رویش روان شناسی، سال ۱۳، شماره ۷، شماره پیاپی ۱۰۰، مهر ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(7), 2024

اثربخشی پارادوکس درمانی بر اضطراب و استحکام من مادران دارای نوزاد نارس

The effectiveness of paradox therapy on the anxiety and ego strength of mothers with premature babies

نازیلا سعیدی نژاد
دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی عمومی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.
دکتر الهام فروزنده (نویسنده مسئول)
دانشیار، گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.
دکتر محمدعلی بشارت
استاد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
دکتر مرجان نیکورز
استادیار طب نوزادی و پیرامون تولد، گروه بیماری های کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
دکتر سید مصطفی بنی طبا
استادیار گروه علوم پایه، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی پارادوکس درمانی بر اضطراب و استحکام من مادران دارای نوزاد نارس انجام شد. پژوهش حاضر نیمه-آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگری یک و سه ماه بود. جامعه آماری این مطالعه مادران دارای نوزاد نارس مراجعه کننده به بیمارستان افضلی‌پور کرمان در سال ۱۴۰۲ بودند. ۶۰ نفر از مادران به روش در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) جایگزین شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس افسردگی اضطراب استرس-۲۱ (DASS-21؛ لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵) و مقیاس استحکام من (ESS؛ بشارت، ۱۳۹۵) استفاده شد. پس از اجرای پیش‌آزمون گروه آزمایش در طی ۴ جلسه تحت مداخله پارادوکس درمانی بشارت قرار گرفت؛ سپس از هر دو گروه پس‌آزمون و پیگیری در دو نوبت دریافت شد. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد. یافته‌ها نشان داد که نمره اضطراب در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل از پیش‌آزمون تا پیگیری کاهش معناداری داشته است (P<۰/۰۵)؛ اما در مقابل نمره استحکام من از پیش‌آزمون تا پیگیری افزایش معناداری نسبت به گروه کنترل داشته است (P<۰/۰۵). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که پارادوکس درمانی یک مداخله موثر بر کاهش اضطراب و افزایش استحکام من در مادران دارای نوزاد نارس بود.

واژه‌های کلیدی: *استحکام من، پارادوکس درمانی، نوزاد نارس، اضطراب.*

Nazila Saeedinejad
PhD student in general psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran.
Dr. Elham Foroozandeh*
Associate Professor in Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran.
Elham_for@yahoo.com
Dr. Mohammad Ali Besharat
Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.
Dr. Marjan Nikvarz
Assistant Professor of Pediatrics Neonatology, Department of Pediatrics, School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
Dr. Seyed Mostafa Bani Taba
Assistant Professor, Department of Science, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran.

Abstract

This study was conducted to determine the effectiveness of paradox therapy on anxiety and ego strength in mothers with premature babies. The present study was a semi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group and a follow-up of one and three months. The statistical population of this study was mothers with premature babies referred to Afzalipour Hospital in Kerman in 2023. 60 mothers were selected by the available method and replaced by simple random in two experimental (30 people) and control (30 people) groups. To collect data, the Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21; Lovibond and Lovibond, 1995) and My Strength Scale (ESS; Besharat, 2015) were used. After conducting the pre-test, the experimental group was subjected to the paradox therapy intervention of Bisharat during 4 sessions; Then, post-test and follow-up were received from both groups on two occasions. Data analysis was done by repeated measurement variance analysis. The findings showed that the anxiety score in the experimental group decreased significantly compared to the control group from pre-test to follow-up (P<0.05); But on the other hand, the ego strength score increased significantly from pre-test to follow-up compared to the control group (P<0.05). In general, it can be concluded that paradox therapy was an effective intervention in reducing anxiety and increasing ego strength in mothers with premature babies.

Keywords: *Ego Strength, Paradox Therapy, Premature Baby, Anxiety.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : شهریور ۱۴۰۳** | **پذیرش: شهریور۱۴۰۳** | **ویرایش نهایی: مهر ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

مقدمه

مادران نوزادان نارس[1] اغلب با طیف وسیعی از چالش‌های روانی روبرو هستند و همچنین ممکن است در حین زایمان دچار آسیب شوند (اولیوریا[2] و همکاران، ۲۰۲۳). مادران نوزادان نارس به دلیل استرس و اضطراب مربوط به سلامت نوزادشان و چالش‌های محیط بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU)[3] در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی پس از زایمان قرار دارند (ژنگین[4] و همکاران، ۲۰۲۳)؛ همچنین عدم اطمینان در مورد سلامت و رشد نوزاد نارس می‌تواند به اضطراب[5] قابل توجهی در مادران منجر شود (گونزالز-هرناندز[6] و همکاران، ۲۰۱۹). این مادران ممکن است خود را به خاطر تولد زودرس نوزادشان سرزنش کنند، حتی اگر این امر به ندرت تحت کنترل آن‌ها باشد (میرا و باستیاس[7]، ۲۰۲۰). تجربه داشتن یک نوزاد نارس و به طور بالقوه شاهد مشکلات آن‌ها در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان می‌تواند برای مادران آسیب‌زا باشد (روسل[8] و همکاران، ۲۰۱۴). برای ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی مهم است که از چالش‌های روانی که مادران نوزادان نارس ممکن است با آن مواجه شوند آگاه باشند و حمایت و منابع مناسب را ارائه دهند.

اضطراب یک واکنش رایج و قابل درک برای مادران دارای نوزاد نارس به دلیل چالش‌های منحصر به فردی است که با آن روبرو هستند. مادران نوزادان نارس اغلب به دلیل عدم اطمینان پیرامون سلامت و رشد نوزادشان، چالش‌های محیط بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان و ترس از اثرات بالقوه درازمدت نارس بودن دچار اضطراب می‌شوند (گونزالز-هرناندز و همکاران، ۲۰۱۹). علائم اضطراب می‌تواند متفاوت باشد، اما ممکن است شامل نگرانی مداوم، بی‌قراری، تحریک‌پذیری، مشکلات خواب، مشکل در تمرکز، و علائم فیزیکی مانند ضربان قلب سریع یا تعریق باشد (نیلز[9] و همکاران، ۲۰۱۵). اضطراب می‌تواند بر توانایی مادر در پیوند با نوزاد، مشارکت در وظایف مراقبتی و تصمیم-گیری در مورد مراقبت از نوزاد تأثیر بگذارد. همچنین ممکن است بر سلامت کلی و توانایی او برای مقابله با استرس ناشی از تولد نوزاد نارس تأثیر بگذارد (کلین و تاس ارسلان[10]، ۲۰۱۷). دریافت حمایت کافی برای مادرانی که نوزاد نارس دارند بسیار مهم است. این می‌تواند شامل دسترسی به متخصصان سلامت روان، گروه‌های حمایتی با سایر والدین نوزادان نارس، و منابعی برای مقابله با اضطراب، مانند تکنیک‌های آرام‌سازی، تمرین‌های ذهن آگاهی و استراتژی‌های مراقبت از خود باشد (کوپالا[11] و همکاران، ۲۰۱۳). برای ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ضروری است که از نظر اضطراب در مادران نوزادان نارس غربالگری کنند و مداخلات مناسب برای حمایت از سلامت روان آن‌ها در این دوران چالش برانگیز ارائه دهند.

