌صورت گمارش تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گزینش شدند که گروه آزمایش، ۱۰ جلسه آموزش طرح‌واره‌درمانی هیجانی را دریافت کرد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. شرکت‌کنندگان با مقیاس بهزیستی ذهنی کییز و ماگیارمو (۲۰۰۳) ارزیابی و داده‌ها، با استفاده تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌وسیله نسخه ۲۳ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که مداخله در تغییر نمرات بهزیستی روانشناختی، هیجانی و اجتماعی مؤثر عمل کرده است. تفاوت‌ها از پس‌آزمون به پیگیری معنادار نیستند ($P > 0/05$)؛ به این معنا که اثرات درمانی در طول زمان ثابت داشته‌اند بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر بهزیستی روانی، هیجانی و اجتماعی زنان خانواده شهدای مبتلا به اختلال سوگ پیچیده مداوم، اثربخش بوده است و در طول زمان ثابت دارد.

کلید واژه‌ها: طرح‌واره‌درمانی هیجانی؛ بهزیستی روانی؛ بهزیستی هیجانی؛ بهزیستی اجتماعی؛ اختلال سوگ پیچیده مداوم.

DOR: 20.1001.1.25885162.1401.13.50.8.4

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی روزبهان، ساری، ایران. Seyedamiromrani@gmail.com
۲. کارشناس ارشد مشاوره مدرسه، گروه علوم تربیتی و مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی رودهن، ایران.
۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی کرج، ایران.
۴. دکترای روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد کیش، دانشگاه آزاد اسلامی کیش، ایران.
۵. دکترای روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی کرج، ایران.

مقدمه

جنگ به عنوان پدیده‌ای ناخواسته، اثرات بلندمدت و کوتاه‌مدتی بر جنبه‌های مختلف زندگی فردی، اجتماعی، عاطفی و خانوادگی در افراد بازمانده از جنگ و جانبازان می‌گذارد (لینک و پالینکاس^۱، ۲۰۱۳). در کشور ما هشت سال جنگ تحمیلی و استرس‌های ناشی از آن موجب شده تا آشفتگی‌های هیجانی از استرس‌های جنگ و ازدست‌دادن عزیزان، به‌عنوان مشکل شایعی در خانواده‌های شهدا مطرح گردد. این آشفتگی‌های هیجانی می‌تواند بهزیستی و سلامت روان‌شناختی اعضای خانواده آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. هرچند ممکن است این اثرات به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم در تعامل با همسر و فرزندان باشد (خدابخشی کولائی، تکایی معروف و نویدیان، ۲۰۱۶).

پدیده سوگ از نظر واکنش‌های روانی پیچیده‌ای که پس از تجربه مرگ عزیزان ایجاد می‌کند، حائز اهمیت است (فوجیساوا^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). در صورتی که سوگ عوارضی مانند افسردگی شدید، بی‌خوابی، کاهش وزن، بی‌اشتهایی و نظایر آن ایجاد کند و این عوارض حداقل دو ماه دوام یابد، از آن به‌عنوان اختلال روانی یاد می‌شود. تضعیف مداوم عملکرد روزانه، نشخوار ذهنی و کندی در حرکات و سایر نشانه‌ها، اختلال سوگ پیچیده مداوم^۳ خوانده می‌شود. علاوه‌بر اینکه خود سوگ می‌تواند به سوگ بیمارگون منجر شود، بیشتر پژوهشگران بیان کرده‌اند سوگ ممکن است به مشکلات جسمی و روانی از جمله افسردگی منجر شود (اسماعیل‌پور و بخشعلی‌زاده، ۱۳۹۳).

تحقیقات نشان می‌دهند که شدت سوگ پاتولوژیک، با گذر زمان و حتی پس از سال‌ها که از واقعه سوگ می‌گذرد، کاهش پیدا نمی‌کند و در مورد کسانی که از آن رنج می‌برند، سال‌های متمادی باقی می‌ماند و به‌طور خودبه‌خود درمان نمی‌شود (مالگارولی، مک کالیوم و بنانو^۴، ۲۰۱۸).

1. Link PE, Palinkas LA.

2. Fujisawa D,

3. Persistent complex bereavement disorder (PCBD)

4. Malgaroli, M., Maccallum, F., & Bonanno, G. A.

طولانی شدن مدت زمان برای سازگاری با واقعه فقدان، درجانی از ناتوانی در عملکردهای فردی و اجتماعی را برای فرد داغ‌دیده به دنبال دارد که در نهایت می‌تواند اثرات نامطلوبی بر روی ساختار خانواده و حتی جامعه داشته باشد (علی‌پور، ۱۳۹۹).

