

The Effectiveness of Style Deactivation Therapy on the Symptoms of Fearful Dreams and Rumination of Female Heads of Household

Somayeh Salmani^{1*}, Zahra Youesfi²

1- Master's student in Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Isfahan Islamic Azad University (Khorasgan), Isfahan, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Isfahan Islamic Azad University (Khorasgan), Isfahan, Iran.

Corresponding author: Salmani, S, Master's Student in Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Isfahan Islamic Azad University (Khorasgan), Isfahan, Iran.

Email: smyhslmany96@gmail.com

Received: 30 Sep 2024

Accepted: 25 Nov 2024

Abstract

Introduction: It seems that the symptoms of scary dreams followed by rumination are experienced more among female heads of households than other women due to high psychological pressure. Based on this, the research was carried out with the aim of determining the effectiveness of light inactivation therapy on reflective performance and mindfulness of female heads of households.

Methods: The research method was a two-group semi-experimental design with a pre-test and a post-test with a control group. The statistical population of female heads of the household was a member of the welfare department of Isfahan province in the spring and summer of 1402. From the aforementioned statistical population, 40 people were selected voluntarily through the available method and then randomly assigned to 2 experimental and control groups (20 people in each group). The tools of this research included Yousefi's Scary Dreams Questionnaire (1394) and Yousefi's Rumination Questionnaire (1387). Light inactivation training was carried out in 8 sessions of 90 minutes. The collected data were analyzed at two levels, descriptive and inferential, with social science statistical software version 26.

Results: The mean and deviation of the symptoms of fearful dreams and rumination in the experimental group separately in the pre-test equal to (46.95 ± 11.27) , (53.90 ± 25.56) and in the post-test equal to (31.65 ± 9.36) , (23.80 ± 18.11) . Also, in the control group, in the pre-test it was equal to (44.15 ± 13.41) , (54.30 ± 20.93) and in the post-test, it was equal to (44.85 ± 12.93) , (56.45 ± 20.87)) was The results indicate that the light inactivation training on the symptoms of fearful dreams and rumination of female heads of the household in the post-test phase ($p < 0.05$) and the effects of the training in the follow-up phase ($p < 0.05$) also remained.

Conclusions: Based on the findings obtained from the present study, it can be concluded that the training of light deactivation therapy as a psychological intervention can be used to reduce the symptoms of fearful dreams and rumination among female heads of the household.

Keywords: Deactivation of style, Symptoms of nightmares, Rumination, Female heads of household.



اثربخشی درمان غیر فعال سازی سبک بر علائم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری زنان سرپرست خانوار

سمیه سلمانی^{۱*}، زهرا یوسفی^۲

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

۲- استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: سیمیه سلمانی، دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

ایمیل: smyhslmany96@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۹/۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۷/۹

چکیده

مقدمه: به نظر می‌رسد علائم رویاهای ترسناک و به دنبال آن نشخوار فکری به علت فشارهای روانی زیاد در بین زنان سرپرست خانوار بیش از سایر زنان تجربه می‌گردد. بر همین اساس پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان غیر فعال سازی سبک بر عملکرد تأملی و ذهن آگاهی زنان سرپرست خانوار اجرا گردید.

روش کار: روش پژوهش طرح نیمه آزمایشی دو گروهی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری زنان سرپرست خانوار عضو اداره بهزیستی استان اصفهان در بهار و تابستان ۱۴۰۲ بود. از جامعه آماری مذکور ۴۰ نفر به شیوه‌ی دسترس از طریق فراخوان به صورت داوطلبانه انتخاب و سپس به صورت تصادفی ساده در ۲ گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) گمارده شدند. ابزارهای این پژوهش شامل پرسشنامه رویاهای ترسناک یوسفی (۱۳۹۴) و نشخوار فکری یوسفی (۱۳۸۷) بود. آموزش غیر فعال سازی سبک طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. داده‌های گردآوری شده در دو سطح توصیفی و استنباطی و با نرم افزار آماری علوم اجتماعی نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف علائم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری در گروه آزمایش به تفکیک در پیش‌آزمون برابر (۱۱/۲۷ ± ۴۶/۹۵)، (۵۳/۹۰ ± ۲۵/۵۶) و در پس‌آزمون برابر با (۳۱/۶۵ ± ۹/۳۶)، (۳۳/۸۰ ± ۱۸/۱۱) بود. همچنین در گروه کنترل در پیش‌آزمون برابر با (۱۳/۴۱ ± ۴۴/۱۵)، (۲۰/۹۳ ± ۵۴/۳۰) و در پس‌آزمون برابر با (۱۲/۹۳ ± ۴۴/۸۵)، (۲۰/۸۷ ± ۵۶/۴۵) بود. نتایج حاصل حاکی از آموزش غیر فعال سازی سبک بر علائم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری زنان سرپرست خانوار در مرحله پس‌آزمون ($p < 0/05$) و اثرات آموزش‌ها در مرحله پیگیری ($p < 0/05$) نیز باقی مانده است.

نتیجه گیری: با استناد به یافته‌های به‌دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که آموزش درمان غیر فعال سازی سبک به عنوان یک مداخله روان شناختی می‌تواند بر کاهش علائم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری در بین زنان سرپرست خانوار مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: غیر فعال سازی سبک، علائم رویاهای ترسناک، نشخوار فکری، زنان سرپرست خانوار.