علاوه بر توجه به کاهش نشانگان روانشناختی، می‌بایست به توانمندسازی روانشناختی این مادارن نیز توجه نمود، استحکام من[12] یکی از سازه‌های روانشناختی است که به افراد کمک می‌کند استرس‌های درونی و بیرونی را مدیریت کنند، با ناملایمات کنار بیایند و پس از شکست‌ها بهبود یابند. این بخشی از رشد روانشناختی، اجتماعی، عاطفی و فرهنگی یک فرد است و با حس عمیق او از خود مرتبط است (کلی[13]، ۲۰۲۰). استحکام من مفهومی از نظریه روانکاوی است که به ظرفیت فرد برای مدیریت مؤثر خواسته‌های دنیای بیرونی با حفظ احساس یکپارچگی خود اشاره دارد (نونبرگ[14]، ۱۹۴۲). در زمینه مادرانی که نوزادان نارس دارند، استحکام من نقش مهمی در توانایی آن‌ها برای مقابله با چالش‌هایی دارد که با آن‌ها روبرو هستند. چرا که استحکام من افراد را قادر می‌سازد تا در برابر سختی‌ها تاب‌آور باشند. این به آن‌ها کمک می‌کند تا در برابر استرس مقاومت کنند و چالش‌های زندگی را با موفقیت پشت سر بگذارند (قاراهاچوناق[15] و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین ارفرادی که استحکام من قوی دارند بهتر می‌توانند با شرایط غیرمنتظره سازگار شوند و تصمیماتی را به نفع سلامتی خود

1 premature babies
2 Oliveira
3 neonatal intensive care unit (NICU)
4 Zengin
5 anxiety
6 González-Hernández
7 Mira & Bastías
8 Russell
9 Niles
10 Çelen & Taş Arslan
11 Coppola
12 Ego strength
13 Kelly
14 Nunberg
15 Gharahchenagh

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

و اطرافیانشان بگیرند (مارکستروم و مارشال[1]، ۲۰۰۷). بر این اساس اجرای مداخلات روانشناختی برای این مادران از اهمیت بالایی برخوردار است.

با توجه به اینکه مادران نوزادان نارس در معرض افزایش خطر ابتلا به پریشانی روانی، مانند اضطراب، افسردگی، و علائم استرس پس از سانحه هستند. مداخلات روانشناختی می‌تواند حمایت بسیار مورد نیاز را برای این مادران فراهم کند تا با چالش‌های عاطفی که با آن روبرو هستند کنار بیایند (مارتینز-شو و سانچز-ساندوال[2]، ۲۰۲۳). پرداختن به نگرانی‌های روانشناختی در مراحل اولیه می‌تواند به جلوگیری از ایجاد مشکلات طولانی مدت سلامت روان در مادران نوزادان نارس کمک کند. با ارائه به موقع حمایت و مداخلات، ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند خطر مشکلات روانشناختی مداوم را کاهش دهند (فنگ[3] و همکاران، ۲۰۲۱). مداخلات روانشناختی می‌تواند به مادران کمک کند تا با سایر والدینی که با چالش‌های مشابه روبرو هستند ارتباط برقرار کنند و حس اشتراک را تقویت کنند. حمایت همتایان می‌تواند در ارائه درک، همدلی و توصیه‌های عملی ارزشمند باشد. همچنین مداخلات روانشناختی می‌تواند متناسب با نیازهای فردی هر مادر و نوزادش باشد. با ارائه پشتیبانی شخصی، مداخلات می‌توانند در رسیدگی به نگرانی‌های خاص و ارتقای بهزیستی مادر مؤثرتر باشند (سیدی-بیارگ[4] و همکاران، ۲۰۲۰).

در جهت کاهش مشکلات مربوط به حوزه اضطراب، رویکردهای مواجهه‌ای روش درمانی کارآمدتری هستند (کالون[5] و همکاران، ۲۰۱۹). پروتکل مواجهه درمانی به طور سیستماتیک از قرار گرفتن در معرض تخیلی و واقعی برای فعال کردن ساختارهای هیجانی مرتبط با ترومای منفی و ارائه اطلاعات نادرست (عدم عواقب ترسناک) استفاده می‌کند، در نتیجه خاموشی پاسخ‌های ترس شرطی را تسهیل می‌کند. یافته‌های فراتحلیلی نشان می‌دهد که مواجهه منظم و مکرر با محرک‌های ترسناک (مانند موقعیت‌ها، اشیاء و افکار) یک عنصر ضروری برای درمان اضطراب است (بوچولز[6] و همکاران، ۲۰۲۰) و شواهد از کارآزمایی‌های بالینی متعدد از اثربخشی مواجهه درمانی حمایت می‌کند (پیتینگ[7] و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از روش‌های درمانی در حوزه مواجهه درمانی، پارادوکس درمانی (PT)[8] است. این پژوهش از مدل روان درمانی پارادوکسی (PT) برای درمان اضطراب مادران با نوزاد نارس استفاده می‌کند. روان درمانی پارادوکسی یک مدل سیستمی-رفتاری با دو مولفه اساسی است. مولفه اول، "پارادوکس" به تجویز یک علامت یا اختلال رفتاری اشاره دارد. بر اساس این مدل، مراجع باید علائم رفتاری و اختلال را بازسازی کند. به عبارت دیگر، آنها باید همان رفتارها و علائمی را که از آن رنج می‌برند، بازسازی کنند. مؤلفه دوم، وظیفه‌ای است که بر اساس آن بیمار باید همان علامت یا رفتار تجویز شده را در یک زمان معین برای یک دوره معین بازسازی و تجربه کند. ترکیبی از این دو تکنیک درمانی، روان درمانی پارادوکسی را تشکیل می‌دهد (بشارت، ۱۳۹۶). پارادوکس درمانی را می‌توان با به چالش کشیدن ادراک مراجع از خود و تشویق آن‌ها به ایجاد راهبردهای مقابله‌ای جدید برای تقویت استحکام من استفاده کرد؛ چرا که پارادوکس درمانی به جای نقاط ضعف، بر نقاط قوت مراجع تمرکز می‌کند (طاهرنژاد جوزم و همکاران، ۱۴۰۱). پارادوکس درمانی مراجع را تشویق می‌کند تا باورهای محدود کننده خود را به چالش بکشد که در نهایت منجر به افزایش استکام من و هویت پایدارتر می‌شود (تقی‌لو و همکاران، ۱۴۰۱).