نظریه پردازان، سوگ را با ابعاد و واکنش‌های متفاوتی توصیف کرده‌اند؛ به همین دلیل در پژوهش حاضر به بررسی بهزیستی ذهنی^۱ می‌پردازیم. بهزیستی ذهنی شامل اصول مهمی است که از طریق تاثیر احساسات بر همه ابعاد رفتار انسان و پیشرفت او (شامل سلامت فیزیکی و روانی، پیشرفت مهارتی و آموزشی، صلاحیت اجتماعی و ایجاد روابط مثبت اجتماعی) قابل شناسایی است (همتی، مهداد و آقایی، ۱۳۹۹). در واقع بهزیستی ذهنی به ارزیابی و درک شخصی افراد از کیفیت زندگی‌شان شامل کیفیت کنش‌های اجتماعی، روانی و هیجانی آن‌ها اطلاق می‌شود که تمامی این موارد، در ابعادی شامل بهزیستی روان‌شناختی^۲، بهزیستی هیجانی^۳ و بهزیستی اجتماعی^۴ تقسیم می‌شوند (دینر^۵، ۲۰۰۹). افراد با احساس بهزیستی بالا، هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند، از گذشته و آینده خودشان و دیگران، رویدادها و حوادث پیرامون‌شان ارزیابی مثبتی دارند و آن‌ها را خوشایند توصیف می‌کنند، درحالی که افراد با احساس بهزیستی پایین، موارد مذکور را نامطلوب ارزیابی کرده و هیجان‌های منفی مانند اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند (دینر، اویشی و تای^۶، ۲۰۱۸).

درمان‌های مختلفی برای ارتقای کیفیت زندگی افزایش بهزیستی ذهنی مطرح شده است که یکی از تازه‌ترین آن‌ها، طرح‌واره هیجانی^۷ است. طرح‌واره‌های هیجانی عبارت است از تفسیر هیجان و به کارگیری راهبردهای مقابله با آن (لیهی^۸، ۲۰۱۲). در الگوی طرح‌واره هیجانی، افراد

1. Subjective Well-Being
2. Psychological Well-Being
3. Emotional Well-Being
4. Social Well-Being
5. Diener, E.
6. Diener, E., Oishi, S., & Tay, L.
7. Emotional Schema Therapy (ESM)
8. Leahy RL

از نظر تفسیر و ارزیابی‌هایی که از تجربه هیجانی خود به عمل می‌آورند، با یکدیگر تفاوت داشته و ممکن است با راهبردهای مختلف مثل اجتناب تجربی (مانند سرکوب، گریز و اجتناب)، راهبردهای شناختی بی‌ثمر (تکیه بیش از حد بر اندیشناکی و نگرانی)، حمایت اجتماعی (راهبردهای اعتباریابی انطباقی یا غیرانطباقی) یا راهبردهای دیگر، بکوشند با هیجان‌های خود مقابله کنند (لیهی، تیرچ و ناپولیتانو^۱، ۲۰۱۱). الگوی طرح‌واره هیجانی بیان می‌کند که استدلال هیجانی و اکتشاف هیجانی، بخشی از تفکر افسرده‌زا و اضطراب‌زا بوده و به همین دلیل است که بهزیستی را مختل می‌کنند، درحالی که یک مؤلفه اساسی در تفکر افراد غیربالینی نیز می‌باشد (عابدی شرق و همکاران، ۱۳۹۶).

پژوهش‌ها ارتباط این الگو با مجموعه وسیعی از اختلالات را تأیید کرده‌اند؛ از قبیل وسواس فکری - عملی (قوتی و همکاران، ۱۳۹۹؛ عابدی شرق و همکاران، ۱۳۹۶)، اضطراب مقاوم (خالقی، محمدخانی و حسنی، ۱۳۹۵؛ نادری و همکاران، ۲۰۱۵؛ بیلک و اهرنچ - می^۲، ۲۰۱۲)، افسردگی (رضایی و همکاران، ۱۳۹۴؛ انگو و کاگان^۳، ۲۰۱۳؛ گلدما، گرینبرگ و انگوس^۴، ۲۰۰۵)، اختلافات هیجانی (الارد^۵ و همکاران، ۲۰۱۰)، و سایر اختلالات (پاراکسو^۶ و همکاران، ۲۰۱۲)؛ ولی آنچه در این پژوهش بیشتر مورد توجه قرار گرفته است، اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر بهزیستی ذهنی زنان با سابقه تجربه سوگ است.

اینک پس از گذشت سال‌ها از پایان جنگ به نظر می‌رسد آنچه که ضربه‌های روانی ناشی از جنگ به نسل بعد مطرح شده، شایسته بررسی و توجه بیشتر است. مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر بهزیستی روانی، هیجانی و اجتماعی در بین زنان خانواده شهدا مبتلا به اختلال سوگ پیچیده مداوم صورت گرفته است.

1. Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA.
2. Bilek EL, Ehrenreich-May J.
3. Angus LE, Kagan F.
4. Goldma R, Greenberg L, Angus L.
5. Ellard KK,
6. Prasko J,

روش:

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر بهزیستی روانی، هیجانی و اجتماعی در بین زنان خانواده شهدای مبتلا به اختلال سوگ پیچیده مداوم انجام شد. جامعه آماری مورد مطالعه شامل تمامی همسران، مادران و فرزندان دختر شهدای مراجعه‌کننده به بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر ساری در سال ۱۴۰۰ بود که از این میان، ۳۰ نفر از زنان که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گزینش شدند که گروه آزمایش، ۱۰ جلسه آموزش طرح‌واره‌درمانی هیجانی را دریافت کرد و گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. شرکت‌کنندگان با مقیاس بهزیستی ذهنی کییز و ماگیارمو (۲۰۰۳) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۶ هفته پس از قطع درمان) ارزیابی شدند.