مقدمه

زنان زیربنای سلامت خانواده‌ها و جوامع اند و اهمیت ویژه‌ای در تامین و استمرار سلامت خانواده و جامعه دارند. به عبارت دیگر سلامت زنان از مفاهیم زیربنایی توسعه و رفاه اقتصادی - اجتماعی است. برای این که بتوانند نقش مراقبت دهنده‌ی خود را به بهترین شکل انجام دهند، باید سطح سلامت و رفاه خود را حفظ نموده و ارتقا دهند. زنان خانوار جزء گروه‌های آسیب‌پذیر اجتماعی به شمار می‌روند [۱]. زنان سرپرست خانوار به زنانی گفته می‌شود که بدون حضور منظم و یا حمایت یک مرد بزرگسال، سرپرستی خانوار را بر عهده می‌گیرند و مسئولیت اداره اقتصادی، تصمیم‌گیری‌های عمده و حیاتی خانوار را بر عهده دارند. امروزه، پدیده خانوارهای زن سرپرست به دلایل گوناگون از جمله مرگ همسر، طلاق، مفقود الاثر بودن، اعتیاد و متواری یا زندانی شدن همسر در دنیا رو به افزایش است [۲]. زنان سرپرست خانوار به دلیل مواجه بودن با مشکلاتی نظیر دسترسی نداشتن به فرصت‌های شغلی برابر با مردان و دستمزدهای کمتر نسبت به گروه‌های دیگر بسیار آسیب‌پذیر هستند. در واقع سرپرستی خانوار مستلزم تامین منابع مالی و معنوی اعضای خانواده است بر اساس تقسیم کار جنسیتی رایج نقش سرپرستی بر عهده مردان است و زنان از ابتدا برای اجرای این نقش آموزش داده نمی‌شوند و در عوض از الگو و اصول جنسیتی رایج برای زنان پیروی می‌کنند، به گونه‌ای که مهم‌ترین مشکل قرار گرفتن در این موقعیت ایفای نقش‌های دوگانه داخل و خارج از خانه است ایفای نقش مادی رسیدگی به امورات منزل و خانه داری تلاش برای کسب فرصت‌های شغلی مناسب که در اغلب اوقات بسیار نادر است و انجام فعالیت‌های اقتصادی چه در سطح خدماتی و پاره وقت و چه در سطح کارمند بالاتر فشار نقش ایجاد می‌کند، که می‌تواند اثرات شدید و بلندمدت بر جسم و روان این زنان باقی بگذارد [۳]. بیشتر این خانواده‌ها با مشکلات فراوانی روبرو هستند از جمله سرپرستی فرزندان به تنهایی و گاه به سختی، مشکل اقتصادی زندگی، تنهایی و افسردگی و ناامیدی، همچنین نگرش غلط جامعه به زنان خودسرپرست در نبود همسر، آن‌ها را در روابط اجتماعی و حضور در اجتماع با مشکلات مختلفی روبرو می‌کند که این شرایط می‌تواند بر وضعیت روانشناختی آن‌ها تاثیر منفی داشته باشد [۴]. ممکن است فشارهای وارده به این دسته از زنان به ناخودآگاه آنان وارد

شده و به شکل، علائم رویاهای ترسناک بروز کند. علائم رویاهای ترسناک علائم بسیار ناخوشایند هستند که معمولاً در آن امنیت زندگی و مصونیت جسمانی فرد در معرض تهدید قرار می‌گیرد و فرد تلاش می‌کند از این تهدیدها دوری کند. رویاهای ترسناک معمولاً به بیداری فرد منجر می‌شوند و با احساس ترس همراه هستند. اما هیجان‌های منفی دیگری نظیر خشم، تنفر و غم نیز ممکن است عامل این بیداری‌ها باشد. این بیداری‌ها معمولاً در مرحله خواب توأم با حرکات سریع چشم اتفاق می‌افتند. اکثر انسان‌ها در طول زندگی خود گهگاه کابوس را تجربه می‌کنند. آمار دقیقی از میزان همه‌گیری کابوس در جمعیت عمومی ایران وجود ندارد [۵].

علائم رویاهای ترسناک فراوان‌ترین نوع اختلال‌های شبانه خواب را تشکیل می‌دهند و اغلب بین ۳ تا ۶ سالگی آغاز می‌شوند. فراوانی اختلال کابوس که در کودکان ۳ تا ۶ سالگی در حدود ۲۰ درصد تخمین زده شده است، با افزایش سن کاهش می‌یابد اما در تعدادی از افراد در حدود ۵ تا ۱۰ درصد وقوع کابوس‌ها تا سن بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند. هرگاه کابوس‌ها به اندازه‌ای شدید باشند که زندگی فرد را تحت تاثیر قرار دهند و در زمان بیداری نیز اشتغال ذهنی برای فرد ایجاد کند، قطعاً به توجه بالینی نیاز خواهند داشت. شاید بتوان از نظریه فروید به عنوان شناخته شده ترین دیدگاه در مورد رؤیا نام برد. بر اساس نظریه فروید هدف تمام رؤیاها اساساً ارضای امیال سرکوب شده (برای مثال تمایلات جنسی) است. علاوه بر این از آنجا که این امیال اغلب برای بیننده رؤیا حالت غیر قابل قبول و ناخوشایند دارند، می‌توان این رؤیاها را چون شبانه نامید. به دلیل این که محتوای اصلی رؤیا از دیدگاه فرد حاوی تمایلات ناخوشایند و غیرقابل قبول است. در هنگام بیداری شخص به طور ناخودآگاه محتوای رؤیای خویش را به یک شکل مقبول‌تر و جامعه‌پسند تغییر می‌دهد. به محتوای اصلی رؤیا اصطلاحاً محتوای پنهان و محتوای تغییر شکل یافته محتوای آشکار گفته می‌شود [۶].

کابوس، رویاهای روشن و ترسناکی است که به تدریج اضطراب ناشی از آن زیاد می‌شود و در نهایت شخص هراسان از خواب بیدار می‌شود. کابوس‌ها مانند سایر رویاها تقریباً همیشه در طی خواب REM و اغلب پس از یک دوره طولانی REM در اواخر شب پدید می‌آید و برخی افراد به طور گاه به گاه و برخی نیز در مواقع استرس

حل یک مشکل می‌شود و در حل موثر آن مسئله تداخل ایجاد می‌کند. سومین اثر منفی نشخوار فکری که در مطالعات تجربه نشان داده شده است، این است که باعث کاهش تمایل و انجام فعالیت‌های خوشایند می‌شود و نشخوار فکری با افزایش عدم اطمینان به خود و کاهش اعتماد به نفس همراه. همچنین مطالعات تجربی نشان داده است که نشخوار فکری باعث کاهش تمرکز و تداخل در کارکردهای اجرایی مغز می‌شود [۱۲]. علائم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری از جمله متغیرهایی هستند که بی توجهی به آن‌ها در بین زنان سرپرست خانوار می‌تواند موجب مشکلات روانشناختی و در نهایت خانواده را به آشفتگی بکشانند. بنابراین لازم است که متولیان به بهبود آن بپردازند.