پیمان پاک و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی نشان دادند که پارادوکس درمانی و درمان شناختی-رفتاری در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر اثربخش بوده‌اند. همچنین بشارت (۱۳۹۸) در پژوهش دیگری نشان دادند که پارادوکس درمانی نقش موثری بر کاهش اضطراب اجتماعی داشته است. اعتصامی‌پور و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی نشان دادند که پارادوکس درمانی در کاهش اضطراب و علائم روانشناختی و جسمی و نمرات روانشناختی و نمرات ناشی از کووید-۱۹ موثر بوده است. طاهرنژاد جوزم و همکاران (۱۴۰۱) در مطالعه‌ای نشان دادند که پارادوکس درمانی و واقعیت درمانی هر دو بر افزایش استحکام من زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله دارای ضایعه نخاعی موثر بوده است. همچنین تقی‌لو و همکاران (۱۴۰۲) نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد و پارادوکس درمانی بر استحکام من پرستاران موثر بوده است؛ اما پارادوکس‌درمانی بر استحکام من اثربخشی بیشتری از درمان پذیرش و تعهد داشته است. اگر چه در مطالعات پیشین کارایی پارادوکس درمانی بر اضطراب و استحکام من مورد توجه پژوهشگران بوده است؛ اما در هیچ یک از مطالعات پیشین به گروه هدف مادران دارای فرزند

1 Markstrom & Marshall
2 Martínez-Shaw & Sánchez-Sandoval
3 Feng
4 Seiiedi-Biarag
5 Kahlon
6 Buchholz
7 Pittig
8 paradoxical therapeutic (PT)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

نارس توجه نشده است؛ این در حالی است که طبق بررسی‌های میدانی، این مادران دارای اضطراب بسیار بالایی می‌باشند و در اولویت اجرای مداخلات درمانی هستند. اجرای دو نوبت آزمون پیگیری (یک و سه ماه) پس از اجرای مداخله از دیگر جنبه‌های نوآورانه این پژوهش است که وجه متمایز آن با سایر مطالعات قبلی است. یافته‌های احتمالی این مطالعه می‌تواند نقش مهمی در طراحی و اجرای مداخلات روانشناختی برای مادران دارای فرزند نارس باشد؛ با توجه به اینکه این مادارن از اضطراب بالایی رنج می‌برند و نیازمند مداخلات درمانی هستند، پارادوکس درمانی می‌تواند به دلیل ماهیت کوتاه مدت آن یک مداخله مقرون به صرفه و قابل اجرا در محیط‌های بیمارستانی برای این مادران باشد. بر این اساس مطالعه حاضر با هدف تعیین اثر بخشی پارادوکس درمانی بر اضطراب و استحکام من مادران دارای نوزاد نارس انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگری یک ماه و سه ماه بود. جامعه آماری این مطالعه مادران دارای نوزاد نارس مراجعه کننده به بیمارستان افضلی‌پور کرمان در سال ۱۴۰۲ بودند. ۶۰ نفر از مادران به روش در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) جایگزین شدند. تمایل و علاقه جهت شرکت در پژوهش، عدم اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان، گذشت حداقل پنج روز از زایمان و عدم تجربه رویدارد تروماتیک پیش از زایمان همچون تصادف و سوگ به‌عنوان معیارهای ورود درنظر گرفته شد. عدم تمایل به تداوم مشارکت در پژوهش، فوت نوزاد و نیاز به بستری مجدد مادر به‌عنوان معیارهای خروج لحاظ شد. همه شرکت‌کنندگان در این پژوهش فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند و از اهداف برنامه درمانی آگاه بودند. همچنین درمورد رازداری و حفظ حریم خصوصی به همه شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد. همچنین پیشنهاده این پژوهش در کمیته ملی اخلاق شعبه مرکز آموزشی درمانی افضلی‌پور- دانشگاه علوم پزشکی کرمان مورد بررسی قرار گرفت و با شناسه IR.KMU.AH.REC.1402.119 ثبت شده است. همه شرکت‌کنندگان دو گروه در شروع مطالعه پیش‌آزمون را تکمیل کردند و سپس گروه مداخله تحت پارادوکس درمانی قرار گرفت؛ پس از تکمیل مداخله هر دو گروه مجددا در شرایط برابر پس‌آزمون را تکمیل کردند. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

ابزار سنجش

مقیاس افسردگی اضطراب استرس-۲۱ (DASS-21)[1]: این مقیاس توسط لاویبوند و لاویبوند[2] (۱۹۹۵) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۱ سوال و سه زیرمقیاس افسردگی (۷ سوال)، اضطراب (۷ سوال) و استرس (۷ سوال) است. این مقیاس بر اساس طیف لیکرت چهار درجه‌ای از کاملا مخالفم (نمره صفر) الی کاملا موافقم (نمره ۳) نمره‌گذاری می‌شود؛ دامنه نمرات در هر زیرمقیاس بین صفر الی ۲۱ است و نمرات بیشتر نشان دهنده سطوح بیشتر افسردگی، اضطراب و استرس است (لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵). در پژوهشی نوموواا[3] (۲۰۲۲) به بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه پرداخت؛ ضریب آلفای کرونباخ هر یک از زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۸ الی ۰/۹۵ بود و روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی بررسی شد و همه ۲۱ سوال در سه عامل با بار عاملی بیشتر از ۰/۴۰ تایید شد و مدل اندازه‌گیری برازش مطلوب داشت. در ایران کاکمان و همکاران (۲۰۲۲) پایایی به روش همسانی درونی را برای زیرمقیاس‌های اضطراب ۰/۷۹، استرس ۰/۹۱ و افسردگی ۰/۹۳ مطلوب گزارش کردند؛ همچنین روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی بررسی شد و نتایج نشان داد این پرسشنامه با سه عامل از روایی مطلوب برخوردار است و همه سوالات از بار عاملی مطلوب (بیش از ۰/۴۰) برخوردار بودند. در مطالعه حاضر پایایی به روش همسانی درونی ۰/۷۷ آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس اضطراب بود.