مقیاس بهزیستی ذهنی^۱: این پرسش‌نامه توسط کییز و ماگیارمو^۲ در سال (۲۰۰۳) با هدف سنجش بهزیستی هیجانی^۳، روان‌شناختی^۴ و اجتماعی^۵ ساخته شد. این ابزار از ۴۵ سؤال تشکیل شده است؛ ۱۲ سؤال اول مربوط به بهزیستی هیجانی، ۱۸ سؤال بعدی مربوط به بهزیستی روان‌شناختی و در نهایت، ۱۵ سؤال بعدی مربوط به بهزیستی اجتماعی می‌باشد. بهزیستی هیجانی (۱۲ سؤال اول) دو زیرمؤلفه هیجان‌ات مثبت و منفی دارد؛ بهزیستی روان‌شناختی (۱۸ سؤال بعدی) این مقیاس ۶ زیرمؤلفه دارد: پذیرش خویش، رشد شخصی، هدف در زندگی، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران و بهزیستی اجتماعی (۱۵ سؤال بعدی) این مقیاس شامل ۵ زیرمؤلفه است: مقبولیت و پذیرش اجتماعی، واقع‌گرایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پیوستگی اجتماعی، همبستگی و یکپارچگی اجتماعی. ضریب آلفای کل ۰/۷۵ و در مقیاس‌های فرعی، شامل بهزیستی هیجانی بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی، به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۴ و ۰/۷۶.

1. Mental Well-Being
2. Keyes, C. L., & Magyar-Moe, J. L
3. Emotional Well-Being
4. Psychological Well-Being
5. Social Well-Being

گزارش شد. ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۸۲ به‌دست‌آمد. در پژوهش هم‌متی، مداد و آقایی (۱۳۹۹)، روایی محتوایی با استفاده از نظر متخصصین تأیید شد. ضریب آلفا نیز برای مؤلفه‌های بهزیستی هیجانی ۰/۷۱، بهزیستی روان‌شناختی ۰/۷۸ و بهزیستی اجتماعی ۰/۸۱ به‌دست‌آمد.

پروتکل درمانی طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر هیجان: طرح‌واره‌درمانی هیجانی لیهی با ترکیب مدل فراشناختی^۱ ولز (۱۰) و درمان هیجان‌مدار^۲ گرینبرگ (۲۴) در تلاش است تا درمان‌های موج سوم شناختی رفتاری^۳ را به‌صورت یکپارچه درآورد. این پروتکل در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تدوین شده است که هر جلسه در یک هفته تشکیل و اعتباریابی پروتکل در پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۴) انجام شد.

جدول ۱. پروتکل درمانی طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر هیجان

| جلسات | محتوای درمان |
|-------|--|
| ۱ | جلسه مقدماتی با هدف آشنایی آزمودنی با ماهیت سوگ پیچیده مداوم و طرح‌واره‌درمانی هیجانی، بیان دستورالعمل‌ها و قوانین کلی کار، توضیح مدل طرح‌واره‌درمانی هیجانی به زبانی ساده و شفاف برای آزمودنی‌ها، انجام پیش‌آزمون. |
| ۲ | تبیین افسردگی ناشی از سوگ براساس الگوی طرح‌واره‌های هیجانی، شناسایی طرح‌واره‌های هیجانی دردسرساز، ارائه نظریه‌ای درباره هیجان، ارائه الگویی از هیجان به بیمار و تمرین توجه‌آگاهی انفصالی. تکلیف منزل: توجه‌آگاهی انفصالی به هیجان. |
| ۳ | بررسی مقاومت در برابر سوگ و مفهوم آن، شناسایی خاستگاه‌های مختلف طرح‌واره‌های هیجانی اعتبارزدا، شناسایی پاسخ‌های مشکل‌زا به سوگ و ابداع راهبردهای انطباقی برای سازش با سوگ. تکلیف منزل: اعتباربخشی دلسوزانه به خویش‌شن و توجه‌آگاهی انفصالی به هیجان. |
| ۴ | برچسب‌زنی و افتراق هیجان‌ها از یکدیگر، بهنجارسازی تجربه هیجانی، افزایش تحمل احساسات مختلط و استعاره انسان کامل. تکلیف منزل: ثبت مزایا و معایب این طرح‌واره که هیجان‌های من غیرطبیعی هستند و بررسی اینکه آیا افراد دیگری نیز این هیجان‌ها را تجربه می‌کنند، همراه با توجه آگاهی انفصالی به هیجان. |