تاکنون روش‌های گوناگونی برای بهبود سازه‌های روانشناختی طراحی شده‌اند، یکی از روش‌های شناخته شده غیرفعال سازی سبک می‌باشد. درمان غیرفعال سازی سبک به عنوان یک درمان موج سوم برای زنان سرپرست خانوار دارای مشکلات روانشناختی پدید آمده است. در این نوع درمان، ترکیب منحصر به فردی از فنون غیرفعال سازی سبک خانواده محور، ارزیابی، روشن سازی و جهت دهی مجدد باورهای بنیادین، پذیرش و ذهن آگاهی در مسیر حذف رفتارهای مشکل آفرین استفاده می‌شود. درمان غیر فعال سازی سبک در هسته مرکزی خود مبتنی بر تئوری حالت‌ها است که اولین بار توسط Beck در سال ۱۹۹۶ بیان شد [۱۳]. بک حالت را شبکه‌ای از شناخت، عاطفه، محرک‌ها و عناصر رفتاری می‌داند که در شخصیت فرد یکپارچه شده و در موقع روبرو شدن با تنش فعال می‌شوند. درمان غیرفعال سازی سبک به صورت روشمند به سنجش و ساختاردهی مجدد باورهای هسته‌ای ترکیبی ناکارآمد اعتباربخشی تصریح و جهت‌گیری مجدد برای ایجاد تعادل در باورها و تنظیم هیجان استفاده می‌کند [۱۴]. با توجه به آنچه گفته شد، همچنین با توجه به اهمیت نقش زنان سرپرست خانوار و بهبود سلامت جامعه، این پژوهش بر آن بود تا به بررسی اثربخشی درمان غیرفعال سازی سبک بر رویاهای ترسناک و نشخوار فکری زنان سرپرست خانوار بپردازد و به این سوال پاسخ دهد که آیا درمان غیرفعال سازی سبک بر علائم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری زنان سرپرست خانوار اثربخش است؟

و بیماری‌های دچار کابوس می‌شوند. به نظر می‌رسد [۷]. آدلر (۱۹۳۷-۱۸۷۰) بر این باور بود که رویاهای دستگام حل مشکل و راهی برای به دست آوردن کنترل افکار در بیداری هستند. پرز (۱۹۷۰-۱۸۹۳)، بنیان‌گذار درمان گشتالت، معتقد بود هدف از رویا دیدن، پر کردن فضای خالی احساسی است. ارتباط رویاهای با توانمندی فرد در سازگاری با محیط اطراف موضوع جالب توجهی است؛ چون نگرانی و تشویش حاصل از مشکلات خواب در انطباق فرد با محیط تأثیرگذار است. رویاهای ترسناک می‌توانند با نشخوارهای فکری در ارتباط باشند [۸].

نشخوارهای فکری به عنوان افکاری مقاوم و عودکننده است که پیرامون یک موضوع معمول دور می‌زند. این افکار به طریق غیرارادی، وارد آگاهی می‌شوند و توجه را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف می‌کنند. پژوهش‌های انجام شده، نشان داده‌اند که نشخوار فکری به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری شناختی در بزرگسالان است و فاکتور خطری برای ایجاد و حفظ علائم افسردگی می‌باشد [۹]. همچنین به عنوان اشتغال دائمی به اندیشه یا موضوعی و تفکر درباره آن شناخته شده و طبقه‌ای از افکار آگاهانه است که حول محوری مشخص تکرار می‌شود. این افکار تکرار شونده به طور غیر عادی وارد آگاهی می‌شوند و توجه به اهداف را منحرف می‌سازند. افراد درگیر با افکار نشخواری، کمتر احتمال دارد به راه حل مفید و کارا برای مقابله با مشکلات و وقایع زندگی دست پیدا کنند. نشخوار فکری باعث تفسیرهای تحریف شده از رویدادهای زندگی، بدبینی در مورد رویدادهای مثبت آینده و منجر به راه‌حل‌های ضعیف برای حل مسائل بین فردی می‌گردد [۱۰].

در واقع نشخوار فکری شامل افکار تکراری است که غیرارادی رخ می‌دهد و شامل تفکر یا پردازش عمدی در مورد یک رویداد آسیب‌پذیر است که اغلب فرد در تلاش برای درک معنای آن رویداد است. اولین پیامد منفی نشخوار فکری در افرادی که در مطالعات تجربی یافت شده این است که باعث تشدید و طولانی شدن حالت‌های عاطفی مثل غم ناشی از عصبانیت و اضطراب و افسردگی می‌شود. دومین پیامد منفی نشخوار فکری مختل شدن توانایی حل مسئله است [۱۱].

مطالعات تجربی نشان داده‌اند که نشخوار فکری با تداخل بر حل مسئله، باعث بدتر شدن فرد و توجه به جزئیات

روش کار

این پژوهش با روش نیمه آزمایشی سه مرحله ای (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۶۰ روزه) شامل دو گروه (آزمایش و کنترل) است. بعد از انجام هماهنگی های لازم با دانشگاه و دریافت کد اخلاق در پژوهش و همچنین هماهنگی با اداره بهزیستی استان اصفهان و اعلان فراخوان در خصوص اجرای پژوهش، از میان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش اداره بهزیستی شهر اصفهان در بهار سال ۱۴۰۲ مبتنی بر ملاک های ورود به پژوهش، تعداد ۴۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. سپس پرسشنامه های مذکور (عملکرد تأملی، ذهن آگاهی، علائم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری) به عنوان پیش آزمون بر روی افراد هر دو گروه اجرا شد. پس از آن جلسات آموزشی غیرفعال سازی سبک به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بر اساس بسته طرح درمان غیرفعال سازی سبک پژوهش حاضر، بر روی گروه آزمایش اجرا شد، در حالی که گروه گواه هیچ مداخله ای دریافت نکرد. در پایان جلسات آموزشی، پرسشنامه های مذکور به عنوان پس آزمون بر روی هر دو گروه اجرا و ۶۰ روز پس از آن مجدداً هر دو گروه به پرسشنامه ها به عنوان مرحله پیگیری پاسخ دادند. لازم به ذکر است، بسته طرح آموزشی غیرفعال سازی سبک پژوهش حاضر، مبتنی بر تعاریف رفتاری و اهداف کلی آموزشی مبتنی بر سوارت و آپشه (۲۰۱۴) تحت نظارت استاد راهنما آماده و بررسی شد و روایی محتوایی آن بررسی و تایید شد [۱۵]. این بسته آموزشی، از نظر ساختار، محتوی، زمان و فرآیند برنامه، مورد ارزیابی و تایید هفت نفر از متخصصین حوزه روانشناسی بالینی و سلامت قرار گرفت و پس از آن توسط پژوهشگر و زیر نظر استاد راهنما اجرا گردید. آموزش ها در محیط یک مرکز مشاوره و طی هشت جلسه نود دقیقه ای توسط محقق ارائه شد. جلسات هفته ای یکبار برگزار شدند. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل موارد ذیل بود: الف) کلیه ی شرکت کنندگان در پژوهش با اختیار و تمایل خود شرکت کردند، ب) درباره اصول رازداری و محرمانه بودن هویت شرکت کنندگان به آنان اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات به صورت محرمانه باقی خواهد ماند، ج) در پایان آموزش از شرکت کنندگان در پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آمد، د) شرکت کنندگان در صورت خواست هر زمانی که از ادامه مشارکت منصرف شدند، می توانند آزادانه گروه را