مقیاس استحکام من (ESS)[4]: این مقیاس توسط بشارت (۱۳۹۵) با ۲۵ سوال و پنج زیرمقیاس است. این مقیاس واکنش‌های فرد به موقعیت‌های دشوار زندگی را در طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) بر حسب پنج زیر مقیاس مهار من، تاب‌آوری من، مکانسم‌های دفاعی رشد یافته، راهبردهای مقابله مسئله محور و راهبردهای مقابله هیجان محور مثبت می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در هر یک از زیر مقیاس‌های استحکام من به ترتیب ۵ و ۲۵ است. از مجموع نمره پنج زیر مقیاس آزمون، نمره کل

1 Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21)
2 Lovibond & Lovibond
3 Naumova
4 Ego Strength Scale (ESS)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

فرد برای استحکام من از ۲۵ تا ۱۲۵ محاسبه می‌شود و نمرات بیشتر نشان دهنده استحکام من قوی‌تر است (بشارت، ۱۳۹۵). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس استحکام من در چندین پژوهش، که در خلال سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۳ در نمونه‌های بیمار (n=۳۷۲) و بهنجار (n=۱۲۵۷) انجام شده اند، مورد بررسی و تایید قرار گرفته‌اند (بشارت، ۱۳۹۵). در این پژوهش ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از زیر مقیاس‌های استحکام من برای مهار من از ۰/۷۳تا ۰/۷۹، برای تاب‌آوری من از ۰/۸۰تا ۰/۸۶، برای مکانسم‌های دفاعی رشد یافته از ۰/۷۰تا ۰/۸۳، برای راهبردهای مقابله مسئله محور از ۰/۸۱تا ۰/۹۰، برای راهبردهای مقابله هیجان محور مثبت از ۰/۶۹تا ۰/۸۵ و برای نمره کل مقیاس استحکام من از ۰/۸۹تا ۰/۹۳به دست آمد. روایی همگرا مقیاس استحکام من از طریق اجرای همزمان فهرست عواطف مثبت (PANAS) نشان داد که با همه زیرمقیاس‌ها رابطه مثبت و معناداری بین ۰/۳۰ الی ۰/۴۳ وجود داشت (بشارت، ۱۳۹۵). در مطالعه حاضر پایایی به روش همسانی درونی ۰/۸۲ آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس اضطراب بود.

مداخله درمانی: در این مطالعه برنامه درمانی بر اساس پروتکل پارادوکس درمانی بشارت (۱۳۹۶) اجرا شد، این پروتکل در مطالعات پیشین بشارت (۱۳۹۸)، اعتصامی‌پور و همکاران (۲۰۲۱) و طاهرنژاد جوزم و همکاران (۱۴۰۱) استفاده شده است. این برنامه درمانی در ۴ جلسه در طول دو هفته اجرا شد.

جدول ۱: خلاصه پروتکل پارادوکس درمانی

جلسات	محتوا
جلسه اول	برقراری ارتباط درمانی، گزارش مراجع از مشکلات و اضطراب‌ها و شکایت اصلی او، معرفی برنامه درمانی، مشخص کردن زمان تمرینات پارادوکسی.
جلسه دوم	گزارش عملکرد مراجع، بررسی نحوه انجام تکالیف پارادوکسی، وضعیت و کیفیت روانی و زندگی فرد در فواصل بین تمرین‌های پارادوکسی، اصلاح اشکالات احتمالی در انجام تکالیف، کاهش تعداد و یا طول زمان انجام تکالیف پارادوکسی و تعیین وقتهای جدید انجام تکالیف.
جلسه سوم	گزارش عملکرد مراجع، بررسی نحوه انجام تکالیف پارادوکسی، وضعیت و کیفیت روانی و زندگی فرد در فواصل بین تمرین‌های پارادوکسی، اصلاح اشکالات احتمالی در انجام تکالیف، کاهش تعداد و یا طول زمان انجام تکالیف پارادوکسی، و تعیین وقتهای جدید انجام تکالیف.
جلسه چهارم	گزارش عملکرد مراجع، بررسی نحوه انجام تکالیف پارادوکسی، وضعیت و کیفیت روانی و زندگی فرد در فواصل بین تمرین‌های پارادوکسی، اصلاح اشکالات احتمالی در انجام تکالیف، کاهش تعداد و یا طول زمان انجام تکالیف پارادوکسی و تعیین وقت‌های جدید انجام تکالیف. در صورت عدم نیاز به تکرار جلسات دوم و سوم؛ ترخیص و اتمام جلسات.