1. Metacognitive therapy (MCT)
2. Emotional Focused Therapy (EFT)
3. Cognitive Behavior Therapy (CBT)

| جلسات | محتوای درمان |
|-------|---|
| ۵ | افزایش قدرت پذیرش احساسات، استعاره مهمان، آموزش گذرابودن هیجان، تمایز میان هیجان و اقدام، تجربه کردن هیجان به صورت موج و آزمایش رفتاری پیش‌بینی عاطفی. تکلیف منزل: مشاهده و توصیف هیجان. |
| ۶ | افزایش قدرت پذیرش احساسات، اقدام متضاد و هم‌جوشی‌زدایی، اتخاذ موضعی به دور از قضاوت برای هیجان، انجام آزمایش رفتاری جهت آزمودن باورهای هیجانی غلط و تمرین نامه‌نگاری دلسوزانه. تکلیف منزل: اقدام متضاد و نامه‌نگاری دلسوزانه. |
| ۷ | تقویت آگاهی هیجانی، القای هیجان، فضاسازی هیجانی و بررسی هیجان به‌عنوان هدف. تکلیف منزل: در جست‌وجوی هیجان‌های مثبت و ثبت افکار هوشمند به‌لحاظ هیجانی. |
| ۸ | بالارفتن از نردبان مفاهیم برتر، نقص کامیابی، شناسایی افکار خودآیند، تمایز افکار از احساسات، فن پیکان و فاجعه‌زدایی. تکلیف منزل: دسته‌بندی افکار منفی. |
| ۹ | فن وکیل مدافع، بررسی شواهد افکار منفی، بررسی معایب و مزایای افکار منفی، فن درجه‌بندی میزان هیجان و میزان باور به یک فکر. تکلیف منزل: بررسی معایب و مزایای افکار منفی. |
| ۱۰ | روند خلاصه مطالب و آموزش تعمیم آن به هنگام مشکل، نحوه انجام تکلیف خانگی، انجام پس‌آزمون. |

یافته‌ها

پژوهش با مشارکت ۳۰ نفر از همسران، مادران و فرزندان دختر شهدای مراجعه‌کننده به بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر ساری انجام شد. میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، ۵۹/۶۷ (۱۱/۰۸) و کنترل، ۵۶/۷۰ (۱۰/۱۵۰) بود. آزمون تی مستقل نشان داد که گروه‌ها از لحاظ سنی همگن هستند و تفاوت معناداری میان آن‌ها وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$ ، $t = ۰/۷۶۴$). سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در جدول ۱ گزارش شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد.

جدول ۲. شاخص‌های جمعیت‌شناختی در گروه‌های آزمایشی و گواه

| گروه | آزمایش | | گواه | |
|------------------|---------|------|---------|------|
| | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد |
| تحصیلات | | | | |
| زیردیپلم و دیپلم | ۶ | ۴۰/۰ | ۴ | ۲۶/۷ |
| کاردانی | ۳ | ۲۰/۰ | ۶ | ۴۰/۰ |
| کارشناسی | ۳ | ۲۰/۰ | ۳ | ۲۰/۰ |
| کارشناسی ارشد و | ۳ | ۲۰/۰ | ۲ | ۱۳/۳ |
| نسبت خانوادگی | | | | |
| مادر | ۳ | ۲۰/۰ | ۴ | ۲۶/۷ |
| همسر | ۸ | ۵۳/۳ | ۶ | ۴۰/۰ |
| فرزند دختر | ۴ | ۲۶/۷ | ۵ | ۳۳/۳ |

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد بهزیستی روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری.

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری |
|---------------------|--------|-----------|--------|----------|------------------|--------|
| | | میانگین | انحراف | میانگین | انحراف استاندارد | |
| بهزیستی روان‌شناختی | آزمایش | ۲۳/۲۷ | ۸/۲۵ | ۳۸/۰۷ | ۱۲/۵۵ | ۱۲/۱۹ |
| | کنترل | ۲۴/۴۷ | ۸/۱۱ | ۲۴/۶۰ | ۷/۵۷ | ۷/۳۳ |
| بهزیستی هیجانی | آزمایش | ۳۹/۴۰ | ۱۱/۷۴ | ۵۳/۹۳ | ۱۵/۸۳ | ۱۵/۹۳ |
| | کنترل | ۳۸/۰۰ | ۱۰/۳۷ | ۳۹/۶۰ | ۹/۲۱ | ۹/۵۸ |
| بهزیستی اجتماعی | آزمایش | ۴۰/۲۰ | ۱۲/۰۸ | ۵۵/۰۷ | ۱۱/۰۴ | ۱۱/۲۴ |
| | کنترل | ۴۰/۸۷ | ۱۱/۵۱ | ۴۱/۶۰ | ۱۰/۸۰ | ۱۰/۷۸ |

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، نرمال بودن داده‌ها و آزمون لوین، مفروضه همگنی واریانس‌های بهزیستی روان‌شناختی ($F=0/750$ و $P=0/103$)؛ بهزیستی هیجانی ($F=0/109$ و $P=0/744$) و بهزیستی اجتماعی ($F=0/041$ و $P=0/840$) را تأیید کرد. نتایج نشان داد که همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس محقق شده است ($P>0/05$). فرض کرویت برای متغیرها برقرار نبود.