ترک نمایند. ابزار گردآوری داده ها شامل:

پرسش نامه علائم رویاهای ترسناک: در این پژوهش به منظور سنجش علائم رویاهای ترسناک از پرسش نامه علائم رویاهای ترسناک ساخته دباغ و یوسفی (۲۰۱۶) استفاده شد. ۲۴ این مقیاس سؤال و ۱۰ ماده دارد که گویه های این پرسشنامه با مقیاس پنج درجه ای نمره گذاری می شود (از کاملاً مخالفم: ۱ تا کاملاً موافقم: ۵). پنج متخصص روایی صوری پرسشنامه را تأیید کردند. در پژوهش دباغ و یوسفی همسانی درونی آن از طریق آلفای کرونباخ $\alpha=0/793$ به دست آمده است. این پرسشنامه نمره کل دارد و امتیاز تمام سؤالات با یکدیگر جمع می شود، طبق گزارش سازندگان، این ابزار ویژگی های روان سنجی مناسبی دارد. در پژوهش حاضر برای تعیین همسانی درونی این مقیاس، آلفای کرونباخ $0/86$ به دست آمد.

پرسش نامه نشخوار فکری: در این پژوهش به منظور سنجش نشخوار فکری از پرسش نامه نشخوار فکری ساخته یوسفی و همکاران (۱۳۸۷) استفاده شد. این آزمون شامل ۳۹ گویه چهار گزینه ای است که هر کدام از صفر تا ۳ درجه بندی می شوند و نمره هر فرد با جمع این امتیازات به دست می آید. همسانی درونی آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد و پایایی پرسشنامه از طریق ضریب بازآزمایی به دست آمده، همچنین نتایج نشان داد که این پرسش نامه از ثبات درونی بسیار خوبی با ضریب آلفای کرونباخ $0/92$ برخوردار است.

پس از کسب مجوز از دانشگاه و مراجعه به اداره بهزیستی شهر اصفهان و کسب مجوز و هماهنگی های لازم با بهزیستی جهت دوره آموزشی در ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برگزار گردید. این آموزش ها در محیط یک مرکز مشاوره و هفته ای یک روز بین ساعات ۹ الی ۱۰ و نیم صبح در مرداد و شهریور انجام شد. محقق آموزش ها بر عهده داشت، قبل از شروع دوره، هر دو گروه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری توسط ابزارهای پژوهش در متغیرهای مورد ارزیابی قرار گرفتند. هر دو گروه قبل و بعد از پژوهش و ۶۰ روز بعد از پس آزمون پرسش نامه ها را تکمیل کردند. به منظور حفظ اعتبار درونی و بیرونی از گروه آزمایش خواسته شد پس از اتمام این دوره با سایر اعضاء بهزیستی گفتگویی نشود و به گروه کنترل قول داده شد پس از اتمام این دوره آموزش ها به آنان نیز ارائه خواهد شد و پس از اتمام تحلیل داده ها، طرح درمان به

سمیه سلمانی و زهرا یوسفی

تایید شد. این بسته آموزشی، از نظر ساختار، محتوی، زمان و فرآیند برنامه، مورد ارزیابی و تایید هفت نفر از متخصصین حوزه روانشناسی بالینی و سلامت قرار گرفت و پس از آن توسط پژوهشگر و زیر نظر استاد راهنما اجرا گردید که در جدول ۱ مشخصات و تعداد جلسات و تکالیف بیان شده است.

طور فشرده در ۴ جلسه دو ساعته برای گروه کنترل اجرا شد.

لازم به ذکر است برای بسته طرح آموزشی غیرفعال سازی سبک پژوهش حاضر، مبتنی بر تعاریف رفتاری و اهداف کلی آموزشی مبتنی بر سوارت و آپشه (۲۰۱۴) تحت نظارت استاد راهنما آماده و بررسی شد و روایی محتوایی آن بررسی و

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات غیرفعال سازی سبک

جلسه	عنوان جلسه	شرح اختصاری جلسه
اول	آشنایی گروهی، معرفی قواعد دوره های درمانی همراه با آموزش روانی، تربیتی درحوزه علائم و نشانه های مشکلات به همراه پیش آزمون	۱) آگاه سازی شرکت کنندگان؛ ۲) تأکید درمانگر بر نقش تکالیف خانگی؛ ۳) اطلاعات درباره ساختار درمان و توافق بر سر آن؛ ۴) ضرورت آموزش روانی /فراگیری مهارت ها /جلوگیری ازعود بیماری /درمانگر خویش شدن؛ ۵) اجرای پیش آزمون
دوم	سنجش عوامل اثر گذار بر مشکلات رفتاری، هیجانی و شناختی زنان سرپرست خانوار	تیپ شناسی / سنجش هراس ها/ پرسشنامه باورهای هسته های ترکیبی
سوم	مفهوم سازی مشکلات رفتاری و مشکلات شناختی	داده های مربوط به دوران کودکی (پیشینه سوء استفاده) / داده های رفتاری / تشخیص ها، گوش کردن فعال و دقیق همگام با مشارکت دادن مراجع در مراحل مختلف مفهوم سازی / تشویق مراجع به افشاء و مشارکت در درمان از طریق پذیرش و اعتبار بخشی به واقعیت های ذهنی او / ارتباط بین تجارب گذشته، باورها و رفتارها از طریق مفهوم سازی
چهارم	مفهوم سازی مشکلات هیجانی و درمان آنها	جایگزین کردن رفتارهای ناکارآمد با رفتارهای سالم تر/ متوازن سازی باورها/ خود کنترلی هیجانی و رفتاری، تنفس متمرکز کوتاه/ تمرین تنفس آگاهانه
پنجم	درمان مشکلات عاطفی و هیجانی طی فرایند پذیرش	آموزش چگونگی فرآیند پذیرش، چپستی آن روشن سازی آن با استفاده از استعاره های مرتبط
ششم	درمان مشکلات عاطفی و هیجانی به کمک فرآیند گسلس	تکنیک خود به عنوان فرایند/ نظارت بدون قضاوت/ تکنیک توصیف تجربیات درونی / تکنیک توجه به احساسات و نام گذاری آنها
هفتم	درمان مشکلات شناختی به کمک فرآیند گسلس شناختی	آشنایی با نقش شناختی در ایجاد مشکلات هیجانی و چگونگی وقوع همجوشی و نقش آن در حفظ یا عود مشکل، آشنایی با استعاره های مربوط با ناهمجوشی و تکنیک های آن
هشتم	پایان درمان و ایجاد تعادل در افکار	آموزش اعتباربخشی / تصریح / جهت دهی مجدد/ پیوستار و باورهای متوازن / تنفس ذهن آگاهانه

نسخه ۲۶ انجام شد. داده های گردآوری شده از طریق آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه های تکراری و آزمون تعقیبی بونفرونی) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

در جدول ۲، وضعیت جمعیت شناختی شرکت کنندگان ارائه گردیده است. نتایج آزمون خی دو برای تفاوت سن، سطح تحصیلات، تعداد فرزند و طول مدت سرپرست خانوار بودن در دو گروه معنادار نبود ($P > 0.05$).