یافته ها

در این مطالعه ۶۰ نفر در دو گروه ۳۰ نفری آزمایش و کنترل مشارکت داشتند. گروه آزمایش و کنترل هر یک در میانگین و انحراف معیار سنی ۸/۳۱±۲۹/۱۶ و ۶/۷۵±۳۲/۳۳ سال قرار داشتند. از نظر وضعیت اشتغال در دو گروه ۲۶ نفر (۸۶/۷ درصد) خانه‌دار و ۴ نفر (۱۳/۳ درصد) شاغل بودند. از نظر تحصیلات در گروه آزمایش ۱۹ نفر (۶۳/۳ درصد)، دارای تحصیلات دیپلم و ۱۱ نفر (۳۶/۷ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی بودند؛ در گروه کنترل ۲۰ نفر (۶۶/۷ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۸ نفر (۲۶/۷ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی و ۲ نفر (۶/۷ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. از نظر جنسیت کودک در گروه آزمایش ۲۰ نفر (۶۶/۷ درصد) و در گروه کنترل ۱۷ نفر (۵۶/۷ درصد) پسر بودند و سایر موارد دختر بودند. از نظر ترتیب تولد در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۱۷ نفر (۵۶/۷ درصد) و ۱۴ نفر (۴۶/۷ درصد) فرزند اول بودند و سایر موارد فرزند اول نبودند. در ادامه در جدول ۲ شاخص‌های پراکندگی و نرمال بودن توزیع داده‌ها به تفکیک متغیرها و مراحل سنجش ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای اضطراب و استحکام من به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	
					آماره	معناداری
اضطراب	پیش آزمون	آزمایش	۱۰/۱۶	۱/۸۳	۰/۹۲	۰/۰۵
		کنترل	۹/۱۰	۲/۳۵	۰/۹۶	۰/۳۱
	پس آزمون	آزمایش	۲/۸۳	۱/۸۰	۰/۹۴	۰/۰۹
		کنترل	۱۰/۳۰	۲/۶۵	۰/۹۳	۰/۰۶
	پیگیری یک ماه	آزمایش	۳/۸۳	۱/۸۲	۰/۹۵	۰/۲۵
		کنترل	۹/۱۰	۲/۲۶	۰/۹۵	۰/۲۸
	پیگیری سه ماه	آزمایش	۵/۰۰	۲/۱۰	۰/۹۵	۰/۲۸
		کنترل	۹/۲۰	۲/۲۹	۰/۹۶	۰/۴۹
استحکام من	پیش آزمون	آزمایش	۶۶/۲۰	۱۰/۰۱	۰/۹۴	۰/۰۸
		کنترل	۶۹/۲۳	۸/۸۲	۰/۹۵	۰/۳۱
	پس آزمون	آزمایش	۹۴/۲۶	۹/۶۹	۰/۹۴	۰/۱۴
		کنترل	۶۳/۸۰	۱۰/۰۰	۰/۹۴	۰/۱۲
	پیگیری یک ماه	آزمایش	۸۵/۳۳	۱۰/۷۵	۰/۹۵	۰/۲۴
		کنترل	۶۵/۷۶	۹/۱۶	۰/۹۶	۰/۴۷
	پیگیری سه ماه	آزمایش	۸۱/۱۶	۹/۹۷	۰/۹۵	۰/۲۳
		کنترل	۶۶/۴۰	۹/۲۵	۰/۹۳	۰/۰۵

در جدول ۲ نتایج نشان می‌دهد که گروه آزمایش نسبت به گواه در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیرهای اضطراب و استحکام من داشته است؛ در واقع روند تغییرات متغیر اضطراب در گروه مداخله کاهشی و روند استکام من افزایشی بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشند (P>۰/۰۵)؛ بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در هر یک از متغیرها به تفکیک مراحل سنجش همگون می‌باشد؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر اضطراب (W=۰/۶۷ ،P=۰/۰۹) استکام من (W=۰/۸۷ ،P=۰/۱۰) معنادار نمی‌باشد، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغییری (میکس آنوا) برای متغیرهای اضطراب و استحکام من

اثر	آزمون‌ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب ایتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۸۴	۴۶/۷۸	۶	۵۳	۰/۰۱	۰/۸۴	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۶	۴۶/۷۸	۶	۵۳	۰/۰۱	۰/۸۴	۱
	اثر هتلینگ	۵/۲۹	۴۶/۷۸	۶	۵۳	۰/۰۱	۰/۸۴	۱
	بزرگترین ریشه‌روی	۵/۲۹	۴۶/۷۸	۶	۵۳	۰/۰۱	۰/۸۴	۱

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری‌ها در ترکیب متغیرهای وابسته به‌طور همزمان (P=۰/۰۱، F=۴۶/۷۸، ۰/۸۴=اثرپیلایی) تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیرهای

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در دو گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نسیت که در کدام یک از متغیرها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متن میکس آنوا برای اضطراب و استحکام من در مراحل اندازه‌گیری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
اضطراب	زمان	۳۹۸/۱۸	۳	۱۳/۷۲	۷۸/۸۵	۰/۰۱	۰/۵۸	۱
	زمان*گروه	۵۸۹/۹۳	۳	۱۹۶/۶۴	۱۱۶/۸۲	۰/۰۱	۰/۶۷	۱
	خطا	۲۹۲/۸۸	۱۷۴	۱/۶۸				
	بین گروه‌ها	۹۴۴/۰۷	۱	۹۴۴/۰۷	۶۹/۳۰	۰/۰۱	۰/۵۴	۱
استحکام من	زمان	۴۰۳۵/۷۵	۳	۱۳۴۵/۲۵	۷۲/۰۴	۰/۰۱	۰/۵۵	۱
	زمان*گروه	۸۷۶۸/۲۱	۳	۲۹۲۲/۷۳	۱۵۶/۵۱	۰/۰۱	۰/۷۳	۱
	خطا	۳۲۴۹/۲۹	۱۷۴	۱۸/۶۸				
	بین گروه‌ها	۱۴۳۰۶/۷۰	۱	۱۴۳۰۶/۷۰	۴۴/۳۷	۰/۰۱	۰/۴۳	۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین گروه‌ها در متغیرهای اضطراب (P=۰/۰۱، F=۶۹/۳۰، η=۰/۵۴) و استحکام من (P=۰/۰۱، F=۴۴/۳۷، η=۰/۴۳) تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغیرات درون گروهی متغیرهای اضطراب و استحکام من در مراحل سنجش

متغیرها	مراحل سنجش		گروه آزمایش		گروه کنترل	
			اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
اضطراب	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۳۳	۰/۰۱	۱/۲۰	۰/۱۱
	پیش‌آزمون	پیگیری یک ماه	۶/۳۳	۰/۰۱	۱/۰۰	۱/۰۰
	پیش آزمون	پیگیری سه ماه	۵/۱۷	۰/۰۱	۰/۱۰	۱/۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری یک ماه	۱/۰۰	۰/۰۱	۱/۲۰	۰/۰۲
	پس‌آزمون	پیگیری سه ماه	۲/۱۷	۰/۰۱	۱/۱۰	۰/۰۲
	پیگیری یک ماه	پیگیری سه ماه	۱/۱۷	۰/۰۱	۰/۱۰	۱/۰۰
استحکام من	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲۸/۰۶	۰/۰۱	۵/۴۳	۰/۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری یک ماه	۱۹/۱۳	۰/۰۱	۳/۴۷	۰/۰۱
	پیش آزمون	پیگیری سه ماه	۱۴/۹۷	۰/۰۱	۲/۸۳	۰/۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری یک ماه	۸/۹۳	۰/۱۳	۱/۹۶	۰/۲۱
	پس‌آزمون	پیگیری سه ماه	۱۳/۱۰	۰/۰۹	۲/۶۰	۰/۰۱
	پیگیری یک ماه	پیگیری سه ماه	۴/۱۷	۰/۲۵	۰/۶۳	۱/۰۰