بنابراین، برای گزارش در بخش اثرات درون گروهی، از اصلاح گرینهاوس گیزر استفاده شد. تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس برای تفاوت‌های درون گروهی و بین گروهی

| متغیرها | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | مجذور اتای سهمی |
|--------------------|--------------|---------------|-------------|-----------------|--------|--------------|-----------------|
| بهبودی روان‌شناختی | اثر زمان | ۱۱۳۵/۲۸۹ | ۱/۰۱۳ | ۱۱۲۰/۲۷۲ | ۲۸/۳۶۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۰۳ |
| | اثر گروه | ۱۶۹۰ | ۱ | ۱۶۹۰ | ۷/۱۷ | ۰/۰۱۲ | ۰/۲۰۴ |
| | تعامل | ۱۰۹۵/۴۶۷ | ۱/۰۱۳ | ۱۰۸۰/۹۷۶ | ۲۷/۳۶۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۹۴ |
| بهبودی هیجانی | اثر زمان | ۱۳۱۲/۲۶۷ | ۱/۰۱۱ | ۱۲۹۷/۷۸۷ | ۲۶/۳۸۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۸۵ |
| | اثر گروه | ۲۳۴۰/۹ | ۱ | ۲۳۴۰/۹ | ۵/۶۵۹ | ۰/۰۲۴ | ۰/۱۶۸ |
| | تعامل | ۸۷۲/۲۶۷ | ۱/۰۱۱ | ۸۶۲/۶۴۲ | ۱۷/۵۳۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۸۵ |
| بهبودی اجتماعی | اثر زمان | ۱۲۲۲/۰۲۲ | ۱/۰۰۶ | ۱۲۱۴/۸۸۷ | ۲۷/۷۰۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۹۷ |
| | اثر گروه | ۱۷۸۶/۶۷۸ | ۱ | ۱۷۸۶/۶۷۸ | ۵/۳۲ | ۰/۰۲۹ | ۰/۱۶ |
| | تعامل | ۱۰۳۲/۸۲۲ | ۱/۰۰۶ | ۱۰۲۶/۷۹۲ | ۲۳/۴۱۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۵۵ |

بر اساس جدول ۳، نمرات بهبودی روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی در بخش درون گروهی و تعامل زمان × گروه در گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنادار است ($P < ۰/۰۵$). هم‌چنین در بخش بین گروهی تفاوت میانگین در گروه‌های مورد مطالعه معنادار بود ($P < ۰/۰۵$). مجذور اتای سهمی نشان می‌دهد متغیر گروه‌بندی (مداخله) ۲۰/۴ درصد از تغییرات نمره بهبودی روان‌شناختی، ۱۶/۸ درصد از تغییرات بهبودی هیجانی و ۱۶ درصد از تغییرات بهبودی اجتماعی را تبیین می‌کند. آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی مقایسه‌ای مراحل آزمون استفاده و نتایج آن در جدول شماره ۴ گزارش شده است.

جدول ۵. آزمون تعقیبی بنفرونی

| متغیر | مقایسه جفتی | تفاوت میانگین‌ها | خطای استاندارد | سطح معناداری |
|---------------------|----------------------|------------------|----------------|--------------|
| بهزیستی روان‌شناختی | پیش‌آزمون - پس‌آزمون | -۷/۴۶۷* | ۱/۴۳۵ | ۰/۰۰۱ |
| | پیش‌آزمون - پیگیری | -۷/۶۰۰* | ۱/۳۸۶ | ۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون - پیگیری | -۰/۱۳۳ | ۰/۱۴۲ | ۱ |
| بهزیستی هیجانی | پیش‌آزمون - پس‌آزمون | -۸/۰۶۷* | ۱/۵۸۳ | ۰/۰۰۱ |
| | پیش‌آزمون - پیگیری | -۸/۱۳۳* | ۱/۵۶۵ | ۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون - پیگیری | -۰/۰۶۷ | ۰/۱۳۷ | ۱ |
| بهزیستی اجتماعی | پیش‌آزمون - پس‌آزمون | -۷/۸۰۰* | ۱/۴۸۹ | ۰/۰۰۱ |
| | پیش‌آزمون - پیگیری | -۷/۸۳۳* | ۱/۴۷۸ | ۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون - پیگیری | -۰/۰۳۳ | ۰/۰۹۳ | ۱ |

مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد مداخله در تغییر نمرات بهزیستی روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی مؤثر عمل کرده است. تفاوت‌ها از پس‌آزمون به پیگیری معنادار نیستند ($P > ۰/۰۵$)، به این معنا که اثرات درمانی در طول زمان ثابت داشته‌اند بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر بهزیستی روانی، هیجانی و اجتماعی زنان خانواده‌شهادی مبتلا به اختلال سوگ پیچیده مداوم در طول زمان ثابت دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

خانواده‌های شهدا و جانبازان به‌طور مکرر و مستمر، در معرض فشارها و ضربات روانی هستند و به همین دلیل، بروز اختلالات روانی و رفتاری در آن‌ها دور از انتظار نخواهد بود؛ به همین دلیل مطالعه حاضر با هدف اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر بهزیستی روانی، هیجانی و اجتماعی زنان خانواده‌جانباز مبتلا به اختلال سوگ پیچیده مداوم انجام شد.

یافته‌های حاصل از آن نشان داد همان‌طور که انتظار میرفت، طرح‌واره‌درمانی هیجانی به‌طور معناداری منجر به افزایش بهزیستی ذهنی شده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش قوتی و همکاران (۱۳۹۹)، عابدی شرقی و همکاران (۱۳۹۶)، خالقی، محمدخانی و حسینی (۱۳۹۵)، رضایی و همکاران (۱۳۹۴)، نادری و همکاران (۲۰۱۵)، انگو و کاگان (۲۰۱۳)، بیلک و اهرنج - می (۲۰۱۲)، پاراکسو و همکاران (۲۰۱۲)، الارد و همکاران (۲۰۱۰)، گلدما و همکاران (۲۰۰۵) همسو بوده است که نشان داده‌اند طرح‌واره‌درمانی هیجانی، در کاهش علائم افسردگی مؤثر است.