این مطالعه با کد اخلاق IR.IAUKHUISF.REC.1402.119 در دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) به ثبت رسیده است. در روند اجرای پژوهش کلیه زنان سرپرست خانوار با رضایت و رغبت شرکت کردند. در همه مراحل الویت با درمان اعضاء بود تا اجرای پژوهش. علاوه بر این، به آزمودنی ها اطمینان داده شد که در صورت تمایل نتایج به اطلاع آن ها خواهد رسید. در تمام مراحل پژوهش بدون رضایت و اطلاع قبلی افراد عکس برداری و فیلم برداری صورت نپذیرفت. همچنین تمامی ابزارهای لازم به صورت رایگان در اختیار آن ها قرار گرفت.

تجزیه و تحلیل های آماری به کمک نرم افزار SPSS

جدول ۲: ویژگی های جمعیت شناختی زنان سرپرست خانوار مورد بررسی در شهر اصفهان

متغیر	گروه کنترل فراوانی (%)	گروه غیر فعال سازی سبک فراوانی (%)	آزمون خی دو (معناداری)
سن (سال)	تا ۳۰ سال	۵ (۲۵)	$p=0/79$
	۳۱ تا ۴۰ سال	۸ (۴۰)	
	۴۱ تا ۵۰ سال	۷ (۳۵)	
تعداد فرزند	هیچ فرزند	۱ (۵)	$p=0/26$
	۱ فرزند	۹ (۴۵)	
	۲ و ۳ فرزند	۱۰ (۵۰)	
سطح تحصیلات	تا سیکل	۲ (۱۰)	$p=0/69$
	دیپلم	۱۰ (۵۰)	
	لیسانس	۴ (۲۰)	
طول مدت سرپرستی	تا ۵ سال	۸ (۴۰)	$p=0/66$
	۶ تا ۱۰ سال	۹ (۴۵)	
	۱۱ سال و بیشتر	۳ (۱۵)	

مندرجات جدول ۳ نشان می دهد که بین میانگین علائم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($p > 0/05$).

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار علائم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری گروه های پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر	زمان	گروه کنترل		گروه غیر فعال سازی سبک	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
علائم رویاهای ترسناک	پیش آزمون	۴۴/۱۵	۱۳/۴۱	۴۶/۹۵	۱۱/۲۷
	پس آزمون	۴۴/۸۵	۱۲/۹۳	۳۱/۶۵	۹/۶۳
	پیگیری	۴۴/۳۹	۱۱/۹۱	۳۱/۴۵	۱۰/۵۲
نشخوار فکری	پیش آزمون	۵۴/۳۰	۲۰/۹۳	۵۳/۹۰	۲۵/۵۶
	پس آزمون	۵۶/۴۵	۲۰/۷۸	۲۳/۸۰	۱۸/۱۱
	پیگیری	۵۵/۳۹	۲۰/۴۳	۲۴/۲۵	۱۷/۶۸

و برابری ماتریس واریانس-کوواریانس (از طریق آزمون ام باکس) ($p > 0/05$) بوده اند. همچنین چنان که در جدول ۳ مشاهده می شود در دو متغیر علائم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری، گروه درمان غیرفعال سازی سبک نسبت به گروه کنترل تغییرات چشمگیری را در مرحله پس آزمون و پیگیری نشان داده اند. با توجه به تایید پیش فرضها به منظور مقایسه دو گروه از آزمون تحلیل اندازه گیری تکراری استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده برای علائم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری در جدول ۴ ارائه شده است.

به منظور بررسی معناداری این تفاوت ها و آزمون فرضیه اصلی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه های تکراری و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. پیش از تحلیل داده ها توسط تحلیل واریانس با اندازه های تکراری، پیش فرض های این نوع تحلیل آماری بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن علائم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری از آزمون شاپیرو-ویلک، لویین، ام باکس و ماچلی استفاده شد. نتایج نشان داد که دو متغیر علائم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، دارای توزیع نرمال ($p > 0/05$)، برابری واریانس خطا ($p > 0/01$ و $p > 0/05$)

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای علائم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
علایم رویاهای ترسناک							
زمان	۱۴۱/۰۷	۱	۱۴۱/۰۷	۴/۵۵	۰/۰۰۸	۰/۲۲	۰/۸۴
درون گروهی	تعامل زمان×گروه	۱	۲۴۰	۷/۷۴	۰/۰۰۵	۰/۲۵	۰/۸۶
	خطا (زمان)	۳۸	۳۰/۹۹	-	-	-	-
بین گروهی	گروه	۱	۳۷۶۳/۲۰	۱۰/۵۷	۰/۰۰۲	۰/۲۲	۰/۸۷
	خطا	۳۸	۳۵۶/۰۵	-	-	-	-
نشخوار فکری							
زمان	۵۱۲۵/۵۲	۱/۰۰۱	۵۱۲۲/۰۸	۱۱/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۲۳	۰/۹۰
درون گروهی	تعامل زمان×گروه	۱/۰۰۱	۶۸۳۳/۷۶	۱۴/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۹۶
	خطا (زمان)	۳۸/۰۳	۴۵۵/۸۷	-	-	-	-
بین گروهی	گروه	۱	۱۴۱۹۱/۸۷	۱۶/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۸
	خطا	۳۸	۸۴۱/۸۴	-	-	-	-

چنان‌که در جدول ۴ مشاهده می‌شود:

۱) برای متغیر علایم رویاهای ترسناک، در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=۴/۵۵$ ، $df=۱$ و $p<۰/۰۱$) و تعامل زمان و گروه ($F=۷/۷۴$ ، $df=۱$ و $p<۰/۰۱$) نشان می‌دهد که در علایم رویاهای ترسناک از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p<۰/۰۱$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۲۲ و توان آزمون برابر با ۰/۸۴ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۲۵ و توان آزمون برابر با ۰/۸۶ است. این نتیجه نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۲۲ و ۲۵ درصد تفاوت در علایم رویاهای ترسناک مربوط به اعمال متغیر مستقل (اجرای درمان غیرفعال سازی سبک) بوده که با ۸۴ و ۰/۸۶ درصد توان تایید شده است. همچنین چنان‌که در جدول ۴ در بخش اثر بین گروهی مشاهده می‌شود در علایم رویاهای ترسناک، در عامل گروه تفاوت معناداری ($p<۰/۰۱$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل گروه برابر با ۰/۲۲ و توان آزمون برابر با ۰/۸۷ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده با ۸۷ درصد توان ۲۲ درصد تفاوت حداقل بین گروه علایم رویاهای ترسناک (درمان غیرفعال سازی سبک) با گروه کنترل را در علایم رویاهای ترسناک مشاهده می‌شود.

