رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۸، شماره پیاپی ۱۰۱، آبان ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(8), 2024

اثربخشی درمان مراجع محور راجرز بر خودانگاره و تحمل پریشانی زنان با علائم افسردگی

The Effectiveness of Rogers' Client-centered therapy on the Self-concept and Distress tolerance of Women with Depressive Symptoms

مسعود توکلی بنیزی (نویسنده مسئول)
کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه امام جواد یزد، یزد، ایران.
رستا امیریان
دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علم و هنر یزد، یزد، ایران.
لیلا بقائی پور
دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
سمیه کهدویی
استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه امام جواد یزد، یزد، ایران.

Masoud Tavakoli Banizi*
Master's degree in General Psychology, Imam Javad University of Yazd, Yazd, Iran.
masoudtavakoli653@gmail.com
Rasta Amirian
Master's student in Clinical Psychology, University of Science and Arts of Yazd, Yazd, Iran.
Leila Baghaeipour
PhD in General Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.
Somaieh Kahdouai
Assistant Professor, Department of Psychology, Imam Javad University of Yazd, Yazd, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مراجع محور راجرز بر خودانگاره و تحمل پریشانی زنان با علائم افسردگی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود و جامعه آماری پژوهش کلیه زنان کارگر شرکت خیاطی واقع در شهرک صنعتی یزد در سال ۱۴۰۱ بودند که به کمک روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر از آن‌ها انتخاب گردیدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگذاری شدند. ابزار سنجش این پژوهش، پرسشنامه خودپنداره راجرز RSS (۱۹۵۷) و تحمل پریشانی DTS (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) بود. درمان مراجع‌محور راجرز، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد. جهت تحلیل داده ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده بود. نتایج نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری (P<۰/۰۵) بین پس آزمون گروه کنترل و آزمایش در خودانگاره و تحمل پریشانی وجود دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مراجع محور راجرز یکی از روش های مؤثر در ارتقای خودانگاره و تحمل پریشانی زنان با علائم افسردگی است.

واژه‌های کلیدی: *افسردگی، تحمل پریشانی، خودانگاره، درمان مراجع محور راجرز.*

Abstract

The purpose of this study was to determine the effectiveness of Rogers' client-centered therapy on self-image and distress tolerance of women with depressive symptoms. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group, and the statistical population of the research was all the women workers of a sewing company located in Yazd Industrial Town in 1401, and 30 of them were selected using the available sampling method and were randomly placed in two experimental (15 people) and control (15 people) groups. The measurement tools of this research were Rogers's RSS self-concept Questionnaire (1957) and DTS distress tolerance (Simmons and Gaher, 2005). Rogers' client-centered treatment was implemented for the experimental group during 8 sessions of 90 minutes. Multivariate analysis of covariance was used to analyze the data. The results showed that by controlling the Effect of the pre-test, there is a significant difference (P<0.05) between the post-test of the control and experimental groups in self-concept and distress tolerance. Therefore, it can be concluded that Rogers' client-centered treatment is one of the Effective methods in improving self-concept and bearing the distress of women with Depressive symptoms.

Keywords: *Depression, Distress Tolerance, Self-Concept, Rogers' Client-Centered Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** بهمن ۱۴۰۱ | **پذیرش:** فروردین ۱۴۰۳ | **ویرایش نهایی:** آبان ۱۴۰۳

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]

مقدمه

افسردگی، یک اختلال روانی شایع و ناتوان کننده است، که افراد زیادی در دنیا به آن مبتلا می‌شوند و بر طبق تخمین‌های جدید، افسردگی تا سال ۲۰۳۰، شایع‌ترین بیماری روانی خواهد بود (جیانگ[1] و همکاران، ۲۰۲۴). ناامیدی، کاهش تمرکز، پایین آمدن خلق، بی خوابی یا پرخوابی و تغییر در اشتها از جمله علائم افسردگی است (لیو[2] و همکاران، ۲۰۲۲). شیوع افسردگی در زنان به علت حساسیت عاطفی و روانی بیشتر است و به علت تفاوت‌های جنسیتی چون شروع بلوغ و یائسگی، افسردگی در زنان بیشتر از مردان رخ می‌دهد که این مسئله نشان‌دهنده نقش برجسته استروئیدهای جنسی در بروز افسردگی در زنان است که با تغییر چرخه‌ی هورمون، زنان بیشتر از مردان مستعد افسردگی هستند (جعفرزاده داشبلاغ، ۱۳۹۶). مستعد بودن بیشتر افسردگی زنان نسبت به مردان باعث بروز احساسات منفی در آنان می‌شود که این احساس به عنوان مهم‌ترین پیامد منفی افسردگی و مربوط به خودانگاره[3] آنان می‌باشد. خودانگاره با سلامت روان در ارتباط بوده و به معنی احساس، نگرش و دانش فرد درباره توانایی، مهارت و قابلیت پذیرش خود می‌باشد (خو[4] و همکاران، ۲۰۱۹). از دیدگاه راجرز، خودانگاره الگویی سازمان یافته و پایدار از ادراکات است که موجب انگیزه قوی در فرد می‌شود و در تمام نگرش‌ها و رفتارهای ما منعکس می‌شود (پاریس[5] و همکاران، ۲۰۱۹). قضاوت‌ها و واکنش‌های دیگران در شکل‌گیری خودانگاره تأثیرگذار بوده و دربرگیرنده تمام ابعاد شناختی، عاطفی و ادراکی است (زمانی فروشانی و همکاران، ۱۴۰۱). خودانگاره به دو شکل مثبت و منفی بروز می‌کند، شخصی که خودانگاره مثبت دارد، خودش را در مقام شخصی با نقاط قوت و ضعف می‌پذیرد، اما کسی که خودانگاره منفی دارد در خود احساس بی‌ارزشی، بی‌لیاقتی و ناتوانی می‌کند (البرزی و دشت‌بزرگی، ۱۳۹۷). افرادی که خودانگاره مثبت دارند از سلامت روان بالاتری برخوردارند و افرادی که خودانگاره منفی دارند، نامتعادل و از لحاظ روانی ناسالم و بیشتر مستعد افسردگی هستند (سرلک و همکاران، ۱۴۰۱). مارتین و بدگر[6] (۲۰۲۳) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که خودانگاره مثبت منجر به بالا رفتن هویت اجتماعی می‌شود که این مسئله موجب کاهش ابتلا به افسردگی می‌شوند. خودانگاره یک مفهوم فراتشخیصی است که با آسیب‌شناسی‌های مختلف روانی مرتبط است و بزرگسالان با خودانگاره پایین‌تر سطوح اختلالات روانی بالاتری همچون افسردگی را تجربه می‌کنند. به میزانی که افراد به یک خودانگاره منسجم و مشخص دست پیدا کنند یا احساسات مثبت یا منفی گوناگونی درگیر می شوند، باورهای ناهماهنگ و از هم گسیخته در مورد خود به مشکلات عاطفی و هیجانی متعددی منجر می‌گردد (آمس[7] و همکاران، ۲۰۲۳).