نتایج آزمون بن‌فرونی نشان می‌دهد که در گروه درمانی تغییرات در متغیرهای اضطراب و استحکام من از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری‌های یک و سه ماهه معنادار است (p<۰/۰۵)؛ در مجموع می‌توان گفت که مداخله درمانی در گروه آزمایش منجر به کاهش اضطراب و افزایش استحکام من در گروه آزمایش شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین اثر بخشی پارادوکس درمانی بر اضطراب و استحکام من مادران دارای نوزاد نارس انجام شد. یافته اول نشان داد که پارادوکس درمانی باعث کاهش اضطراب در مادران دارای نوزاد نارس شده است. این یافته با پژوهش‌های پیمان پاک و همکاران (۱۴۰۲)، بشارت (۱۳۹۸) و اعتصامی‌پور و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که در این درمان همانطور که توضیح داده شد، اضطراب کاهش می‌یابد و می‌تواند بر شناخت و تفکر مراجع تأثیر بگذارد. زمانی که علائم به طور مصنوعی بازسازی می‌شوند و بیمار استرسی را با این علائم تجربه نمی‌کند، تفکر نیز تحت تاثیر قرار می‌گیرد و ارزش این علائم کاهش می‌یابد. از آنجایی که بیماران مکرراً بی‌ارزش بودن علائم را تمرین کرده و تجربه می‌کنند، نگرانی آن‌ها در مورد بیماری و مشکلات آن کاهش می‌یابد و به طور معنی‌داری اهمیت علائم را برای بیمار و خانواده آن‌ها تغییر می‌دهد. علائمی که قبلاً به عنوان مضر تلقی می‌شدند به گونه‌ای متفاوت تفسیر می‌شوند و رفتارها و افکار وسواسی را کاهش می‌دهند. به طور کلی می‌توان بیان کرد که در پارادوکس درمانی، رفتارهای ناخواسته، اجباری و مداخله‌گر توسط مراجع در زمان‌های از پیش تعیین شده انجام می‌شود و انجام داوطلبانه این رفتارهای ناخواسته، اجباری و مزاحم به شکستن عادات و پایان دادن به آن‌ها کمک می‌کند (بشارت، ۲۰۲۳).

پس از بازسازی و تجربه مجدد علائم به صورت مصنوعی، بیمار با پدیده، تجربه و واقعیت جدیدی روبرو می شود. علائم وجود دارد، اما اضطراب تلخی که معمولاً به آن‌ها متصل است، وجود ندارند. وقتی رفتار یا نشانه‌ای باعث اضطراب نمی‌شود، دیگر بیمارگونه نیست. بنابراین، رابطه بین نشانه و اضطراب از بین می‌رود. مزیت مدل پارادوکس درمانی این است که تمام اضطراب (که هسته اصلی اختلالات روانی است) مرتبط با یک موقعیت را بلافاصله و بدون تحمیل درد به بیمار از بین می‌برد. هسته اصلی در مدل پارادوکس درمانی حذف اضطراب است. هر رویکرد درمانی که بتواند اضطراب را حذف کند، می‌تواند رویکردی موفق و عملی تلقی شود (بشارت، ۱۳۹۶). هنر درمانی مدل پارادوکسی این است که روند کاهش اضطراب را تسریع می‌کند و آن را به روشی ساده و عملی از بین می‌برد. درمانگر پارادوکس درمانی باید این اصل (به حداقل رساندن و رفع اضطراب) را در تمام مراحل درمان در نظر بگیرد. هنگامی که بیمار پس از انجام تمرینات گزارش می‌دهد که علائم اختلال دیگر برای او دردناک نیست، به این معنی است که پیوند با موفقیت شکسته شده است. وقتی او می‌گوید که علائم شروع به کاهشی شدن هستند به نظر می‌رسد، به که رابطه نشانه و اضطراب قطع شده است. وقتی می‌گوید «احساس می‌کردم علائم خیلی کودکانه هستند و دیگر آن‌ها را انجام ندادم»، به این معنی است که پیوند قطع شده است. "قبل از برخی تمرینات، مدام به خودم می‌گفتم که باید تمرین را به یاد داشته باشم. اما، با کمال تعجب، من هنوز آن‌ها را فراموش کردم،" به این معنی است که رابطه نشانه و اضطراب شکسته شده است. وقتی پیوند بین علامت و اضطراب قطع شود، تلخی اضطراب که با عواطف، هیجانات و احساسات تغذیه می‌شود، از بین می‌رود و نشانه‌ها معنای آسیب‌زای خود را از دست می‌دهند (بشارت، ۲۰۲۳).

یافته دوم نشان داد که پارادوکس درمانی باعث افزایش استحکام من در مادران دارای نوزاد نارس شده است. این یافته با پژوهش‌های (بشارت، ۱۳۹۶)، طاهرنژاد جوزم و همکاران (۱۴۰۱) و تقی‌لو و همکاران (۱۴۰۲) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که قبل از شروع تغییرات درمانی، علائم اختلال به‌عنوان یک حریف بی چون و چرا، یک فاجعه، یک طاعون لاعلاج، یک شکنجه بی پایان، یک استرس بی وقفه و یک بیماری بی پایان بر روان بیمار حاکم بود. مدل پارادوکس درمانی همه این معانی را تغییر می‌دهد. هنگامی که مصاحبه و درمان شروع می‌شود، از زمانی که به بیمار دستور داده می‌شود علائم را بازسازی کند و با آن‌ها زندگی کند، معنای نشانه برای بیمار و برای سیستم (معمولاً خانواده) اطراف او تغییر می‌کند. از این پس نشانه معتبر و جایز است. در واقع، آن‌ها باید وجود داشته باشند و بیمار (و سیستم) به وجود آن‌ها در برنامه زمانی پارادوکسی نگاه مثبت می کند و داوطلبانه آنها را تجربه می کند. در مرحله بعد، زمانی که برنامه زمانی پارادوکسی اجرا می شود، نشانه دیگر نمی‌توانند با فاجعه، درد، شکنجه و اضطراب برابری کنند. معنای جدیدی یافته‌اند. در این معادله جدید، مراجع دست برتر را بر این نشانه دارد و نشانه‌ها دیگر حتی وجود ندارند تا حریف شکست خورده یا بیمار سابق خوانده شوند. این تغییر خاص در معنی نتیجه مدل پارادوکس درمانی است. هر چه بیشتر این اختلال معنای منفی خود را از دست بدهد، بیمار بیشتر می‌تواند خود قوی‌تری را شکل دهد که به راحتی نمی‌توان آن را تکان داد و در نتیجه استحکام من شکل می‌گیرد (بشارت و نقی پور، ۲۰۱۹).