۲) برای متغیر نشخوار فکری، در بخش اثر درون گروهی،

عامل زمان ($F=۱۱/۲۴$ ، $df=۱/۰۰۱$ و $p<۰/۰۱$) و تعامل زمان و گروه ($F=۱۴/۹۹$ ، $df=۱/۰۰۱$ و $p<۰/۰۱$) نشان می‌دهد که در نشخوار فکری از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p<۰/۰۱$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۲۳ و توان آزمون برابر با ۰/۹۰ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۲۸ و توان آزمون برابر با ۰/۹۶ است. این نتیجه نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۲۳ و ۲۸ درصد تفاوت در نشخوار فکری مربوط به اعمال متغیر مستقل (اجرای درمان غیرفعال سازی سبک) بوده که به ترتیب با ۹۰ و ۹۶ درصد توان تایید شده است. همچنین چنان‌که در جدول ۴ در بخش اثر بین گروهی مشاهده می‌شود در نشخوار فکری، در عامل گروه تفاوت معناداری ($p<۰/۰۱$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل گروه برابر با ۰/۳۱ و توان آزمون برابر با ۰/۹۸ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده با ۹۸ درصد توان ۳۱ درصد تفاوت حداقل بین گروه آزمایش (درمان غیرفعال سازی سبک) با گروه کنترل را در نشخوار فکری معنادار نشان داده است. در جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه جفتی سه مرحله زمانی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) را در علایم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی یونفرونی برای مقایسه زمان در علایم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری

متغیر	ردیف	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	معناداری
علایم رویاهای ترسناک						
زمان	۱	پیش آزمون	پس آزمون	۱۲/۳۰	۰/۴۷	۰/۰۰۱
	۲		پیگیری	۱۲/۲۴	۰/۴۶	۰/۰۰۱
	۳	پس آزمون	پیگیری	۰/۱۱	۰/۵۶	۱
	۴	درمان غیرفعال سازی سبک	کنترل	۱۱/۲۰	۳/۴۴	۰/۰۰۲
نشخوار فکری						
زمان	۱	پیش آزمون	پس آزمون	۱۳/۹۷	۴/۱۵	۰/۰۰۵
	۲		پیگیری	۱۳/۷۵	۴/۱۲	۰/۰۰۶
	۳	پس آزمون	پیگیری	-۰/۲۲	۰/۰۹	۰/۰۶
	۴	درمان غیرفعال سازی سبک	کنترل	۲۱/۷۵	۵/۳۰	۰/۰۰۱

چنان که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در متغیر علایم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری بین پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد، ولی بین پس آزمون با پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد. به این معنی که از مرحله پیش آزمون به مرحله پس آزمون و پیگیری علایم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری تغییر معناداری اتفاق افتاده، ولی بین پس آزمون با پیگیری این دو متغیر تغییر معناداری نداشته اند و اثرات درمان پایدار مانده است. بنابراین با توجه به نتایج ارائه شده درمان غیرفعال سازی سبک بر علائم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری در بین زنان سرپرست خانوار اثر معنادار دارد، مورد تایید قرار می‌گیرد.

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان غیر فعال سازی سبک بر علائم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری اثربخش است. در همسویی و ناهم‌سویی نتایج این پژوهش با سایر داده‌ها می‌توان بیان کرد تاکنون پژوهشی که دقیقاً با موضوع اثربخشی درمان غیر فعال سازی سبک بر علائم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری بر روی زنان سرپرست خانوار انجام نشده است، اما در زمینه‌ی اثربخشی این روش بر سازه‌های روانشناختی، یافته‌های پژوهش‌های اثربخشی این روش با سایر متغیرها نشان داده‌اند از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به افول (۲۰۱۷)، اثربخشی این روش را بر نگرش نسبت به کمک جویی روانشناختی نشان داد [۱۶]. ایمان مقدم و همکاران (۲۰۱۹)، اثربخشی این

روش را بر تنظیم هیجانی خانواده‌های طلاق نشان دادند. هاشمی و همکاران (۲۰۲۰)، اثربخشی این روش را بر کاهش پرخاشگری نشان دادند [۱۷]. همچنین جوادی و همکاران (۱۳۹۹)، در زمینه‌ی اثربخشی درمان غیر فعال سازی سبک خانواده محور، درمان شناختی - رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب نشان دادند اشاره کرد. این روش نیز همچون سایر روش‌های اصلاحی توانسته است سازه‌های روانشناختی را اصلاح نماید. همچنین نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش که اثربخشی سایر روش‌ها را بر نشخوار فکری نشان داده‌اند همسو است. از جمله سخایی اردکانی و همکاران (۱۴۰۲)، اثربخشی طرحواره درمانی را بر نشخوار فکری و اهمال کاری نشان دادند [۱۸]. رحمانی مقدم و همکاران (۱۴۰۲)، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را بر تنظیم هیجان و نشخوار فکری نشان دادند [۱۹]. حسنی (۱۴۰۲)، اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی بر نشخوار فکری و افکار خودآیند منفی را نشان دادند [۲۰]. نتایج این پژوهش در زمینه‌ی اثربخشی این روش بر علائم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری با نتایج این پژوهش‌ها همسو است.

در تبیین اثربخشی این روش بر علائم رویاهای ترسناک می‌توان گفت از آن‌جا که علائم رویاهای ترسناک حاکی از آنند که فرد در زندگی فردی دچار مشکلات و مسائل حل نشده‌ای است که قادر به حل آن‌ها در بیداری نیست، همچنین ممکن است فرد در گذشته وضعیت‌های نیمه‌تمام، اجتناب‌ها و مشکلات بین فردی حل نشده‌ای را تجربه کرده است. از سوی دیگر ممکن است نسبت به آینده نگرانی‌ها

درونی مشکلات با توجه به نحوه‌ی فکر کردن به موقعیت، سپس تحلیل موقعیت بر اساس فکر، شناخت انواع هیجانات، و اثر این شناخت‌ها و هیجانات بر تولید رفتار را آموخته‌اند، به خصوص ترس و ایجاد اجتناب که مانع ارتباطات سالم، مانع ازدواج، مانع فرزنددار شدن، مانع تغییر شغل، یا مانع تجربه‌های معمول زندگی می‌شود را یادگرفته‌اند، همچنین در این مرحله آنان فنون مدیریت خشم فعالانه و منفعلانه را شناختند که فنون مرتبط با پذیرش، ناهمجوشی با فکر، جهت دهی مجدد به فکر را نیز آموخته‌اند. بنابراین به نظر می‌رسد که این راهبردها و فنون به زنان سرپرست خانوار کمک کرده‌اند تا از افکار، هیجانات و رفتارهای خود سبک زدایی کنند.

به نظر می‌رسد پذیرش فکرها، ناهمجوشی و جهت دهی مجدد به آن‌ها توانسته که نحوه حل مسأله را در آنان بهبود ببخشد. همچنین حل مسئله به جای اجتناب موجب گشته تا آنان با ترس‌های خویش روبه‌رو شوند و در نتیجه در ارتباطشان با اطرافیانشان رابطه بهتری داشته باشند و بهتر استرس‌های روزمره خود را کنترل کنند که همگی با هم موجب شده تا نشخوار فکری و اضطراب‌های ناشی از آن کاهش یابد، خلق آنان افزایش یابد و در نتیجه علائم رویاهای ترسناک نیز در بین آنان کاهش می‌یابد.

این پژوهش‌ها همچون سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی داشت از جمله در این پژوهش انتخاب آزمودنی‌ها به روش در دسترس بود، آموزشگر و محقق یکسان بودند، این پژوهش در جامعه زنان سرپرست خانوار اصفهان انجام شد، بنابراین از تعمیم یافته‌ها به سایر جوامع باید جوانب احتیاط را رعایت کرد، تنها خود زنان ارزیابی شدند و سایر منابع اطلاعاتی که می‌توانستند تغییرات زنان را تبیین کنند در دسترس نبود و تنها منابع اطلاعاتی پرسش‌نامه بود، بنابراین نتایج محدود به ابزار پرسشنامه بود. بنابراین پیشنهاد می‌گردد نمونه‌گیری در سایر پژوهش‌ها به شکل تصادفی انجام شود، در سایر پژوهش‌ها آموزشگر و محقق یکسان نباشد و محقق برای آموزش از آموزشگری که در زمینه مربوطه مهارت دارد کمک بگیرد، این پژوهش روی جوامع دیگر و همچنین در استان‌های دیگر اجرا گردد و برای اعتبار دقیق‌تر نتایج پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان توسط یکی از نزدیکان آزمودنی نیز به شکل کیفی و کمی ارزیابی گردد.

و اضطراب‌هایی دارد که در خواب به شکل نمادین بروز و ظهور پیدا می‌کند و به شکل رویاهای ترسناک خود را نشان می‌دهد [۸]. از سوی دیگر نشخوار فکری، افکار تکراری و بازگشتی نسبت به خلق منفی یا رویدادهای زندگی تعریف شده است. در واقع مجموعه‌ای از افکار آگاهانه است که حول یک موضوع مهم می‌گردد و حتی در صورت غیبت تقاضاهای محیطی فوری و ضروری این افکار پدیدار می‌شوند. همچنین نشخوار فکری به عنوان افکاری مقاوم و عودکننده تعریف می‌شود که پیرامون یک موضوع معمول دور می‌زند، غیرارادی‌اند، وارد آگاهی می‌شوند و توجه را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف می‌سازند. افراد درگیر با افکار نشخواری، کمتر احتمال دارد به راه حل مفید و کارا برای مقابله با مشکلات و وقایع زندگی دست پیدا کنند و دیدگاهی تحریف شده از رویدادهای زندگی دارند، که منجر به تولید راه حل‌های ضعیف برای حل مسائل بین فردی در آنان می‌شود [۱۹].

با توجه به آنچه گفته شد به نظر می‌رسد روش غیرفعال سازی سبک از راهبردها و فنونی برخوردار است که توانسته برعلازم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری افراد موثر باشد. از مهم‌ترین سازو کارهای این روش آموزشی اصلاح شناخت‌های تحریفی است از جمله آگاهی از اینکه مشکلات آنان مربوط به نظام فکری آنان و نحوه رویه‌رویی آنان با این افکار است. مشکلات آنان مرتبط به آن است که نظام فکری آنان تولید کننده مشکلات است و موجب اضطراب و افسردگی در بین آنان می‌شود و به خشم و کینه در بین آنان منجر می‌گردد، به تولید رفتارها و هیجانات دردسرافزین ختم می‌گردد و آن‌ها همچنین آموخته‌اند که چگونه نظام فکری آنان به سبک تفکر و در نتیجه رفتار و هیجان خاص در آنان منجر می‌گردد.

در مرتبه دوم آنان آموخته‌اند که چه محرک‌های درونی و بیرونی باعث فعال شدن سبک دردسرساز در آنان شده است؛ افراد با ترس‌ها و اجتناب‌های زیربنای فعال شدن سبک آشنا شدند؛ در همین راستا آن‌ها باورهای بنیادین مرکب را شناخته‌اند؛ و بدانند که چطور سبک فکری‌شان به آن‌ها جهت می‌دهد؛ افراد تحلیل کردن سبک را بیاموزند و این‌که چگونه می‌توانند سبک کارآمد را جایگزین سبک مشکل آفرین نمایند. فنون دستیابی به این اهداف عبارت بودند از کشف علل

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که روش غیر فعال سازی سبک روشی مناسب برای بهبود علائم رویاهای ترسناک و نشخوار فکری است. توصیه می شود با توجه به نقش علائم رویاهای ترسناک به عنوان مانعی مهم برای حالت‌های روانشناختی سازگار و از سوی دیگر بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر مشاوران فردی می‌توانند روش غیر فعال سازی سبک را برای بهبود علائم رویاهای ترسناک زنان مورد توجه قرار داد. همچنین با توجه به نقش نشخوار فکری در بروز افسردگی و به عنوان مانع مهم در مسیر حالت‌های روانشناختی سازگار، مشاوران فردی می‌توانند از روش غیر فعال سازی سبک برای کاهش نشخوار فکری و در نتیجه وضعیت روانشناختی سازگار زنان مورد توجه قرار داد. با عنایت به نتایج به دست آمده که به تاثیر درمان غیرفعال سازی سبک بر متغیرهای مورد پژوهش اشاره دارد، پیشنهاد می‌گردد با توجه به نقش علائم رویاهای ترسناک به عنوان مانعی مهم برای حالت‌های روانشناختی سازگار مشاوران فردی این روش را برای بهبود علائم رویاهای ترسناک زنان مورد توجه قرار دهند. همچنین با توجه به نقش نشخوار فکری در بروز افسردگی و به عنوان مانع مهم در مسیر حالت‌های روانشناختی سازگار، مشاوران فردی می‌توانند از روش غیر فعال سازی سبک برای کاهش نشخوار فکری و در نتیجه وضعیت روانشناختی سازگار زنان مورد توجه قرار داد. هر مطالعه‌ای به طور اجتناب ناپذیر دچار محدودیت می‌گردد که تفسیر یافته‌ها را در بستر محدودیت‌ها ضروری می‌سازد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که انتخاب آزمودنی‌ها به روش در دسترس بود، آموزشگر و محقق یکسان بودند، این

پژوهش در جامعه زنان سرپرست خانوار اصفهان انجام شد، بنابراین از تعمیم یافته‌ها به سایر جوامع باید جوانب احتیاط را رعایت کرد، تنها خود زنان ارزیابی شدند و سایر منابع اطلاعاتی که می‌توانستند تغییرات زنان را تبیین کنند در دسترس نبود که توصیه می‌گردد نمونه گیری در سایر پژوهش‌ها به شکل تصادفی انجام شود، در سایر پژوهش‌ها آموزشگر و محقق یکسان نباشد و محقق برای آموزش از آموزشگری که در زمینه مربوطه مهارت دارد کمک بگیرد و همچنین این پژوهش روی جوامع دیگر و همچنین در استان‌های دیگر اجرا گردد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی می‌باشد. این مطالعه با شناسه اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1402.119 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان ثبت شده است و از شرکت کنندگان برای شرکت در مطالعه رضایت نامه آگاهانه کتبی گرفته شده است. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند تا از تمامی کسانی که ما را در اجرای هر چه بهتر این پژوهش یاری رسانند از جمله زنان سرپرست خانوار اداره بهزیستی اصفهان برای شرکت در آموزش‌ها و مسئولین و کارکنان این سازمان برای ارائه خدمات تسهیل کننده برگزاری آموزش تشکر نماییم.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی را بیان نکرده‌اند. همچنین این طرح از سوی هیچ سازمان و ارگانی حمایت مالی نشده است.

References

1. Mousavi S, Mousavi S, Shahsavari MR. Effectiveness of compassion-focused therapy on social anxiety and rumination among female heads of households. *Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences*. 2023;12(2). <https://doi.org/10.5812/jcrps-139058>
2. Asiedu E, Karimu A, Iddrisu AG. Structural changes in African households: Female-headed households and Children's educational investments in an imperfect credit market in Africa. *Structural Change and Economic Dynamics*. 2024;68:30-42. <https://doi.org/10.1016/j.strueco.2023.09.008>
3. Aohoorparvande v, bagheri nesvan t. Investigating the Moderating Role of Social Intelligence in the Relationship between Social Frustration and Life Expectancy in Female-headed Households. *Social Welfare*. 2022;22(84):147-74.
4. Talati F, Sharifi A, Moshfeghi M. Evaluating the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Happiness and Life Expectancy in Female-Headed Households Supported by the Welfare

- of Lamerd County. Quarterly Journal of Social Work. 2021;10(3):58-66.
5. Babaie Z, Mazandarani AA. Investigating the relationship between the frequency and disturbance of nightmares with personality traits and demographic characteristics. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ). 2022;10(11):199-208.
 6. Dehaghani NS, Yousefi Z. Multiple Relations Among Thought Control Strategies and Symptoms of Personality Disorders with Nightmare. Iraninan Psychiatry and Clinical Psychology. 2018;24(3):298-309.
 7. FARAHMAND DVF, Yousefi Z. Multiple relationships between rumination and mood with frightening dreams. 2016.
 8. Farahmand Dehghanpoor Varnamkhafti, Farzaneh, Yousefi, Zahra. Which variable has more power to predict terrifying dreams? Rumination, temperament, attachment styles, or family relations? Journal of Fundamentals of Mental Health. 2021;23(3):211-8.
 9. Abdulahi Beqrabadi Q, Karimi N. The Effectiveness of Mindful Self-Compassion on Thinking Rumination and Social Anxiety of Mothers of Children with Autism. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ). 2023;11(12):173-82.
 10. Moradzadeh S, Veiskarami H, Mirdrikvand F, Gadampour E, Ghazanfari F. Impacts of Positive Psychotherapy Compared to Cognitive Behavioral Therapy on Academic Rumination and Stress of Female Gifted Students. Journal of Clinical Psychology. 2020;11(4):87-98.
 11. Zade Sg, Mashhadi A, Tabibi Z, far AS. The Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy on Improving Rumination in Sexually Abused Children: A Single-Subject Research with one and two year follow-up. Family and Sexual Health. 1400;1(2):51-64. <https://doi.org/10.52547/fash.2.1.51>
 12. Dixon-Woods M. How to improve healthcare improvement-an essay by Mary Dixon-Woods. bmj. 2019;367. <https://doi.org/10.1136/bmj.15514>
 13. Beck AT. Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. 1996.
 14. Javadi S, Golparvar M, Izadi R. Comparison of the Effectiveness of Three Methods of Family Mode Deactivation Treatment, Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Quality of life of Mothers and Aggression of Female adolescents with Behavioral Problems. Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) Original Article. 2020;8(3).
 15. Swart J, Apsche J. A comparative study of mode deactivation therapy (MDT) as an effective treatment of adolescents with suicidal and non-suicidal self-injury behaviors. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy. 2014;9(3):47. <https://doi.org/10.1037/h0101640>
 16. Ofole N. Mode Deactivation Therapy on Attitude Towards Psychological Help-Seeking among Students with low Achievement Motivation in Secondary Schools in Idemili North, Nigeria. 2017.
 17. Hashemi A, Rezapour Mirsaleh Y, Behjati Ardakani F. Effectiveness of Mode Deactivation group Therapy on reducing aggression of boy adolescents covered by Welfare Organization. Clinical Psychology Studies. 2020;10(40):133-52.
 18. Sakhaie Ardakani Z, Nikdel F, taghvaei Nia A. The Effectiveness of the Schema Therapy on Rumination and Procrastination of the Students. Journal of Modern Psychological Researches. 2023;18(70):107-14.
 19. Rahmani Moghadam F, Bagherzadeh Golmakani Z, Touzandeh Jani H, Nejat H. Comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy and emotional schema therapy on emotional regulation in physically disabled people in Mashhad. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2022;12(0):44-.
 20. Hasani sh. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on rumination and negative spontaneous thoughts in the elderly with depressive disorder. Journal of Gerontology. 2024;8(4):10-9.