علاوه بر اینکه مبتلایان به افسردگی از خودانگاره منفی نسبت به خود برخوردارند، این افراد تحمل حالات درونی ناخوشایند را نیز ندارند. تحمل پریشانی[8] یک عامل خطرساز فراتشخیصی برای انواع مختلف مشکلات روانی همچون افسردگی و اضطراب بوده (رانی[9] و همکاران، ۲۰۲۲) و ارتباط زیادی با شروع اختلالات هیجانی و تداوم آسیب‌روانی دارد (ابهرزنجانی و همکاران، ۲۰۲۲). تحمل پریشانی به معنی توانایی درک شده یا واقعی فرد برای مقاومت در برابر تجربه احساسات منفی تعریف می‌شود که نقش مهمی در مواجهه داشته و از طریق تمرین مکرر توسعه می‌یابد (یانجوان[10] و همکاران، ۲۰۲۳). تحمل پریشانی در ادبیات افسردگی کمتر مورد توجه قرار گرفته، با این حال عاطفه منفی یکی از علائم افسردگی است و توانایی عدم تحمل حالات عاطفی منفی یا ناراحت کننده با افسردگی در ارتباط است (لاس و وینر[11]، ۲۰۲۰). در تحمل پریشانی کم، حساسیت بالا و احساسات منفی غیر قابل تحمل هستند و فرد از طریق سرکوب یا رفتارهای هیجانی از این موقعیت‌ها اجتناب می‌کند اما افرادی که تحمل پریشانی بالاتری دارند رفتارهای انطباقی بهتری می‌دهند (ویلوکس[12]، ۲۰۲۳). تحمل پریشانی در ادبیات افسردگی کمتر مورد توجه قرار گرفته، با این حال عاطفه منفی یکی از علائم افسردگی است و توانایی عدم تحمل حالات عاطفی منفی یا ناراحت کننده با افسردگی در ارتباط است (لاس و وینر[13]، ۲۰۲۰). براساس دیدگاه سیمونز و گاهر

1 . Jiang
2 . Liu
3 . Self-concept
4 . Xu
5 . Parise
6. Martens & Badger
7 . Ames
8 . Distress Tolerance
9 . Ranney
10 . Yanjuan
11 . Lass & Winer
12 . Veilleux
13 . Lass & Winer

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]

(۲۰۰۵) افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند نمی‌توانند، احساس ناراحتی را تحمل کرده و احساس می‌کنند که دیگران شرایط بهتری برای مقابله با هیجان‌های منفی نسبت به آن‌ها دارند، در نتیجه این افراد به دلیل ناتوانی‌شان برای تحمل هیجان های منفی احساس سرخوردگی و ضعف می‌کنند (خدابخشی کولایی و همکاران ، ۱۳۹۷).