طرح‌واره‌درمانی هیجانی در همین راستا تلاش می‌کند تا در موارد زیر به بیمار کمک کند: شناسایی و افتراق انواع گوناگون هیجان‌ها، به‌هنجارسازی تجربه هیجانی، مرتبط‌ساختن هیجان‌ها با ارتباطات بین‌فردی و نیازهای شخصی، شناسایی باورهای دردسرساز و طرح‌واره‌هایی که بیمار برای تفسیر، قضاوت، کنترل و اقدام درباره هیجان، از آن‌ها استفاده می‌کند، گردآوری اطلاعات با استفاده از تکنیک‌های تجربی و ترتیب‌دادن آزمایش‌های هیجانی جهت ارائه پاسخ‌های مفیدتر به هیجان، ایجاد راهبردها و باورهای جدید و انعطاف‌پذیر و انطباقی‌تر نسبت به تجربه هیجانی (لیهی، ۲۰۱۲).

هسته اصلی طرح‌واره‌درمانی هیجانی، تأکید بر تنظیم هیجان به‌ویژه پذیرش هیجان است که این درمان با استفاده از آموزش تکنیک‌هایی؛ مانند پذیرش هیجان‌های سخت، ذهن‌آگاهی و سایر تکنیک‌های نام‌برده‌شده به افراد کمک می‌کند تا هیجان‌های خود را شناسایی کنند و بتوانند دید ذهن‌آگاه نسبت به فقدان‌ها و سوگ از خود نشان دهند. در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت از آنجایی که منطق اساسی طرح‌واره‌درمانی هیجانی این است که هیجان به خودی خود دردسرساز نیست، بلکه تفسیرها و راهبردهای مقابله‌ای (برای واکنش به سوگ) و تمایل به اقدام براساس استدلال هیجانی تعیین‌کننده است. در این زمینه با کمک طرح‌واره‌درمانی هیجانی به بیمار می‌آموزیم که هیجان‌های خود را به‌هنجارسازی کنند، با هیجان‌های‌شان کنار بیایند و آن‌ها را به ارزش‌های برتر ربط دهند. هم‌چنین با افزایش هوشیاری

آگاهانه و افتراق هیجانی به بیمار کمک می‌کنیم تا به این آگاهی برسد و دامنه‌ای از هیجانانش را شناسایی کند، به آن‌ها برچسب بزند و از همدیگر متمایز سازد که این اعمال باعث می‌شود بیمار، برانگیختگی و تجربه هیجانی عمیق را تجربه کند که با کاهش نشانه‌های افسردگی همراه است. طرح‌واره‌درمانی هیجانی، با تأکید بر موضوع راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و حذف راهبردهای ناکارآمد موجب کاهش روش‌های ناکارآمد تنظیم هیجان، هنگام مواجهه با رویدادهای تنش‌زا می‌شود. در روند درمان بیمار می‌آموزد که به‌جای سرکوب کردن هیجان‌ات خود یا قربانی شدن توسط آن‌ها، می‌تواند آن‌ها را بپذیرد و بدین طریق، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش دهد. از این مسیر، می‌توان بهزیستی روانی، هیجانی و اجتماعی را در افراد افزایش داد.

مانند سایر مطالعات، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجهه بوده است؛ از جمله اینکه نمونه موردنظر، فقط از بین مراجعه‌کنندگان به بنیاد شهید و امور ایثارگران ساری بود و این مسأله، تعمیم نتایج را با احتیاط مواجهه می‌کند. در راستای محدودیت‌های این پژوهش پیشنهاد می‌گردد به‌منظور تعمیم‌پذیری بیشتر، پژوهش‌هایی در یک حجم نمونه بزرگتر و در شهرهای بیشتری از کشور انجام شود. با توجه به نتایج این مداخله پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی به خانواده‌بازماندگان شهدا ارائه شود تا بتوانند به‌عنوان مداخله کارآمد جهت درمان و پیشگیری از اختلال سوگ پیچیده مداوم استفاده نمایند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