به طور خلاصه در توضیح مطالب فوق می‌توان گفت که در این روش درمانی به افراد آموزش داده می‌شود که در زمان‌های برنامه‌ریزی شده مشخص به افکار و احساسات مزاحم خود فکر کنند. هدف این است که بیمار علائم خود را در زمان‌های از پیش تعیین شده و به

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

صورت مصنوعی بازسازی و تجربه کند. هنگامی که علائم به طور مصنوعی بازسازی و تجربه می‌شوند، بیمار با واقعیت و تجربه جدیدی مواجه می‌شود که در آن علائم می‌توانند بدون اضطراب و ناراحتی وجود داشته باشند (بشارت، ۲۰۱۹). مراجع علائم خود را بازسازی می‌کند و با آن زندگی می‌کند و معنای علائم را هم برای بیمار و هم برای خانواده او تغییر می‌دهد و در نتیجه بسیاری از نگرانی‌ها و اضطراب‌های آن‌ها کاهش می‌یابد و در نهایت از یک من قوی برخوردار است که سازمان‌دهی شخصیت را برعهده دارد.

به نظر می رسد مادران با نوزادن نارس افکار منفی و خودآزاری داشته باشند. ممکن است بارها حتی در تمام طول شبانه روز افکار منفی سراغ آن‌ها بیایند و فرد را دچار عذاب کنند. بر اساس تکنیک پارادوکس درمانی، مادران باید این افکار و علائمی را که از آن رنج می‌برد و به همان دلیلی که اشاره کرده است، بازسازی کند. یعنی مراجعه کننده در تجسم‌های خود می‌بینند که فرزند آن‌ها نارس بوده و به دلیل اینکه از لحاظ وزن و قد نسبت به بقیه نوزادان در شرایط نامطلوبی هستند مورد تمسخر دیگران قرار گرفته و در مورد مسائلی که برایش مهم است و برایش حساس است مورد ارزیابی و قضاوت قرار می‌گیرد. در این تکنیک از مراجعه کننده خواسته می‌شود که چند بار در روز به همان افکار منفی که باعث عذاب او شده‌اند به بدترین شکل ممکن فکر کند. افزودن یک برنامه به این تکنیک، آن افکار منفی را در اختیار خود مراجع قرار می‌دهد (بشارت، ۲۰۲۳). در این تکنیک ابتدا افکار منفی طوری هدایت می‌شود که مثلاً به جای چهل بار در روز سه بار از ذهن او عبور کند و کم کم تعداد دفعات آن کم شود. منطق دیگر استفاده از روش پارادوکس درمانی این است که افکار را باید طوری رشد داد که دیگر به صورت ناخوشایند و ناخوانده به ذهن نیاید، بلکه مرجع آن افکار، این افکار را فراخوانی کرده و کنترل کند (تسوجای و شیمادا[1]، ۲۰۱۸).

از نتایج این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که تکنیک‌های پارادوکس درمانی به دلیل تجوز علائم اضطراب باعث بی‌معنای علایم اضطرابی می‌شوند و در نهایت به سبب افزایش تسلط فرد بر افکار و هیجانات، فرد احساس تسلط بر شرایط کرده و در نتیجه احساس می‌کند از یک من مستحکم برخوردار است. نمونه مورد نیاز برای اجرای این مطالعه به روش در دسترس جمع‌آوری شد؛ همچنین در این مطالعه امکان کنترل سایر عوامل مداخله‌گر و پیشینه افراد در زمینه دریافت خدمات روانشناختی به‌طور دقیق قابل کنترل نبود؛ بر این اساس تعمیم دهی نتایج با محدودیت همراه است. در زمینه پژوهشی پیشنهاد می‌شود که جهت دستیابی به تعمیم‌پذیری بیشتر از طرح پژوهش کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده استفاده شود. در حوزه کاربردی جهت کاهش اضطراب و بهبود استحکام من مادران دارای فرزند نارس، اجرای مداخله پارادوکس درمانی برای این مادران پیشنهاد می‌شود.

منابع

بشارت، م. ع. (۱۳۹۵). ساخت و درستی‌آزمایی مقیاس استحکام من: یک مطالعه مقدماتی. *مجله علوم روانشناختی، ۱۵* (۶۰)، ۴۴۵-۴۶۷. http://psychologicalscience.ir/article-1-163-fa.html

بشارت، م. ع. (۱۳۹۶). *کتاب پارادوکس + جدول زمانی = درمان (PTC): مدل کامل درمان اختلالات روانی (راهنمای عملی)*. تهران: انتشارات رشد.

بشارت، م. ع. (۱۳۹۸). سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال اضطراب اجتماعی: مطالعه موردی. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی، ۱۸* (۷۶)، ۳۸۳-۳۹۶. https://psychologicalscience.ir/article-1-383-fa.html

پیمان پاک، ف.، پورشهریاری، م. س.، و عبداللهی، ع. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم زنان دچار اختلال اضطراب فراگیر. *زن و مطالعات خانواده، ۱۶* (۵۹)، ۴۷-۶۳. https://journals.iau.ir/article_691954.html

تقی لو، ل.، عزیزی ضیابری، ل. س.، خواجوند خوشلی، الف.، و دامغانی میرمحله، م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) و پارادوکس درمانی (PTC) بر استحکام من پرستاران. *پرستار و پزشک در رزم، ۱۱* (۳۸)، ۱۹-۱۲. http://npwjm.ajaums.ac.ir/article-1-954-fa.html

طاهرنژاد جوزم، ز.، بشارت، م. ع.، بلیاد، م. ر.، حسین زاده تقوایی، م.، و پیوندی، پ. (۱۴۰۱). سنجش و مقایسه اثربخشی پارادوکس درمانی و واقعیت درمانی بر نشانه‌های استحکام من و خودشناسی انسجامی در زنان ۲۰تا۴۰ساله دارای ضایعه نخاعی. *مجله مطالعات ناتوانی، ۱* (۲)، ۱-۱۳. https://www.sid.ir/paper/1125565/fa

Besharat, M. A. (2023). *Paradoxical Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. Springer International Publishing. https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-031-27717-7

Besharat, M. A., & Naghipoor, M. (2019). Paradox therapy for the treatment of social anxiety disorder: A case study. *Journal of Systems and Integrative Neuroscience, 6*, 1-5. https://www.siriusstore.com/pdf/JSIN-5-213.pdf

1 Tsuji & Shimada

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

Buchholz, J. L., & Abramowitz, J. S. (2020). The therapeutic alliance in exposure therapy for anxiety-related disorders: A critical review. *Journal of Anxiety Disorders*, *70*, 102194. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102194

Çelen, R., & Taş Arslan, F. (2017). The anxiety levels of the parents of premature infants and related factors. *J pediatr Res*, *4*(2), 68-74. https://doi.org/10.4274/jpr.65882

Coppola, G., Cassibba, R., Bosco, A., & Papagna, S. (2013). In search of social support in the NICU: features, benefits and antecedents of parents' tendency to share with others the premature birth of their baby. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *26*(17), 1737-1741. https://doi.org/10.3109/14767058.2013.798281

Eatesamipour, R., Moghadam, K. R., & Amirpour, B. (2021). Effectiveness of Paradox Therapy on COVID-19 Anxiety in Adult Population in Jahrom. *Modern Care Journal*, *18*(4), e121920. https://doi.org/10.5812/modernc.121920

Feng, Y. Y., Korale-Liyanage, S., Jarde, A., & McDonald, S. D. (2021). Psychological or educational eHealth interventions on depression, anxiety or stress following preterm birth: a systematic review. *Journal of reproductive and infant psychology*, *39*(2), 140-152. https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1750576

Gharahchenagh, K. G., Haghayegh, S. A., Jabalameli, S., & Raeisi, Z. (2024). Structural Modeling of Psychological Maladjustment Based on Resilience with the Mediating Role of Ego Strength in Patients with Chronic Pain. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, *5*(2), 140-148. https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.2.16

González-Hernández, A., González-Hernandez, D., Fortuny-Falconi, C. M., Tovilla-Zárate, C. A., Fresan, A., Nolasco-Rosales, G. A., ... & Chan, Y. M. E. (2019). Prevalence and associated factors to depression and anxiety in women with premature babies hospitalized in a neonatal intensive-care unit in a Mexican population. *Journal of pediatric nursing*, *45*, e53-e56. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.01.004

Kahlon, S., Lindner, P., & Nordgreen, T. (2019). Virtual reality exposure therapy for adolescents with fear of public speaking: a non-randomized feasibility and pilot study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *13*, 1-10. https://link.springer.com/article/10.1186/s13034-019-0307-y

Kakemam, E., Navvabi, E., Albelbeisi, A. H., Saeedikia, F., Rouhi, A., & Majidi, S. (2022). Psychometric properties of the Persian version of Depression Anxiety Stress Scale-21 Items (DASS-21) in a sample of health professionals: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, *22*(1), 111. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35078477/

Kelly, W. E. (2020). Nightmares and ego strength revisited: Ego strength predicts nightmares above neuroticism and general psychological distress. *Dreaming*, *30*(1), 29. https://psycnet.apa.org/buy/2019-74996-001

Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd. Ed.). Sydney: Psychology Foundation.

Markstrom, C. A., & Marshall, S. K. (2007). The psychosocial inventory of ego strengths: Examination of theory and psychometric properties. *Journal of adolescence*, *30*(1), 63-79. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140197105001533

Martínez-Shaw, M. L., & Sánchez-Sandoval, Y. (2023). Effective stress intervention programs for parents of premature children: A systematic review. *Stress and Health*, *39*(2), 236-254. https://doi.org/10.1002/smi.3194

Mira, A., & Bastías, R. (2020). Interactions between mothers and their premature babies during the hospitalization period. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, *28*, 875-889. https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO2042

Naumova, K. (2022). Dimensionality and reliability of the Depression Anxiety Stress Scales 21 among adolescents in North Macedonia. *Frontiers in Psychology*, *13*, 1007594. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1007594

Niles, A. N., Dour, H. J., Stanton, A. L., Roy-Byrne, P. P., Stein, M. B., Sullivan, G., ... & Craske, M. G. (2015). Anxiety and depressive symptoms and medical illness among adults with anxiety disorders. *Journal of psychosomatic research*, *78*(2), 109-115. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.018

Nunberg, H. (1942). Ego strength and ego weakness. *American Imago*, *3*(3), 25-40. https://www.jstor.org/stable/26301136

Oliveira, L. S. M., Costa, E. F., Brito, S. F. D. S., Pontes, F. A. R., & Silva, S. S. D. C. (2023). Parental stress and associated symptoms in premature babies' parents: a systematic review. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *40*, e210114. https://doi.org/10.1590/1982-0275202340e210114

Pittig, A., Kotter, R., & Hoyer, J. (2019). The struggle of behavioral therapists with exposure: self-reported practicability, negative beliefs, and therapist distress about exposure-based interventions. *Behavior Therapy*, *50*(2), 353-366. https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.07.003

Russell, G., Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L., & Ayers, S. (2014). Parents' views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units: a qualitative study. *BMC pediatrics*, *14*, 1-10. https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2431-14-230

Seiiedi-Biarag, L., Mirghafourvand, M., & Ghanbari-Homayi, S. (2020). The effect of cognitive-behavioral therapy on psychological distress in the mothers of preterm infants: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *41*(3), 167-176. https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1678019

Tsuji, Y., & Shimada, S. (2018). Socially anxious tendencies affect impressions of others' positive and negative emotional gazes. *Frontiers in psychology*, *9*, 2111. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02111

Zengin, H., Suzan, O. K., Hur, G., Kolukısa, T., Eroglu, A., & Cinar, N. (2023). The effects of kangaroo mother care on physiological parameters of premature neonates in neonatal intensive care unit: A systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*, *71*, e18-e27. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.04.010

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]