با توجه به مطالب ارائه شده درباره خودانگاره منفی و پایین بودن تحمل پریشانی زنان با علائم افسردگی، استفاده از روش‌های درمانی مناسب ضروری به نظر می‌رسد. تاکنون روش‌های درمانی زیادی برای بیماران افسرده به کار رفته است، اما درمان مراجع محور[1] روشی است که به تازگی در ایران برای بیماران افسرده مورد توجه قرار گرفته است، این روش درمانی توسط کارل راجرز[2] (۱۹۴۰) بنیان‌گذاری شد، و بر این مفروضه استوار است که درمانجو خود بهترین متخصص احوال خویش است و مردم می‌توانند راه‌حل مشکلات خویش را بیابند و وظیفه درمانگر، تسهیل‌گر این جریان است. درمانگر راه دستیابی درمانجو را در چهارچوب خودبینش‌یابی هموار می‌سازد، به این ترتیب که از راه بازگویی آنچه که از خود درمانجو درباره نیازها و هیجان‌هایش شنیده به خود او به احساسات و هیجاناتش وضوح بخشد. راجرز معتقد بود همدلی، محبت و صداقت مهمترین ویژگی‌های هر درمانگر است. راجرز معتقد است انسان ذاتاً ماهیتی مثبت و رو به جلو به سمت خودشکوفایی دارد و زمانی یک انسان به بدرفتاری روی می‌آورد، که روانش آزرده است (قربان‌پور لنفجانی، ۱۴۰۰). انسانی که احساس ارزشمندی نماید به واسطه ارزشمندی خودش می‌تواند با چالش‌های زندگی مقابله نماید، شکست‌ها و غمگینی‌ها را تحمل نماید و نسبت به مردم نیز گشوده خواهد ماند (اسماعیل و تکه[3]، ۲۰۱۵). یکی از مهمترین خصوصیات شیوه درمان مراجع محور راجرز توجه به ویژگی‌های ماهیت انسان است که این عقیده با اعتقاد فروید و رفتارگرایان کاملاً متفاوت است. در این شیوه درمانی این عقیده وجود دارد که انسان اصولاً منطقی، اجتماعی، پیش‌رونده و واقع‌بین است. عواطف اجتماعی نظیر حسادت، خصومت و ... نیز وجود دارند و در جریان درمان ظاهر می‌شوند، اما به اعتقاد پیروان این نظریه، این‌ها کشش‌های مبتنی بر طیب خاطر نیستند که الزاماً به کنترل آن‌ها اقدام شود، بلکه عکس‌العمل‌هایی در قبال ناکام ماندن کشش‌های اساسی‌تری نظیر عشق و محبت، احساس تعلق، احساس امنیت و ... هستند. لذا انسان اصولاً همکاری کننده، سازنده و قابل اعتماد است و چنانچه در او مقاومتی موجود نباشد، عکس‌العمل‌هایش مثبت، پیش‌رونده و سازنده خواهد بود. بنابراین، نیازی نیست که نگران کنترل کشش‌های ضد اجتماعی و خصومت‌آمیز باشیم، چرا که انسان موجودی است که خودش نیازهایش را منظم و متعادل می‌کند. انسان این توانایی و تمایل را دارد که آگاهانه عوامل ناسازگاری روانیش را تجربه کند و از حالت ناسازگاری به حالت سازگاری روانی به پیش رود (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۴۰۰). از جمله پژوهش‌های محدودی که در زمینه درمان مراجع محور راجرز انجام شده است می‌توان به پژوهش مک‌گی[4] و همکاران (۲۰۲۰) و هاشم پور و بحرینان (۱۳۹۷) اشاره کرد که به این نتیجه رسیدند که درمان مراجع‌محور راجرز باعث کاهش علائم افسردگی می‌شود. باگودو[5] (۲۰۰۹) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که درمان مراجع محور می‌تواند تأثیر مؤثری بر خودپنداره داشته باشد. مک لین[6] و همکاران (۲۰۱۵) درمان مراجع محور راجرز را از جمله روش‌هایی می‌دانند که علائم استرس پس از سانحه[7] (PTSD) را کاهش داده و باعث افزایش تحمل پریشانی و کاهش افسردگی می‌شود.

در باب اهمیت و ضرورت پژوهش باید بیان کرد که تا به امروز روش‌های درمانی مختلفی بر روی افراد دارای علائم افسردگی صورت گرفته اما درمان مراجع محور راجرز به عنوان یکی از درمان‌های مکتب انسان‌گرایی از جمله روش‌هایی است که در ایران کمتر به آن پرداخته شده است. با توجه به اینکه افسردگی شایع ترین بیماری روانی قرن شناخته شده لذا جامعه این پژوهش افراد دارای علائم افسردگی انتخاب شدند تا تأثیر روش درمانی مراجع محور بر روی خودانگاره و تحمل پریشانی این افراد بررسی شود. در این روش درمانی، به مراجعان در رشد شخصی کمک می‌شود و درمانگر یک محیط حمایتی ایجاد می‌کند که در آن مراجع می‌تواند هویت خود را تقویت و گسترش دهد (فیروزبخت، ۱۴۰۲). لذا هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مراجع‌محور راجرز بر خودانگاره و تحمل پریشانی زنان با علائم افسردگی بود.

1 . Client-centered therapy
2 . Carl Rogers
3 . Ismail & Tekke
4. McGhee
5 . Bagudu
6 . McLean
7 . Post-traumatic Stress Disorder

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]

روش

این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون_ پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی زنان کارگر در شرکت خیاطی واقع در شهرک صنعتی یزد در سال ۱۴۰۱ (جمعاً ۶۰ نفر با دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵) بود. به منظور بررسی افسردگی آنان از سیاهه افسردگی بک استفاده شد که براساس این پرسشنامه نمره ۲۱ و بالاتر نشان‌دهنده افسردگی متوسط تا شدید است. از جامعه پژوهش ۴۲ نفر نمره بالاتر از متوسط در این پرسشنامه به دست آوردند که از بین این تعداد ۳۰ نفر که ملاک های ورود به پژوهش را داشتند به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود در پژوهش؛ کسب حداقل نمره ۲۱ در پرسشنامه افسردگی بک، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم شرکت در جلسات مشابه درمان مراجع محور و ملاک‌های خروج، غیبت بیش از دو جلسه، عدم همکاری و نوشتن و انجام ندادن تکلیف در هر جلسه بود. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل؛ رضایت آگاهانه، اصل رازداری، و محرمانه بودن اطلاعات شخصی بود. در نهایت، داده‌ها با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۲۶ و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار سنجش

سیاهه افسردگی بک ۲[1] (BDI-II): سیاهه افسردگی، توسط بک و همکاران (۱۹۹۲) به منظور سنجش شدت افسردگی در بزرگسالانی که تشخیص اختلال افسردگی را دریافت کرده‌اند، طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۲۱ سوال می باشد و بر اساس طیف چهار گزینه‌ای لیکرت با سوالاتی مانند (احساس می کنم امیدی به آینده نیست و اوضاع فقط بدتر می شود.) به سنجش افسردگی می‌پردازد. امتیاز صفر تا ۲۱ نشان دهنده افسردگی خفیف، امتیاز ۲۱ تا ۴۲ افسردگی متوسط و ۴۲ تا ۶۳ نشانگر افسردگی شدید است. بک و همکاران (۱۹۹۶) روایی همگرایی این سیاهه را از طریق اجرای همزمان آن با پرسشنامه ناامیدی بک (۱۹۸۸)، ۰/۶۸ و پایایی آن از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آوردند. قاسم زاده و همکاران (۲۰۰۵) ضریب همبستگی این سیاهه را با پرسشنامه افکارخودآیند (ATQ)[2] ۰/۷۷ به دست آوردند که روایی این پرسشنامه را نشان می‌دهد. فولادوند (۱۴۰۲) پایایی این سیاهه را با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳ به دست آورد. در این پژوهش آلفای کرونباخ به دست آمده ۰/۷۳ بود.

پرسشنامه خودپنداره راجرز[3] (RSS): این پرسشنامه در سال ۱۹۵۷ توسط کارل راجرز به منظور سنجش میزان خودپنداره افراد تهیه شده که شامل دو فرم جداگانه «الف» و «ب» است، فرم «الف» خودپنداره پایه یعنی آن گونه که فرد خودش را می‌بیند و تصوری که در حال حاضر از خودش دارد را می‌سنجد و فرم «ب» خویشتن انگاره ایده آل یا آرمانی را مورد سنجش قرار می‌دهد؛ یعنی آن گونه که فرد آرزو دارد باشد. در هر فرم ۲۵ صفت قطبی (مثبت و منفی) قرار داده شده است. آزمودنی ابتدا باید به فرم «الف» و سپس «ب» پاسخ دهد. فرم الف را با توجه به تصویری که از خصوصیات و صفات خود دارد، تکمیل می‌کند و فرم «ب» باید بر اساس آرزوها و ایده آل هایش تکمیل شود. طرز تکمیل سوالات به این شکل است که در برابر هر صفت متضادش هم نوشته شده، آزمودنی باید خود را با توجه به آن دو صفت ارزیابی کند و به خودش نمره‌ای بین ۱ تا ۷ دهد. در نهایت در این تحقیق خودپنداره از طریق آزمون راجرز به دست آمده که خودپنداره مثبت و عادی ۰-۷ خودپنداره منفی نمره ۷ به بالا را شامل است. در پژوهش برندت[4] (۲۰۰۸) روایی سازه با تحلیل عاملی تأییدی ۰/۸۲ و پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۶۷ به دست آمد. در داخل کشور در پژوهش معطری و همکاران (۱۳۸۴) روایی همزمان فرم "الف" و "ب"، ۰/۸۱ و آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ به دست آمد. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ محاسبه شده توسط پژوهش گر ۰/۷۹ بود.

پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی[5] (DTS): مقیاس تحمل پریشانی، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شد و دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس، تحمل (سوالات ۱، ۳، ۵)، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی (سوالات ۲، ۴، ۱۵)، ارزیابی یا برآورد ذهنی پریشانی (سوالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲) و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی با سوالات ۸ ، ۱۳ و ۱۴ است. شیوه نمره گذاری این پرسشنامه بر روی یک مقیاس پنج درجه ای (۱: کاملاً موافقم؛ ۲: اندکی موافقم؛ ۳: نه

1 . Beck Depression Inventory – II (BDI-II)
2 . Automatic Thought Questionnaire (ATQ)
3 . Rogers' self-concept Scale (RSS)
4 . Ybrandt
5 . Distress Tolerance Scale (DTS)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]

موافق و نه مخالف؛ ۴: اندکی مخالفم و ۵: کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. که هر یک از این گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ امتیاز دارند. ۶ عبارت به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالاست. برای بدست آوردن تحمل پریشانی کلی نمره تمام سؤالات با هم جمع می‌شود. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) پایایی این پرسشنامه با ضرایب آلفای کرونباخ را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آوردند. آن‌ها همچنین گزارش کرده‌اند روایی تفکیکی این مقیاس با زیر مقیاس‌های وضعیت خلق منفی و مثبت پرسشنامه وضعیت خلق عمومی کلارک و واتسون[1] (۱۹۹۱) ۰/۵۹ و ۰/۲۶ است. در ایران، علوی و همکاران (۱۳۹۰) پایایی همسانی درونی ۰/۷۱ را برای این مقیاس به دست آوردند. کلیشادی و یزدخواستی (۱۳۹۵) نیز در پژوهش خود ضریب روایی همزمان ۰/۳۲ برای این پرسشنامه را با پرسشنامه هوش اخلاقی به دست آوردند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

درمان مراجع محور راجرز: این پروتکل در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای ۱ جلسه) بر روی گروه آزمایش انجام شد، در حالی که گروه کنترل تحت هیچ درمانی قرار نگرفتند.

جدول ۱- جلسات درمان مراجع محور راجرز براساس کتاب مشاوره و روان‌درمانی مراجع‌محوری (۱۳۸۲)

جلسات	محتوا/هدف
اول	هدف: عدم مقاومت مراجعان در برابر بررسی خویش یا ابراز خویشتن و عدم آشفتگی آشنایی با اهداف و قوانین؛ برقراری ارتباط بصورت صوری در این جلسه شرح مشکل از زبان مراجعان صورت می‌گیرد و به بررسی ابعاد مشکل از لحاظ فردی خانوادگی و اجتماعی پرداخته می‌شود. آموزش آرمیدگی، حمایت از ابراز احساسات و گوش دادن فعال توسط تسهیل‌گر انجام می‌گردد.
دوم	هدف: توصیف و شرح احساسات گذشته و ابراز احساسات منفی مرور و بررسی جلسه قبل. ایجاد احساس پذیرفته شدن بیشتر و در نتیجه رابطه نزدیکتر، صحبت کردن در ارتباط با مسائل و حالات درونی افراد؛ در این مرحله احساسات آزادتر می‌شود، پذیرش مسئولیت درمان توسط اعضا، کشف تاثیر تجربیات گذشته در وضعیت کنونی و تشویق به احترام مثبت به یکدیگر انجام می‌پذیرد.
سوم	هدف: بررسی و ابراز اطلاعات شخصی معنادار و بیان آنی احساسات میان فردی در گروه مرور و بررسی جلسه قبل. بیان تجربیات در ارتباط با قدرت تحمل، سخت‌کوشی و مسائل اجتماعی؛ بیشتر مسائل بصورت احساس و رنجی که برده اند بیان می‌کنند. در اینجا اعضا شروع به تجربه آزاد در گروه می‌کنند، به بیان تجربیات بدون توجه به قضاوت‌های بیرونی می‌پردازند و به واقعی و اصیل بودن احساسات توجه می‌شود.
چهارم	هدف: توسعه ظرفیت شفابخشی گروه و پذیرش خویشتن (خودپذیری) و آغاز تغییر مرور و بررسی جلسه قبل. اشخاص بیشتر راجع به خود صحبت می‌کنند. انگیزه هایشان را مطرح می‌کنند و از خود می‌گویند. درمانگر دیدگاه‌های مراجعان را به سوی کارآمدی و تجربیات مثبت سوق می‌دهد. اعضا از مقاومت دست می‌کشند و آماده تغییر می‌شوند و درک و ارتباط مؤثر بین اعضا افزایش پیدا می‌کند.
پنجم	هدف: کنار زدن نقاب و بازخورد و روبرو شدن با ناهمخوانی‌های درونی مرور و بررسی جلسه قبل. بیان احساسات و افکاری که در زیر فشار مجبور به انجام و یا طفره از آن شده اند. در این مرحله ارتباط درونی فرد با احساسات خود بسیار نزدیکتر و دقیقتر می‌شود و اعضا به خود افشایی عمیق‌تر می‌پردازند و همچنین اعضا تجربه خود از دیگری و تأثیری که از همدیگر در گروه می‌گیرند را به هم می‌گویند.
ششم	هدف: رویارویی، تاکید بر معنابخشی زندگی توسط خود، تغییر رفتار و رابطه کمکی خارج از جلسات گروه مرور و بررسی جلسه قبل. آموزش تغییر نگاه و نگرش مراجعان به مشکلاتشان، کشف مشکل در درون خود فرد نه در عوامل بیرونی. درمانگر تلاش می‌کند به کمک فرد در متن مشکل پیش رود. در اینجا اعضا نه فقط بازخورد می‌گیرند بلکه با بازخورد دیگران رودررو شده و تعاملات عمیق‌تری شکل می‌گیرد.
هفتم	هدف: رویارویی اساسی و احساس ثبت و احساس نزدیکی مرور و بررسی تکالیف و بازخورد توسط اعضا. در این مرحله مراجعان به این احساس می‌رسند که حل مشکل را یک موفقیت تلقی کنند که باعث اعتماد به نفس می‌شود. ارتباط و پیوستگی ساختارهای شخصیت ایجاد می‌گردد، انطباق پذیری در مسیر سلامت روانشناختی واقعی ایجاد می‌گردد. تعهد و پایبندی به هدف بازنمایی می‌شود.

1 . Clark & Watson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]

هشتم	هدف: تغییر رفتار در این مرحله مراجعان کاملاً مسائل خود را با درمانگر در میان می‌گذارند و همچنین اعضا رفتار تازه را درگروه آزمایش کرده و به زندگی روزمره منتقل خواهد کرد. مراجعان در این مرحله به آموزش و اجرای مسائل زیر می‌پردازند مسائل و مشکلات بیان شده را خود تحلیل می‌کنند مراجعان یاد می‌گیرند با دلیل از حق خود دفاع کنند یاد می‌گیرند از رفتار دیگران برداشت صحیح کنند بازشناسی نحوه دقیق و فزاینده تضادها و ناهماهنگی‌های درون خویشتن

یافته ها

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری از قبیل میانگین، انحراف استاندارد نمرات متغیرهای اصلی پژوهش خودانگاره و تحمل پریشانی در دو گروه آزمایش و کنترل است. اطلاعات جمعیت شناختی در گروه نمونه نشان داد که میانگین سن گروه آزمایش ۳۲/۶۶ و انحراف معیار ۶/۵۳ است و در گروه کنترل میانگین ۳۴/۹۳ و انحراف معیار ۶/۱۴ بود. میانگین نمره افسردگی بک در گروه آزمایش ۲۲/۷۳ و انحراف استاندارد ۱/۹۸ و در گروه کنترل میانگین ۲۲/۴۰ و انحراف معیار ۲/۵۲ بود. در ادامه در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون نشان داده شده است.

جدول ۲-آماره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون خودانگاره و تحمل پریشانی در گروه آزمایش و کنترل

گروه	متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	خودانگاره	پیش آزمون	۱۵	۶/۸۴۲	۲/۰۱۳
		پس آزمون	۱۵	۹/۸۰	۱/۳۹۲
کنترل	خودانگاره	پیش آزمون	۱۵	۱۰/۰۳۶	۲/۳۶۷
		پس آزمون	۱۵	۹/۷۸	۲/۱۷۶
آزمایش	تحمل پریشانی	پیش آزمون	۱۵	۲۹/۰۶۶	۶/۰۵۲
		پس آزمون	۱۵	۳۸	۴/۸۴
کنترل	تحمل پریشانی	پیش آزمون	۱۵	۲۹/۸۰	۷/۸۰
		پس آزمون	۱۵	۲۸/۹۳	۶/۶۰

همانطور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، میانگین گروه آزمایش در پیش‌آزمون تا پس آزمون بهبود یافته است. این بهبود در متغیر خودانگاره و تحمل پریشانی به صورت مثبت بوده است. بنابراین تفاوت بین دو گروه در مرحله پس‌آزمون به نفع گروه‌های آزمایش است.

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. لذا قبل از انجام تحلیل، مفروضات آزمون مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلکز مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از برقراری این مفروضه بود ($P<۰/۰۵$). همچنین مفروضه ارتباط خطی در پیش آزمون و پس آزمون برقرار بود. از سویی برای بررسی برابری ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برقرار است ($P=۰/۷۲۳$، $F=۰/۴۴۲$، Mباکس $=۱/۴۳۷$). علاوه برآن به منظور بررسی یکسانی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که این میزان برای متغیر خودانگاره ($P=۰/۱۰۷$ و $F_{(28,1)}=۲/۷۷۵$)، و برای تحمل پریشانی ($P=۰/۱۸۳$ و $F_{(28,1)}=۱/۸۶۰$) بدست آمد. همچنین مفروضه همگنی شیب رگرسیون نیز انجام شد که این میزان برای متغیر خودانگاره ($P=۰/۷۱۰$ و $F=۰/۱۴۲$) و برای متغیر تحمل پریشانی ($P=۰/۲۰۸$ و $F=۱/۶۶۷$) بوده است. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۳ قرار دارد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	درجات آزادی فرضیات	درجات آزادی خطا	سطح معنی-داری	مجذور اتا	توان آزمون
اثر پیلایی	۰/۸۶۴	۷۹/۲۹۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۶۴	۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۳۶	۷۹/۲۹۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۶۴	۱
اثر هتلینگ	۶/۳۴۴	۷۹/۲۹۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۶۴	۱
بزرگ‌ترین ریشهٔ روی	۶/۳۴۴	۷۹/۲۹۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۶۴	۱

بر اساس جدول ۳، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری حکایت از تفاوت معناداری در نمرات دو گروه داشت .همچنین در دو ستون آخر جدول نتایج نشان داده است که چند درصد از واریانس متغیرهای پژوهش، به وسیله متغیر گرو هبندی تبیین شده است و توان کلی آزمون به چه میزان است. از این رو نتایج حاکی از آن است که بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش تفاوت معنی داری وجود دارد. به منظور مشخص شدن این تفاو ت نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در ادامه ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره جهت بررسی تأثیر درمان مراجع محور در مرحله پس‌آزمون

متغیر		مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معنی‌داری	میزان تأثیر
خودانگاره	پیش‌آزمون	۷۰/۸۶۱	۱	۷۰/۸۶۱	۴۲/۷۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲۲
	گروه	۵۷/۴۴۴	۱	۵۷/۴۴۴	۳۴/۶۴۶	۰/۰۰۱	۰/۵۷۱
	خطا	۴۳/۱۰۹	۲۶	۱/۶۵۸	-	-	-
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۷۹۰/۹۳۶	۱	۷۹۰/۹۳۶	۱۶۲/۲۳۰	۰/۰۰۱	۰/۸۶۲
	گروه	۶۹۲/۴۰۶	۱	۶۹۲/۴۰۶	۱۴۲/۰۲۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴۵
	خطا	۱۲۶/۷۶۱	۲۶	۴/۸۷۵	-	-	-

با توجه به جدول ۴، بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ معنی‌داری در متغیر خودانگاره و تحمل پریشانی تفاوت معنی‌دار وجود دارد (P<۰/۰۱). بنابراین با مشاهده یافته های توصیفی و نتایج درمان مراجع محور می توان گفت که درمان مراجع محور توانسته است بر خودانگاره و تحمل پریشانی افراد نمونه مؤثر باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مراجع محور راجرز بر خودانگاره و تحمل پریشانی زنان با علائم افسردگی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مراجع محور راجرز بر خودانگاره زنان با علائم افسردگی مؤثر است، که این نتایج با یافته‌های مک‌گی و همکاران (۲۰۲۰) و هاشم پور و بحرینان (۱۳۹۷) و باگودو (۲۰۰۹) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان اذعان کرد که از آنجایی که زنان افسرده نگرش منفی نسبت به خود، زندگی و آینده دارند، دارای خودانگاره منفی هستند. با توجه به اینکه راجرز معتقد است، خودانگاره از طریق روابط اجتماعی کسب می‌گردد و در واقع شخص، خود را بر اساس آنچه سایرین تصور می‌کنند می‌بینند نه براساس آنچه خودش احساس می‌کند (خدایی و همکاران، ۱۳۹۴). بنابراین درمان مراجع محور راجرز به مراجعان در رشد شخصی کمک می‌کند تا در طی جلسات درمان یک محیط حمایتی ایجاد شود که در آن شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند تا مسائل و مشکلات بیان شده را خود تحلیل کنند و از رفتار دیگران برداشت صحیح داشته باشند تا با بازشناسی نحوه دقیق و فزاینده تضادها و ناهماهنگی‌های درون خویشتن، هویت خود را تقویت و خودانگاره مثبت خویش را گسترش دهند. درمانگر در این روش تلاش می‌کند تا تجربیات افراد را از دیدگاه خودشان درک کند. این روش باعث افزایش توانایی درک بهتر احساسات مراجع می‌شود. این رویکرد می‌تواند به مراجع کمک کند تا با ارزش‌های درونی خود ارتباط برقرار کند، بنابراین به افراد این امکان را می‌دهد تا راه خود را برای پیشرفت پیدا کنند و بتوانند احساس خوبی نسبت به خود و توانمندی‌های خود داشته باشند (هاشمی‌پور و بحرینیان، ۱۳۹۸).

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]

از سویی دیگر نتایج نشان می‌دهد که درمان مراجع‌محور راجرز بر تحمل پریشانی زنان با علائم افسردگی مؤثر بوده است. با توجه به پژوهش‌های اندکی که در این رابطه وجود داشته نتایج این پژوهش با پژوهش هاشم پور و بحرینان (۱۳۹۷) و مک لین و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که تحمل پریشانی متغیری برای تفاوت فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند. زنان افسرده از سطح پایینی در تحمل پریشانی برخوردارند. درمان مراجع محور، حس توانمندی مراجعان در مقابله با رویدادهای منفی و تحمل هیجانات رنج‌آور را افزایش می‌دهد. هدف این درمان ایستادگی بیماران در مقابله با احساسات هیجانی، جسمانی و آشفتگی‌ها و پریشانی‌ها است تا اینکه بتوانند آستانه تحمل خود را بالا ببرند و درگیر بی نظمی رفتاری نشوند. این رویکرد با اجازه دادن به افراد در کشف و استفاده از نقاط قوت و هویت شخصی خود، رشد و روابط شخصی مراجع را تسهیل می‌کند (فیروزبخت، ۱۴۰۲).

به طور کلی درمان مراجع محور راجرز به مراجع کمک می‌کند تا بین خود ایده آل و خود واقعی تعادل برقرار کند؛ به درک و آگاهی بهتر دست یابد؛ احساس ناامنی و گناه را کنار بگذارد؛ اعتماد به نفس او افزایش پیدا کند. همچنین فرد این توانایی را کسب می‌کند که بتواند با تمام قدرت با مشکلات زندگی مقابله کند. این امر از طریق پذیرش خود به دست می‌آید. اگر مراجعان خودپذیری داشته باشند، می توانند دوباره با تجارب خود ارتباط برقرار کنند؛ بنابراین این درمان توانسته بر خودانگاره منفی و تحمل پریشانی زنان افسرده تأثیر بگذارد و به زنان افسرده کمک کند تا تحمل مشکلات را در خود بالا برده و بتوانند توانمندتر شوند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلب و وجود شرایط خاص جهت انتخاب آزمودنی‌ها، تعداد پایین حجم نمونه و عدم توانایی کنترل سایر متغیرهای زندگی افراد همچون؛ وضعیت اقتصادی، شغل و عوامل استرس زا و نداشتن دوره پیگیری بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی از روش نمونه‌گیری تصادفی، کنترل متغیرهای مداخله‌گر، استفاده از ابزارهای چون مصاحبه و مشاهده استفاده شود و وضعیت اقتصادی، محل زندگی، سابقه بیماری در نظر گرفته شود و بر روی هر دو جنس انجام شود. با توجه به اینکه این پژوهش به بررسی اثربخشی درمان مراجع محور راجرز بر خودانگاره و تحمل پریشانی صورت گرفت پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان بر خودارزشمندی، عزت نفس و شادکامی نیز صورت گیرد.

منابع

البرزی، ژ.، و دشت بزرگی، ب. (۱۳۹۷). بررسی مقایسه خودپنداره دانشجویان رشته‌های مختلف شاغل به تحصیل در دانشکده پرستاری مامایی اهواز، *فصلنامه‌ی مرکز مطالعات و توسعه‌ی آموزش علوم پزشکی*. ۹(۴)، ۲۵۳-۲۴۴. https://edj.ajums.ac.ir/article_87043.html.

جعفرزاده داشبلاغ، ح. (۱۳۹۶). رابطه خودپنداره بدنی و تحریف‌های شناختی با بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی در بیماران مبتلا به افسردگی، *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*. ۴(۲)، ۹۵-۸۳. http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-346-fa.html

خدابخشی کولایی، آ.، میرحسینی، س.، فلسفی‌نژاد، م.، و ثناگو، ا. (۱۳۹۷). بررسی تفاوت سرمایه روان‌شناختی و تحمل پریشانی در زنان یائسه با و بدون نشانگان افسردگی، *نشریه پژوهشی تحلیلی دانشگاه الیگودرز*. ۹ (۱) ۸۸-۸۰.http://ndhj.lums.ac.ir/article-1-187-fa.html

خدایی، ر.، بزازیان، س.، و جعفری، ا. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تحلیل ارتباط محاوره‌ای در خودپنداره و عاطفه مثبت و منفی زنان، *مطالعات زن و خانواده*. ۳(۲)، ۲۰۳-۱۸۵. http://doi.org/10.22051/jwfs.2016.2212

راجرز، ک. ر. (۱۹۷۰). *مشاوره و روان‌درمانی مراجع-محوری*، ترجمه احمدی قلعه، ع. (۱۳۸۲)، نشر: فرا روان.

زمانی فروشانی، ز.، دوکانه‌ای فرد، ف.، و نیکنام، م. (۱۴۰۱). اثربخشی معنادرمانی به روش آنلاین در خودپنداره و پریشانی روانشناختی زنان مراجعه کننده به فرهنگسرای خاوران، *رویش روانشناسی*. ۱۱(۸)، ۷۸-۷۰. http://frooyesh.ir/article-1-4145-fa.html

سرلک، م.، حیدری، ح.، غفاری، خ.، و داوودی، ح. (۱۴۰۱). تبیین بهزیستی روانشناختی در زنان مطلقه بر اساس نظریه مزلو: نقش سلامت عمومی، بحران مالی، حمایت اجتماعی و خودپنداره، *نشریه رویش روانشناسی*، ۱۱(۸)، ۱۴۲-۱۳۱. http://frooyesh.ir/article-1-3633-fa.html

شفیع‌آبادی، ع.، و ناصری، غ. (۱۴۰۰). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*، تهران: مرکز نشر دانشگاهی.

عباسی، ن.، و زهراکار، ک. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان عقلانی- هیجانی- رفتاری به شیوه گروهی بر کیفیت زناشویی و صمیمیت زناشویی در زنان متاهل، *هشتمین کنفرانس بین المللی روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی*. https://civilica.com/doc/1202641

قربان‌پور لنفجانی، ا. (۱۴۰۰). نقد مبانی انسان‌شناختی نظریه مراجع محور کارل راجرز با نگرش به منابع انسانی، *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*. ۱۲(۴۷)، ۹۶-۴۷.https://doi.org/10.22054/qccpc.2021.53146.2448

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]

کلیشادی، ف.، و یزدخواستی، ف. (۱۳۹۵) تأثیر ادراک طرد- پذیرش و کنترل والدین بر هوش اخلاقی و تحمل پریشانی، *راهبرد فرهنگ*. ۳۳، ۱۷۰-۱۵۵. https://www.jsfc.ir/article_15196.html

کارل، ش. *نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره (نظریه، عمل و تحقیق)*، ترجمه: فیروزبخت، م. (۱۴۰۲). نشر: ویرایش.

هاشمی پور، س.، و بحرینیان، س. (۱۳۹۷). تأثیر درمان مراجع-محور بر اختلال فشار روانی و افسردگی در زنان قربانی تجاوز شهر بندرعباس، *مجله طب پیشگیری*. ۶(۱) ۶۱-۵۳. http://jpm.hums.ac.ir/article-1-337-fa.html

Abhar Zanjani, F. A., ToozadehJani, H., & Amani, P. (2022). The effectiveness training skills based on quality of life on hostility attribution and distress tolerance in students with Obsessive -compulsive disorder. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, *24*(2), 75 -82. https://jfmh.mums.ac.ir/article_19938_9b5337e01973fb68ef20adedacef2aef.pdf

Ames, M. A., Robillard, C. L., Ryan, J., Merrin, G., & Turner, B. (2023). Reciprocal associations between physical activity, physical self-concept, somatic symptoms, and depression from adolescence to young adulthood: Disaggregating within- and between-person effects, *Mental Health and Physical Activity*. *24*, 100513. https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2023.100513

Bagudu, A. (2009). *Effects of the application of therapeutic conditions of client-centered therapy on the self concept armed robbers in kaduna cental prisons*, Publisher: Zaria: Dept of Education. http://catalog.abu.edu.ng/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=70082

Chris, Ch., & Mark, A. (2018). Ferro.Comparing Self-Concept among Youth Currently Receiving Inpatient versus Outpatient Mental Health ServicesJ Can Acad Child Adolesc Psychiatry. *Jan;* *27*(1):69–74. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29375635/

Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhan, N. (2005). Psychometric properties of a persian language version of the beck depression inventory second edition: BDI -II -Persian. *Depression and Anxiety*, *21*(4), 185 -192. https://doi.org/10.1002/da.20070

Ismail, N. A. H. & Tekke, M. (2015). Rediscovering Rogers's self-concept and personality. Journal of Educational, *Health and Community Psychology*, *4(*3), 28-36. https://www.researchgate.net/publication/286456614_Rediscovering_Rogers%27s_Self_Theory_and_Personality

Jiang, Y., Zhu, D., Huang, X., Li, Y., Chen, Y., Jiang, Y., Wang, W., Guo, L., Chen, Y., Liao, Y., Liu, Y., Zhang, H., Le, G., McIntyre, R., Fan, B., & Lu, C. (2024). Associations between somatic symptoms and remission of major depressive disorder: A longitudinal study in China, *Journal of Psychiatric Research. 29*, 150-157. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.02.056

Lass, A. N. S., & Winer, E. S. (2020). Distress tolerance and symptoms of depression: A review and integration of literatures. *Clinical Psychology Science and Practice, 27*(3). https://doi.org/10.1037/h0101778

Liu, L., Han, Y., Lu, Z (2022). The relationship between perfectionism and depressive symptoms among Chinese college students: The mediating roles of self-compassion and impostor syndrome. *Current Psychol ogy.42* (1), 1-9. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03036-8

Martens, S. A. & Badger, T. (2023). SELF-CONCEPT development of school-aged children with congenital upper limb differences: A mixed-methods study, *Int J Orthop Trauma Nurs. 21* (52), 101066. http://doi.10.1016/j.ijotn.2023.101066.

McGhee, J., Wilkerson, K., MSN, N. P., Sharma, D., Frieden, G., & Kassim, A. (2020). Decreased Hospitalizations and Improved Health-Related Outcomes Using Client-Centered Therapy in Adults with Sickle Cell Disease with High Health Care Utilization, *Hemoglobinopathies, Excluding Thalassemia-Clinical. 136*(1), 3-4. https://doi.org/10.1182/blood-2020-143278

McLean CP, Su Y-J, Carpenter JK, Foa EB. (2015). Changes in PTSD and depression during prolonged exposure and client-centered therapy for PTSD in adolescent, *Journal Clin Child Psychol. 46* (4), 500-510. http://doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.008

Paltiel FL. (2018). *Women's mental health: a global perspective.* The Health Of Women: Routledge. p. 197-216.

Parise, M., Pagani, A. F., Donato, S., & Sedikides, C. (2019). Self-concept clarity and relationship satisfaction at the dyadic level, *Personal Relationships. 26*(1), 54-72. https://doi.org/10.1111/pere.12265

Ranney, R., Zakeri, S. E., Kevorkian, S., Rappaport, L., Chowdhury, N., Amstadter, A., Dick, D., & Berenz, E. C. (2021). Investigating relationships among distress tolerance, PTSD symptom severity, and alcohol use. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 43*(2), 259 –270. https://doi.org/10.1007/s10862-020-09842-3

Simons, J.S., Gaher, R.M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. *Motiv Emot. 29*, 83 – 102. https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3

Veilleux, J. C. (2023). A Theory of Momentary Distress Tolerance: Toward Understanding Contextually Situated Choices to Engage With or Avoid Distress. *Clinical Psychological Science, 11*(2), 357-380. https://doi.org/10.1177/21677026221118327

Xu, Q., Li, S., & Yang, L. (2019). Perceived social support and mental health for college students in mainland China: the mediating effects of self-concept. *Psychology, health & medicine. 24*(5): 595-604. https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1549744

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]

Yanjuan, L., Ruilin J., Stefan, G. H., Wingsze, Ch., Ye Guana , Yu Leng a , Xinghua, L. (2023). Distress tolerance as a mechanism of mindfulness for depression and anxiety: Cross-sectional and diary evidence, *International Journal of Clinical and Health Psychology*. *2*3, 2-9. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2023.100392.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]