فهرست منابع

- اسماعیل پور، خلیل؛ بخش علی زاده مرادی، شهناز (۱۳۹۳)، شدت واکنش‌های سوگ ناشی از فوت خویشاوندان درجه یک، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۲۰(۴): ۳۶۳-۳۷۱.
- خالقی، محمد؛ محمدخانی، شهرام؛ حسنی، جعفر (۱۳۹۵)، اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی در کاهش نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر: مطالعه تک‌آزمودنی، روان‌شناسی بالینی، ۲۸(۲): ۴۳-۵۵.
- رضایی، مهدی؛ قدم‌پور، عزت‌الله؛ رضایی، مظاهر؛ کاظمی، رضا (۱۳۹۴)، اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر اندیشناکی و شدت افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، روان‌شناسی بالینی، ۷(۴) (پیاپی ۲۸): ۴۵-۵۸.
- عابدی شرق، نجمه و همکاران (۱۳۹۶)، اثربخشی درمان طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر نشانه‌های بالینی و طرح‌واره هیجانی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی، مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۷(۲۶): ۱۶۳-۱۴۹.
- علی‌پور دهاقانی، فاطمه (۱۳۹۹)، بررسی اثربخشی مشاوره و درمان گروهی سوگ با رویکرد اسلامی بر ارتقای سطح کیفیت زندگی همسران شهدای مدافع حرم، روان‌شناسی نظامی، ۱۱(۴۱): ۵-۱۶.
- قوتی، عاطفه؛ آهوان، مسعود؛ شهابت ده‌سرخ، فاطمه؛ فرنوش، مریم (۱۳۹۹)، اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر نشخوار فکری و مسئولیت‌پذیری افراطی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری، مطالعات روان‌شناختی، ۴(۱۶): ۷-۲۴.
- همتی، محمد؛ مهداد، علی؛ آقایی، اصغر (۱۳۹۹)، کارآمدی آموزش تنظیم هیجانی بر تاب‌آوری و بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی افراد در حال ترک مواد مخدر سنتی، فصلنامه اعتیادپژوهی و سوء‌مصرف مواد، ۴(۵۵): ۸۴-۹۸.
- Angus LE, Kagan F. (2013). Assessing client self-narrative change in emotion focused therapy of depression: An intensive single case analysis. *Psychotherapy*, 50(4):525-34
- Bilek EL, Ehrenreich-May J. (2012). An Open Trial Investigation of a Transdiagnostic Group Treatment for Children With Anxiety and Depressive Symptoms. *Behav Ther*, 43(4):887-97.
- Diener, E. (2009). Subjective well-being. *The science of well-being*, 11-58.
- Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (2018). Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behaviour*, 2(4), 253-260.
- Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione TL, Barlow DH. (2010). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Protocol Development and Initial Outcome Data. *Cogn Behav Pract*, 17(1):88-101
- Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, Ito M, Kato M, Kim Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *J Affect Disord*, 127(2):358-352.
- Goldma R, Greenberg L, Angus L. (2005). The effects of adding specific emotion-focused interventions to the therapeutic relationship in the treatment of depression. *Psychother Res*, 16(5):537- 49.

- Keyes, C. L., & Magyar-Moe, J. L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being.
- Khodabakhshi-koolae A, Tekaei Marof A, Navidian Ali. (2016). Efficacy of Eye movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) on Post traumatic stress disorder (PTSD) among male veterans. *Journal of Military caring Science*, 3 (1):1-9.
- Leahy RL. (2012). Emotional Schema Therapy: A Bridge Over Troubled Waters. In: Herbert JD, Forman EM editors. *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies*. New York; John Wiley Sons.
- Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. (2011). *Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford press.
- Link PE, Palinkas LA. (2013). Long-term trajectories and service needs for military families. *Clinical child and family psychology review*, 16(4):376-93.
- Malgaroli, M., Maccallum, F., & Bonanno, G. A. (2018). Symptoms of persistent complex bereavement disorder, depression, and PTSD in a conjugally bereaved sample: a network analysis. *Psychological Medicine*, 48(14), 2439-2448.
- Naderi Y, Moradi A, Hasani J, Noohi S. (2015). Effectiveness of emotional schema therapy on cognitive emotion regulation strategies of combat - related post traumatic stress disorder veterans. *Iran J War Public Health*, 7(3):147 -55.
- Prasko J, Diveky T, Mozny P, Sigmundova Z. (2012). Therapeutic letters – changing the emotional schemas using writing letters to significant caregivers. *Eur Psychiatry*, 1161-65.



پیوست

مقیاس بهزیستی ذهنی کیز و ماگیار مو ۲۰۰۳ (SWS):

طی یک ماه گذشته، تا چه حد احساسات زیر را تجربه کرده اید؟

| ردیف | عبارات | تمام مدت | بیشتر اوقات | بعضی اوقات | کمی | اصلاً |
|------|-----------------------|----------|-------------|------------|-----|-------|
| ۱ | بشاش و بانشاط | | | | | |
| ۲ | روحیه خوب | | | | | |
| ۳ | شادمانی بسیار | | | | | |
| ۴ | آرامش | | | | | |
| ۵ | رضایت | | | | | |
| ۶ | سرشار از انرژی و حیات | | | | | |

| ردیف | عبارات | تمام مدت | بیشتر اوقات | بعضی اوقات | کمی | اصلاً |
|------|---|----------|-------------|------------|-----|-------|
| ۱ | همه چیز آن قدر غم‌انگیز بوده که چیزی باعث نشاطم نشده است. | | | | | |
| ۲ | عصبی | | | | | |
| ۳ | ناآرامی و بی‌قراری | | | | | |
| ۴ | ناامیدی | | | | | |
| ۵ | برای هر کاری باید تلاش کرد | | | | | |
| ۶ | بی‌ارزشی | | | | | |

لطفاً جملات زیر را بخوانید، یا با آن‌ها موافقید یا مخالف. در صورت موافقت، میزان توافق خود را در قسمت موافق و در صورت مخالف، میزان آن‌را در قسمت مخالف با زدن علامت (✓) در خانه مربوطه نشان دهید.

| ردیف | عبارات | موافق | | | نمی‌دانم | مخالف | | |
|------|---|------------|-----|-----|----------|------------|--|--|
| | | بسیار زیاد | کمی | کمی | | بسیار زیاد | | |
| ۱ | بیشتر ویژگی‌های شخصیتم را دوست دارم. | | | | | | | |
| ۲ | وقتی داستان زندگی‌ام را مرور می‌کنم، از هر آنچه تاکنون رخ داده خشنودم. | | | | | | | |
| ۳ | برخی از مردم در یک زندگی بی‌هدف سرگردانند؛ اما من از آن‌ها نیستم. | | | | | | | |
| ۴ | کارهای روزانه زندگی، اغلب مرا آزرده‌خاطر می‌کند. | | | | | | | |
| ۵ | وقتی از جهات مختلف پیشرفت‌هایم را ارزیابی می‌کنم، احساس یأس و ناامیدی می‌کنم. | | | | | | | |
| ۶ | حفظ روابط نزدیک برایم دشوار و محروم‌ساز بوده است. | | | | | | | |
| ۷ | هر روز برای همان روز زندگی می‌کنم و واقعاً به آینده فکر نمی‌کنم. | | | | | | | |
| ۸ | به‌طور کلی من مسئول و کنترل‌گر موقعیتی هستم که برای | | | | | | | |

| ردیف | عبارات | موافق | | | مخالف | | | |
|------|--|------------|--------|-----|----------|-----|--------|------------|
| | | بسیار زیاد | تعدادی | کمی | نمی دانم | کمی | تعدادی | بسیار زیاد |
| | خود به وجود آورده‌ام و در آن زندگی می‌کنم. | | | | | | | |
| ۹ | به‌خوبی از عهده مسئولیت‌های روزمره زندگی‌ام برمی‌آیم. | | | | | | | |
| ۱۰ | گاهی اوقات احساس می‌کنم آنچه را باید در زندگی انجام بدهم، انجام داده‌ام. | | | | | | | |
| ۱۱ | برای من زندگی فرآیندی مداوم از یادگیری، تغییر و رشد است. | | | | | | | |
| ۱۲ | من فکر می‌کنم کسب تجارب جدیدی که مرا به فکرکردن در مورد خودم و دنیا وادار کند، مهم است. | | | | | | | |
| ۱۳ | مردم مرا آدمی بخشنده می‌دانند؛ زیرا قسمتی از وقتم را در اختیار دیگران می‌گذارم. | | | | | | | |
| ۱۴ | مدت زیادی است که تلاش برای ایجاد هرگونه تغییر یا بهبود اساسی را در زندگی از دست داده‌ام. | | | | | | | |
| ۱۵ | معمولاً افرادی که عقاید محکمی دارند، مرا تحت تأثیر قرار می‌دهند. | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|----|
| | | | | | | | روابط گرم و صمیمانه زیادی را با دیگران تجربه نکرده‌ام. | ۱۶ |
| | | | | | | | به عقاید اطمینان دارم؛ حتی اگر با افکار بیشتر مردم متفاوت باشد. | ۱۷ |
| | | | | | | | من خودم را با آنچه برایم مهم است ارزیابی می‌کنم نه با ارزش‌هایی که برای دیگران مهم است. | ۱۸ |

| ردیف | عبارات | موافق | | | نمی‌دانم | مخالف | | |
|------|--|------------|--------|-----|----------|-------|--------|------------|
| | | بسیار زیاد | تا حدی | کمی | | کمی | تا حدی | بسیار زیاد |
| ۱ | دنیا برایم بسیار پیچیده است. | | | | | | | |
| ۲ | احساس می‌کنم به هیچ گروهی تعلق ندارم. | | | | | | | |
| ۳ | مردمی که نیکی می‌کنند، انتظار جبران ندارند. | | | | | | | |
| ۴ | چیزهای ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارم. | | | | | | | |
| ۵ | دنیا برای همه، جای بهتری می‌شود. | | | | | | | |
| ۶ | با افراد گروهم احساس نزدیکی می‌کنم. | | | | | | | |
| ۷ | فعالیت‌های روزانه من، چیز با ارزش و مفیدی برای جامعه‌ام ایجاد نمی‌کند. | | | | | | | |
| ۸ | نمی‌توانم درک کنم در دنیا چه می‌گذرد. | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|----|
| | | | | | | | در جامعه پیشرفتی نیست. | ۹ |
| | | | | | | | مردم به مشکلات دیگران اهمیت نمی‌دهند. | ۱۰ |
| | | | | | | | جامعه من، منبع آسایش و راحتی است. | ۱۱ |
| | | | | | | | سعی می‌کنم بیندیشم و بفهمم در کشورم چه می‌گذرد. | ۱۲ |
| | | | | | | | جامعه من منبع آسایش و راحتی نیست. | ۱۳ |
| | | | | | | | معتقدم که مردم مهربانند. | ۱۴ |
| | | | | | | | هیچ چیز مهمی برای ارائه به جامعه ندارم. | ۱۵ |

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی