



روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفته)

دوفصلنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال نوزدهم - دوره جدید - شماره ۲
پائیز و زمستان ۱۳۹۱

روان‌شناسی بالینی و شخصیت ۷

براساس نامه شماره ۳/۱۰۸۳ مورخ ۱۳۸۷/۲/۲۳
کمیسیون بررسی اعتبار نشریات علمی کشور درجه
علمی - پژوهشی این دو ماهنامه تمدید گردید.

مجوز انتشار دو ماهنامه دانشور رفتار (دوره جدید مجله
دانشور در گستره‌های تخصصی روان‌شناسی، علوم تربیتی و
مدیریت) در جلسه مورخ ۱۳۸۲/۸/۵ هیأت نظارت بر
مطبوعات مورد موافقت قرار گرفته است.

فهرست مقالات

♦ مقایسه تأثیر آموزش نوروفیدبک و دارو درمانی بر
کاهش نشانه‌های اضطراب و کیفیت زندگی بیماران
مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

دکتر محمدرضا نائینیان، دکتر جلیل باباپور، دکتر تقی گروسی فرشی،
دکتر محمدرضا شعیری و دکتر رضا رستمی
۱-۱۴

♦ بررسی مقایسه‌ای علایم مثبت و منفی اسکیزوتایپی و
ابعاد شخصیت اسکیزوتایپال در میان دانشجویان دختر و
پسر

احمد منصوری و عباس بخشی‌پور رودسری
۱۵-۲۲

♦ اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب و
افسردگی بیماران مبتلا به آسم

فاطمه رضایی، حمیدطاهر نشاط‌دوست، نجمه و کیلی زارچ، بابک امرا و
حسین مولوی
۲۳-۳۲

♦ تأثیر آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک
(CPRT) مطابق با الگوی لندرت به مادران بر کاهش
مشکلات رفتاری کودکان

سعیده سادات مصطفوی، دکتر محمدرضا شعیری، دکتر محمد علی
اصغری مقدم و دکتر جواد محمودی قرایی
۳۳-۴۲

♦ مقایسه خشم و احساس گناه در مبتلایان به اختلال
افسردگی اساسی و اختلال استرس پس از سانحه با افراد
عادی

محمود رجیبی، دکتر رسول روشن و دکتر حمیدرضا جلیلیان
۴۳-۵۲

♦ رابطه‌ی بین عاطفه‌ی مثبت و منفی با رضایت از زندگی
دانشجویان دانشگاه اصفهان

محمد سلطانی‌زاده، دکتر مختار ملک‌پور و دکتر حمیدطاهر
نشاط‌دوست
۵۳-۶۴

♦ بررسی الگوی رابطه سلامت روان و دینداری در
دانشجویان شاهد و غیرشاهد

رقیه موسوی
۶۵-۷۶

♦ Abstract
۱۱۴-۱۲۳

صاحب امتیاز:
مدیر مسئول:
سر دبیر:
مدیر داخلی:
ویراستار ادبی (انگلیسی):
کارشناس نشریه:
صفحه‌آرا:
شماره استاندارد بین‌المللی:
بها:

دانشگاه شاهد
دکتر رسول روشن چسلی
دکتر محمدعلی اصغری مقدم
دکتر لیلا حیدری نسب
جلال جعفری‌ها
معصومه رضایی اسمرود،
مریم شعاری
سیما عدالت نیا
۲۳۴۵-۲۱۸۸
۲۵۰۰۰ریال

اعضای هیأت تحریریه

به ترتیب حروف الفبا

دکتر محمدعلی اصغری مقدم دانشگاه شاهد
دکتر غلامعلی افروز دانشگاه تهران
دکتر باقر ثنائی‌ذاکر دانشگاه تربیت معلم
دکتر محمود دژکام دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی
دکتر علی دلاور دانشگاه علامه طباطبایی
دکتر رسول روشن چسلی دانشگاه شاهد
دکتر محمد زاهدی اصل دانشگاه علامه طباطبایی
دکتر محمدرضا شعیری دانشگاه شاهد
دکتر علی فتحی آشتیانی دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله
دکتر حسین شکر کن دانشگاه شهید چمران اهواز
دکتر سقراط فقیه‌زاده دانشگاه تربیت مدرس
دکتر احمدعلی نوربالا دانشگاه علوم پزشکی تهران

نشانی: تهران- ابتدای آزادراه تهران قم - روبه‌روی حرم مطهر حضرت
امام خمینی (ره) - دانشگاه شاهد

مقالات الکترونیکی: ۰۲۱)۵۱۲۱۳۰۷۴

E-mail: cpap@shahed.ac.ir
http://Journals.shahed.ac.ir/cpap

این نشریه در سه پایگاه اطلاعات علمی زیر نمایه می‌شود:

1. www.ISC.gov.ir
2. www.SID.ir
3. www.MAGIRAN.com

راهنمای تدوین مقاله برای دوفصلنامه دانشگاه شاهد (دانشور و نشر)

۲. سازمان به عنوان مؤلف و ناشر

Institute of Medicine (US) (1992) Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute.

۳. فصل یک کتاب

Phillips SJ, Whisnant JP. (1995) Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press. p.465-78.

فارسی:

بهرامی فریدون، نوحی علینقی (۱۳۷۵) کنترل کیفیت آزمایش‌های سرم. در کتاب تضمین کیفیت آزمایشگاهی، مؤلفین محمدی حسن و جلیلی حسین. چاپ دوم. تهران: مرکز نشر دانشگاهی، صفحات ۵۰ تا ۶۱.
در ترجمه‌ها عبارت «در ترجمه» سپس عنوان کتاب و نام مؤلف اصلی ذکر شود. مثال:
اعرابی ماندانا، رئیس‌زاده فرید (۱۳۷۶) در ترجمه جنین‌شناسی پزشکی لانگمن، سادلر تی دلبیو (مؤلف). چاپ اول. تهران: مؤسسه فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده، صفحات ۱۹۵-۱۶۰.

۴. پایان‌نامه

Kaplan SJ. (1995) Post-hospital home health care: the elderly's access & utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.

فارسی:

احمدی جواد (۱۳۷۷) تأثیر نمک پدیدار در کاهش ندول اندازه گواتر در شهریار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: انستیتو تحقیقات تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

مقاله منتشر نشده:

Leshner AI. (1996) Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. In press.

فارسی:

محمدی حسن. احمدی جواد. عوارض ناشی از مصرف کینیدین در ۳۰۰ بیمار قلبی. مجله نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، زیر چاپ.
* منظور از «زیر چاپ» پذیرفته شدن رسمی مقاله در مجله یاد شده بوده، صرف ارسال مقاله (submission) مجوز ذکر مقاله به عنوان مرجع نیست.
مقاله نشریه در نسخه الکترونیک

Morse SS. (1995) Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jun-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1):24 <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm> [screens]. Available from: URL:

منوگراف الکترونیک

CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0 San Diego: CMEA; 1995.

فایل کامپیوتری

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

۱۱. مقاله‌های رسیده توسط حداقل سه نفر داوری خواهد شد. هویت داوران مکتوم خواهد ماند.
۱۲. مسئولیت صحت و سقم مطالب مقاله به ترتیب اسامی صاحبان اثر به عهده نویسنده یا نویسندگان است.
۱۳. حق‌رَد یا قبول و نیز ویراستاری مقالات برای دفتر مجله محفوظ است.
۱۴. برای کسانی که مقاله آنها در نشریه چاپ شود ۲ نسخه از همان نشریه ارسال می‌گردد.
۱۵. مقالات ارسالی عودت داده نمی‌شود.
۱۶. مقالات پژوهشی مربوط به موضوعات فرهنگ ایثار و شهادت برای چاپ اولویت دارد.

ز نویسندگان محترم تقاضا می‌شود برای جلوگیری از تأخیر در چاپ مقالاتشان به نکات زیر توجه فرمایند:

۱. مقاله قبلاً در نشریه دیگری به چاپ نرسیده یا همزمان برای سایر مجلات ارسال نشده باشد.
۲. زبان مقاله فارسی و مقاله باید مشتمل بر چکیده (۳۰۰-۲۰۰ کلمه فارسی و انگلیسی)، واژه‌های کلیدی، مقدمه، مواد و روش کار، نتایج، بحث، نتیجه‌گیری و فهرست منابع و مأخذ باشد.
۳. مقاله پژوهشی باشد.
۴. متن مقالات باید به صورت یک خط در میان (فاصله سطر ۱/۲cm)، در یک کاغذ A4 و با حاشیه ۲/۵cm از هر سمت کاغذ تایپ شده باشد. مقالات باید با برنامه Word XP تهیه شده باشند.
۵. صفحه اول باید شامل عناوین مقاله، نام و نام خانوادگی مؤلفین، آدرس کامل با شماره تلفن و پست الکترونیک و سمت علمی هر یک از نویسندگان، آدرس فردی که مقصد مکاتبات مجله است، عناوین مکرر و مرکز یا سازمان تأمین بودجه طرح پژوهشی باشد.
۶. واژه‌ها و یا عباراتی که به صورت علائم اختصاری به کار برده شده، در اولین استفاده، نام کامل آن‌ها در پرانتز ذکر گردد.
۷. روش بررسی انتخاب نمونه‌ها، روش جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آماری به آن حد تفصیلی نوشته شود تا دیگران بتوانند عین پژوهش را دوباره تکرار کنند.
۸. عنوان جداول باید به طور کامل در بالای آن‌ها نوشته شود و منحنی‌ها، نمودارها، تصاویر و اشکال باید با درج زیرنویس کامل و شماره‌گذاری در صفحات جداگانه ارسال شده و به ترتیب استفاده در متن شماره‌گذاری شده و محل تقریبی استقرار آن‌ها مشخص شود. توضیحات اضافی باید به صورت زیرنویس جدول آورده شده و برای ارجاع به زیرنویس از علائم (نظیر *، # و ...) استفاده شود.
۹. تصویر ارسالی برای چاپ باید واضح و اصل (غیرفتوکپی) باشد و نباید از اندازه ۲۰۳*۲۵۴ میلی‌متر بزرگ‌تر باشد و ترجیحاً ۲ نمونه از هر یک ارسال شود.
۱۰. منابع باید به ترتیب استفاده در متن شماره‌گذاری شوند و سپس در صفحه‌ای جداگانه در آخر مقاله، به ترتیب شماره و به صورت زیر نوشته شود:

مقاله استاندارد نشریات:

شش مؤلف‌اول را نام برده و سپس عبارت «و همکاران» را ذکر کنند. آنگاه عنوان مقاله، عناوین خلاصه شده مجله، سال انتشار، شماره مجله و صفحات اول و آخر مقاله آورده شود. توجه خاص به نقطه‌گذاری در نوشتن مراجع ضروری است. در صورتی که تنها خلاصه مقاله مورد استفاده بوده است باید عبارت [abstract] یا [چکیده] در انتهای مراجع آورده شود.

انگلیسی:

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. (1996) Childhood leukemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer: 73: 1006-12.

فارسی:

احمدی جمال، فتحی سمیه، سنجرى شعبان (۱۳۷۷) گواتر آندمیک در استان همدان: ۵ سال پس از مصرف نمک پدیدار. پژوهش در پزشکی؛ سال ۲۲، شماره ۲: صفحات ۱۳۵ تا ۱۴۲.

کتاب‌ها و سایر منابع منوگراف

۱. تدوین‌کننده، گردآورنده، به عنوان مؤلف

Norman IJ, Redfern SJ, editors (1996) Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone.

فارسی:

محمدی حسن، جلیلی حسین (مؤلفین) (۱۳۷۵) تضمین کیفیت آزمایشگاهی، چاپ دوم. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.

قدردانی

هیأت تحریریه نشریه، وظیفه خود می‌داند از تعدادی از همکاران فاضل و گرامی که زحمت داوری مقالات متعدد، در گستره روان‌شناسی بالینی و شخصیت را بر عهده داشته‌اند و با راهنمایی‌های ارزنده و ابراز نظر خویش بر غنا و اعتلای علمی مجله افزوده‌اند ضمن درج اسامی آن‌ها تجلیل و سپاسگزاری کند.

دانشگاه شاهد	اصغری مقدم	۱- دکتر محمدعلی
دانشگاه قم	آقا یوسفی	۲- دکتر علیرضا
دانشگاه تهران	بشارت	۳- دکتر محمدعلی
دانشگاه تهران	بهرامی احسان	۴- دکتر هادی
دانشگاه تبریز	بخشی پور	۵- دکتر عباس
دانشگاه شاهد	حیدری نسب	۶- دکتر لیلا
دانشگاه شهید چمران اهواز	داوودی	۷- دکتر ایران
دانشگاه شهید بهشتی	دانش	۸- دکتر عصمت
دانشگاه تهران	رحیمی نژاد	۹- دکتر عباس
دانشگاه شاهد	روشن	۱۰- دکتر رسول
دانشگاه تربیت مدرس	رسول زاده طباطبایی	۱۱- دکتر کاظم
دانشگاه شاهد	قائدی	۱۲- دکتر غلامحسین
دانشگاه شیراز	گودرزی	۱۳- دکتر محمدعلی
دانشگاه الزهراء	مهری نژاد	۱۴- دکتر سید ابوالقاسم
دانشگاه شاهد	نائینیان	۱۵- دکتر محمدرضا
دانشگاه محقق اردبیلی	نریمانی	۱۶- دکتر محمد
دانشگاه شاهد	یعقوبی	۱۷- دکتر حمید
دانشگاه بهزیستی و توانبخشی	یونسی	۱۸- دکتر سید جلال

مقایسه تأثیر آموزش نوروفیدبک و دارو درمانی بر کاهش نشانه های اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

نویسندگان: دکتر محمد رضا نائینیان^{۱*}، دکتر جلیل باباپور^۲، دکتر تقی گروسی
فرشی^۳، دکتر محمد رضا شعیری^۴ و دکتر رضا رستمی^۵

۱. استادیار دانشگاه شاهد
۲. استادیار دانشگاه تبریز
۳. استاد دانشگاه تبریز
۴. دانشیار دانشگاه شاهد
۵. استادیار دانشگاه تهران

* Email: mnainian@yahoo.com

چکیده

هدف اساسی پژوهش کنونی تعیین تفاوت تأثیر آموزش نوروفیدبک و دارو درمانی بر کاهش نشانه های اختلال اضطراب فراگیر و سطح کیفیت زندگی بیماران بوده است. بدین منظور ۱۶ نفر از مراجعه کنندگان به یکی از درمانگاه های روان پزشکی شهر تهران که بر اساس مصاحبه روان پزشکی و ملاک های تشخیصی متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی- ویرایش چهارم (DSM-IV-TR) (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، تشخیص اختلال اضطراب فراگیر دریافت کرده و فاقد ابتلاء به اختلالات دیگر روان شناختی بودند (۸ نفر در گروه آموزش نوروفیدبک و ۸ نفر در گروه دارو درمانی) مورد مطالعه قرار گرفتند. بیماران هر دو گروه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون از طریق مقیاس ۷ سؤالی اضطراب فراگیر (GAD-7) و پرسشنامه کیفیت زندگی (PWI-A) مورد سنجش قرار گرفتند. به گروه دریافت کننده آموزش نوروفیدبک طبق پروتکل درمانی پانزده جلسه ۳۰ دقیقه ای آموزش نوروفیدبک (سه جلسه در هفته) افزایش موج آلفا داده شد و گروه گیرنده دارو نیز زیر نظر روان پزشک معالج با داروهای ضد اضطراب (SSIRs) به مدت یک سال تحت درمان قرار گرفت. ثبت و آموزش فعالیت موج آلفا در ناحیه O1 یا O2 انجام گرفت و بیماران برای افزایش دامنه آلفای بالاتر از آستانه تعیین شده، فیدبک صوتی دریافت می کردند. برای تحلیل داده ها از روش توصیفی، آزمون ویلکاکسون و آزمون یومن ویتنی استفاده گردید. یافته های پژوهش بیانگر آن است که آموزش نوروفیدبک منجر به افزایش موج آلفا در گروه دریافت کننده این روش گردید. همچنین تأثیر آموزش نوروفیدبک در کاهش نشانه های اختلال اضطراب فراگیر در این گروه به طور معنا دار بیش از گروه دارو درمانی بوده است. در زمینه تغییر شاخص کیفیت زندگی بیماران، بین دو روش تفاوت معنا دار مشاهده نگردید.

واژه های کلیدی: نوروفیدبک، دارو درمانی، اختلال اضطراب فراگیر، کیفیت زندگی

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر^۱ (GAD) یکی از انواع اختلالات اضطرابی است که اختلالی شایع و اغلب مزمن است. نرخ شیوع تمام عمر این اختلال در جمعیت عمومی ۵/۷٪ برآورد شده است. در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویرایش چهارم - تجدید نظر شده^۲ [۱] تعریف اصلی اختلال عبارت است از اضطراب، نگرانی و تنش مفرط که در بیشتر روزها حداقل به مدت ۶ ماه رخ می دهد و محور نگرانی فرد رویدادهای روزمره است. اختلال اضطراب فراگیر با افزایش خطر ابتلا به بیماری های طبی همراه بوده و نیز به عنوان یک عامل خطر در سبب شناسی گستره ای از اختلالات روان پزشکی به ویژه افسردگی و سوء مصرف الکل مورد توجه قرار گرفته است، به گونه ای که تشخیص و درمان به موقع آن یکی از دل مشغولی های قابل ملاحظه محافل بالینی است [۲]. بدین خاطر مداخله روان شناختی در اختلال اضطراب فراگیر دارای جایگاه ویژه ای است.

راهبردهای مقابله ای که در درمانگری شناختی رفتاری مطرح می باشد مثل تن آرامی کاربردی، درمان شناختی، مواجهه تدریجی، آموزش ابراز وجود و حل مسأله می تواند موجب اعتماد به نفس بیمار و بالا بردن توانایی وی برای مقابله با آثار سوء ناشی از اختلال شود. در عین حال، کسب مهارت های مقابله نیازمند تلاش مستمر است که برخی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ممکن است فاقد انگیزش لازم برای انجام این فرایند درمانی باشند [۳].

همین طور دارو درمانی ممکن است درمان ترجیحی برای بیمارانی باشد که مایل و قادر نیستند از یک رویکرد روان شناختی سود جویند، چرا که این رویکرد وابستگی چندانی به عوامل انگیزشی نداشته و به علاوه در مواردی که افسردگی همزمان به عنوان یک اختلال همراه مطرح است دارو درمانی با ضد افسردگی در تسکین هر دو نشانه های افسردگی و اضطراب موثر است. با وجود

این، دارو درمانی نمی تواند تغییر بنیادی در مسیر اختلال ایجاد کند، و برگشت علائم در بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر شایع است [۴].

از سوی دیگر، اختلال اضطراب فراگیر یکی از شایعترین اختلالات اضطرابی است که چنانچه به درستی تشخیص گذاری و درمان نشود پیامدهای اجتماعی بالایی خواهد داشت [۵]. اختلالات اضطرابی عموماً با دو رویکرد دارویی و روان شناختی درمان می شوند، و مطالعات معدودی نیز ترکیب دو درمان را که به طور معمول در مراکز بالینی ارائه می شود مورد مطالعه قرار داده اند [۶]. مطالعات کنترل شده زیادی در زمینه تاثیر دارونما با سه طبقه از داروها از جمله بنزودیازپین ها^۳، بوسپیرون^۴ و ضد افسردگی ها^۵ بر روی GAD انجام شده است [۷].

در مقایسه با دارونما، بنزودیازپین ها طی یک دوره کوتاه در مبتلایان به GAD به طور کارآمد و سریع علائم را کاهش می دهند، که معادل اثرات درمان شناختی رفتاری است. در عین حال، در بین متخصصان در این مورد که این نوع داروها برای شرایط مزمن مناسب نبوده و نباید بیش از ۴-۲ هفته استفاده شوند توافق وجود ندارد. اما لازم است توجه داشت که تعداد قابل توجهی از افراد به دنبال قطع درمان بنزودیازپین ها بازگشت اضطراب و تشدید شدن نشانه های قبلی یا نشانگان کناره گیری را نشان می دهند، و استفاده حاد نباید به استفاده طولانی مدت از دارو تبدیل شود [۱].

بوسپیرون به عنوان یک داروی جایگزین نسبت به درمان بنزودیازپین بسیار نوید بخش بوده است، زیرا تسکین دهنده نیست و وابستگی ایجاد نمی کند. اما، آثار ضد اضطراب^۶ آن بویژه در موارد اضطراب شدید، تا حدی کمتر از بنزودیازپین هاست، و مرورهای اخیر تنها شواهد مبهمی را در خصوص برتری آن نسبت به دارونما ارائه می کنند. در مجموع به دلیل نرخ ترک درمان و نبود

3 . benzodiazepines

4 . buspirone

5 . antidepressants

6 . anxiolytic

1 . Generalized anxiety disorder (GAD)

2 . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)

اضطراب فراگیر دارند [۱۱]. نوروفیدبک یک سیستم آموزش جامع است که رشد و تغییر در سطح سلولی مغز را ارتقا می بخشد. این روش به طور موفقیت آمیز در درمان طیفی از اختلالات مثل افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از ضربه^۵ (PTSD)، اختلالات شخصیت، اعتیاد و مسائل هیجانی استفاده شده است. آموزش نوروفیدبک به طور مستقیم با مغز کار می کند. هر درمان جو متناسب با شرایط خود آموزش می بیند و در هر جلسه، پیشرفت توسط آموزش بیننده قابل مشاهده است. برخی از آموزش بیننده ها در طی اولین جلسه آموزش وضوح ذهنی بیشتر و ابهام ذهنی کمتری را گزارش می کنند. برخی دیگر برای دستیابی به وضعیتی متفاوت نیازمند جلسات بیشتری هستند. در این شرایط از مهارت های مشاوره ای پایه برای کمک به آموزش بیننده استفاده می شود. همدلی همراه با توجه مثبت غیر مشروط فضای درمانی ایمن هیجانی را فراهم می آورد [۱۲].

واناتی^۶، شارما^۷ و کومار^۸ [۱۳] به منظور بررسی مقایسه تأثیر آموزش نوروفیدبک تتای الکتروآنسفالوگرافی (EEG) در درمان اختلال اضطراب فراگیر ۱۵ بیمار را که ملاک های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر را داشتند پس از ارزیابی خط پایه تحت آموزش آلفا (افزایش آلفا و کاهش بتا) یا آموزش نوروفیدبک تتا (افزایش تتا و کاهش بتا) قرار دادند. ارزیابی پس از درمان دلالت بر آن داشت که آموزش نوروفیدبک آلفا و تتا با کاهش قابل ملاحظه در شاخص های گزارش شخصی و اضطراب رتبه بندی شده توسط مشاهده گر همراه بود. نتایج مطالعه حاکی از آن بود که آموزش نوروفیدبک تتا و آلفا می تواند در کنترل نشانه های بالینی اضطراب فراگیر نمایان شود.

مور^۹ [۱۴] پیشینه مربوط به درمان اختلالات اضطرابی را از طریق آموزش نوروفیدبک مرور کرد. هشت مطالعه

کارآمدی مشخص در درمان شرایط همراه مثل افسردگی و عوارض جانبی دیسفواریک^۱ احتمالی بوسپیرون، به طور معمول این دارو تجویز نمی شود [۱].

رهنمودهای بالینی اخیر، ضد افسردگی ها به خصوص بازدارنده های بازجذب سروتونین - نورآدرنالین SNRIs^۲ را به لحاظ ایمنی، تحمل پذیری و اثربخشی هم به عنوان درمان خط مقدم و هم درمان بلند مدت برای GAD توصیه می کنند [۷]. با این وجود، نرخ های نسبتاً بالای (۳۳٪) ترک درمان در درمان با ضد افسردگی ها گزارش شده است [۸].

GAD را همچنین می توان به طور مؤثر با درمان شناختی رفتاری درمان کرد. مرور تحقیقات منتشر شده [۹] نشان داد که درمان شناختی رفتاری برای GAD به طور قابل توجهی مؤثرتر از لیست انتظار، درمان غیر رهنمودی^۳، یا قرص دارونما است. علاوه بر این، گلد^۴ و دیگران [۱۰] در فرا تحلیلی ۶۱ مطالعه مرتبط با درمان GAD دریافتند که درمان شناختی رفتاری به اندازه دارو درمانی در کاهش نشانه های اضطراب مؤثر است. علاوه بر این، درمان شناختی رفتاری، باعث حفظ بیشتر فواید درمانی در طول زمان و کاهش بیشتر علائم افسردگی همراه با اختلال GAD می شد.

از سوی دیگر به رغم آن که دارو درمانی در تسکین نشانه های اضطراب مؤثر است، اما دارو درمانی نیز در مسیر اختلال نمی تواند تغییر بنیادی ایجاد کند و برگشت علائم در بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر شایع است [۴].

علاوه بر این، با توجه به اطلاعاتی که هم اکنون راجع به مغز و قابلیت های مشاهده مغز در حال فعالیت وجود دارد، درمانگران در موقعیت های درمانی مختلف به طور فزاینده روی درمان های متمرکز بر مغز تأکید دارند. پیشرفت های اخیر دلالت بر شناخت نابهنجاری های کارکردی مغز در اختلالات اضطرابی از جمله اختلال

⁵ . Posttraumatic stress disorder

⁶ . Vanaty, S.

⁷ . Sharma, PSVN.

⁸ . Kumar, K. B.

⁹ . Moor, N. C.

¹ . dysphoric

² . serotonin-noradrenaline reuptake inhibitor (SNRIs)

³ . indirect

⁴ . Gould, R. A.

تاثیر اختلالات روان پزشکی بر سلامت، بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی بیماران، قابل توجه و فزاینده گزارش شده است [۲۰] و به همین دلیل، مطالعه تاثیر این گونه اختلالات بر وضعیت ذهنی و کیفیت زندگی بیماران در شرایط حاد بیماری و زمانی که نشانه‌ها کاهش می‌یابند، مورد توجه محققان قرار گرفته است [۲۱ و ۲۲]. در عین حال که در جریان تلاش درمانی، برطرف شدن کامل نشانه‌ها و بهبودی کامل، از اهداف ایده آل درمان است، اما در مواردی شاهد بازگشت علائم و نشانه‌های باقی مانده بیماری هستیم [۲۳]، که این امر اندازه‌گیری پیامدهای کارکردی و کیفیت زندگی را برای افرادی که پیش از این به اختلالات روان پزشکی مبتلا بوده‌اند ضروری می‌نماید [۲۴]. بنا بر آنچه ذکر شد، پرسش کنونی این است که اگر درمان مؤثر است، آیا کیفیت زندگی فرد نیز به تبع درمان تغییر نموده است؟

بهزیستی ذهنی^۱ یا کیفیت زندگی^۲ (QOL) بررسی این مطلب است که افراد بر اساس استاندارد های شخصی خود، به طور کلی و به طور خاص (یعنی در حوزه های خاص) راجع به زندگی شان در یک پیوستار مدرج (از بالا تا پایین یا از خوب تا بد) چگونه فکر می‌کنند و چه احساسی دارند [۲۵]. کیفیت زندگی بالا با رفاه عمومی^۳ و این احساس که زندگی ارزشمند است و کیفیت زندگی پایین با نارضایتی و حتی بی‌علاقگی به زندگی همراه است [۲۵ و ۲۶].

پژوهش‌ها نشان می‌دهد افرادی که از یک بیماری روانی رنج می‌برند دارای کیفیت زندگی (QoL) عینی^۴ و ذهنی^۵ ضعیفی هستند. و بیماران دارای نشانه‌های بالینی افسردگی، اضطراب و اسکیزوفرنی از پایین‌ترین رتبه‌های کیفیت زندگی برخوردارند [۲۷]. با وجود این، عواملی که بر کیفیت زندگی ذهنی تاثیر می‌گذارند، یعنی

انجام شده بر روی اختلال اضطراب فراگیر، سه مطالعه مربوط به اختلال اضطراب فوبیا، دو مطالعه مربوط به اختلال وسواس فکری- عملی و یک گزارش مربوط به استرس پس از ضربه بود. در اغلب این مطالعات جلسات آموزش کوتاه بودند، با این حال، آموزش آلفا تولید موج آلفا را از ۶۴٪ تا ۷۸٪ افزایش داد، و نمرات اضطراب برای گروهی که درمان ترکیبی استفاده می‌کردند در مقایسه با گروه بدون درمان به طور معنادار ($P < 0/001$) کاهش یافت. مرور انجام شده توسط مور همچنین حاکی از اثر بخشی دارونما در این نوع مطالعات نوروفیدبک بود، اما آموزش افزایش آلفا و تدا آثار اضافی و رای دارونما داشته و درمان‌هایی مؤثر برای اختلالات اضطرابی قلمداد می‌شوند.

آموزش نوروفیدبک نحوه کارکرد مغز را تغییر می‌دهد، و پس از آن که این مهارت فرا گرفته شد (بی‌مانند به دارو) به نظر می‌رسد تاثیر آن مستمر باشد. مطالعات پیگیری تغییر بلند مدت در کارکرد مغز را در پی درمان عصبی نشان می‌دهند. دارو درمانی در بلند مدت پرهزینه تر از درمان عصبی است، ضمن آن که احتمال داشتن عوارض جانبی برای درمان عصبی کمتر از دارو درمانی است [۱۵].

از آنجا که شیوه آموزش نوروفیدبک توانسته است در اختلالات متعددی از جمله برخی اختلالات اضطرابی کارآمدی مناسبی نشان دهد [۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۱۹]، از این رو، واریت تأثیر آموزش یاد شده در بیماران اضطرابی در ایران از سه وجه دارای اهمیت می‌باشد: (۱) به دلیل عدم وجود پژوهش‌های مشابه در ایران، تلاش حاضر می‌تواند زمینه شکل‌گیری پایه پژوهش‌هایی از این دست را فراهم سازد و تأثیر زمینه‌های اجتماعی فرهنگی را در این گستره تا حدی نمایان سازد. (۲) از سوی دیگر، امکان بکارگیری شیوه‌های یاد شده را در بیماران مبتلا فراهم می‌سازد. (۳) همچنین، نتایج به دست آمده در ایران، می‌تواند به بدنه پژوهش‌های دنیا پیوندد و نیز امکان مقایسه نتایج نمونه‌های ایرانی و غیر ایرانی را به لحاظ بالینی فراهم سازد.

1. subjective well-being

2. quality of life (QOL)

3. general welfare

4. objective QoL

5. subjective QoL

نمونه پژوهش حاضر به شیوه در دسترس انتخاب شدند. از تعداد فوق ۱۰ نفر به گروه نوروفیدبک، و ۱۰ نفر به گروه دارو درمانی اختصاص یافتند. به دلیل ریزش آزمودنی ها تحلیل نهایی داده ها در مورد ۸ نفر از هر گروه و جمعا ۱۶ نفر انجام شد.

ابزار های پژوهش

به منظور سنجش و اندازه گیری شاخص های مورد مطالعه در پژوهش حاضر از روش ها و ابزارهای زیر استفاده گردید.

مصاحبه تشخیصی بر اساس DSM-IV-TR

مصاحبه تشخیصی مبتنی بر ملاک های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر در DSM-IV-TR و توسط روان پزشک انجام شده است.

مصاحبه ساخت یافته بر مبنای DSM-IV-TR

به منظور برآوردی دقیق تر از نشانه های بالینی اختلال اضطراب فراگیر در بیماران، مصاحبه ساخت یافته مبنی بر نشانه های ذکر شده در جدول ملاک های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر در DSM-IV-TR از جمله وجوه مربوط به تشخیص افتراقی اختلال، با بیماران انجام شده است تا نسبت به تشخیص GAD در آنان اطمینان حاصل شود [۳۴].

مقیاس ۷ سوالی اضطراب فراگیر (GAD-7)

مقیاس ۷ سوالی اضطراب فراگیر (GAD-7) [۳۵]، با توجه به کاستی های موجود در مقیاس های اندازه گیری اضطراب از جمله طولانی بودن و ناکارآمدی آنها به عنوان یک مقیاس تشخیصی، به عنوان مقیاسی کوتاه که بتواند موارد احتمالی اختلال اضطراب فراگیر را شناسایی کرده و شدت نشانه بالینی را نیز مشخص سازد، تهیه شده است. مقیاس GAD-7 دارای ۷ سؤال است که هر یک از سؤالات مقیاس از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شوند و گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ می باشد.

اسپیتر و همکاران [۳۵]، همسانی درونی GAD-7 را فوق العاده ($\alpha = 0.92$) و پایایی باز آزمایی آن را خوب

آن را تغییر می دهند، بویژه در بیماران روان پزشکی مزمن هنوز نسبتا ناشناخته اند [۲۸].

از زمان اولین کار برد مفهوم کیفیت زندگی در موقعیت های بالینی [۲۹ و ۳۰]، از این مفهوم به طور گسترده در پژوهش های بالینی استفاده می شود [۳۱ و ۳۲]. در دو دهه گذشته اهمیت آن حتی بیشتر شده زیرا در بسیاری از کشور های غربی تلاش برای کاستن از هزینه های سلامتی منجر به تاکید بر ارزیابی پیامد بالینی و اثر بخشی درمان از طریق نشانگرهای دیگری به غیر از نشانه های مرتبط با بیماری شده است. با عنایت به آنچه بیان گردید پژوهشگر همچنین در پی آن بر آمد تا سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را در مرحله پیش از درمان و پس از درمان مورد مطالعه قرار دهد

روش

از آنجا که در پژوهش حاضر تاثیر آموزش نوروفیدبک بر کاهش نشانه های اختلال اضطراب فراگیر با استفاده از گروه کنترل بررسی می شود، پژوهش حاضر پیرو طرح های شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون پس آزمون می باشد [۳۳].

جامعه آماری و روش نمونه گیری

جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر در بر گیرنده تمامی آزمودنی هایی است که به دلیل مشکلات روان شناختی به مراکز درمانی در شهر تهران رجوع می کنند و توسط متخصص تشخیص GAD دریافت می نمایند.

نمونه پژوهش

۲۰ نفر از مراجعه کنندگان به یکی از درمانگاه های روان پزشکی تهران که بر اساس مصاحبه روان پزشک و ملاک های تشخیصی متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویرایش چهارم [۱] تشخیص اختلال اضطراب فراگیر دریافت کرده و فاقد ابتلاء به اختلالات دیگر روان شناختی بودند به عنوان

از جمله استاندارد زندگی^۴، سلامتی^۵، دستاوردها و موفقیت‌ها^۶، روابط شخصی با دیگران^۷، ایمنی شخصی^۸، تعلق اجتماعی^۹ و امنیت در آینده^{۱۰}. محققان ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس را در مطالعات انجام شده در استرالیا و دیگر کشورها خوب گزارش می‌کنند [۳۷]. هر یک از سؤالات مقیاس از ۰ تا ۱۰ نمره گذاری می‌شوند و گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۷۰ می‌باشد که در برگزیده کیفیت زندگی به طور کلی می‌باشد.

در مطالعه‌ای که به منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه کیفیت زندگی بر روی جمعیت ایرانی انجام شده، ضریب همبستگی ناشی از دو بار اجرا برای پرسشنامه مورد نظر $r = 0/81$ ($p < 0/01$) و آلفای کرونباخ پرسشنامه در نمونه یاد شده $0/90$ به دست آمد. یافته‌های پژوهش حاکی از پایایی و ضریب همسانی درونی مطلوب برای پرسشنامه کیفیت زندگی (PWI-A) در جامعه ایرانی است [۳۸]. در این مطالعه همچنین اعتبار همگرای پرسشنامه کیفیت زندگی (PWI-A) بر اساس همبستگی با پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) بررسی گردید و ضریب همبستگی به دست آمده با پرسشنامه یادشده برابر $0/61$ - ($p < 0/01$) بدست آمد که بیانگر اعتبار همگرای قابل قبول پرسشنامه کیفیت زندگی (PWI-A) در جامعه ایرانی است.

دستگاه نوروفیدبک

نوروفیدبک یک سیستم درمانی جامع است که به طور مستقیم با مغز کار می‌کند. دستگاه نوروفیدبک، ابزاری است که امواج خام مغزی دریافت شده از طریق الکترودهای قرار گرفته بر روی سر را به امواج مختلف تجزیه می‌کند. این امواج همان امواج شناخته شده مغزی دلتا، تتا، آلفا، و بتا هستند. در خلال آموزش نوروفیدبک، الکترودها بر طبق سیستم بین‌المللی ۲۰-۱۰ روی جمجمه

($r = 0/83$) گزارش می‌کنند. حساسیت^۱ و ویژگی^۲ مقیاس در نقطه برش ۱۰ یا بیشتر، از $0/80$ می‌گذرد و همبستگی مقیاس GAD-7 با خرده مقیاس‌های SF-20 از $0/39$ تا $0/91$ و همبستگی آن با دو مقیاس اضطراب بک $0/72$ و با خرده مقیاس اضطراب مقیاس SCL-90-R، $0/74$ گزارش شده است.

در یک مطالعه که به منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس GAD-7 بر روی جمعیت ایرانی انجام شده، آلفای کرونباخ آزمون برابر با $0/85$ بود و پایایی ناشی از دو بار اجرای به دست آمده برای مقیاس در این نمونه برابر $r = 0/48$ ($p \leq 0/01$) بدست آمد که حاکی از انسجام درونی و پایایی قابل قبول برای مقیاس در نمونه ایرانی مورد مطالعه است. اعتبار همزمان مقیاس، از طریق بررسی رابطه آن با پرسشنامه اضطراب حالت-صفت اسپیلبرگر (برای اضطراب حالت $r = 0/71$ و برای اضطراب صفت حالت $r = 0/52$) و از طریق خرده مقیاس اضطراب ۱۲ ماده‌ای از چک لیست نشانه‌های بالینی (SCL-90-R) ($P \leq 0/01$, $r = 0/63$) به دست آمد که بیانگر اعتبار قابل قبول برای مقیاس مذکور در جامعه ایرانی است [۳۶].

پرسشنامه کیفیت زندگی (PWI-A)

بسیاری از مقیاس‌های اندازه‌گیری کیفیت زندگی برای جمعیت‌ها و گروه‌های خاص ساخته شده است که شرایط طبی یا نوعی ناتوانی را به تصویر می‌کشند. برخی مقیاس‌هایی که با هدف اندازه‌گیری کیفیت زندگی در جمعیت عمومی تهیه شده‌اند نیز برای تمام اقشار از جمله افراد دارای اختلالات شناختی و کودکان کاربرد ندارند. به منظور رفع این محدودیت پرسشنامه بین‌المللی بهزیستی^۳ (کیفیت زندگی) در استرالیا ساخته شد. این پرسشنامه در برگزیده هفت ماده رضایت‌مندی است که هر کدام به یک حوزه از کیفیت زندگی مربوط می‌شود

4. standard of living

5. health

6. achievements in life

7. personal relationships

8. safety

9. feeling part of community

10. future security

1. sensitivity

2. specificity

3. Personal Well-Being Index

تحت درمان قرار گرفتند. با توجه به طولانی بودن دوره درمان در گروه گیرنده دارو، به منظور حفظ رابطه درمانی، بیماران این گروه، در نوبت های سه ماهه در مراجعه برای پیگیری دارو درمانی توسط محقق نیز ملاقات می شدند.

به منظور ثبت و آموزش فعالیت موج آلفا، درحالی که بیمار به صورت نشسته و راحت روی صندلی در مقابل صفحه مانیتور قرار داشت، طبق سیستم بین المللی ۲۰-۱۰* یک الکتروود فعال ثبت الکتروانسفالوگرافی (EEG) (پروکامپ^۱) در ناحیه O1 یا O2 و دو الکتروود مرجع و زمین به ترتیب بر روی دو گوش راست و چپ قرار داده می شدند. هر بیمار طی ۵ هفته ۱۵ جلسه نوروفیدبک دریافت می کرد. تمام جلسات نوروفیدبک شامل ۵ دقیقه دست یابی به آرامش اولیه، ۲ دقیقه ثبت داده های خط پایه و ۳۰ دقیقه فرایند آموزش بود. ارائه پاداش صوتی مشروط بود به تأمین ملاک تعیین شده که در جلسه نخست برای بیمار توضیح داده می شد. به بیماران گفته می شد سعی کنند حالات ذهنی را که منجر به دریافت پاداش صوتی می شود شناسایی کنند. بیماران در پاسخ به این راهبرد شناختی برای افزایش دامنه آلفای بالاتر از آستانه تعیین شده فیدبک ستونی دریافت می کردند. شاخص های کمی موج آلفا بر حسب میانگین زمانی از نظر دامنه موج در مقیاس میکروولت به طور اتوماتیک توسط دستگاه ثبت می شد. در مرحله پس آزمون گروه آموزش نوروفیدبک و دارو درمانی مجدداً از طریق ابزارهای سنجش که در آغاز درمان استفاده شد مورد ارزیابی قرار گرفتند.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این پژوهش، علاوه بر استفاده از آمار توصیفی،

* در آموزش نوروفیدبک سنسورها طبق سیستم بین المللی ۲۰-۱۰ بر روی سر قرار می گیرند. در این سیستم هر منطقه از قشر مغز با یک حرف و یا یک شماره مشخص شده است که محل قرارگیری الکتروودها متناسب با پروتکل مورد مطالعه است.

قرار داده می شوند. معمولاً دو الکتروود در مناطقی قرار می گیرند که فعالیت EEG نسبت به EEG افراد بهنجار دربرگیرنده انحراف بیشتری می شود. بیمار در برابر کامپیوتر قرار می گیرد و آنچه را که کامپیوتر نشان می دهد می تواند همچون یک بازی ویدئویی / کامپیوتری یا نمایش دو نمودار ستونی مشاهده کند که یکی بیانگر فعالیت موج مغزی غیرکافی است و دیگری معرف فعالیت موج مغزی کارآمد. در این حالت بیمار توجه خود را بر صفحه کامپیوتر متمرکز می نماید. زمانی که فعالیت نامناسب به مقدار جزئی کاهش نشان داد و فعالیت مناسب افزایش جزئی داشت صدایی شنیده می شود. در ابتدا تغییرات در امواج مغزی گذراست. اما با تکرار جلسات و تغییر تدریجی آستانه ها برای بازداری فعالیت نامناسب و تقویت فعالیت امواج مغزی سالمتر از سوی درمانگر، تغییرات پایدار به تدریج شرطی می شوند [۱۲].

شیوه اجرای پژوهش

از آنجا که هدف اصلی پژوهش حاضر مشخص کردن تأثیر مقایسه ای آموزش نوروفیدبک و دارو درمانی بر کاهش نشانه های اضطراب در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود، نخست از بین مراجعه کنندگان با تشخیص اولیه اختلال اضطراب فراگیر، تعداد ۲۰ نفر که ملاک های انتخاب برای پژوهش حاضر را تأمین می کردند به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. در ابتدا (پیش آزمون) تمام آزمودنی ها در جلسه نخست به شکل انفرادی بر اساس مقیاس ۷ سوالی اضطراب فراگیر (GAD-7) و با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی (PWI-A) مورد بررسی قرار گرفتند. سپس از بین این ۲۰ نفر، ۱۰ بیمار به طور داوطلبانه در گروه دریافت کننده آموزش نوروفیدبک قرار گرفت (۲ نفر رزرو) و ۱۰ نفر در گروه دارو درمانی (۲ نفر رزرو). به گروه دریافت کننده آموزش نوروفیدبک طبق پروتکل درمانی پانزده جلسه ۳۰ دقیقه ای آموزش نوروفیدبک افزایش موج آلفا داده شد و گروه گیرنده دارو نیز زیر نظر روان پزشک معالج با داروهای ضد اضطراب (SSIRs) سیتالوپرام و سرتالین

برای پاسخگویی به فرضیه‌های پژوهش از آزمون‌های و
 یلکاکسون (Wilcoxon -test) و یومن ویتنی (Mann-
 Whitney U-test) استفاده شد.

• نتایج

نتایج پژوهش در دو قسمت یافته‌های توصیفی و
 استنباطی ارائه خواهد شد.

• یافته‌های توصیفی

میانگین سنی آزمودنی‌ها در گروه نوروفیدبک و دارو
 درمانی به ترتیب عبارت بود از ۳۱/۷۵ (sd= ۹/۲۲)،
 ۳۳/۷۵ (sd= ۶/۳۶). میانگین، انحراف استاندارد، کمینه و
 بیشینه نمرات آزمودنی‌های مورد مطالعه در نمره GAD،
 کیفیت زندگی و دامنه موج آلفا در جداول ۱ الی ۳ ارائه

شده است.
 چنانکه در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و
 انحراف استاندارد نمره گروه نوروفیدبک در مقیاس
 اختلال اضطراب فراگیر در پیش آزمون به ترتیب برابر با
 ۱۳/۷۵ و ۴/۰۶ و در گروه دارودرمانی برابر با ۱۶/۶۳ و
 ۲/۰۷ بوده است.

این مقادیر به ترتیب برای گروه نوروفیدبک در پس
 آزمون برابر با ۲/۵ و ۲/۲۷ و در گروه دارودرمانی برابر با
 ۹/۸۸ و ۳/۴۰ بوده است. در حالی که در هر دو گروه
 نوروفیدبک و دارو درمانی نمره اضطراب آزمودنی‌ها
 کاهش یافته، اما میانگین نمرات گروه نوروفیدبک نسبت
 به گروه دارو درمانی کاهش بیشتری داشته است، که البته
 معناداری آماری تفاوت‌های یاد شده در قسمت بعدی پی
 گرفته می‌شود.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به مقیاس اضطراب فراگیر (GAD - 7)

در آزمودنی‌های پژوهش در دو مرحله پیش و پس آزمون

شاخص آزمون گروه	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	میانگین تفاضل نمره‌های	
					پیش - پس آزمون	انحراف معیار تفاضل نمره های پیش - پس آزمون
نوروفیدبک	پیش آزمون	۱۳/۷۵	۴/۰۶	۹	۲۱	۱۱/۲۵
	پس آزمون	۲/۵	۲/۲۷	۰	۶	
دارو درمانی	پیش آزمون	۱۶/۶۳	۲/۰۷	۱۴	۲۰	۶/۷۵
	پس آزمون	۹/۸۸	۳/۴۰	۶	۱۵	

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به پرسشنامه کیفیت زندگی (PWI-A)

در آزمودنی‌های پژوهش در دو مرحله پیش و پس آزمون

شاخص آزمون گروه	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	میانگین تفاضل نمره های	
					پیش - پس آزمون	انحراف معیار تفاضل نمره های پیش - پس آزمون
نوروفیدبک	پیش آزمون	۳۹/۷۵	۱۳/۱۹	۱۹	۵۹	۷/۷۵
	پس آزمون	۴۷/۵	۸/۱۴	۳۰	۵۵	
دارو درمانی	پیش آزمون	۳۵/۵	۱۶/۱۳	۱۲	۵۹	۸/۱۳
	پس آزمون	۴۳/۶۳	۱۵/۸۶	۷	۶۱	

جدول ۳. شاخص های توصیفی مربوط به آموزش امواج آلفا در آزمودنی های گروه نوروفیدبک در دو مرحله پیش و پس از آزمون

شاخص آزمون گروه	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	میانگین تفاضل نمره های پیش- پس آزمون	انحراف معیار تفاضل نمره های پیش- پس آزمون	نوروفیدبک	
							پیش آزمون	پس آزمون
	۵/۱۱	۱/۲۶	۳/۲۷	۶/۶۲	۱/۶۵	۰/۷۸		
	۶/۷۶	۱/۴۳	۴/۳۶	۸/۳۰				

بعدی بررسی می شود.

• یافته های استنباطی

نتایج مربوط به مقایسه میانگین نمرات پیش و پس از آزمون گروه نوروفیدبک براساس آزمون ویلکاکسون (برای گروه های وابسته) در دامنه امواج آلفا در جدول ۴ ارائه شده است. همانگونه که مشاهده می شود Z ناشی از مقایسه دو گروه برابر $۲/۵۲$ می باشد که در مقایسه با مقادیر بحرانی در سطح $p \leq ۰/۰۱$ معنادار می باشد. یافته حاضر نشان می دهد که آموزش نوروفیدبک به مبتلایان اختلال اضطراب فراگیر، باعث افزایش موج آلفای EEG در آزمودنی های این گروه می شود. بنابراین می توان گفت، آموزش نوروفیدبک در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر باعث افزایش موج آلفای EEG می شود.

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می شود، میانگین و انحراف استاندارد نمره گروه نوروفیدبک در پرسشنامه کیفیت زندگی (PWI-A) در پیش آزمون به ترتیب برابر با ۳۹/۷۵ و ۱۳/۱۹ و در گروه دارودرمانی برابر با ۳۵/۵ و ۱۳/۱۳ بوده است. این مقادیر برای گروه نوروفیدبک در پس آزمون برابر با ۴۷/۵، ۸/۱۴ و در گروه دارودرمانی برابر با ۴۳/۶۳، ۱۵/۸۶ بوده است، که معنا داری آماری این تفاوت ها نیز در قسمت بعدی پی گرفته می شود.

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می شود، میانگین و انحراف استاندارد نمره گروه نوروفیدبک در آموزش امواج آلفا در پیش آزمون به ترتیب برابر با ۵/۱۱ و ۱/۲۶ و در پس آزمون برابر با ۶/۷۶ و ۱/۴۳ است، که حاکی از افزایش میانگین موج آلفا در آزمودنی های گروه نوروفیدبک است. معنا داری آماری این تفاوت در قسمت

جدول ۴. نتایج مربوط به آزمون ویلکاکسون (برای گروه های وابسته) در گروه نوروفیدبک در دامنه امواج آلفا

شاخص آزمون گروه	میانگین	انحراف معیار	Z	سطح معناداری	نوروفیدبک	
					پیش آزمون	پس آزمون
	۵/۱۱	۱/۲۶	۲/۵۲	۰/۰۱		
	۶/۷۶	۱/۴۳				

جدول ۵. نتایج مربوط به آزمون یو من ویتنی در دو گروه نوروفیدبک و دارو درمانی در مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)

شاخص گروه	تعداد	جمع رتبه	میانگین رتبه	Z	سطح معناداری
دارو درمانی	۸	۴۶/۵	۵/۸۱		

جدول ۶. نتایج مربوط به آزمون یو من ویتنی در دو گروه نوروفیدبک و دارو درمانی در پرسشنامه کیفیت زندگی (PWI-A)

سطح معناداری	z	میانگین رتبه	جمع رتبه	تعداد	شاخص
					گروه
۰/۵۷	-۰/۵۸	۹/۱۹	۷۳/۵۰	۸	نوروفیدبک
		۷/۸۱	۶۲/۵۰	۸	دارو درمانی

عبارت بود از ۵/۱۱ و ۶/۷۶. این یافته همسو با برخی از مطالعات پیشین می باشد. واتسون^۱، وولی- هارت^۲ و تیمونز^۳ (۱۹۷۹) افزایش آلفا را در ۳۲ بیمار مضطرب با فیدبک دیداری چشمان باز مورد مطالعه قرار دادند. در این مطالعه محققان پیش از کاهش اضطراب، بر افزایش موج آلفا دست یافتند. هر^۴ و دیگران [۳۹]، یک گروه از بیماران اضطرابی را که میانگین دوره ابتلاء آنها ۶ سال بود و به روان درمانی و دارو درمانی های قبلی پاسخ نداده بودند تحت شش جلسه آموزش افزایش آلفا قرار دادند. نتایج این تحقیق حاکی از افزایش موج آلفا در EEG بود که پیش از احساس بهبودی بارز ثبت شده بود. مور [۱۴ و ۴۰] پیشینه مربوط به درمان اختلالات اضطرابی را از طریق آموزش نوروفیدبک مرور کرد. وی افزایش ۳۳ تا ۷۸ درصد را برای موج آلفا در پس از درمان برای برخی مطالعات ذکر می کند. به نظر می رسد یافته مطالعه حاضر مؤید تغییرات کارکردی مغز است که به دنبال دریافت فیدبک طی جلسات آموزش نوروفیدبک در شکل تغییر فرکانس امواج آلفا قابل مشاهده است.

یافته های پژوهش همچنین حاکی است که آموزش نوروفیدبک در کاهش نشانه های اختلال اضطراب فراگیر روشی مؤثر از دارو درمانی بوده است. میانگین تفاضل نمره های پیش- پس آزمون برای گروه نوروفیدبک ۱۱/۲۵ بوده، در حالی که میانگین تفاضل نمره های پیش- پس آزمون برای گروه دارو درمانی ۶/۷۵ می باشد. درمان دارویی و مداخله روان شناختی (درمان شناختی رفتاری) به عنوان دو اولویت درمانی برای کاهش نشانه

نتایج مربوط به مقایسه تفاضل نمرات پیش و پس آزمون دو گروه آموزش نوروفیدبک و دارو درمانی برای آزمون یومن ویتنی در مقیاس اختلال اضطراب فراگیر در جدول ۵ ارائه گردیده است. همانگونه که مشاهده می شود z ناشی از مقایسه دو گروه برابر ۲/۲۹ می باشد که در سطح $p \leq ۰/۰۲$ معنادار می باشد. یافته حاضر نشان می دهد که آموزش نوروفیدبک به مبتلایان اختلال اضطراب فراگیر، بیش از دارو درمانی موجب کاهش نشانه های اضطراب در مبتلایان می شود. بنابراین می توان گفت که آموزش نوروفیدبک در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بیشتر از درمان دارویی موجب کاهش نشانه های اضطراب در مبتلایان به این اختلال می شود.

نتایج مربوط به مقایسه تفاضل نمرات پیش و پس آزمون دو گروه نوروفیدبک و گروه دارو درمانی برای آزمون یومن ویتنی در پرسشنامه کیفیت زندگی (PWI-A) در جدول ۶ ارائه گردیده است. همانگونه که مشاهده می شود z ناشی از مقایسه دو گروه برابر ۰/۵۸- می باشد که در مقایسه با مقادیر بحرانی معنادار نمی باشد. یافته حاضر نشان می دهد که آموزش نوروفیدبک و روش دارو درمانی در افزایش سطح زندگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تاثیر متفاوتی ندارند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد میانگین دامنه موج آلفای گروهی که آموزش افزایش موج آلفا دیدند پس از ۱۵ جلسه آموزش نوروفیدبک افزایش قابل ملاحظه ای یافت. میانگین نمرات مربوط به دامنه موج آلفا پیش- پس آزمون برای گروه نوروفیدبک به ترتیب

¹. Watson, B. W.
². Woolley-Hart, A.
³. Timmons, B. H.
⁴. Hare, J. F.

های اختلال اضطراب فراگیر در مراکز مراقبت اولیه معرفی شده اند که بر حسب ترجیح بیمار قابل اجرا می باشند [۲]. مطالعات پیشین اثر بخشی دارو درمانی را در کاهش نشانه های اختلال اضطراب فراگیر نشان داده اند [۶ و ۷]، در عین حال هم اکنون داده های موجود در پیشینه، از استفاده داروهای ضد اضطراب بویژه بنزودیازپین ها به تنهایی (بدون استفاده از مداخلات روان شناختی) در دراز مدت برای کنترل اضطراب بیماران حمایت نمی کنند، ضمن این که اضافه کردن داروهای ضد اضطراب در بلند مدت برای افزایش پیامد درمانی نیز مؤثر نمی افتد [۱۰]. در خصوص برتری بوسپیرون نسبت به دارونما نیز شواهد محکمی ارائه نشده و نرخ بالای ترک درمان برای آن گزارش شده است [۲]. برای سایر داروهای مؤثر (سیتالوپرام، پاروکستین، سرتالین) نیز که به عنوان داروهای خط مقدم برای درمان GAD شناخته شده اند نیز نرخ بالای ترک درمان تا ۳۳ درصد و برگشت علایم تا ۶۹ درصد گزارش شده است. اینگونه کاستی های اشاره شده مربوط به دارو درمانی اختلال اضطراب فراگیر به نظر می رسد که تأثیر ضعیف تر این روش را در کاهش نشانه های اختلال اضطراب فراگیر نسبت به روش آموزش نوروفیدبک در مطالعه حاضر توجیه می نماید. از سوی دیگر عوارض مشابهی در پیشینه موجود برای آموزش نوروفیدبک هنوز گزارش نشده و اثر بخشی این روش در برخی مطالعات بین ۶۰ تا ۹۰ درصد نیز گزارش شده است [۴۱]. بنابراین مشاهده تأثیر بیشتر روش آموزش نوروفیدبک در مقایسه با دارو درمانی در این پژوهش قابل انتظار می باشد. تأثیر گذاری آموزش نوروفیدبک در کاهش نشانه های اختلال اضطراب فراگیر در این مطالعه همسو با نتایج بدست آمده در پژوهش های خارجی است [۱۹، ۱۳ و ۴۲] و به نظر می رسد که این تأثیر مثبت و همخوانی با مطالعات خارجی به دلیل وجوه مشترک انسان ها و شرایط مشابه نورولوژیک و تأثیر پذیری از سوی محرک ها باشد و اینکه تفاوت های فرهنگی آنقدر نتوانسته است نتایج مطالعه را تحت تأثیر قرار دهد. با وجود این، مطالعه حاضر محدود بوده و مطالعات بعدی

می توانند طبیعت این اثرگذاری را روشنتر نمایند. اکنون این پرسش پیش می آید که اگر تأثیر آموزش نوروفیدبک توانسته است در فرهنگی متفاوت نتایج نزدیک و مشابهی را رقم زند، آیا می توان از روشی سخن گفت که فراسوی مسائل فرهنگی یا قومی، به وجوه مشترک نورولوژیکی وابسته است که نتایج نزدیک را بوجود می آورد؟ به نظر می رسد پژوهش های بیشتر، در صورت نتایج مشابه، ما را بدین امر نزدیک می سازد. اما نکته مهم دیگر این است که بایسته است از محدودیت هایی سخن بگوئیم که پژوهش حاضر، از آغاز با آن همراه بوده است. این محدودیت ها به ورود غیر تصادفی آزمودنی ها و عدم هماهنگی جنسیتی آزمودنی ها در دو گروه نوروفیدبک و دارو درمانی باز می گردد. چه شرکت در گروه نوروفیدبک مستلزم هزینه هایی بوده و همه بیماران قادر به تأمین آن نبوده اند. هرچند پژوهشگران کوشیده اند بخشی از آن هزینه را تأمین کنند ولی در هر حال باز هم به دلیل تکرر جلسات این امر مرتفع نشده است. به این خاطر رغبت به روش حاضر، و نیز تلاش جهت تأمین هزینه های درمانی، نوعی جنبه انگیزشی را فراهم می سازد که نباید بدان بی توجه بود. از سویی این امر باعث شده که نمرات GAD آزمودنی ها از آغاز با یکدیگر متفاوت باشد، بنابر این در مورد نمرات دو گروه باید با احتیاط قضاوت کرد. سؤال این است که آیا نوروفیدبک در نمرات کمتر GAD مؤثرتر است؟ یا اگر نمرات GAD بالا، متوسط یا پایین نیز باشد فرقی نمی کند. در هر حال نباید بدین محدودیت بی توجه بود، هرچند نتایج بدست آمده نیز قابل توجه است

یافته های پژوهش در خصوص تأثیر آموزش نوروفیدبک و روش دارو درمانی بر سطح کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر حاکی است که این دو روش بر افزایش سطح کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه تأثیر متفاوتی نداشتند. این نتایج بر مقایسه تغییر نمرات گروه نوروفیدبک و دارو درمانی در پرسشنامه کیفیت زندگی (PWI-A) استوار است. بنا بر این می توان استنباط کرد که اگرچه آموزش نوروفیدبک در کاهش

فراگیر باعث افزایش موج آلفای الکتروآنسفالوگرافی (EEG) می شود و اینکه چنین آموزشی در کاهش نشانه های اضطراب در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثرتر از روش دارو درمانی است. یافته های پژوهش همچنین حاکی است که تاثیر آموزش نوروفیدبک و دارو درمانی بر افزایش سطح کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال اضطراب با یکدیگر متفاوت نمی باشد.

منابع

۱. انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویراست چهارم - تجدید نظر متن (DSM-IV-TR). ترجمه محمد رضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس (۱۳۸۱). انتشارات سخن.
2. Durham, R. C. (2005). Treatment of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, Vol. 6, Issue5, Pages 183-187.
3. Kessler, R. C., Berglund, P., and Demler, O. et al. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62(6): 593-602.
4. Tyrer, P.(1999). *Anxiety: a multidisciplinary review*, Imperial College Press, London .
5. Roy-Byrne, P. P. (1996). Generalized anxiety and mixed anxiety-depression: Association with disability and health care utilization. *J. Clin. Psychiatry*, 57 (Suppl. 7), 86-91.
6. Hunt, C., and Singh, M., (1991). Generalized anxiety disorder. *Int. Rev. Psychiatry* 3,215-230.
7. Ballenger, J., Davidson, J., Lecrubier, Y., et al. (2001). Consensus statement on generalised anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*; 62 (suppl11): 53-58.
8. Allgulander, C., Hackett, D., and Salinas, E. (2001). Venlafaxine extended release(ER) in the treatment of generalized anxiety disorder: twenty four week placebo-controlled dose-ranging study. *Br J Psychiatry*; 179: 15-22.
9. Chambless, D., & Gillis, M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,61,248-260.

نشانه های اختلال اضطراب فراگیر مؤثرتر از دارو درمانی بوده است اما این روش در افزایش سطح کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نسبت به دارو درمانی تاثیر بیشتری ندارد. البته لازم است اشاره گردد که سطح کیفیت زندگی هر دو گروه در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون بهبود یافته است، اما این تغییر مثبت به سطح معناداری نرسیده است. از یک سو با توجه به اینکه در پیشینه موضوع، محقق به مطالعه ای دست نیافت که در آن تاثیر آموزش نوروفیدبک و دارو درمانی در افزایش سطح زندگی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با یکدیگر مقایسه شده باشد، در نتیجه یافته های پژوهش حاضر در این خصوص از منظر پژوهش های پیشین قابل بحث نمی باشد. از سوی دیگر با توجه به حجم نمونه های مورد مطالعه در پژوهش حاضر، مطالعات بعدی با نمونه های بیشتر می تواند به شناخت ارتباط بین دو روش آموزش نوروفیدبک و دارو درمانی و متغیر کیفیت زندگی کمک نماید.

همچنین، چنانکه پیش از این اشاره گردید برخی از مقیاس های اندازه گیری کیفیت زندگی برای جمعیت ها و گروه های خاص ساخته شده است که شرایط طبی یا نوعی ناتوانی را به تصویر می کشند و برخی نیز با هدف اندازه گیری کیفیت زندگی در جمعیت عمومی تهیه شده اند. از آنجا که پرسشنامه استفاده شده در مطالعه حاضر، برای هر دو جمعیت ساخته شده، با انجام مطالعات بعدی و بهره گیری از پرسشنامه های کیفیت زندگی خاص بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شاید بتوان به اطلاعات بیشتری در این زمینه دست یافت. بنا براین برای نتیجه گیری دقیقتر در این خصوص باید منتظر یافته های پژوهش های بعدی بود. در عین حال از محدودیت های ذکر شده پیشن مربوط به ورود غیر تصادفی آزمودنی ها در دو گروه نوروفیدبک و دارو درمانی، در اینجا نیز می توان سخن گفت و تاثیر آن را بر نتایج بدست آمده نمی توان از نظر دور داشت.

در جمع بندی نتایج پژوهش حاضر می توان گفت که آموزش نوروفیدبک در افراد مبتلا به اختلال اضطراب

21. Carpiniello, B., Baita, A., and Carta, M. G. et al. (2002). Clinical and psychosocial outcome of patients affected by panic disorder with or without agoraphobia: results from a naturalistic follow-up study, *Eur Psychiatry* 17 (7) , 394–398.
22. Lowe, B., Unutzer, J., Callahan, C. M., Perkins, A. J., and Kroenke, K. (2004). Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9, *Med Care* 42 (12),1194–1201.
23. Ormel, J., Oldehinkel, A. J., Nolen, W. A. and Vollebergh, W. (2004). Psychosocial disability before, during, and after a major depressive episode: a 3-wave population-based study of state, scar, and trait effects, *Arch Gen Psychiatry* 61 (4), 387–392.
24. Sami, P., Samuli, S., Jaana, S., Marko, E., Timo, P., Anna-Mari A., Teija, H., Jonna, P., and Jouko, L. (2009). General health and quality-of-life measures in active, recent, and comorbid mental disorders: a population-based health 2000 study. *Comprehensive psychiatry*,108-114
25. Goodinson, S. M., & Singleton, J. (1989). Quality of life: a critical review of current concepts, measures and their clinical implications. *Intemation Journal of Nursing Studies*, 26, 327-34.
26. Wish, N. B. (1 986). Are we really measuring the quality of life? Well-being has subjective dimensions, as well as objective ones. *American Journal of Economics & Sociolow*, 45, 93-99.
27. Kessler, R.C. McGonagle, K.A. and S. Zhao et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey, *Arch Gen Psychiatry* 51 (1), 8–19.
28. Kessler, R. C., Chiu, W.T., and Demler O, et al. (2005) Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*; 62(6):617-627
29. Stein, L. I., and Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry* 37, 392–397.
10. Gould, R. A., Otto, M. W., Pollack, M. H., and Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy*, 28, 285–305.
11. Brown, D., Schefflin, A. W., and Hammond, D. C. (1998). *Memory, trauma treatment, and the law*. New York
12. Demos, N. J. (2005). *Getting Started with Neurofeedback*. W.W.Norton & Company. New York
13. Vanathy, S., Sharma, P.S.V.N., and Kumar, K. B. (1998). The efficacy of alpha and theta neurofeedback training in t treatment of generalized anxiety disorder. *Indian Journal of Clinical Psycholog.*, 25(2), 136-43
14. Moore, N. C. (2000). A review of EEG biofeedback treatment of anxiety disorders. *Clinical Electroencephalography*, 31(1), 1-6.
15. Monastra, V. J., Monastra, D. M., and George, S. (2002). The effects of stimulant therapy, EEG biofeedback, and parenting style on the primary symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27(4), 231-249.
16. Baehr, E., Rosenfeld J. P., and Baehr R. (2001). Clinical use of an alpha asymmetry neurofeedback protocol in the treatment of mood disorders: Follow-up study one to five years post therapy. *Journal of Neurotherapy*, 4(4), 11–18.
17. Sterman, M. B. (2000). Basic concepts and clinical findings in the treatment of seizure disorders with EEG operant conditioning. *Clinical Electroencephalography*,31(1),45-55
18. Walker, J. E., and Kozlowski, G. P. (2005). Neurofeedback treatment of epilepsy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 163-176.
19. Rice, K.M., Blanchard, E. B., and Purcell, M. (1993). Biofeedback treatments of generalized anxiety disorder: Preliminary results. *Biofeedback and Self-Regulation*, 18, 93-105
20. Murray, C. J., and Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study, *Lancet* 349 (9064),1498–1504.

39. Hare, J. F., Timmons, B. H., Roberts, J. R., and Burman, A. S. (1981). EEG alpha-biofeedback training: An experimental technique for the management of anxiety. *Journal of Medical Engineering & Technology*
40. Moore, N. C. (2005). The Neurotherapy of Anxiety Disorders. *Journal of Adult Development*, 12, Nos. 2/3
41. Wright, C., and Gunkelman, J. (1998). QEEG evaluation doubles the rate of clinical success. Series data and case studies. Abstracts 6th Annual Conference, Society for the Study of Neuronal Regulation, September 10-13, Austin, TX.
42. Biriukova, E.V., Timofeev, I.V., and Mosolov, S. N. (2005). Clinical and neurophysiological efficacy of neurofeedback in the combined therapy of anxiety disorders resistant to psychopharmacotherapy. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 2, 2005, 162-163.
30. Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E., and Carpenter, W.T. (1984). The quality of life scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin* 10, 388-398.
31. Awad, A. G., Hogan, T. P., (1994). Subjective response to neuroleptics and the quality of life: implications for treatment outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89, 27-32.
32. Franz, M., Lis, S., Plüddemann, K., Gallhofer, B., (1997). Conventional versus atypical neuroleptics: subjective quality of life in schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry* 170, 422-425.
۳۳. دلاور، علی (۱۳۷۴). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. انتشارات رشد.
۳۴. شاملو، سعید (۱۳۷۵). راهنمای تهیه شرح حال و مصاحبه در روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی. انتشارات رشد.
35. Spitzer, Robert, L., Kurt, K., Janet, B. W., Williams, D.S.W., and Bernd, L. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder, The GAD-7. *Arch Intern Med*. 166:1092-1097
۳۶. نائینیان، محمد رضا، شعیری، محمد رضا، شریفی، معصومه و هادیان مهری (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس ۷ سؤالی اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7). *روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، شماره ۴، ص ۵۰-۴۱.
37. Cummins, R. A., Eckersley, R., Lo, S.K., Davern, M., Hunter, B. and Okerstrom, E. (2004). The Australian Unity Wellbeing Index: An Update. Proceedings of the 5th Australian Conference on Quality of Life. Melanie Davern (Ed.), Melbourne, Deakin University.
۳۸. نائینیان، محمد رضا و شعیری، محمد رضا. بررسی برخی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه جامع کیفیت (PWI-A). مقاله در دست انتشار.

بررسی مقایسه‌ای علایم مثبت و منفی اسکیزوتایپی و ابعاد شخصیت اسکیزوتایپال در میان دانشجویان دختر و پسر

نویسندگان: احمد منصوری^{۱*} و عباس بخشی پور رودسری^۲

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز

۲. دانشیار دانشگاه تبریز

* Email: Mansoury_am@yahoo.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه علایم مثبت و منفی اسکیزوتایپی و ابعاد شخصیت اسکیزوتایپال در میان دانشجویان دختر و پسر بود. بدین منظور تعداد ۱۵۰ دانشجوی دختر و ۱۵۰ دانشجوی پسر دانشگاه تبریز به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپال (راین: ۱۹۹۱) در مورد دانشجویان اجرا گردید. برای تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین دانشجویان دختر و پسر در شاخص کلی شخصیت اسکیزوتایپال تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/05$). بعلاوه، بین دانشجویان دختر و پسر در علایم منفی اسکیزوتایپی و ابعاد تجربیات ادراکی غیر معمول، عاطفه محدود، نداشتن دوستان نزدیک و گفتار عجیب و غریب تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/05$). در مقابل، تفاوت معنی‌داری بین آنها در علایم مثبت اسکیزوتایپی و ابعاد تفکر جادویی، تفکر عطفی، سوء ظن یا بدگمانی، اضطراب اجتماعی بیش از حد و رفتار عجیب و غریب وجود ندارد ($P > 0/05$). در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که دانشجویان پسر در مقایسه با دانشجویان دختر علایم غیر بالینی بیشتر و شدیدتری در شاخص کلی شخصیت اسکیزوتایپال و علایم منفی اسکیزوتایپی تجربه می‌کنند، موضوعی که می‌تواند نشان دهنده آمادگی جهت ابتلا به اختلال‌های روان‌پریشی باشد.

واژه‌های کلیدی: علایم مثبت و منفی اسکیزوتایپی، ابعاد شخصیت اسکیزوتایپال

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

داشور
رفتار

• دریافت مقاله: ۸۷/۱۲/۱۸

• پذیرش مقاله: ۸۹/۱۰/۲۷

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Nineteenth Year, No.7
Autumn & Winter
2012- 2013

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال نوزدهم- دوره جدید

شماره ۷

پاییز و زمستان ۱۳۹۱

مقدمه

یکی از مهمترین چالش‌های پیش روی آسیب‌شناسی روانی معاصر بررسی ویژگی‌ها و خصایصی است که افراد را در معرض خطر ابتلا به اختلال‌های روانشناختی قرار می‌دهد [۱]. تجربه‌های بالینی و پژوهشی نشان داده است که علایم روان‌پریشی مختص اختلال خاصی نیستند، بلکه این علایم بر روی پیوستاری قرار دارند که می‌توان آنها را با شدت کمتر اما به گونه‌ای پایدار در افراد بهنجار مشاهده کرد [۲]. فرضیه‌های پیوستاری مربوط به فنوتایپ روان‌پریشی نیز پیشنهاد می‌کنند که تجربه‌های سایکوتیک در جمعیت‌های عمومی و بالینی تجربه می‌شوند [۳، ۴].

طبق DSM-IV-TR (APA، ۲۰۰۰) اختلال‌های شخصیت‌الگوهای پایدار ادراک، ارتباط و تفکر در مورد محیط و خود شخص هستند. الگوهایی که در طیف گسترده‌ای از زمینه‌های شخصی و اجتماعی بروز پیدا می‌کنند، نامعطف و ناسازگارانه‌اند و باعث اختلال کارکردی معنی‌دار یا پریشانی ذهنی می‌شوند [۵]. از میان اختلال‌های شخصیت مطرح شده در DSM-IV-TR اختلال شخصیت اسکیزوتایپال^۱ هم از چشم‌انداز تاریخی و هم از چشم‌انداز سبب‌شناسی از اهمیت بسزایی برخوردار است، زیرا که با اسکیزوفرنیا رابطه دارد [۶]. به عبارت دیگر، اختلال شخصیت اسکیزوتایپال به عنوان شکل خفیف یا فنوتایپیک اسکیزوفرنیا مطرح شده است. همچنین همانند اسکیزوفرنیا برحسب علامت‌شناسی مثبت (مثل باورهای عجیب و غریب/تفکر جادویی، تفکر پارانوئیدی، تفکر عاطفی) و منفی (مثل عاطفه محدود، نداشتن دوستان نزدیک، اضطراب اجتماعی) تعریف شده است [۷]. ملاک‌های تشخیصی این اختلال شامل تفکر عاطفی، باورهای عجیب و غریب/تفکر جادویی، تجربیات ادراکی غیرمعمول، تفکر یا سخن عجیب و غریب، سوءظن یا بدگمانی، عاطفه نامتناسب یا محدود، رفتار عجیب و غریب، نداشتن دوستان نزدیک و اضطراب اجتماعی بیش از حد می‌شود (APA، ۱۹۹۴) [۸].

کلاریدج^۲ معتقد است که ویژگی‌های اسکیزوتایپال به نوعی بخشی از ابعاد شخصیت بهنجار هستند (اما نه به شکل آسیب‌شناختی) که در عین حال می‌توانند نشان دهنده آمادگی جهت ابتلا به اختلال‌های روان‌پریشی باشند [۹]. از اینرو، بررسی موضوع‌های مرتبط با اسکیزوتایپی می‌تواند اطلاعات مهمی درباره آسیب‌پذیری به اسکیزوفرنیا و علایم اولیه دوره‌های روان‌پریشی فراهم سازد [۱۰].

بر اساس DSM-IV-TR اختلال شخصیت اسکیزوتایپال در مردان شایع‌تر است [۱۱]. پژوهش‌های انجام شده نیز نشان داده است که زنان نمره بالاتری در علایم مثبت اسکیزوتایپی بدست می‌آورند [۱، ۶، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۰]. در حالیکه، مردان نمره بالاتری در علایم منفی اسکیزوتایپی بدست می‌آورند [۱، ۶، ۱۴، ۱۵، ۲۱، ۲۰، ۱۷، ۲۲]. برخی از مطالعات نیز تفاوت معنی‌داری بین دو جنس مشاهده نکردند [۲۰]. علاوه بر این، برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که زنان نمره بالاتری در نمره کل آزمون بدست می‌آورند [۲، ۶، ۱۳، ۲۲، ۲۳]. در حالیکه پژوهش‌های دیگر گزارش کردند که تفاوت معنی‌داری بین زنان و مردان در نمره کل آزمون وجود ندارد [۴، ۶، ۲۰].

علاوه بر این، در بررسی ابعاد اسکیزوتایپی راین^۳ نشان داده است که زنان نمره بالاتری در تفکر عاطفی و باورهای عجیب و غریب/تفکر جادویی بدست می‌آورند، در حالیکه مردان نمره بالاتری در نداشتن دوستان نزدیک و عاطفه محدود بدست می‌آورند [۱۷]. راس و بری بو^۴ در بررسی خود دریافتند که مردان نمره بالاتری در بعد رفتار عجیب و غریب بدست می‌آورند، در حالیکه زنان نمره بالاتری در تفکر عاطفی، باورهای عجیب و غریب یا تفکر جادویی و اضطراب اجتماعی بدست می‌آورند [۲۲]. بادوکوک و دراکوویچ^۵ گزارش کردند که مردان نمره بالاتری در عاطفه محدود و نداشتن دوستان نزدیک

۲. Claridge

۳. Raine

۴. Roth & Baribeau

۵. Badcock & Dragovic

۱. Schizotypal Personality Disorder

ابزار پژوهش

پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپال (SPQ؛ راین، ۱۹۹۱)

این پرسشنامه یک مقیاس خود گزارشی با ۷۴ سوال بله /خیر و شامل ۹ خرده مقیاس باورهای عجیب و غریب یا تفکر جادویی^۴، تفکر عطفی^۵، تجربیات ادراکی غیر معمول^۶، عاطفه محدود^۷، سوء ظن یا بدگمانی^۸، نداشتن دوستان نزدیک^۹، اضطراب اجتماعی بیش از حد^{۱۰}، گفتار عجیب و غریب^{۱۱} و رفتار عجیب و غریب^{۱۲} است که در بر گیرنده ملاک های تشخیصی اختلال شخصیت اسکیزوتایپال است [۲۴]. SPQ نشانه های مثبت (تفکر جادویی، تفکر پارانوئیدی، تجربیات ادراکی غیر معمول، تفکر عطفی) و منفی (عاطفه محدود، نداشتن دوستان نزدیک، اضطراب اجتماعی) اسکیزوتایپی را می سنجد. تحلیل های انجام شده نیز تایید کرده اند که SPQ را می توان به ۲ تا ۳ نشانگان تقسیم نمود، که مشابه به سه نشانگان اسکیزوفرنیا هستند (نشانگان مثبت: تفکر جادویی، تفکر پارانوئیدی، انحرافات ادراکی، تفکر عطفی؛ نشانگان منفی: عاطفه محدود، نداشتن دوستان نزدیک، اضطراب اجتماعی؛ و آشفته: گفتار عجیب و غریب، رفتار عجیب و غریب) [۷]. بعلاوه، تحلیل عاملی ۹ خرده مقیاس این پرسشنامه روی سه عامل: الف- ادراک شناختی (تفکر جادویی، تفکر پارانوئیدی، تجربیات ادراکی غیر معمول، تفکر عطفی)؛ ب- بین فردی (عاطفه محدود، نداشتن دوستان نزدیک، اضطراب اجتماعی)، و ج- آشفته (گفتار عجیب و غریب، رفتار عجیب و غریب) بارگذاری شده است [۲۴]. راین (۱۹۹۱) نشان داده است که روایی همگرا SPQ ۰/۸۱-۰/۵۹، روایی افتراقی آن

بدست آوردند، در حالیکه زنان نمره بالاتری در باورهای عجیب و غریب بدست آوردند [۲۳]. فوساتی و همکاران^۱ نیز با بررسی ۹ خرده مقیاس پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپال مشاهده کردند که آزمودنی های مرد نمره بالاتری در خرده مقیاس های رفتار عجیب و غریب، نداشتن دوستان نزدیک و عاطفه محدود پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپال بدست می آورند، در حالیکه زنان نمره بالاتری در خرده مقیاس های تفکر عطفی و اضطراب اجتماعی بیش از حد بدست می آورند [۶]. طی چند دهه قبل مقیاس های زیادی درباره شخصیت اسکیزوتایپال ساخته شده است و همانطور که مشاهده شد مطالعه های زیادی درباره تفاوت های جنسیتی اسکیزوتایپی و ابعاد شخصیت اسکیزوتایپال انجام شده است. در همین راستا پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه ای علایم مثبت و منفی اسکیزوتایپی و ابعاد شخصیت اسکیزوتایپال در میان دانشجویان دختر و پسر اجرا گردید.

روش

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان کارشناسی نیمسال اول تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷، ساکن خوابگاه های دانشجویی دانشگاه تبریز بود. نمونه مورد بررسی در این پژوهش شامل ۱۵۰ دانشجوی دختر و ۱۵۰ دانشجوی پسر با میانگین سنی $20/28 \pm 1/63$ بود. میانگین سنی دختران و پسران به ترتیب برابر با $20/38 \pm 1/11$ و $20/88 \pm 1/40$ بود. روش نمونه گیری، روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی بود. معیار ورود دانشجویان به نمونه مورد بررسی عدم سابقه ابتلا به اختلال های روانشناختی / روانپزشکی بود. پس از هماهنگی با مسئولان ذیربط و آزمودنی ها و تشریح اهمیت پژوهش، پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپال^۲ (SPQ؛ راین، ۱۹۹۱) در اختیار آزمودنی ها قرار گرفت. برای تحلیل داده های پژوهش از شاخص های آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس چند متغیره^۳ استفاده شد.

4 . Odd beliefs or magical thinking

5 . Ideas of reference

6 . Unusual perceptual experiences

7 . Constricted affect

8 . Suspiciousness

9 . No close friends

10 . Excessive social anxiety

11 . Odd speech

12 . Odd or eccentric behavior

1 . Fossati et al.

2 . Schizotypal Personality Questionnaire

3 . MANOVA

اسکیزوفرنی را از افراد سالم جدا کرده است و تحلیل عاملی اکتشافی (EFA) نیز صحت ساختار سه عاملی راین (۱۹۹۱) را تایید کرده است [۲۶].

نتایج

یافته‌های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمره آزمودنی‌ها در علایم مثبت و منفی اسکیزوتایپی، هر یک از ابعاد شخصیت اسکیزوتایپال و نمره کل آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

۰/۶۳ و روایی ملاکی آن ۰/۶۸ است [۲۵]. در ایران نیز ضریب آلفا برای نمره کل SPQ ۰/۹۰ و برای عامل‌های آن به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۳، و ۰/۸۱ گزارش شده است. علاوه بر این، میزان آلفا برای ۹ بعد تفکر جادویی، تفکر عطفی، تجربیات ادراکی غیر معمول، سوء ظن یا بدگمانی، عاطفه محدود، نداشتن دوستان نزدیک، اضطراب اجتماعی، گفتار عجیب و غریب و رفتار عجیب و غریب به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۵۹، ۰/۷۱، ۰/۵۹، ۰/۶۴، ۰/۷۳، ۰/۶۶ و ۰/۸۲ گزارش شده است. SPQ به خوبی بیماران مبتلا به

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره دانشجویان دختر و پسر در علایم مثبت و منفی اسکیزوتایپی، ابعاد شخصیت اسکیزوتایپال و نمره کل آزمون بر اساس جنسیت (n=۳۰۰)

متغیر	جنسیت	میانگین	انحراف معیار	متغیر	جنسیت	میانگین	انحراف معیار
علایم مثبت اسکیزوتایپی	مرد	۱۵/۳۲	۵/۵۰	عاطفه محدود	مرد	۳/۱۱	۱/۸۳
	زن	۱۵/۲۲	۵/۶۸		زن	۲/۶۰	۱/۹۱
	کل	۱۵/۲۷	۵/۵۸		کل	۲/۸۵	۱/۸۸
علایم منفی اسکیزوتایپی	مرد	۹/۵۳	۵/۱۵	نداشتن دوستان نزدیک	مرد	۳/۱۵	۲/۱۱
	زن	۷/۸۷	۴/۸۲		زن	۲/۲۵	۱/۹۶
	کل	۸/۷۰	۵/۰۵		کل	۲/۷۰	۲/۰۹
باورهای عجیب و غریب یا تفکر جادویی	مرد	۲/۷۵	۱/۷۳	اضطراب اجتماعی بیش از حد	مرد	۳/۲۷	۲/۲۵
	زن	۲/۹۷	۱/۷۹		زن	۳/۰۲	۲/۱۱
	کل	۲/۸۶	۱/۷۶		کل	۳/۱۴	۲/۱۸
سوء ظن یا بدگمانی	مرد	۳/۵۵	۱/۹۲	گفتار عجیب و غریب	مرد	۴/۸۶	۲/۳۸
	زن	۳/۸۴	۱/۹۴		زن	۴/۰۹	۲/۰۹
	کل	۳/۶۹	۱/۹۳		کل	۴/۴۸	۲/۲۷
تفکر عطفی	مرد	۵/۰۳	۲/۱۶	رفتار عجیب و غریب	مرد	۲/۵۱	۲/۱۹
	زن	۴/۹۹	۲/۲۱		زن	۲/۱۴	۲/۲۰
	کل	۵/۰۱	۲/۱۸		کل	۲/۳۲	۲/۲۰
تجربیات ادراکی غیر معمول	مرد	۳/۹۹	۲/۱۶	نمره کل آزمون	مرد	۳۲/۲۱	۱۱/۵۴
	زن	۳/۴۲	۲/۰۸		زن	۲۹/۳۲	۱۱/۲۵
	کل	۳/۷۱	۲/۱۴		کل	۳۰/۷۷	۱۱/۴۷

بوده و با یکدیگر تفاوت معنی دار ندارند ($P > 0/05$). لذا، تاثیر کلی جنسیت بر علایم مثبت و منفی، ابعاد شخصیت اسکیزوتایپال و نمره کل آزمون معنی دار است. جهت تعیین اینکه این تاثیر کلی در کدام گروه‌ها و کدام متغیرها وجود دارد، نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) در جدول ۲ ارائه شده است.

با توجه به نتایج بدست آمده جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود که بین دانشجویان دختر و پسر در علایم مثبت اسکیزوتایپی و ابعاد تفکر جادویی، تفکر عطفی، سوء ظن یا بدگمانی، اضطراب اجتماعی بیش از حد و رفتار عجیب و غریب تفاوت معنی دار وجود ندارد ($P > 0/05$).

در مقابل، بین دانشجویان دختر و پسر در علایم منفی اسکیزوتایپی، نمره کل آزمون، ابعاد تجربیات ادراکی غیر معمول، عاطفه محدود، نداشتن دوستان نزدیک و گفتار عجیب و غریب تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < 0/05$).

تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) برای تعیین معنی داری تفاوت میان ۲ گروه دانشجویان دختر و پسر در مورد علایم مثبت و منفی اسکیزوتایپی، ابعاد شخصیت اسکیزوتایپال و نمره کل آزمون انجام گرفته است. با این وجود، در ابتدا از آزمون چند متغیره لامبدای ویلکز برای تعیین معنی داری اثر جنسیت بر علایم مثبت و منفی، ابعاد شخصیت اسکیزوتایپال و نمره کل آزمون استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که اثر کلی جنسیت بر علایم مثبت و منفی، ابعاد شخصیت اسکیزوتایپال و نمره کل آزمون معنی دار است ($P < 0/05$).

علاوه بر این، برای بررسی پیش فرض برابری واریانس علایم مثبت و منفی، ابعاد شخصیت اسکیزوتایپال و نمره کل آزمون با توجه به جنسیت دانشجویان از آزمون لون استفاده گردید. نتایج این آزمون نیز نشان داد که واریانس علایم مثبت و منفی، ابعاد شخصیت اسکیزوتایپال و نمره کل آزمون با توجه به جنسیت برابر

جدول ۲: واریانس چند متغیره (MANOVA) تاثیر جنسیت بر علایم مثبت و منفی، ابعاد شخصیت اسکیزوتایپال و نمره کل آزمون

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری
جنسیت	علایم مثبت اسکیزوتایپی	۰/۷۵	۱	۰/۷۵	۰/۰۲	۰/۸۷
	علایم منفی اسکیزوتایپی	۲۰۶/۶۷	۱	۲۰۶/۶۷	۸/۲۹	۰/۰۰۴
	تفکر جادویی	۳/۶۳۰	۱	۳/۶۳۰	۱/۱۶	۰/۲۸
	تفکر عطفی	۰/۱۲۰	۱	۰/۱۲۰	۰/۰۲	۰/۸۷
	سوء ظن یا بدگمانی	۶/۴۵۳	۱	۶/۴۵۳	۱/۷۲	۰/۱۹
	تجربیات ادراکی غیر معمول	۲۴/۶۵۳	۱	۲۴/۶۵۳	۵/۴۵	۰/۰۲
	عاطفه محدود	۱۹/۲۵۳	۱	۱۹/۲۵۳	۵/۴۸	۰/۰۲
	نداشتن دوستان نزدیک	۶۱/۶۵۳	۱	۶۱/۶۵۳	۱۴/۷۵	۰/۰۰۰۱
	اضطراب اجتماعی	۴/۵۶۳	۱	۴/۵۶۳	۰/۹۵	۰/۳۳
	گفتار عجیب و غریب	۴۴/۰۸۳	۱	۴۴/۰۸۳	۸/۷۷	۰/۰۰۳
	رفتار عجیب و غریب	۱۰/۰۸۳	۱	۱۰/۰۸۳	۲/۰۸	۰/۱۵
	نمره کل آزمون	۶۲۷/۸۵	۱	۶۲۷/۸۵	۴/۸۳	۰/۰۲

* به منظور رعایت ایجاز، داده‌های مربوط به واریانس کل متغیرها در جدول نیامده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای علائم مثبت و منفی اسکیزوتایپی و ابعاد شخصیت اسکیزوتایپال در میان دانشجویان دختر و پسر بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت معنی داری میان دانشجویان دختر و پسر در شاخص کلی شخصیت اسکیزوتایپال وجود دارد و دانشجویان پسر نمره بالاتری در شاخص کلی شخصیت اسکیزوتایپال بدست می‌آورند. نتایج حاصل نشان داد که مردان علائم بیشتری و شدیدتری تجربه می‌کنند. از اینرو، در این پژوهش یافته‌های قبلی مبنی بر عدم تفاوت بین زنان و مردان [۶، ۷، ۲۰] و همچنین کسب نمره بالاتر زنان در شاخص کلی شخصیت اسکیزوتایپال تکرار نشد [۲، ۶، ۱۳، ۲۲، ۲۳]. در مقابل، نتایج حاصل هماهنگ با DSM-IV-TR نشان می‌دهد که مردها در معرض خطر بیشتری جهت ابتلا به این اختلال قرار دارند. نتایج فوق بیانگر این است که جنسیت می‌تواند یکی از عوامل موثر در تجربه علائم اسکیزوتایپی باشد. بعلاوه، عوامل متعددی همچون عوامل فرهنگی-اجتماعی، نوروسایکولوژیکال و هورمونی می‌توانند نقش مهمی در تفاوت‌های موجود بین دو جنس ایفا کنند. از اینرو، عدم هماهنگی یافته‌های این پژوهش با یافته‌های قبلی می‌تواند ناشی از تفاوت‌های موجود بین زنان و مردان و حتی تفاوت‌های روش شناختی باشد.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که بین دختران و پسران در علائم منفی اسکیزوتایپی تفاوت معنی دار وجود دارد. از اینرو، در پژوهش حاضر نتایج پژوهش‌های قبلی مبنی بر اینکه مردان نمره بالاتری نسبت به زنان در علائم منفی اسکیزوتایپی بدست می‌آورند، تکرار شد [۱، ۶، ۱۵، ۱۴، ۱۷، ۲۱، ۲۰، ۲۲]. نتایج فوق بیانگر این است که جنسیت می‌تواند یکی از عوامل تاثیر گذار در تجربه علائم منفی اسکیزوتایپی است.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که تفاوت معنی داری بین دانشجویان دختر و پسر در علائم مثبت اسکیزوتایپی وجود ندارد. از اینرو، در پژوهش حاضر یافته‌های قبلی مبنی بر اینکه زنان نمره بالاتری

در علائم مثبت اسکیزوتایپی بدست می‌آورند، تکرار نشد [۱، ۶، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۱۹، ۲۱]. نتایج فوق بیانگر این است که جنسیت اثر کمی بر تجربه علائم مثبت دارد. با این وجود، عدم تفاوت مشاهده شده در علائم مثبت اسکیزوتایپی می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی-اجتماعی و روش شناختی باشد. در بررسی ابعاد شخصیت اسکیزوتایپال مشاهده شد که بین دانشجویان دختر و پسر در ابعاد تجربیات ادراکی غیر معمول، عاطفه محدود و نداشتن دوستان نزدیک تفاوت معنی دار وجود دارد. نتایج حاصل نشان داد که مردان نمره بالاتری در بعد تجربیات ادراکی غیر معمول بدست می‌آورند. بعلاوه، یافته‌های ما همسو با یافته‌های قبلی نشان داد که مردان نمره بالاتری نسبت به زنان در ابعاد عاطفه محدود و نداشتن دوستان نزدیک بدست می‌آورند [۶، ۱۷، ۲۲]. با این وجود، تفاوت معنی داری بین دانشجویان دختر و پسر در ابعاد باورهای عجیب و غریب / تفکر جادویی، تفکر عطفی، سوء ظن یا بدگمانی، اضطراب اجتماعی بیش از حد و رفتار عجیب و غریب مشاهده نشد.

در مجموع، هر چند که تفاوت معنی داری بین دانشجویان دختر و پسر در علائم مثبت اسکیزوتایپی مشاهده نشد، با این وجود نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مردان ویژگی‌های اسکیزوتایپی را با شدت بیشتری تجربه می‌کنند و همچنین در معرض خطر بیشتری جهت ابتلا به اختلال‌های روان پریشی قرار دارند. عوامل متعددی همچون عوامل فرهنگی-اجتماعی، نوروسایکولوژیکال و هورمونی می‌توانند نقش مهمی در تفاوت‌های مشاهده شده ایفا کنند. از اینرو، نتایج حاصل نشان دهنده نیاز به بررسی‌های دیگر جهت شناسایی مکانیسم‌های زیرین مربوط به تفاوت‌های موجود می‌باشد.

در این پژوهش نمونه‌ای از دانشجویان کارشناسی استفاده شده است، کسانیکه متغیرهای موجود در بررسی آنها تا اندازه‌ای متجانس بوده است. بعلاوه، این پژوهش بر روی نمونه‌ای از دانشجویان خوابگاهی انجام شده

9. Cyhlarova, E., & Claridge, G. (2005). Development of a version of the Schizotypy Traits Questionnaire (STA) for screening children. *Schizophrenia Research*, 80, 253–261.
10. Mass, R., Girndt, K., Matouschek, A.-K., Peter, P. M., Plitzko, N., Andresen, B., Haasen, C., & Dahme, B. (2007). Introducing the Eppendorf Schizophrenia Inventory (ESI) as a psychometric method for schizotypy research. *Personality and Individual Differences*, 42, 525-534.
11. Segal, D.L., Coolidge, F.L., & Rosowsky, E. (2006). *Personality disorders and older adults: Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York: Wiley & Sons.
12. Reynolds, C. A., Raine, A., Mellingen, K., Venables, P.H., & Mednick, S. A. (2000). Three-factor model of schizotypal personality: Invariance across culture, gender, religious affiliation, family adversity, and psychopathology. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 603-618.
13. Mata, I., Mataix-Cols, D., & Peralta, V. (2005). Schizotypal Personality Questionnaire-Brief: Factor structure and influence of sex and age in a nonclinical population. *Personality and Individual Differences*, 38, 1183-1192.
14. Mason, O., & Claridge, G. (2006). The Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE): Further description and extended norms. *Schizophrenia Research*, 82, 203-211.
15. Claridge, G., McCreery, C., Mason, O., Bental, R., Boyle, G., Slade, P., & Popplewell, D. (1996). The factor structure of 'schizotypal' traits: A large replication study. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 103-115.
16. Rawlings, D., Claridge, G., & Freeman, J.L. (2001). Principal components analysis of the Schizotypal Personality Scale (STA) and the Borderline Personality Scale (STB). *Personality and Individual Differences*, 31, 409-419.
17. Raine, A. (1992). Sex differences in schizotypal personality in a nonclinical population. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 361–364.
18. Claridge, G. S., & Hewitt, J. K. (1987). A biometrical study of schizotypy in a normal population. *Personality and Individual Differences*, 8, 303–312.

است. بنابراین، انجام پژوهش بر روی نمونه‌های معرف تر و همچنین جمعیت‌های غیر دانشجویی و نمونه‌هایی با حجم بالاتر می‌تواند اطلاعات بیشتری فراهم کند و تعمیم‌پذیری نتایج را افزایش دهد.

منابع

1. Fonseca-Pedrero, E., Muniz, J., Lemos-Giraldez, S., Garcia-Cueto, E., Campillo-Alvarez, A., & Villazon-Garcia, U. (2007). Multidimensionality of schizotypy under review. *Papeles del Psicologo*, 28, 117-126.
2. Paino-Pineiro, M., Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giraldez, S., & Muniz, J. (2008). Dimensionality of schizotypy in young people according to sex and age. *Personality and Individual Differences*, 45, 132–138
3. Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giraldez, S., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Villazon-Garcia, U., Gonzalez, M.P.P-G., & Muniz, J. (2010). Dimensionality of hallucinatory predisposition: Confirmatory factor analysis of the Launay-Slade Hallucination Scale-revised in college students. *anales del psicologo*, 26, 41-48.
4. Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giraldez, S., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Villazon-García, U., & Muniz, J. (2009). Experiencias psicóticas atenuadas en población adolescente [Attenuated psychotic experiences in adolescents]. *Papeles del Psicologo*, 30, 63-73.
5. Barlow, D.H., & Durand, V.M. (3 ed)(2002). *Abnormal psychology: an integrative approach*. New Yourk: Thomason Learning.
6. Fossati, A., Raine, A., Carretta, I., Leonardi, B., & Maffei, C. (2003). The three-factor model of schizotypal personality: invariance across age and gender. *Personality and Individual Differences*, 35, 1007-1019.
7. Moritz, S., Fricke, S., Jacobsen, D., Kloss, M., Wein, Chm., Rufer, M, Katenkamp, B., Farhumand, R., & Hand, I. (2004). Positive schizotypal symptoms predict treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 42, 217–22.
8. Dinn, W.M., Harris, C.L., Aycicegi, A., Greene, P., & Andover, M.S. (2002). Positive and negative schizotypy in a student sample: neurocognitiv and clinical correlates. *Schizophrenia Research*, 56, 171-185.

24. Rine, A. (2010). Manual for the Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ and SPQ-B). www-rcf.usc.edu/~raine/spqrel.html.
25. Sarkin, A.J., Dionisio, D.P., Hillix, W. A., & Granholm, E. (1998). Positive and negative schizotypal symptoms relate to different aspects of crossover reaction time task performance. *Psychiatry Research*, 81, 241-249.
۲۶. بخشی پور رودسری، عباس، شاطری، لیلا، فتاحی، ثمینه، سودمند، محسن، صادری اسکویی، الهه، منصوری، احمد. (زیر چاپ). اعتباریابی نسخه فارسی پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپال در جمعیت دانشجویی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران.
19. Gruzelier, J. H., & Doig, A. (1996). The factorial structure of schizotypy: Part II. Cognitive asymmetry, arousal, handedness, and sex. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 621-634.
20. Roth, R.M., & Baribeau J (1997). Gender and schizotypal personality features. *Personality and Individual Differences*, Vol 22, pp411-416.
21. Venables, P.H., & Bailes, K. (1994). The structure of schizotypy, its relation to subdiagnoses of schizophrenia and to sex and age. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 277-294.
22. Wuthrich, V., & Bates, T. C. (2006). Confirmatory factor analysis of the three-factor structure of the schizotypal personality questionnaire and Chapman schizotypy scales. *Journal of Personality Assessment*, 87, 292-304.
23. Badcock J.C., & Dragovic, M. (2006). Schizotypal personality in mature adults. *Personality and Individual Differences*, 40, 77-85

اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به آسم

نویسندگان: فاطمه رضایی^{۱*}، حمید طاهر نشاط دوست^۲، نجمه وکیلی زارچ^۳، بابک امرا^۴ و حسین مولوی^۵

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه اصفهان
۲. استاد دانشگاه اصفهان
۳. دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه اصفهان
۴. عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۵. استاد دانشگاه اصفهان

* Email: f.rezaei2002@yahoo.com

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر شیوه گروهی بر افسردگی و اضطراب بیماران زن مبتلا به آسم شهر اصفهان بود. بدین منظور ۲۸ بیمار مبتلا به آسم بصورت تصادفی خوشه ای از مراکز درمانی شهر اصفهان انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. این دو گروه در مرحله پیش آزمون با استفاده از زیر مقیاس های اضطراب و افسردگی آزمون SCL-90-R مورد ارزیابی واقع شدند. سپس گروه آزمایش طی هشت جلسه هفتگی تحت درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی قرار گرفت و گروه گواه هیچگونه مداخله روانشناختی دریافت نکرد. در پایان هشت جلسه درمانی، دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس آزمون بار دیگر توسط زیر مقیاس های اضطراب و افسردگی آزمون SCL-90-R مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین زیر مقیاس عملکرد تنفسی از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم (AQLQ)، به منظور بررسی تأثیر احتمالی میزان اضطراب و افسردگی بر علائم و نشانه های این بیماری، توسط گروه های گواه و آزمایش قبل و بعد از مداخله درمانی تکمیل گردید. نتایج حاصل تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین نمرات اضطراب و افسردگی گروه آزمایش، در مرحله پس آزمون به میزان معناداری نسبت به گروه گواه کاهش پیدا کرده است ($P < 0/05$). همچنین میانگین نمرات عملکرد تنفسی گروه آزمایش در مرحله پس آزمون به میزان معناداری نسبت به گروه گواه افزایش یافته است ($P < 0/05$). بر اساس یافته های فوق می توان گفت درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی می تواند به عنوان یک درمان مفید جهت بهبود اختلالات روانی همراه با بیماری آسم و عملکرد تنفسی (علائم و نشانه ها) به کار گرفته شود.

واژه های کلیدی: آسم، درمان شناختی- رفتاری، اضطراب، افسردگی، عملکرد تنفسی.

روان شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
رفتار

• دریافت مقاله: ۸۷/۷/۱۳

• پذیرش مقاله: ۹۰/۱/۲۰

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Nineteenth Year, No.7
Autumn & Winter
2012- 2013

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال نوزدهم- دوره جدید
شماره ۷
پاییز و زمستان ۱۳۹۱

مقدمه

آسم نشان دادند که ۶۶٪ از بیماران شرکت کننده در پژوهش به اختلالات روانپزشکی مبتلا هستند که ۶۸٪ از این افراد، نشانه های اضطراب و ۶۵٪ نیز نشانه های افسردگی را گزارش کرده اند. اضطراب و افسردگی خواه زمینه ساز و مقدم بر شروع آسم باشد و خواه در طول ابتلا به آسم به وجود آید کیفیت زندگی و بهزیستی هیجانی این بیماران را به میزان زیادی تحت تاثیر قرار می دهد. پژوهشها حاکی از آن است که، آن دسته از افراد مبتلا به آسم که نشانه های بیشتری از اضطراب و افسردگی را گزارش کرده اند نیاز بیشتری به درمان های پزشکی، بستری شدن های مکرر و موقیعت های اورژانسی پیدا می کنند. این افراد در انجام فعالیت های روزانه ناتوان تر هستند و مشکلات رفتاری بیشتری را نشان می دهند [۱۱]. اضطراب و افسردگی، علائم جسمانی بیماری آسم را نیز شدت می بخشد. برای مثال، اضطراب باعث افزایش التهاب در راههای تنفسی می شود. به طور کلی اختلالات خلقی از طریق تغییر و انقباض راههای هوایی و ایجاد تنگی نفس سبب شدت یافتن علائم بیماری می شود [۱۲] همچنین نشانه های اختلالات روانشناختی مخصوصاً افسردگی و اضطراب به عنوان موانعی در جهت تشخیص و کنترل این بیماری در نظر گرفته می شوند [۷]. در حقیقت اختلالات خلقی (مخصوصاً افسردگی و اضطراب) باعث توجه بیشتر بیمار نسبت به علائم بیماری شده و واکنش پذیری بیمار را نسبت به علائم جسمانی و دوره های وقوع علائم، افزایش می دهد. بنابراین ارزیابی بیمار از شدت علائم و تعداد دوره های وقوع علائم دچار تحریف می شود. به این معنا که بیمار علائم را با شدت بیشتر و تعداد وقوع حملات را به میزان بالاتری گزارش می کند. همچنین، به دلیل شباهت زیاد بین علائم اضطراب و نشانه های بیماری آسم، مبتلایان به آسمی که همزمان از اختلالات اضطرابی نیز رنج می برند از تمایز گذاری بین علائم اضطراب و نشانه های بیماری آسم ناتوانند، بنابراین دوره های بیماری را با شدت بیشتری ارزیابی و گزارش می کنند [۱۳]. بنابراین آنچه گفته شد بدیهی است که توجه

در میان خیل عظیم بیماری های مزمن، آسم یکی از شایعترین اختلالات دستگاه تنفسی است. به طوری که طبق بررسی های انجام شده ۵٪ کل جمعیت جهان مبتلا به آسم می باشند [۱]. آسم ششمین علت بستری شدن بیماران در بیمارستان می باشد و بیش از ۴۰٪ بزرگسالان مبتلا هر ساله حداقل یک بار یا بیشتر به علت حملات آسم به بخش اورژانس مراجعه می کنند [۲]. این بیماری نوعی التهاب مزمن مجاری هوایی است که با افزایش پاسخدهی درخت تراکئوبرونکیال^۱ به انواعی از محرک ها مشخص می گردد. در بررسی سبب شناسی این بیماری می توان به نقش عوامل ژنتیکی، آلرژی ها، عوامل عفونی و عوامل روانشناختی اشاره نمود [۳] در چهارمین ویرایش تجدید نظر شده راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۲ آسم به عنوان یکی از بیماریهای روان تنی که از عوامل روانشناختی تاثیر می پذیرد طبقه بندی شده است [۴]. شواهد پژوهشی متعدد حاکی از آن است که عوامل روانی - اجتماعی نقش بسیار مهمی در بیماری آسم بازی می کنند [۵]. عوامل روانشناختی در بسیاری از موارد به عنوان عوامل زمینه ساز این بیماری در نظر گرفته می شوند [۶]. توجه به شیوع همزمان اختلالات روانی در مبتلایان به آسم بسیار حائز اهمیت است. پژوهشها حاکی از آن است که افراد مبتلا به آسم دو برابر افرادی که این بیماری را ندارند مشکلات روانشناختی را تجربه می کنند [۷]. شیوع گسترده اختلالات روانپزشکی مخصوصاً اضطراب و افسردگی در بین بیماران مبتلا به آسم در پژوهش های متعددی گزارش شده است [۸]. نتایج یک پژوهش که به منظور بررسی نیمخ روانی بیماران مبتلا به آسم از طریق اجرای آزمون MMPI صورت گرفت، نشان داد که ۴۲٪ افراد مبتلا به آسم حداقل در یکی از زیر مقیاس های این آزمون دارای اختلال واضح روانشناختی هستند [۹]. کولوی و همکاران [۱۰] نیز در پژوهشی بر روی مبتلایان به

1. Tracheobronchial

2. DSM-IV-TR

روش

• آزمودنی‌ها

الف) جامعه آماری: جامعه پژوهش حاضر، کلیه بیماران سرپایی زن مبتلا به آسم شهر اصفهان بودند که در سال ۱۳۸۷ به مراکز درمانی این شهر مراجعه کردند.

ب) نمونه پژوهش: در پژوهش حاضر، از روش تصادفی خوشه‌ای به منظور انتخاب نمونه‌ها استفاده شد. به این صورت که، در مرحله اول، از بین بیمارستان‌های شهر اصفهان به صورت تصادفی بیمارستان نور انتخاب شد. در مرحله‌ی بعد از بین بیمارانی که به این مرکز مراجعه می‌کردند ۲۸ نفر که ملاک‌های ورود در تحقیق را دارا بودند به صورت تصادفی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار داده شدند. ملاک‌های ورود در این تحقیق عبارت بودند از: ۱- جنسیت مؤنث ۲- دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال ۳- سطح تحصیلات سیکل به بالا ۴- حداقل یک سال از شروع حملات گذشته باشد. در مرحله پیش‌آزمون، دو زیر مقیاس اضطراب و افسردگی آزمون SCL-90-R و زیر مقیاس عملکرد تنفسی از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم (AQLQ)^۱ توسط بیماران تکمیل شد. بعد از هشت جلسه درمانی بر روی گروه آزمایش، مرحله پس‌آزمون (تکمیل زیر مقیاس‌های اضطراب و افسردگی آزمون SCL-90-R و زیر مقیاس عملکرد تنفسی از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم AQLQ) توسط گروه آزمایش و گواه) به اجرا در آمد. دو نفر از اعضای گروه آزمایش به دلیل غیبت مکرر (بیشتر از سه جلسه) از گروه آزمایش حذف شدند. به منظور تساوی حجم نمونه در دو گروه، به صورت تصادفی دو بیمار نیز از گروه گواه حذف شدند. لازم به ذکر است که هر دو گروه آزمایش و گواه تحت درمان دارویی قرار داشتند و تنها تفاوت درمانی آنها از لحاظ دریافت یا عدم دریافت درمان شناختی رفتاری بود.

به بروز همزمان این اختلالات در مبتلایان به آسم هم از نظر تشخیصی و اتخاذ درمان‌های مکمل و هم از لحاظ ارتقای کیفیت زندگی این بیماران بسیار حائز اهمیت می‌باشد. به طور کلی درمان اضطراب و افسردگی در این بیماران باعث کاهش میزان حملات و بهبود عملکرد تنفسی این بیماران می‌شود [۱۴].

پژوهش‌های متعدد حاکی از آن است که تکنیک‌های روان‌درمانی در کاهش نشانه‌ها و حملات بیماری آسم و همچنین کاهش سطح افسردگی و اضطراب از اثربخشی قابل ملاحظه‌ای برخوردار است. از جمله تکنیک‌های روان‌درمانی موثر، درمان شناختی- رفتاری می‌باشد. تاکنون تحقیقات گسترده‌ای در زمینه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اختلالات روانشناختی و علائم بیماری آسم در خارج از کشور صورت گرفته است. برای مثال، لهر و همکاران [۱۵]، گراور و همکاران [۱۶]، دشموخ و همکاران [۱۷] و سانچز و همکاران [۱۸] در پژوهش‌های خود بر اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش اختلالات روانشناختی بخصوص اضطراب و افسردگی و علائم بیماری آسم تأکید نموده‌اند. در این روش درمانی سعی بر آن است، مبتلایان به بیماری آسم در زمینه آموزش تن آرامی، افزایش آگاهی در مورد اضطراب و افسردگی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسئله و آموزش مهارت‌های ابراز وجود، تحت آموزش قرار گیرند.

علی‌رغم شیوع گسترده اختلالات روانی همراه بیماری آسم و تأثیر منفی این اختلالات بر شدت علائم این بیماری، تاکنون پژوهشی در زمینه درمان مشکلات روانی این بیماران با استفاده از روش‌های روان‌درمانی در جمعیت ایرانی صورت نگرفته است. با توجه به آنچه گذشت، مطالعه حاضر کوشیده است اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری را بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به آسم مورد بررسی قرار دهد.

^۱ . Asthma Quality of Life Questionnaire

• ابزار تحقیق

برای جمع‌آوری داده‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، زیرمقیاس‌های اضطراب و افسردگی آزمون SCL-90-R و زیرمقیاس عملکرد تنفسی (علائم و نشانه‌های آسم) مورد استفاده قرار گرفت. آزمون SCL-90-R آزمون ۹۰ سوالی است که در زمینه‌های روانپزشکی و برای تشخیص افراد سالم از بیمار به کار می‌رود. این آزمون یک ابزار خودسنجی است که شامل فهرستی از ۹ گروه نشانه‌های بالینی می‌باشد که افراد از خود بروز می‌دهند و در گروه‌های بسیاری در جهان با اعتبار بالایی تشخیصی به کار گرفته شده است. مقوله‌های پرسشنامه شامل شکایات جسمانی، سواس-اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، خشم یا پرخاشگری، ترس مرضی، عقاید و افکار پارانوئیدی و روانپریشی می‌باشد. [۱۹]. ضریب پایایی این آزمون به روش باز آزمایی ۰/۹۷ و حساسیت و ویژگی آزمون را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۸ گزارش شده است [۲۰]. همچنین ضریب پایایی در ابعاد اضطراب و افسردگی به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۶ گزارش شده است [۲۱]. پرسشنامه کیفیت زندگی توسط مارک و همکارانش در دانشگاه پزشکی سیدنی استرالیا بین سالهای ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۲ تهیه شده است [۲۲]. این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی شامل ۶۹ سوال می‌باشد که عموماً توسط خود آزمودنی‌ها تکمیل می‌گردد. در این پرسشنامه نظرات افراد در ۵ بعد: عملکرد تنفسی (علائم و نشانه‌های آسم)، عملکرد خلقی، فعالیت‌های جسمانی، عملکرد اجتماعی و درک کلی از سلامتی مورد بررسی قرار می‌گیرد که هر بعد به ترتیب با طرح ۱۴، ۱۱، ۱۶، ۱۰ و ۱۸ سؤال در پرسشنامه سنجیده می‌شود. پاسخ به هر سؤال با طیف ۵ درجه‌ای (اصلاً، به ندرت، تا حدودی، زیاد و خیلی زیاد) امتیازبندی می‌شود. با توجه به نحوه نمره‌گذاری پرسشنامه، نمرات بیشتر در عملکرد تنفسی نشانگر بهبود در این زمینه است. این پرسشنامه دارای آلفای کرونباخ ۰/۹۴ می‌باشد. همچنین آلفای کرونباخ زیرمقیاس عملکرد تنفسی ۰/۸۵ گزارش شده است [۲۲]. در ایران تاکنون پژوهشی به منظور تعیین

ویژگی‌های روانسجی پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم صورت نگرفته است. در پژوهش حاضر، محقق این پرسشنامه را بر روی ۵۰ نفر بیمار مبتلا به انواع آسم در اصفهان اجرا نمود. تحلیل آماری، پایایی ثبات درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۶ / نشان داد که از حد مطلوب بالاتر است. همچنین آلفای کرونباخ زیرمقیاس عملکرد تنفسی (علائم و نشانه‌ها) ۰/۸۸ به دست آمد.

• طرح پژوهش

طرح پژوهش، از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه است. متغیر مستقل، درمان شناختی رفتاری است که در طی هشت جلسه و به مدت دو ماه توسط روانشناس بالینی انجام شد. متغیر وابسته نمرات افسردگی و اضطراب و عملکرد تنفسی بیماران است.

• شیوه اجرای تحقیق

پس از انتخاب آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه، اعضای گروه آزمایش طی یک دوره ۲ ماهه، به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در معرض متغیر مستقل (درمان شناختی- رفتاری) قرار گرفتند. مدل شناختی استفاده شده در این پژوهش براساس مدل جودیس بک [۲۳] بود که با توجه به شرایط و ماهیت بیماری آسم تغییراتی در آن داده شد و شیوه‌ها و تکنیک‌های رفتاری مانند: تن آرامی، آموزش شیوه حل مسأله و آموزش ابراز وجود و برنامه ریزی فعالیت‌ها در آن ادغام شد. در ادامه به خلاصه‌ای از جلسات درمانی اشاره شده است.

جلسه اول: معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، مطرح کردن قوانین گروهی، آشنایی اعضای گروه با ماهیت بیماریشان و نقش عوامل روانشناختی در بروز و تشدید علائم، معرفی رویکرد درمان شناختی رفتاری- بررسی انتظارات اعضا از شرکت در گروه و آموزش تکنیک تن آرامی (در تمام جلسات درمانی آموزش تن آرامی انجام می‌گرفت).

جلسه دوم و سوم: آموزش الگوی شناختی به بیماران، معرفی افکار خودآیند، ارائه برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد، شناسایی افکار برانگیزاننده‌ی علائم بیماری و

از تحلیل کواریانس کنترل شد. پیش فرض نرمال بودن توزیع نمره‌های اضطراب، افسردگی و عملکرد تنفسی با استفاده از آزمون شاپیرو- ویلک بررسی شد و در هر دو گروه آزمایشی و کنترل ($P > 0/05$) مورد تایید بود. پیش فرض تساوی واریانس‌ها (پس آزمون) با استفاده از آزمون لوین بررسی شد. این پیش فرض در مورد هر سه متغیر وابسته (اضطراب، افسردگی و عملکرد تنفسی) در مرحله پس آزمون ($P > 0/05$) مورد تایید بود. نمودار پراکنش (پراکندگی) نشان داد که پیش فرض خطی بودن رابطه بین متغیرهای وابسته (نمرات پس آزمون اضطراب، افسردگی و نشانه‌ها و عملکرد تنفسی) و متغیرهای همگام (نمرات پیش آزمون مربوطه) برقرار است. همچنین همگنی شیب‌های خط رگرسیون بین متغیرهای وابسته و متغیرهای همگام در هر دو گروه آزمایش و گواه از طریق ر سم نمودار پراکنش برقرار بود.

میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی، اضطراب و عملکرد تنفسی بیماران در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون بعد از مهار متغیر همگام (نمرات پیش آزمون) در جدول ۱ آورده شده است.

جهت بررسی تفاوت میانگین نمرات پیش آزمون اضطراب، افسردگی و عملکرد تنفسی در دو گروه آزمایش و گواه از آزمون تی وابسته استفاده شد (استفاده از آزمون تی وابسته به این علت است که دو گروه آزمایش و گواه بر اساس ملاک‌های سن، جنس، تحصیلات و مدت زمان ابتلا به آسم با همدیگر هم‌تا شده بودند). همانگونه که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد هیچ‌گونه تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پیش آزمون اضطراب، افسردگی و عملکرد تنفسی دو گروه آزمایش و گواه دیده نمی‌شود ($P > 0/05$).

جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس، تأثیر عضویت گروهی بر میزان افسردگی، اضطراب و عملکرد تنفسی بیماران مبتلا به آسم را نشان می‌دهد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های باقیمانده نمرات افسردگی شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و گواه) معنادار می‌باشد

احساسات ناخوشایند، بررسی مشکلات احتمالی در ثبت افکار و شناسایی هیجان‌ها و کمک به حل آنها.

جلسه چهارم و پنجم: چالش با افکار و باورهای غیر منطقی، معرفی چالش به عنوان راهکارهایی برای به مبارزه طلبیدن افکار و باورهای غیر منطقی و در نهایت تغییر دادن آنها، چالش عملی با افکار و باورهای غیر منطقی که اعضای گروه در طول هفته یادداشت کرده‌اند، تحلیل سود و زیان و پرسشگری سقراطی افکاری که احساسات ناخوشایند را بوجود می‌آورند.

جلسه ششم و هفتم: آموزش شیوه حل مسأله، آموزش ابراز وجود و آموزش برنامه ریزی فعالیتها- بحث راجع به شیوه حل مسأله به عنوان روشی جهت مقابله با نگرانی، آموزش سه سبک رفتاری منفعلانه، جرأت ورزانه و پرخاشگرانه در موقعیت‌های ارتباطی برای تقویت ابراز وجود و آموزش تنظیم وقت و برنامه ریزی جهت انجام فعالیتها.

جلسه هشتم: خلاصه کردن و جمع‌بندی مطالب هفت جلسه گذشته، معرفی چند کتاب به منظور آشنایی بیشتر با شناخت درمانی، توجه دادن بیماران به باورهای بینابینی و فرض‌های زیر بنایی، گرفتن بازخورد از بیماران نسبت به جلسات درمانی.

بلافاصله پس از پایان دوره درمان، زیر مقیاس‌های اضطراب و افسردگی آزمون SCL-90-R و زیر مقیاس عملکرد تنفسی AQLQ به عنوان پس آزمون توسط افراد دو گروه تکمیل گردید. سپس داده‌های خام با استفاده از روش تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

نتایج

در پژوهش حاضر میانگین سنی گروه آزمایش ۳۱ سال و گروه گواه ۳۳ سال بود. تحصیلات ۶۶ درصد از کل آزمودنی‌ها دیپلم به بالا بود. مدت ابتلا به بیماری نیز در ۷۰ درصد آزمودنی‌ها بیشتر از ۲ سال گزارش گردید. نمرات پیش آزمون به عنوان متغیرهای همگام در نظر گرفته شد و تأثیر آن بر روی نمرات پس آزمون با استفاده

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب، افسردگی و عملکرد تنفسی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه

متغیرها	شاخص‌ها	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	عضویت گروهی	۱۲	۱۶/۹۱	۳/۳۹	۱۲	۹/۰۰	۲/۴۸
	آزمایش	۱۲	۱۵/۵۰	۲/۶۱	۱۲	۱۵/۳۳	۳/۹۶
افسردگی	عضویت گروهی	۱۲	۲۹/۹۱	۹/۷۹	۱۲	۱۶/۵۸	۴/۰۷
	آزمایش	۱۲	۲۴/۵۰	۳/۹۴	۱۲	۲۴/۷۵	۴/۹۹
عملکرد تنفسی	عضویت گروهی	۱۲	۳۱/۳۳۳	۷/۳۰۲	۱۲	۴۰/۱۶۶	۳/۸۳۳
	آزمایش	۱۲	۳۲/۲۵۰	۶/۱۵۱	۱۲	۳۲/۴۱۶	۶/۰۳۰

جدول ۲: نتایج آزمون تی وابسته جهت مقایسه میانگین‌های اضطراب، افسردگی و عملکرد تنفسی دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون

متغیر	تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار تفاوت‌ها	آزمون t	درجه آزادی (df)	معناداری (P)
اضطراب	۱/۴۱	۴/۲۵	۱/۱۵	۱۱	۰/۲۷۳
افسردگی	۵/۴۱	۱۰/۲۴	۱/۸۳	۱۱	۰/۱۰
عملکرد تنفسی	-۰/۹۱۶	۹/۸۹	۰/۳۲۱	۱۱	۰/۷۵۴

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان اضطراب، افسردگی و عملکرد تنفسی بیماران مبتلا به آسم در مرحله پس‌آزمون

متغیرها	گروه مرحله	درجه آزادی (df)	میانگین مجذورات (MS)	آماره فیشتر (F)	سطح معناداری (P-value)	میزان تاثیر (ES)	توان آماری (P)
اضطراب	پیش‌آزمون	۱	۹۱/۶۰	۱۲/۹۰	۰/۰۰۲	۰/۳۸	۰/۹۲۸
	پس‌آزمون	۱	۳۰۰/۷۱	۴۲/۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶	۰/۹۹۸
افسردگی	پیش‌آزمون	۱	۱۶۱/۵۹	۱۱/۴۸	۰/۰۰۳	۰/۳۵	۰/۹۲۷
	پس‌آزمون	۱	۵۳۸/۷۳	۳۸/۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴	۰/۹۹۸
عملکرد تنفسی	پیش‌آزمون	۱	۲۲۱/۲۷۴	۱۲/۳۱۶	۰/۰۰۲	۰/۳۷	۰/۹۱۷
	پس‌آزمون	۱	۳۹۹/۵۲۲	۲۲/۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱۴	۰/۹۹۴

[۲۴] همخوانی دارد. این نتایج با در نظر گرفتن نقش عوامل شناختی (افکارناکارآمد، فرض‌های زیربنایی و فرایندهای پردازش اطلاعات مختل شده) در آسیب‌شناسی بیماری آسم و بروز اضطراب و افسردگی در این بیماران قابل تبیین است. برای مثال، در درمان‌های شناختی سعی می‌شود افکار غیر منطقی و ناکارآمد برانگیزاننده‌ی علائم بیماری، اضطراب و افسردگی شناسایی شود، بیمار نسبت به نقش این افکار در بیماری‌اش بینش یابد و افکار صحیحتری را جایگزین آنها نماید. از آنجا که بیماران مبتلا به آسم آسیب‌پذیری زیادی نسبت به نگرانی و اضطراب از خود نشان می‌دهند و آمادگی زیادی برای سوء تعبیر علائم فیزیولوژیکی اضطراب دارند این بینش به بیماران داده‌شد که آنها نسبت به وضعیت سلامتی و سیر درمان بیماری افکار فاجعه‌آمیز و نادرستی دارند که باعث می‌شود یک سوگیری منفی و گزینشی نسبت به سلامتی و سیر بهبودی خود نشان دهند. برای نمونه بیماری که قبل از صحبت در جمع دچار اضطراب شده و علائم آن را به عنوان مقدمه شروع یک حمله آسم سوء تعبیر می‌کند دادن این بینش که این علائم نشانه‌های بارز یک وضعیت شایع به نام اضطراب اجتماعی است و در بسیاری از موارد به حمله آسم منجر نخواهد شد، بسیار تأثیر گذار است. سپس تکنیک بسیار موثر دیگر که به تبیین اثربخشی درمان اضطراب کمک می‌کند استفاده از تن آرامی روزانه در بیماران بود. بیماران آموزش دیدند که با بروز اولین نشانه‌های فیزیولوژیکی اضطراب از فنون آرام سازی استفاده نمایند در واقع این تکنیک با کاهش نشانه‌های اضطراب و تنیدگی باعث بهبود حال این بیماران می‌شود. اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود افسردگی را می‌توان از دو جنبه شناختی و رفتاری تبیین نمود. بیماران مبتلا به آسم به دلیل مواجهه مکرر با رویدادهای غیرقابل پیش‌بینی و کنترل‌ناپذیر حملات، کم‌کم به سوی درماندگی و نافع‌الی کشیده می‌شوند و اغلب ترس از دچار حمله شدن در محیط‌های اجتماعی و نگرانی از سوءبرداشت‌های دیگران، بیمار را از بسیاری از تجربه‌های مثبت باز می‌دارد. انزوا و نافع‌الی نیز ادراک

($P < 0/0001$). میزان تأثیر این مداخله ۶۴ درصد بوده است. بنابراین آموزش شناختی- رفتاری در کاهش میزان افسردگی شرکت‌کنندگان در پس‌آزمون گروه آزمایشی تأثیر داشته است. توان آماری ۰/۹۹۸ حاکی از دقت آماری قابل قبول است. همچنین تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های باقیمانده نمرات اضطراب شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و گواه) معنادار می‌باشد ($P < 0/0001$). میزان تأثیر این مداخله ۶۶ درصد بوده است. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های باقیمانده نمرات عملکرد تنفسی شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و گواه) معنادار می‌باشد ($P < 0/0001$). میزان تأثیر این مداخله ۵۱ درصد بوده است. بنابراین آموزش شناختی- رفتاری در بهبود عملکرد تنفسی شرکت‌کنندگان در پس‌آزمون گروه آزمایشی تأثیر داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

شواهد پژوهشی متعدد بیانگر آن است که بسیاری از بیماران مبتلا به آسم علاوه بر تجربه‌ی نشانه‌های فیزیولوژیکی، طیف وسیعی از مشکلات روانشناختی را نیز تجربه می‌کنند که در این میان افسردگی و اضطراب جزء شایع‌ترین اختلالات روانی همراه با بیماری آسم می‌باشند. این اختلالات متقابلاً روند پیشرفت علائم و شدت حملات تجربه شده توسط بیماران مبتلا به آسم را تحت تأثیر قرار می‌دهند. بنابراین توجه به درمان‌های روانشناختی به عنوان درمان‌های مکمل در کنار درمان‌های دارویی لازم و ضروری است. پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به آسم پرداخت. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که درمان شناختی رفتاری منجر به کاهش نمرات افسردگی و اضطراب و بهبود عملکرد تنفسی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های گراور و همکاران [۱۶]، دشموخ و همکاران [۱۷]، سانچز و همکاران [۱۸] و پوت و همکاران

یافته مهم دیگر این پژوهش، بهبود عملکرد تنفسی بیماران مبتلا به آسم، با توجه به نتایج بدست آمده از زیر مقیاس عملکرد تنفسی بود. همانگونه که قبلاً اشاره گردید اضطراب و افسردگی با افزایش تحریکات نای از طریق بالا بردن میزان سیتوکین [۱۲]، افزایش بیش توجهی بیمار نسبت به نشانه‌های بیماری و تمرکز بر دوره‌های بیماری سبب افزایش وقوع حملات در این بیماران می‌گردد [۲۵]. در پژوهش حاضر، درمان شناختی رفتاری (با کاهش سوء تعبیرهای بیمار، آموزش تنفس دیافراگمی و احتمالاً با کاهش سیتوکین در بیماران و فنون تن آرامی و ...) به طور مشخص بر مولفه‌های شناختی و فیزیولوژیکی اضطراب و افسردگی تاکید نمود. بنابراین تبیین احتمالی یافته فوق را می‌توان بدین صورت مطرح کرد که با کاهش سطوح اضطراب و افسردگی بیماران، احتمالاً تمرکز آنها بر دوره‌های بیماری و بیش توجهی نسبت به علائم و نشانه‌ها کاهش یافته و زیرمقیاس عملکرد تنفسی، بهبود نشانه‌ها را نشان داده است. تبیین احتمالی دیگر می‌تواند این باشد که درمان شناختی رفتاری بطور همزمان میزان اضطراب، افسردگی و نشانه‌های آسم را کاهش داده است که این نتایج می‌تواند نشانگر ارتباط متقابل علائم روانشناختی و بیماری‌های جسمانی از جمله آسم باشد. با این وجود، فهم این که آیا درمان شناختی رفتاری از طریق کاهش علائم آسم منجر به بهبود علائم افسردگی و اضطراب شده یا اینکه کاهش سطوح اضطراب و افسردگی به کاهش شدت علائم بیماری منجر شده است به عنوان محدودیت پژوهش حاضر مطرح است که پیشنهاد می‌شود این نکته در پژوهش‌های آتی مورد بررسی قرار گیرد.

با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های همسو با آن و مؤلفه‌های شناختی بارز در بیماران مبتلا به آسم، درمان شناختی رفتاری می‌تواند به عنوان یکی از شیوه‌های روان‌درمانی و مکمل درمان پزشکی، در جهت درمان اختلالات روانی همراه و بهبود عملکرد تنفسی در این بیماران بکار گرفته شود.

خود بیماران را تحت تأثیر قرار داده و مجموعه این عوامل سبب می‌شود که بیمار احساس ناکارآمدی و درماندگی را به تمام تجربیات خود منتقل نماید و عملاً بسیاری از فرصت‌های عملکرد مؤثر را از دست بدهد. با استفاده از درمان شناختی که شامل اصلاح افکار اتوماتیک منفی و باورهای زیربنایی بیماران بود، نگرش بیماران در مورد بیماری و تأثیرات ناتوان کننده آن به چالش کشیده شد. نمونه‌ای از نگرش‌های ناکارآمد بیماران شامل موارد زیر بود: " برای حفظ اعتماد به نفس همیشه باید موضوع بیماری را پنهان کنم"، " بیماری، کنترل بر زندگی را به طور کامل از من گرفته" و " آسم، علت نرسیدن من به تمام اهداف زندگی ام است". افکار منطقی که در مقابل جایگزین شد: " ابتلا به آسم مانند دیگر مشکلات زندگی، چالشی است که باید با آن کنار آمد"، برای رسیدن به اهداف زندگی توجه به توانایی‌ها و استعدادها و نیروهای درونی بسیار منطقی‌تر است و سلامتی تنها شرط لازم برای موفقیت نیست". از جنبه رفتاری استفاده از تکنیک برنامه ریزی فعالیت‌ها بسیار کمک کننده بود. از آنجا که بیماران افسرده نسبت به کوچکترین شکست‌ها حساس بوده و ادراک خود منفی‌گری در آنها تقویت می‌شود، برنامه ریزی فعالیت‌ها به بیمار کمک می‌کند تا احتمال شکست را در رسیدن به برنامه‌های روزانه به حداقل برساند. بیماران تشویق می‌شوند تا هر گونه افزایش سطح فعالیت روزانه را در خود ارزشگذاری کرده و با تفکر مثبت تقویت نمایند. بعد دیگر، روابط بین فردی ضعیف در این بیماران بود. به دلیل ماهیت بیماری، خلق افسرده و تحریک پذیری زیاد، اغلب این بیماران از لحاظ روابط بین فردی مشکلات زیادی داشته و سبک‌های ارتباطی غلط (اغلب پرخاشگر یا منفعل) منجر به طرد شدن از سوی دیگران شده و باعث انزوای اجتماعی هر چه بیشتر در این بیماران می‌شود، لذا یکی از اهداف جلسات درمانی آموزش سبک ارتباطی صحیح، شجاعانه و توأم با ابراز وجود در این بیماران بود تا بیماران به برقراری روابط اجتماعی خوب و تقویت کننده تشویق شوند.

منابع

11. Laszlo, G. (2004) Asthma: social and psychological factors and somatic syndromes, advances in psychosomatic medicine. Chicago chest. Vol: 24: pp. 10-11.
12. Richardson, L.P; Lozano, P; Russo, J; Cauley, E. Bush, T and Katon, W). 2006(Asthma symptom burden: relationship to asthma severity and anxiety and depression symptoms. Pediatrics. Vol: 118: pp. 1044- 1051.
13. British Guide line on the management of asthma (2003). Thorax. 58(suppl.1): 1-94.
14. Lehrer, P. M; Karavidas, M. K; Lu , S. E; Feldman, J; Kranitz, L; Smrithy, A; Sander- son, W and Reynolds, R. (2007) Psychological treatment of co morbid asthma and panic disorder. Anxiety Disorder. Vol: 10: pp. 85-90.
15. Grover, N; Kumaraiah, V; Prsadrao, P. S and Souza, G. (2002) Cognitive behavioural inter- vention in bronchial asthma. Association Phy- sicians India. Vol: 50: pp. 896 – 900.
16. Deshmukh, V.M; Toell, B.G; Usherwood, T; Grady, B and Christine, R.J.) 2006(Anxiety, panic and adult asthma: A cognitive- behavioural perspective. J. Med. Respiratory Medicine. Vol: 101: pp. 194-202.
17. Sanchez, R.S; Velasco, F.L; Rodrigues, C and Branda, S. J. (2006) Effectiveness of a cogni- tive- behavioural program to reduce anxiety in medically ill patients. Revista De Investigation Clinica. Vol: 58: pp. 540-546.
18. Derogotise, L.R; Lipman, R.S and Covi, L. (1973) SCL-90-R: an outpatient psychiatric rating scales- preliminary report. Psycho Pharmacol Bull. Vol: 9: pp. 13-27.
۱۹. باقری یزدی، سید عباس؛ بوالهروی، جعفر؛ شاه محمدی، داوود (1373) بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در میبد. فصلنامه اندیشه و رفتار ، سال اول، شماره اول، صص ۳۹-۳۳.
۲۰. سید هاشمی، حسین (۱۳۷۹) هنجاریابی پرسشنامه ی SCL-90 در دانش آموزان دوره ی متوسطه شهرستان زرین شهر. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی.
1. Lewis, H. (2000) Assessment and manage- ment of clinical problem Philadelphia: Mosby.
2. Vicki, M. (2000) Asthma. J. Nur. Vol: 30 pp. 34.
3. Braunwald, E. (2001) Harrison's Principles of, internal medicine disorders of the aspiratory disorder section. New York: Grew- Hill, Medical Publishing Division
۴. کاپلان، هارولد. سادوک، بنیامین (1382) خلاصه روانپزشکی - علوم رفتاری، ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان. تهران: انتشارات ارجمند.
5. Calfee, C.S; Katz, P.P; Yelin, E.H; Iribarren, C and Esner MD (2006). The influence of per- ceive control of esthma on health outcome. J Chest: Vol 13: pp. 1312-1318.
5. Duff, A.J. (2001) Psychological interventions in cystic fibrosis and asthma. Paediatric Res- piratory Reviews, Vol 2: pp. 350-357.
6. Rietveld, S. & Creer, T.L. (2003) Psychiatric factors in asthma: implications for diagnosis and therapy. J. Am. Med Respire. Vol: 2: pp. 1-10.
7. Kolamawole, S.M. & Gregory, E. (2006) Im- plications of psychological factors as precipi- tation of asthma attack among a sample of asthmatics. Asthma. Vol: 43: pp. 601-605.
8. Costagnaro; Maloragio, R; Chittolini B; Del Donno, M; Zaimovic, A; Foresi A; Gerra G; Chett ,A and Olivieri, D. (1998) Personality profile and breathlessness perception in outpa- tients with different grading of asthma. J. Am. Med. Respiratory and Critical Care Medicine. Vol: 157: pp. 116- 122.
9. Cluley, S. & Cochrane, G.M. (2001) Psycho- logical disorder in asthma is associated with poor control and poor adherence to inhaled steroids. Med Respire. Vol: 95: pp. 37-9.
10. Strine, T.W; Mokhdad, A.H; Balluz, L.S; Berry, T. & Gonzalez, O. (2008) Impact of depression and anxiety on quality of life, health behaviours and asthma control among adult in the united states with asthma . Asthma. Vol: 45: pp. 123-133.

23. Put, C; Van Den Bergh, O; Lemaigre, V; Demedts, M and Verleden, G. (2003) Evaluation of and individualized asthma programmed directed at behavioural change. *J Euro Respire*. Vol:21 :pp.109-115.
24. Carr, R. E; Lehrer, P.M; Hochran, S.M and Jackson, A. (1996) Effect of psychological stress on airway impedance in individuals with asthma and panic disorder. *J Abnormal Psychology*. Vol: 105(1): pp. 137- 141.
21. Marks, G; Dunn, S and Woolcock ,A. (1992) A scale for the measurement of quality of life in adults with asthma. *J Clinical Epidemiology*. Vol:(۵)۴۵ pp.۴۷۲-۴۶۱ .
۲۲. بک، جودیت (۱۳۸۰) راهنمای گام به گام شناخت درمانی، ترجمه ایرج دوراهی و محمدرضا عابدی. اصفهان: انتشارات گل‌های محمدی.

تاثیر آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک (CPRT) مطابق با الگوی لندرت به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان

نویسندگان: سعیده سادات مصطفوی^{۱*}، دکتر محمدرضا شعیری^۲، دکتر محمدعلی
اصغری مقدم^۳ و دکتر جواد محمودی قرایی^۴

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

۲. دانشیار دانشگاه شاهد، گروه خانواده و سلامت جنسی

۳. استاد دانشگاه شاهد، گروه خانواده و سلامت جنسی

۴. عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

* Email: s_mostafavi_63@yahoo.com

چکیده

روانشناسان برای رفع مشکلات رفتاری کودکان، شیوه‌های گوناگونی را در طول سالیان متعدد طراحی کرده‌اند. برخی از روش‌ها بر خود کودک، برخی بر والدین و برخی بر محیط آموزشی متمرکز بوده است. بارزترین شیوه تغییر رفتار در کودکان، به بازی درمانی باز می-گشته است. این روش در گذشته بیشتر بر تعامل درمانگر با کودک متمرکز بوده است؛ درحالی-که برخی الگوها به آموزش این شیوه به والدین و تکیه بر آنها به عنوان واسطی برای ترمیم و بهبود رفتارهای کودکان نزدیک شده‌اند. یکی از این روش‌ها الگوی بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک (CPRT) است. بر این اساس مسأله تحقیق حاضر اینست که آیا آموزش مهارت-های بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک به مادران، باعث کاهش مشکلات رفتاری در کودکان می‌شود؟ به منظور بررسی این امر، کودکان پیش دبستانی ۷-۶ ساله در دو مرحله مورد ارزیابی قرار گرفتند. در مرحله اول ۷۳ کودک توسط سیاهه رفتاری کودک (CBCL) مورد بررسی قرار گرفتند که ۲۵ نفر از آنها دارای مشکلات رفتاری بوده‌اند و ۱۳ نفر از مادران آنها آماده شرکت در طرح حاضر شدند. از این ۱۳ نفر ۶ نفر در گروه آزمایش و ۷ نفر در گروه کنترل، بطور تصادفی جایگزین شدند.

تمامی این والدین در دو مرحله پیش و پس‌آزمون، پرسش‌نامه CBCL را پُر نمودند. افراد گروه کنترل در انتظار درمان ماندند و گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۲ ساعته، در برنامه آموزش مهارت‌های بازی‌درمانی شرکت کردند. داده‌های مرحله پیش و پس‌آزمون با استفاده از آزمون آماری یومن ویتنی مورد مقایسه قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که آموزش مهارت-های بازی‌درمانی به مادران موجب کاهش مشکلات رفتاری در کودکان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

واژه‌های کلیدی: مشکلات رفتاری کودکان، بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک (CPRT).

مقدمه

هنگام اندیشیدن به تغییر رفتار کودکان، می‌توان در سه گستره متمرکز شد: کودک، آموزشگاه و خانواده. خانواده بستری است که آدمی زندگی‌اش را با آن آغاز می‌کند و در آن شکل می‌دهد. بنابراین می‌توان گفت که یکی از عوامل موثر بر سلامت و بهزیستی روان‌شناختی فرد، کیفیت عملکرد سیستم خانواده است و در این میان روابط و تعاملات حاکم بر اعضا و زیرسیستم‌های خانواده از اهمیت خاصی برخوردار است [۱]. اعضای خانواده به واسطهٔ علایق و دل‌بستگی‌های عاطفی نیرومند، دیرپا و متقابل به همدیگر متصل شده و ارزش اصلی خانواده حاصل از شبکهٔ روابطی است که توسط اعضای آن بوجود آمده است [۲].

بوجود آمدن هرگونه تغییر در خانواده، خانواده را در مرحلهٔ جدیدی قرار می‌دهد و مشابه با مراحل رشد فردی، مستلزم تغییرات، سازگاری‌ها و تکالیف تحولی است که باید بر آنها غلبه کرد؛ از این رو، ورود فرزندان به خانواده، همسران را از لحاظ نقش و تکالیف مرتبط با آن، در جایگاه جدیدی قرار می‌دهد [۲]. در این شرایط یکی از موثرترین مداخلات در حیطهٔ مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان، آموزش مهارت‌هایی به والدین است که به کنترل رفتار از جانب کودک و ایجاد سبک‌های والدینی موثر می‌انجامد [۱].

از آنجا که برقراری رابطهٔ درمانی عنصری مهم در درمانگری کودکان است، رابطهٔ عاطفی موجود میان والد و کودک، در فرایند درمان امری تاثیرگذار به حساب می‌آید و با آموزش مهارت‌های درمانی، والدین می‌توانند در حد درمانگر و شاید هم بیشتر از آن برای فرزندانشان موثر باشند. لندرت معتقد است والدین می‌توانند جان‌نشین خوبی به عنوان درمانگر، برای کودکان خود باشند و با آموزش مهارت‌هایی از قبیل بازی‌درمانی، به درک و پذیرشی مطلوب در ارتباط با رفتار کودک دست یابند [۳]. کسب درک و پذیرشی مناسب از رفتار کودکان، می‌تواند پیش‌بینی‌کنندهٔ همدلی والدین با کودک و ادراک درست آنها از مشکلات رفتاری کودکان باشد؛ این مسئله

می‌تواند تنیدگی والدینی را نیز قابل پیش‌بینی نماید [۴، ۵ و ۳]. طبق تحقیقات گوناگون، مشکلات حاکم بر روابط والد-کودک، والدین را مستعد حالات خودسرزنی و تردید نسبت به توانایی و خودکارآمدی‌شان می‌کند و این امر نقش مهمی در ابعاد مختلف تحول کودک دارد [۶ و ۷]. از سوی دیگر، به شکل خاص باید توجه داشت که تجارب کودکان خصوصاً در سال‌های قبل از ورود به دبستان (۱ تا ۶ سالگی)، در بازی‌های آنها خلاصه می‌شود و می‌توان بازی را جدی‌ترین تلاش یا تجربهٔ کودک و ابتدایی‌ترین و طبیعی‌ترین ابزار برای برقراری ارتباط محسوب کرد [۸] و محرومیت کودک از آن، به معنای قطع این زبان ارتباطی است. بازی مولفه‌ای ضروری در زندگی کودکان است و از آنجا که روش‌های درمانی خاص بزرگسالان در مورد کودکان قابل اعمال نیست، بازی ابزاری مناسب برای درمانگران کودک جهت مداخله در مشکلات رفتاری آنهاست [۹]. مکان بازی نیز جهان خاص کودک است که با حضور درمانگر پذیرنده، احساس امنیت را برای کودک به همراه می‌آورد [۱۰].

در حیطهٔ اصلاح رفتار کودک، یکی از روش‌های بررسی تعاملات، مشاهدهٔ کودک و والد در حین بازی است. تحقیق انجام شده توسط کازدین^۱ و همکاران [به نقل از ۱۱] نیز مشخص کرده است که در حال حاضر آموزش رفتاری مبتنی بر تعاملات والد-کودک، شایع‌ترین و موفق‌ترین رویکرد درمانی برای کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری است و بیشتر والدین نسبت به آن اظهار رضایت دارند.

یکی از روش‌های دیگری که در گسترهٔ تلاش‌های درمانگران در مورد کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرد، درمان مبتنی بر رابطهٔ والد-کودک^۲ (CPRT) است که این الگو از زیر مجموعه‌های روش تباردرمانی (فرزند درمانی)^۳ گرنی^۴ در ۱۹۶۴ بوده و مبتنی بر این فرض اساسی است که: «از آنجا که والدین از ارتباط عاطفی

1. Kazdine

2. Child Parent Relationship Therapy (CPRT)

3. Filial Therapy

4. Guernsey, B.

قوی با کودک برخورد دارند، آنچه که درمانگران در واقع فاقد آن هستند، به احتمال زیاد این ارتباط طبیعی و ذاتی موجود بین والد و کودک، کلید اثر بخشی بالا و نتایج پایای درمانی در روش آموزشی مبتنی بر رابطه والد-کودک است» [۱۲]. مطالعه جدیدی که توسط توفام و همکاران در ۲۰۱۱ انجام شده، حاکی از اثربخشی بالای این روش در والدین دچار تنیدگی و کودکان دارای مشکلات عاطفی و هیجانی است؛ بطوریکه والدین پذیرش و همدلی بیشتری نسبت به کودکان شان بدست می آورند و می توان بهبود معناداری را در این خانواده های پیش بینی کرد [۱۳].

این روش به کاربرد مهارت های بازی درمانی از جانب والدین اشاره دارد که علاوه بر استفاده از والدین به عنوان جانشین درمانگر، سبب قدرت بخشیدن به والدین و کاهش احساس گناه و ناامیدی در آنها می شود و نسبت به زمانی که صرفاً درمانگر با کودک کار می کند، همکاری و تعامل درمانی بیشتری به همراه خواهد آورد [۱۲]. تمرکز درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر بهبود رابطه والد-کودک، خود درونی کودک و توانایی های بالقوه او برای شدن است و عمده اهداف برای والدین عبارتند از: درک و پذیرش جهان عاطفی کودک، کسب نگرشی واقع بینانه و صبورانه نسبت به خود و کودک، افزایش بیش و آگاهی والدین نسبت به خود در ارتباط با کودک، تغییر ادراکات والدین از رفتارهای کودک، یادگیری مهارت های بازی درمانی کودک محور و چگونگی ایجاد جوی غیر قضاوتی، پذیرنده و همراه با درک متقابل برای کودک و نهایتاً کمک به والدین جهت لذت بردن از ایفای نقش والدینی [۱۲].

گلازر، والدمن^۱ و همکاران [۱۴] در مطالعه ای به کاربرد درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک در گروهی از والدین کودکان ۴/۵ تا ۸/۵ ساله مبتلا به بیماری های مزمن پرداختند. در پایان درمان والدین گروه آزمایش به خوبی قادر به شناسایی، سنجش و ارزیابی میزان اضطراب فرزندان بیمار خود بودند و پذیرش و همدلی بیشتری

نسبت به آنها نشان می دادند.

در مطالعه ای دیگر که توسط براتون و لندرت در ۱۹۹۵ صورت گرفت، گروهی از کودکان دارای مشکلات رفتاری و مادران آنها مورد مطالعه قرار گرفتند. در انتهای درمان، والدین گروه آزمایش رفتارهای همدلانه بیشتری نسبت به فرزندان خود نشان دادند؛ در مقیاس پذیرش والدینی افزایش نمره و در مقیاس تنیدگی والدینی کاهش نمره داشتند. علاوه بر این مشکلات رفتاری کودکان آنها نیز کاهش معناداری پیدا کرد [۳]. مطالعه ری و همکاران در ۲۰۰۹ نیز بیانگر اثربخشی روش CPRT در کاهش رفتارهای پر خاشگرا نه کودکان، پیشگیری از مشکلات رفتاری در سنین اولیه کودکی و بهبود محیط تعاملی کودک با والدین بوده است [۱۵].

لندرت و لوباق^۲ در ۱۹۹۸ [۱۶] نیز در پژوهشی اثربخشی روش CPRT را در گروهی از پدران زندانی و فرزندان ۴ تا ۹ ساله آنها مورد بررسی قرار دادند و به نتایج معناداری دست یافتند. در انتهای درمان والدین گروه آزمایش کاهش معناداری را در تنیدگی والدینی مرتبط با مشکلات رفتاری کودکان نشان دادند و پذیرندگی بیشتری نسبت به فرزندان شان پیدا کردند. علاوه بر این عزت نفس و خودپنداره کودکان نیز در خلال جلسات بازی با والدین بطور معناداری افزایش یافت. مشابه این تحقیق توسط هریس و لندرت^۳ [۱۷] بر روی گروهی از مادران زندانی و فرزندان آنها صورت گرفت که نتایج یکسانی بدست آمد. کیدرون و لندرت در ۲۰۱۰، مطالعه ای را بر روی والدین اسرائیلی که دچار تنیدگی های مزمن بودند، انجام دادند. نتایج این تحقیق نشان داد که روش CPRT نه تنها سطح تنیدگی والدینی را کاهش می دهد بلکه منجر به تعاملات همدلانه والدین با کودکان و پذیرش بیشتر آنها می شود [۱۸].

کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان با استفاده از روش CPRT، در مطالعات مختلفی به اثبات رسیده است. علاوه بر این، پذیرش و همدلی والدین در ارتباط با

^۲ Landreth, G., & Lobaugh, A.

^۳ Harris, Z. L., & Landreth, G.

^۱ Glazer & Valdman

جایگزین شدند. جلسات آموزشی- درمانی بر روی گروه آزمایش انجام شد و والدین گروه کنترل صرفاً در پیش-آزمون و پس‌آزمون شرکت کردند و در انتظار درمان قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۲ ساعته بصورت هفته‌ای دو جلسه، در برنامه آموزش مهارت‌های بازی درمانی شرکت کردند. قابل ذکر است که به مادران گروه کنترل فرصت داده شد که در صورت تمایل بعد از انجام پس‌آزمون، در جلسات آموزشی شرکت کنند.

آزمودنی‌ها

الف) جامعه آماری: جامعه آماری تحقیق حاضر، شامل کودکان دختر و پسر ۷-۶ ساله مقطع پیش‌دبستانی در شهر تهران است.

ب) نمونه تحقیق: از بین مناطق شهر تهران، منطقه ۶ به عنوان منطقه‌ای میانی از لحاظ اقتصادی- اجتماعی برگزیده شد. سپس ۳ مدرسه از میان مدارس این منطقه بطور تصادفی انتخاب گردید. آنگاه کلیه کودکان مقطع پیش‌دبستانی در این مدارس که ۷۳ نفر بودند، توسط والدین آنها مورد ارزیابی قرار گرفتند. ۲۵ نفر از آزمودنی‌های یاد شده، به‌عنوان افراد دارای مشکلات رفتاری مشخص شدند که ۱۳ نفر از والدین آنها حاضر به همکاری شدند و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند. تعداد آزمودنی‌های گروه آزمایش ۶ نفر و گروه کنترل ۷ نفر بودند. ملاک انتخاب کودکان میزان نمره کسب شده برای کل مشکلات رفتاری در سیاهه رفتاری کودک آخنباخ بوده است. بدین طریق هر کودکی که نمره‌ای بالاتر از نقطه برش مورد نظر در پرسش‌نامه را کسب کرده، دارای مشکلات رفتاری تشخیص داده شده است.

شیوه اجرا

پس از انتخاب آزمودنی‌ها و موافقت آنها با نوع جلسات مورد نظر، مادران یاد شده بطور تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. سپس گروه کنترل در انتظار ماندند و گروه آزمایش در جلسات اصلی شرکت داده شدند. نحوه انجام کار چنین بود که در ابتدا با مادران ارتباط

کودکان‌شان نیز افزایش معناداری یافته است [۱۹،۷]. البته تحقیقات متعدد صورت گرفته از این دست، پیوسته اثر بخشی روش درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک (CPRT) را بر مشکلات رفتاری- هیجانی کودکان و تنیدگی و پذیرش والدینی به اثبات رسانده‌اند.

مداخله CPRT از این لحاظ که کودک را بطور مستقیم در معرض درمان و مراجعه به درمانگر قرار نمی‌دهد، مطلوب والدین و کودک است و در واقع به والدین قدرت و مهارت لازم برای کار با کودک را داده است لذا احساس از دست دادن کنترل بر اوضاع و اجبار برای تغییر، در مراجعین کمتر خواهد شد. از آنجا که روش مذکور علی‌رغم کاربرد و تاثیرات گسترده‌ای که در خارج از ایران، تا کنون در داخل ایران مورد استفاده قرار نگرفته است، جهت کاربرد عملی آن در سطحی وسیع، نیازمند بررسی‌هایی از این دست جهت تعیین میزان اثربندی آن در کشورمان هستیم و این مسئله خود ضرورت و اهمیت تحقیق را دو چندان خواهد کرد.

با توجه به حوزه‌های مطرح شده در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک در جوامع مختلف این مسئله قابل طرح است که آیا آموزش الگوهای بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک، (CPRT) به مادران، با توجه به ویژگی‌های خانوادگی و بافت فرهنگی و اجتماعی حاکم بر کشورمان، به کاهش مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی می‌انجامد؟

روش

نوع تحقیق

پژوهش حاضر پیرو طرح شبه آزمایشی همراه با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل است. در مرحله اول پژوهش ۷۳ نفر از کودکان پیش‌دبستانی شهر تهران توسط سیاهه رفتاری کودک آخنباخ (CBCL)، مورد غربالگری قرار گرفتند. در بررسی یاد شده، ۲۵ کودک دارای مشکلات رفتاری تشخیص داده شدند، اما فقط والدین ۱۳ نفر از آنها آماده شرکت در تمامی مراحل طرح حاضر شدند و در گروه‌های آزمایش و کنترل بطور تصادفی

درمانی لازم برقرار شد و سپس در هر جلسه موضوعات اصلی آموزش با زبانی ساده و قابل فهم برای آنها بازگو گردید و در صورت احساس مشکل و یا داشتن سوال به ایفای نقش یا بحث گروهی پرداخته شد تا به کمک درمانگر و به اتفاق دیگر اعضای جلسه، در این مورد به بحث و گفتگو پردازند. در ابتدای هر جلسه خلاصه‌ای از رئوس مطالب بصورت دفترچه مخصوص والدین به آنها ارائه شد و تکالیف خانگی مربوط به آن جلسه و جلسه قبل مورد بررسی قرار گرفت تا مشکلات احتمالی والدین و سوالات آنها برطرف گردد. در نهایت رفتار کودکان والدین یاد شده توسط مادران مورد ارزیابی قرار گرفت.

ابزارهای تحقیق

سیاهه رفتاری کودک (CBCL)

برای سنجش رفتار کودکان در این تحقیق نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ و همکاران (۱۹۷۹) مورد استفاده واقع شده است که معروف به ASEBA^۱ و مدلی چند محوری است و در آن اطلاعات از ۳ منبع والدین، معلم و خود کودک، حاصل می‌شود. این نظام سنجشی جهت انطباق و هنجاریابی برای کودکان فارسی زبان، بوسیله مینایی و همکاران [۲۰ و ۲۱] مورد تحقیق قرار گرفت. سیاهه رفتاری کودک، توسط والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را بر عهده دارد و از او مراقبت می‌کند و یا هر کسی که با کودک در محیط‌های شبه خانوادگی برخورد دارد و او را بطور کامل می‌شناسد تکمیل می‌گردد و نظر یا قضاوت وی را مبنی بر اینکه کودک در ۶ ماه گذشته مشکلات خاصی را از خود بروز داده است یا نه، منعکس می‌کند و اطلاعات جمعیت شناختی، اطلاعات درجه بندی شده در مقیاس‌ها و اطلاعات توصیفی خاص درباره کودک مورد ارزیابی را فراهم می‌نماید. تعداد سوالات این فرم ۱۱۳ عدد است و با توجه به سوالات باز پاسخ و چند قسمتی به ۱۲۰ سوال

افزایش می‌یابد. این پرسش‌نامه دارای ۸ خرده مقیاس اضطراب/ افسردگی، گوشه گیری/ افسردگی، مشکلات اجتماعی، شکایات جسمی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتارهای قانون‌شکنانه و رفتارهای پرخاشگرانه است. این خرده مقیاس‌ها در دو گروه عمده مشکلات درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده قرار می‌گیرند و قدرت سیاهه رفتاری آخنباخ بیشتر برای نشان دادن همین دو بعد می‌باشد. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه در هر سوال بصورت ۰ = نادرست است؛ ۱ = تا حدی یا گاهی درست است؛ و ۲ = کاملاً یا غالباً درست است، می‌باشد. محمد خانی در ۱۳۷۹ [۲۲] نیز اعتبار مقیاس مشکلات رفتاری (برای نمره کل) را ۰/۹۴ به دست آورد. حبیبی، عسگرآباد، بشارت و فدایی در ۱۳۸۸ [۲۳] در تحقیقی میزان اعتبار آزمون را به کمک آلفای کرونباخ در دو قلوهای هم‌سان ۰/۹۴، در دو قلوهای ناهم‌سان ۰/۹۰ و در کل نمونه ۰/۹۳ و میزان اعتبار دومیه کردن را در دو قلوهای هم‌سان ۰/۹۱، در دو قلوهای ناهم‌سان ۰/۸۶ و در کل نمونه ۰/۸۹ به دست آوردند. مینایی در ۱۳۸۵ [۲۱] نیز ضریب آلفای خرده مقیاس‌های مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی شده و مشکلات رفتاری کلی را به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۶ و ۰/۸۵ گزارش کرد.

بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک (CPRT)

محتوای این جلسات آموزشی، مبتنی بر بهبود روابط والد- کودک و ایجاد همدلی و پذیرش از جانب والدین برای کودک است. برنامه عملی در این روش بازی درمانی، شامل ده جلسه آموزشی است که محتوای دو جلسه ابتدایی آن شامل بیان اهمیت بازی، قوانین و نحوه اجرای جلسات بازی والدین با کودک در منزل است؛ باید و نبایدهای جلسات بازی آموزش داده می‌شود و نوع اسباب‌بازی‌های مورد نیاز در جلسات، مکان و زمان بازی با کودک معرفی می‌گردد. جلسه سوم و چهارم شامل آموزش شیوه پاسخ‌گویی انعکاسی والدین نسبت به احساسات و عواطف کودک است. جلسه پنجم عمدتاً به مرور مهارت‌های آموخته شده به والدین در ارتباط با بازی کودک می‌پردازد. آموزش مهارت محدودیت‌گذاری

^۱ . Child Behavior Checklist (CBCL)

^۲ . Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)

مقایسه نتایج دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون یومن ویتنی استفاده شده است.

نتایج

در جدول شماره (۱) در عین ارائه یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای مشکلات رفتاری کودکان در مرحله پیش‌آزمون، شاخص‌های مربوط به مقایسه دو گروه در آزمون یومن ویتنی نیز ارائه شده است.

نتایج ارائه شده در جدول ۱ نشان می‌دهد که Z مشاهده شده ناشی از مقایسه میانگین‌های تفاضل نمرات پیش-پس آزمون گروه‌های کنترل و آزمایش در کل مشکلات رفتاری، با توجه به مقادیر بحرانی، معنادار می‌باشد.

همچنین نگاهی به Z مشاهده شده ناشی از مقایسه میانگین‌های تفاضل نمرات پیش-پس آزمون گروه‌های کنترل و آزمایش در مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی شده، با توجه به مقادیر بحرانی، معنادار می‌باشد.

بدین ترتیب می‌توان گفت که آموزش شیوه بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (مطابق با الگوی لندرت) به مادران، می‌تواند علاوه بر مشکلات رفتاری کودکان بطور کلی، دو حوزه خاص‌تر از این مشکلات یعنی مشکلات درونی و برونی‌سازی شده را نیز در سطح معناداری کاهش دهد.

برای رفتارهای نامناسب کودکان یا سرپیچی از قوانین بازی و آموزش دادن حق انتخاب به کودک در قبال اطاعت یا سرپیچی از قوانین، از جمله موارد آموزشی در جلسات ششم و هفتم هستند. جلسه هشتم مجدداً به مرور تمارین مربوط به اجرای مهارت‌های آموخته شده در جلسات قبل و تعمیم آنها به موقعیت‌هایی خارج از جلسات بازی می‌پردازد؛ پاسخ‌های عزت نفس‌ساز در قبال رفتارها و تلاش‌هایی که کودک انجام می‌دهد از جمله مسائل دیگر مورد بحث در این جلسه است. در جلسه نهم به رفع مشکلات عمده والدین در برخی مهارت‌ها و تاکید بر ادامه جلسات بازی بصورت هفتگی و تعمیم بیشتر مهارت‌ها پرداخته می‌شود؛ عروسک بازی و قصه‌گویی نیز یکی از تمرینات مورد بحث در این جلسه است. در جلسه نهمی نیز به بیان نقاط قوت والدین نسبت به جلسه اول، مرور مشکلات اولیه والدین و بهبودهایی که پیدا کرده‌اند، پرداخته می‌شود. نظرسنجی درباب اثربخشی روش مذکور برای والدین و تنظیم برنامه‌ای برای ادامه پیگیری جلسات گروهی والدین و ارتباط با درمانگر در صورت نیاز؛ از جمله موضوعات دیگر مورد بحث در جلسه پایانی هستند.

شیوه تحلیل داده

در این تحقیق علاوه بر استفاده از آمار توصیفی، برای

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی بعلاوه تفاضل نمرات پیش-پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در مشکلات رفتاری کودکان

سطح معناداری	Z مشاهده شده	تفاضل پیش و پس آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		شاخص گروه	متغیر
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
* ۰/۰۰۱	۳/۰۰۴	۳/۱۸	۱/۸۵	۱۲/۵۹	۵۴/۰۰	۱۰/۹۶	۵۵/۸۵	کنترل	نمره کل مشکلات رفتاری
		۷/۶۰	۱۸/۶۶	۱۴/۵۷	۳۷/۱۶	۱۴/۵۶	۵۵/۸۳	آزمایش	
* ۰/۰۰۲	۲/۸۲۹	۱/۹۰	-۰/۵۷	۴/۷۷	۱۵/۸۵	۵/۳۱	۱۵/۲۸	کنترل	مشکلات درونی‌سازی شده
		۴/۲۶	۵/۱۶	۳/۸۲	۸/۳۳	۶/۹۷	۱۳/۵	آزمایش	
* ۰/۰۰۲	۲/۹۰۱	۳/۰۷	-۰/۸۵	۶/۹۵	۱۹/۰۰	۷/۹۰	۱۸/۱۴	کنترل	مشکلات برونی‌سازی شده
		۴/۹۳	۷/۰۰	۵/۳۴	۱۰/۸۳	۷/۹۸	۱۷/۸۳	آزمایش	

بحث و نتیجه گیری

مشکلات متعدد رفتاری در کودکان، در سال‌های مختلف مورد توجه والدین و متخصصان بوده و درمان‌های مختلفی نیز برای آن طراحی شده است؛ از درمان‌های دارویی و روان پزشکی گرفته تا مداخلات روان‌شناسی متمرکز بر کودکان، متمرکز بر والدین و یا خانواده‌ها. یکی از درمان‌های روان‌شناختی رایج برای کودکان، کاربرد بازی در درمان کودکان است و از آنجا که بازی زبان طبیعی کودکان بوده و جایگاهی حیاطی در تحول کودکان دارد، وسیله‌ای مناسب جهت برقراری ارتباط با آنهاست و اثرات کار درمانی با کودکان را افزایش می‌دهد.

چگونگی استفاده از ارتباطات عاطفی طبیعی موجود بین والد و کودک در جهت درمان و جایگزینی والدین بجای درمانگران از طریق آموزش برخی مهارت‌های بازی درمانی در محیط منزل یکی از جدیدترین شیوه‌های مورد توجه درمانگران کودک و خانواده است. مهم‌ترین مزایای این روش ایجاد حس خودکارآمدی در کودک و والد است تا بدین طریق رابطه آنها تقویت شده و تداوم اثرات درمان نیز بیشتر شود.

در این راستا در دهه‌های اخیر، تحقیق‌های متعددی جهت تهیه مداخلات درمانی سازمان یافته و متمرکز بر موضوع صورت گرفته است که به رفع مشکلات رفتاری و بهبود اختلالات در کودکان کمک می‌کند. یکی از این مداخلات درمانی آموزش‌های مبتنی بر رابطه والد- کودک (CPRT) است [۱۲]. این رویکرد درمانی در تحقیقات متعددی در جوامع مختلف مورد آزمون تجربی قرار گرفته و تاثیر آن به اثبات رسیده است. اما از آنجا که در کشور ما این روش تا کنون مورد استفاده قرار نگرفته است، در این تحقیق بر آن شدم تا به بررسی اثربندی مداخله مبتنی بر رابطه والد- کودک (CPRT) در والدین کشورمان بپردازیم چرا که تفاوت‌های فرهنگی- اجتماعی جوامع گوناگون در حوزه‌های مختلف رفتار انسانی بروز می‌یابد و نمودهای متنوعی به خود می‌گیرد که این مسئله تاحدی اثربندی تکنیک‌های درمانی را نیز تحت تاثیر خود

قرار می‌دهد.

مشکلات رفتاری کودکان از جمله مسائلی است که تعداد زیادی از خانواده‌ها را در جوامع مختلف درگیر کرده است. در مطالعات تصادفی مختلفی [۲۴،۲۵،۲۶،۲۷،۷] و ۱۵ اثربخشی روش CPRT مورد بررسی قرار گرفته و نتایج این تحقیقات کاهش معناداری را در برخی از حوزه‌های مشکلات رفتاری کودکان نشان داده است. نتایج حاصل از پژوهش حاضر، هم سو با یافته‌های سایر تحقیقات جهانی در این حیطه است و اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک را در حوزه مشکلات رفتاری کودکان به اثبات رسانده است.

اما اینکه به راستی چرا این هم سویی و هماهنگی نتایج در تحقیق حاضر رخ داده است بی ارتباط با یکسانی محتوای آموزش‌های درمانی، استدلال‌ها و بنیان‌های نظری موجود در باب متغیرهای پژوهشی نیست. جایگزینی والدین به عنوان درمانگر و استفاده از ارتباط عاطفی موجود بین والد و کودک در جهت درمان به متخصصین کمک کرده است تا به نتایج بهتری دست پیدا کنند. عواطف حاکم بر ارتباطات والد-کودک نیز پدیده‌ای ذاتی و فارق از نژاد، ملیت و قومیت است. مشکلات رفتاری کودکان همواره بر شرایط والدین تاثیرگذار بوده است و لذا مداخلاتی که بر این زمینه تاثیر بگذارد طبیعتاً حوزه‌های دیگر را نیز با تغییراتی همراه می‌سازد.

تاثیر بازی در مشکلات رفتاری کودکان پیشینه تحقیقاتی گسترده‌ای در خارج از ایران دارد. اما روش مورد نظر این تحقیق (CPRT) یکی از انواع بازی درمانی است که بطور کل در ایران، پیشینه تحقیقاتی گسترده‌ای چون سایر مداخلات بازی درمانی ندارد. از محدود مطالعات صورت گرفته در کشورمان مطالعه علی و نندی وفا و اسمایل ۲۰۱۰ است. در این مطالعه اثربخشی و کاربرد روش CPRT در جمعیتی از مادران ایرانی مورد بررسی قرار گرفت و در پایان مشخص شد که نگرش والدین نسبت به مشکلات رفتاری کودکان و سطح دانش و مهارت‌های والدین در این مطالعه بهبود معناداری داشته است و والدین روش مذکور را مفید ارزیابی

می‌سازد. داشتن کودکی با مشکلات رفتاری نیز مسئله مضاعفی است که بر نگرانی‌های همه والدین می‌افزاید. از سوی دیگر والدینی که به دلایل مختلف دچار تنیدگی هستند، می‌توانند تسهیل‌کننده و یا گسترش‌دهنده مشکلات رفتاری کودکان خود باشند. بنابراین با توجه به نتایج تحقیقات پیشین، ترمیم مشکلات کودکان آن هم توسط کسی که خود در درون چرخه نگرانی‌ها قرار دارد (والدین)، می‌تواند به نحوی این سیکل معیوب را دچار نوسان و یا ضربه کند. چنین نوسانی چندگانه‌ای را دربر خواهد داشت. از آنجا که درمان مورد استفاده در این تحقیق بر بازی که زبان طبیعی و ذاتی ارتباط کودک با جهان پیرامون است تاکید دارد، قطعا برای کلیه والدین اعم از والدینی که با مشکلات رفتاری کودکان دست و پنجه نرم می‌کنند و یا والدینی که خواستار بهبود ارتباطات شان با کودکان‌شان هستند، تاثیرگذار خواهد بود. یکی از دلایل تاثیر درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک، در زمینه مشکلات رفتاری کودکان، استفاده از ابزار ارتباطی بازی و وقت گذاشتن والدین برای بودن بی قید و شرط با فرزندان‌شان در راستای بازی است. محتوای این جلسات بازی به گونه‌ای است که پذیرش و همدلی والدین با کودک را افزایش می‌دهد. اغلب والدین نیز در همین زمینه با کودکان‌شان مشکل دارند و نمی‌توانند دنیا را از دریچه چشم آنها بنگرند لذا بازی ابزاری مناسب در جهت ارتباط والدین با کودکان است که به رفع نیازها و تعارضات کودکان کمک می‌کند. این گونه اثر بخشی‌ها احساس‌های منفی والدین را نیز کاهش می‌دهد و از تنیدگی‌های مرتبط با ایفای نقش والدینی می‌کاهد.

از سوی دیگر باید به محتوای ارائه شده در بازی-درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک توجه داشت. این محتوا بیانگر نیاز کودک به درک و پذیرش از سوی والدین است و زبانی جدید را برای ورود به دنیای کودکان به والدین آموزش می‌دهد و در نتیجه تغییرات مثبتی را در تعاملات موجود بین والدین و کودکان بوجود می‌آورد.

بنابراین نتایج بدست آمده در این تحقیق همسوی با نتایج دیگر پژوهش‌ها، ما را به یک جنبه رهنمون می‌کند و

کرده‌اند؛ لذا ارزیابی‌های کمی و کیفی صورت گرفته در این مطالعه قابلیت‌های لازم را برای کاربرد روش CPRT در کشورمان به اثبات رسانده است [۲۸]. با این وجود در حیطه بازی‌درمانی، تحقیقات مشابهی در ایران صورت گرفته است که می‌توان در زمینه کاربرد انواع بازی در درمان مشکلات رفتاری کودکان بدان‌ها اشاره کرد [۲۹، ۳۰، ۳۱ و ۳۲]. نتایج تحقیقات یاد شده نشانگر تاثیر بازی‌درمانی بر پرخاشگری، اضطراب، اختلالات رفتاری و اختلالات سلوک در کودکان بوده است. اما بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT)، هنوز بطور گسترده‌ای تاثیرات خود را در شرایط بومی کشور ما آشکار نساخته است.

باید توجه داشت که مشکلات رفتاری کودکان با تنیدگی مادران و تنیدگی موجود در روابط زناشویی [۳۳] و [۱۸]، افسردگی [۳۴] اضطراب [۳۵] و کناره‌گیری، واهلر در ۱۹۸۰ [به نقل از ۳۶] نیز رابطه دارد و کاهش مشکلات رفتاری کودکان در ارتقاء کیفیت زندگی والدین نیز تاثیر می‌گذارد.

هم‌سو با نتایج تحقیق حاضر مطالعات متعدد دیگری نیز اثربخشی مداخله مبتنی بر تعاملات والد-کودک^۱ را در کاهش مشکلات رفتاری کودکان به اثبات رسانده‌اند. تداوم این اثربخشی‌ها در مطالعات مختلف تا حد شش سال نیز گزارش شده است (هود و ایبرگ^۲، ۲۰۰۳) و به سایر حوزه‌ها از قبیل مدرسه (فاندربورک^۳ و همکاران، ۱۹۹۸؛ مک نیل^۴، ایبرگ^۵، ایسنت دانت^۶، نیو کامب^۷ و فاندربورک، ۱۹۹۱) و ارتباط با سایر فرزندان خانواده نیز تعمیم یافته است [به نقل از ۳۷ و ۳۸].

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که والدگری نقشی است که تکالیفی جهان شمول دارد و تنیدگی‌های مربوط به ایفای این نقش، کلیه والدین را در سطحی مشابه درگیر

۱. Child-Parent Interaction Therapy (CPIT)

۲. Hood & Eyberg

۳. Funderburk

۴. Mcneil

۵. Eyberg, S.

۶. Eisenstdant

۷. Newcomb

6. Yamamoto, Y. Suzuki, S. Halloway, S. (2006). Maternal involvement in preschool children's education in Japan: Relation to parenting beliefs and socioeconomic status. *Early Childhood Research Quarterly* 21.332-346.

7. Halloway, S.D, Suzuki, S. Yamamoto, Y. (2005). Parenting Self-Efficacy among Japanese Mothers. *Journal of Comparative Family Studies*, vol 36,61-76.

۸. شارپ، اولین (۱۳۶۹). بازی تفکر کودک است: راهنمای یادگیری بازی های آموزشی برای کودکان قبل از مدرسه، ترجمه قاسم قاضی، نعمت کدپور؛ نشر سپهر.

۹. محمد اسماعیل، الهه (۱۳۸۳). بازی درمانی: نظریه ها، روشها و کاربردهای بالینی. تهران: نشر دانژه.

۱۰. ویرجینیا اکسلاین (۱۳۶۹). بازی درمانی، ترجمه احمد حجاریان، تهران: انتشارات کیهان.

۱۱. قادری، نیلوفر (۱۳۸۴). بررسی کارآمدی بازی درمانی رفتاری - شناختی بر پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، تهران: دانشگاه شاهد.

12. Landreth, G. L. (2006). Child- Parent-Relationship (C-P-R) therapy: a 10-session Filial Therapy Model .

13. Topphen, G.L., Wampler, K.S., Titus, G., and Rolling, E. (2011). Predicting parent and child outcomes of a Filial Therapy program. *International Journal of play therapy*. 20(2), 79-93

14. Glazer-Waldman, H., Zimmerman, J., Landreth, G., & Norton, D. (1992). Filial therapy: An intervention for parents of children with chronic illness. *International Journal of Play Therapy*, 1(1), 31-42.

15. Ray, D., Blanco, P.J., Sullivan, J.M and Holliman, R. (2009). An exploratory study of child-centered play therapy with Aggressive children. *International journal of play therapy*, 18(3), 162-175.

16. Landreth, G., & Lobaugh, A. (1998). Filial therapy with incarcerated fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *Journal of Counseling & development*, 76, 157-165.

17. Harris, Z. L., & Landreth, G. (1997). Filial therapy with incarcerated mothers: A five week model. *International Journal of Play Therapy*, 6(2), 53-73.

آن اینکه فراسوی جنبه های فرهنگی و بومی، تاثیر و تاثر متقابل والد-کودک، هم زمینه ساز آسیب ها و هم گسترش دهنده رفتارهای مثبت خواهد بود؛ و مهم اینست که در درون این چرخه چه متاعی عرضه شود. البته باید توجه داشت که تحقیق حاضر بسیار محدود بوده و گستره مشکلات رفتاری را بطور کلی در نظر داشته است و به اختلال خاصی نپرداخته و سنین متفاوتی را مورد نظر قرار نداده است. با این حال و با توجه به تاثیر مثبت الگوی CPRT در مورد کاهش مشکلات رفتاری کودکان، می توان پیشنهادات زیر را ارائه نمود:

ارائه آموزش CPRT به والدین و مربیانی که در ارتباط با کودکان هستند؛ در جهت گسترش بهداشت روانی والد-کودک و کاهش مشکلات رفتاری کودکان.

به کارگیری الگوی یاد شده در مراکز درمانی و مشاوره ای خانواده و یا کودک، به منظور ارائه خدمات روان شناختی به جامعه و امکان مقایسه نتایج برای رسیدن به الگوهای گسترش یافته بالینی و بومی تر.

منابع

1. Gohnson, G. Kent, G and Leather, G. (2005). *Strengthening The Parent-Child Relationship: A Review of Family Interventions and Their use in Medical Settings*. Blackwell Publishing.

۲. گلدنبرگ، ایرنه و گلدنبرگ، هربرت (۱۳۸۵، ۲۰۰۰). خانواده درمانی؛ مترجمان: حسین شاهی برواتی، حمیدرضا و همکاران، تهران: نشر روان.

3. Landreth, G.L. (2nd edn). (2002). *Play therapy : The Art of Relationship*. Philadelphia: Brunner-Routledge.

4. Sweeney, D. (1997). The relationship among single parents parental stress, empathy, level of acceptance, perceived problems of the child, and child gender and the effect of filial therapy (Doctoral dissertation, University of North Texas, 1996). *Dissertation Abstracts International, A*, 57(07), 2883.

5. Glover, G., & Landreth, G. (2000). Filial therapy with Native Americans on the Flathead Reservation. *International Journal of Play Therapy*, 9(2), 57-80.

۲۹. احمدی، مهران (۱۳۷۶). تاثیر بازی درمانی متمرکز بر کودک بر پرخاشگری. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. تهران: دانشگاه تربیت مدرس.
۳۰. ممی یانلو، مریم (۱۳۷۹). تاثیر بازی درمانی بر کاهش اضطراب کودکان بستری در بخشهای داخلی مرکز طبی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی.
۳۱. آرزومانیان، کریستینه (۱۳۷۹). بررسی تاثیر بازی درمانی غیر مستقیم روی اختلالات رفتاری کودکان. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. تهران: دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
۳۲. باعدی، زهرا (۱۳۷۹). بررسی کارآمدی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.
33. Johnson, S.M., & Lobitz, G.K. (1974). The Personal and Marital Adjustment of parents as Related to observed child deviance and Parenting behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2, 193-207.
34. Forehand, R., Wells, K. McMahon. R. Griest. D., & Rogers, T. (1982). Maternal perception of maladjustment in clinic-referred children: An extension of earlier research. *Journal of Behavioral Assessment*, 4, 140-151.
35. Fantuzzo, J, and et al. (2006). Parental Assessment of peer play: Development and Validation of the parent version of the penn Interactive peer play scale. *Early childhood Research Quarterly*, 13, No. 4, 659-676.
36. Patterson, G., Reid, J., Jones, R.R. & Conger, R. (1975). *A Social Learning Approach to Family Intervention. Volume 1 : Families with Aggressive Children.* Castalia, Eugene, OR.
37. Brestan, E. & Eyberg, S. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180-189.
38. Eyberg, S., Boggs, S. & Algina, J. (1995) Parent-child interaction therapy: a psychosocial model for the treatment of young children with conduct problem behavior and their families. *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 83-91.
18. Kidron, M and Landreth, G. (2010). Intensive child parent Relationship therapy with Israeli parents in Israel. *International Journal of play therapy*, 19(2), 64-78.
19. Mulvaney, C. J. Matthew K .M, Jacqeline F. (2007). Parental affect and childrearing beliefs uniquely predict mothers, and fathers ratings of children,s behavior problems. *Journal of Applied Developmental Psychology* 28 (2007) 445-457.
۲۰. مینایی، اصغر (۱۳۸۴). انطباق و هنجاریابی نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA). تهران: انتشارات سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی.
۲۱. مینایی، اصغر (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسش نامه خود سنجی گزارش معلم. مجله کودکان استثنایی، سال ششم، شماره ۱، ص ۵۵۸-۵۲۹.
۲۲. محمد خانی، پروانه (۱۳۷۹). بررسی رابطه بین کودک آزاری و مشکلات رفتاری دانش آموزان شهر تهران، فصلنامه روان‌شناسی و علوم تربیتی، شماره ۲، ص ۷۹-۷۱.
۲۳. حبیبی عسگرآباد، مجتبی؛ بشارت، محمدعلی؛ فدایی، زهرا (۱۳۸۸). بررسی ویژگی های روان سنجی مقیاس خود گزارش گری مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان آخنباخ (پژوهش منتشر نشده).
24. Costas, M., & Landreth, G. (1999). Filial therapy with nonoffending parents of children who have been sexually abused. *International Journal of play therapy*, 8 (1), 43-66.
25. Baggerly, J., & Landreth, G. (2001). Training children to help children: A new dimension in play therapy. *Peer Facilitator Quarterly*, 18(1), 6-14 .
26. Smith, D. M., & Landreth, G. L. (2004). Filial therapy with teachers of deaf and hard of hearing preschool children. *International Journal of Play Therapy*, 13(1), 13-33.
27. Kidron, M. (2004). Filial therapy with Israeli parents (Doctoral dissertation, University of North Texas, 2003). *Dissertation Abstracts International*, A, 64 (12), 4372.
28. Alivandi-Vafa, M., Ismail , Kh.Hj. (2010). Parents as agents of Change: What filial therapy has to offer. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 5(2010), 2165-2173.

مقایسه خشم و احساس گناه در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی و اختلال استرس پس از سانحه با افراد عادی

نویسندگان: محمود رجبی^{۱*}، دکتر رسول روشن^۲ و دکتر حمیدرضا جمیلیان^۳

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی و پیراپزشکی اراک

۲. دانشیار دانشگاه شاهد

۳. استادیار دانشگاه علوم پزشکی اراک

* Email: winer62@gmail.com

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه میزان خشم و احساس گناه در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی و اختلال استرس پس از سانحه با افراد عادی بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اختلال استرس پس از سانحه بودند که به مراکز خدمات بهداشت روانی در شهر اراک در سال ۱۳۸۷ مراجعه نمودند. جامعه افراد عادی نیز کلیه کارکنان مراکز خدمات بهداشت روانی شهر اراک بودند. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (MDD)، ۳۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) که به تشخیص روانپزشک و روانشناس بالینی دارای این اختلال ها بودند و ۳۰ نفر از افراد عادی به عنوان گروه مقایسه (جمعاً ۹۰ نفر) بودند که به روش تصادفی ساده از بین افراد مراجعه کننده به چهار مرکز خدمات روانشناختی در شهر اراک انتخاب شدند و در مرحله بعد پرسشنامه های حالت- صفت بیان خشم (STAXI-2) و پرسشنامه احساس گناه (TOSCA-3) بر روی آنها اجرا و پس از نمره گذاری داده های بدست آمده با نرم افزار SPSS و روش تحلیل واریانس یک راهه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته ها نشان داد که بین میزان خشم در افراد مبتلا به PTSD و افراد مبتلا به MDD با افراد عادی تفاوت وجود داشته و تفاوت در هر سه گروه معنا دار بود ($P < 0.001$). همچنین بین میزان احساس گناه در افراد مبتلا به PTSD و افراد مبتلا به MDD با افراد عادی تفاوت وجود داشت که این تفاوت در بین افراد مبتلا به PTSD با افراد مبتلا به MDD معنا دار نبود ($P > 0.001$). ولی در بین افراد مبتلا به PTSD با افراد عادی و همچنین بین افراد مبتلا به MDD با افراد عادی تفاوت معنا دار بود ($P < 0.001$).

کلید واژه ها: اختلال افسردگی اساسی، اختلال استرس پس از سانحه، خشم، احساس گناه.

روان شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
و نشر

• دریافت مقاله: ۸۸/۲/۲۰

• پذیرش مقاله: ۹۱/۱/۲۳

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Nineteenth Year, No.7
Autumn & Winter
2012- 2013*

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال نوزدهم- دوره جدید

شماره ۷

پاییز و زمستان ۱۳۹۱

مقدمه

بروز می کند و جزء پاسخ های مقابله ای غیرانطباقی شمرده می شود خشم و رفتار پرخاشگرانه است که گاه به صورت خود آزادی عمدی و خودکشی مشاهده می شود [۷]. پرخاشگری یکی از اختلالاتی است که به طور شایع در میان بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه دیده می شود [۸]. در مطالعه ای که بر روی سربازان حاضر در جنگ ویتنام انجام شده است ارتباط آماری معنی داری را بین خشونت و شدت اختلال استرس پس از سانحه یافتند [۹]. بیرن^۲ و رگز^۳ [۱۰] گزارش دادند که ۴۲ درصد از افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه دچار خشونت فیزیکی بوده اند و ۹۲ درصد از آنها خشونت لفظی داشته اند. یافته های دیگر نیز نشان می دهد که بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با مشکلات عدیده ای در زمینه ی احساس مسئولیت و خشم روبرو است [۱۱].

افسردگی شایع ترین بیماری روانی زمان ما است. میزان شیوع افسردگی در جمعیت عمومی را تا ۲۵ درصد گزارش کرده اند [۱۲]. بیماری افسردگی اغلب با کارکرد عادی فرد تداخل داشته و نه تنها باعث آسیب و درد فرد می شود، بلکه افرادی که از بیمار مراقبت می کنند را نیز مبتلا می کند. این بیماری به زندگی خانوادگی و خود فرد آسیب می رساند [۱۳]. در مطالعات مربوط به اختلال افسردگی اساسی^۴ نشان داده شده است که بخش گسترده ای از جمعیت بزرگسالان به این اختلال دچار می شوند. برآوردهای جدید، حاکی از آن است که ۱۶ درصد جمعیت، حداقل یک دوره افسردگی را در نقطه ای از زندگی شان تجربه خواهند کرد [۱۴]. از آنجا که ابتلاء به این اختلال می تواند موجب تغییراتی در حوزه افکار بیمار شده و احساس پوچی یا بیهودگی و بی مصرفی را در او موجب شود و باعث بروز افکار و رفتارهای خودکشی در فرد شود لذا توجه به آن از اهمیت بالایی برخوردار است [۱۵].

سازمان جهانی بهداشت پیش بینی کرده است که تا

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)^۱، یکی از اختلالات شایع روانپزشکی و روانشناختی است که متعاقب مواجهه ی شخص با یک فاجعه یا حادثه ای دلخراش ایجاد و موجب ناتوانی و ازکارافتادگی قابل توجهی در شخص می گردد [۱]. اختلال استرس پس از سانحه عبارت است از مجموعه ای از علائم نوعی (سندرم) که در پی مواجهه با حوادث آسیب زای زندگی بوجود می آید و فرد به صورت ترس و درماندگی به این تجربه پاسخ می دهد، واقعه را دائماً در ذهن خود مجسم می کند و در عین حال می خواهد از یادآوری آن اجتناب کند [۲].

شیوع بیماری های همراه اختلال استرس پس از سانحه زیاد است، به گونه ای که حدود دو سوم این بیماران به دو اختلال دیگر نیز به صورت همزمان مبتلا هستند. بیماری های شایع همراه با این اختلال عبارتند از اختلال افسردگی، اختلال مرتبط با مواد، سایر اختلالات اضطرابی و اختلالات دوقطبی [۳]. مطالعات مختلف، همراهی اختلال استرس پس از سانحه را با اختلالات دیگر از جمله افسردگی (۲۶ تا ۶۵ درصد) و اختلال رفتاری (سلوک) و اختلال شخصیت (۴۰ تا ۶۰ درصد) گزارش داده اند [۴].

کشور ما ایران با تحمل بار عظیم جنگ تحمیلی عراق علیه ایران، یکی از بزرگترین استرس های پدید آورنده ی این اختلال را دارا می باشد. افراد زیادی به این اختلال، مبتلا شده اند به گونه ای که شیوع بالای آن در بین بازماندگان و جانبازان جنگ تحمیلی، تقریباً ۴۰ درصد گزارش شده است [۵]. یکی از واکنش های هیجانی افراد مبتلا به PTSD احساس گناه عمیق می باشد که نخستین بار در بازماندگان قتل عام نازی ها مورد توجه قرار گرفت و بعدها در موارد دیگر از جمله جنگ، قحطی ها، زلزله و آتش سوزی های بزرگ مشاهده شد [۶]. به غیر از احساس گناه که بیشتر در بازماندگان سوانح دیده می شود، یکی دیگر از واکنش های هیجانی که در افراد مبتلا به PTSD

2. Byren

3. Riggs

4. Major Depressive Disorder

1. Post Traumatic Stress Disorder

های هیجانی شدید باعث بوجود آمدن خشم و عصبانیت در فرد می شود که بعضی افراد این خشم و عصبانیت را به درون معطوف کرده و به کارهای خودویرانگر مشغول می شوند و احساس گناه را در خود پرورش می دهند یا از برقراری رابطه‌ی دوستانه و نزدیک با دیگران اجتناب می کنند [۲۳].

در رابطه با این اختلال اوستین و همکاران^۱ [۲۴] در پژوهشی که انجام دادند دریافتند که PTSD با میزان خشم رابطه‌ی مثبت و با رضایت زندگی رابطه‌ی منفی دارد. گریس و همکاران (Gerits & et al) [۲۵] نیز در پژوهش خود بر روی ۳۸۰ پرستار با مشکلات رفتاری به این نتیجه رسیدند که پرستاران با PTSD نسبتاً بالا و مهارت‌های اجتماعی نسبتاً پایین، بیشترین نشانگان خشم را از خود نشان می دهند.

پژوهش‌هایی که به مطالعه رابطه احساس گناه و افسردگی پرداختند، نشان دادند احساس گناه با افسردگی رابطه‌ی مثبت و معناداری دارد [۲۶]. کاریتز^۲ [۲۷] به این نتیجه رسید که مبتلایان به MDD احساس گناه بیشتری نسبت به دیگر افراد دارند در صورتی که سطوح پایین افسردگی با احساس گناه رابطه‌ی منفی دارد. تحقیقات دیگری که در مورد PTSD و MDD انجام گرفته، نشان داده است که افراد مبتلا به MDD نسبت به افراد مبتلا به PTSD درونگرترند یعنی ساکت، درون‌نگر، خود دار، از خودراضی، درمانده و کند هستند [۲۸]. ژاکوب و همکاران (Jacob & et al) [۲۹] به این نتیجه رسیدند که میزان خشم به طور معناداری در افراد مبتلا به PTSD و مبتلایان به MDD تفاوت دارد و میزان خشم در افراد مبتلا به PTSD بیشتر است.

با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته و درک ضرورت و اهمیت آن هدف پژوهش حاضر مقایسه میزان خشم و احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و اختلال افسردگی اساسی با افراد عادی بوده است. برای تحقق این هدف، فرضیه‌های پژوهشی زیر

سال ۲۰۲۰ این اختلال دومین بیماری بزرگ جهان خواهد بود [۱۶]. از سوی دیگر خطر خودکشی در چنین بیمارانی غالباً فزونی می یابد. یک هفتم از بیمارانی که برای اختلال افسردگی اساسی بستری شده اند از طریق خودکشی جان خود را از دست داده اند [۱۷]. این میزان همراه با پریشانی روانشناختی و نشانه‌های همزمان با افسردگی افزایش می یابد. بعضی از این نشانه‌ها و اختلالات عبارتند از اضطراب، ترس مرضی، پرخاشگری، حساسیت بین فردی و سواس جبری [۱۶].

اختلال افسردگی اساسی یکی از شایع‌ترین اختلالاتی است که مبتلایان به آن واکنش‌های هیجانی مشابهی را از جمله احساس گناه و خشم از خود بروز می دهند [۱۸]. طبق ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR، دوره افسردگی اساسی باید لااقل دو هفته به طول بینجامد و حداقل چهار علامت از فهرست علائم شامل تغییرات اشتها و وزن، تغییرات خواب و فعالیت، فقدان انرژی، احساس گناه، مشکل در تفکر و تصمیم‌گیری و افکار عودکننده مرگ یا خودکشی را به همراه داشته باشد [۱۹]. چنانچه از کودکی عصبانی شدن و ابراز احساس خشم در خانواده منع شود و یا حتی کودک بخاطر ابراز این احساس تنبیه شود، پیامی که به او داده می شود این است که احساس عصبانیت و ابراز آن خطرناک است، نتیجه‌ی آن به درون ریختن احساسات و ترس از ابراز هر نوع احساس است. در برخی افراد این به درون ریختن به تدریج تبدیل به افسردگی و یا دلشوره و نگرانی می شود و در برخی موارد که به ابراز احساس منجر می شود، فرد احساس گناه می کند [۲۰]. بعضی بررسی‌ها همبودی افسردگی را با اختلال استرس پس از سانحه تأیید کرده اند [۲۱]. یافته‌های گرین (Green) [۲۲] نیز نشان داد که فراوانترین نشانه همراه با اختلال استرس پس از سانحه ابتدا اضطراب و سپس افسردگی است.

در افراد مبتلا به PTSD، احساس گناه درباره زنده ماندن در مواردی که دیگران مرده اند یا درباره کارهایی که می بایست برای زنده ماندن انجام می دادند، گزارش شده است. در برخی موارد فوران‌ها و طغیان

^۱ . Austin & et al

^۲ . Karits

مورد بررسی قرار گرفت.

فوق دیپلم بود. تحلیل نتایج با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و نرم افزار SPSS انجام شده است.

ابزارهای پژوهش

برای گردآوری داده های پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد.

الف) مصاحبه تشخیصی (PSS-I)

مصاحبه تشخیصی نیمه ساخت یافته که توسط فوآ و همکاران (Foa & et al) [۳۰] تدوین شده و به منظور تشخیص اختلال PTSD و ارزیابی شدت علائم آن بر مبنای DSM-IV طراحی گردیده است. پایایی PSS-I با روش بازآزمایی با فاصله زمانی یک ماه برابر با ۰.۷۷ و همسانی درونی آن برابر با ۰.۸۶ گزارش شده است. این مقیاس حاوی ۱۷ سؤال کوتاه می باشد که با استفاده از طیف لیکرت شدت علائم هر ملاک مشخص می شود و پاسخ های درمانجو توسط مصاحبه گر از صفر تا سه درجه بندی می شود (فوآ و تالین، ۲۰۰۰). نمره برش در این پرسشنامه ۱۰ می باشد. در پژوهشی که در ایران و در مورد ویژگی های روانسنجی PSS-I انجام گرفته است پایایی مقیاس فوق در ایران با روش بازآزمایی به فاصله زمانی دو هفته ۰.۹۵ محاسبه شده است [۶].

ب) پرسشنامه حالت-صفت بیان خشم (STAXI-2)

این پرسشنامه توسط چارلز، دی، اسپیلبرگر در سال ۱۹۹۹ ساخته شده و مشتمل بر ۵۷ ماده است. این پرسشنامه شامل ۶ مقیاس، ۵ خرده مقیاس و یک شاخص بیان خشم است. مقیاس ها عبارتند از: حالت خشم، صفت خشم، برونریزی خشم، درون ریزی خشم، کنترل برون ریزی خشم و کنترل درون ریزی خشم. خرده مقیاس ها عبارتند از: احساس خشم، احساس نیاز شدید به بیان کلامی خشم، احساس نیاز شدید به بیان فیزیکی خشم، خلق و خوی خشمگین و واکنش خشمناک. نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۴ درجه ای، از تقریباً

۱- بین میزان خشم در بین افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با افراد عادی تفاوت وجود دارد.
۲- بین میزان احساس گناه در بین افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با افراد عادی تفاوت وجود دارد.

روش

این پژوهش از نوع علی-مقایسه ای (پس رویدادی) است. جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از کلیه افرادی که به مراکز خدمات بهداشت روانی در شهر اراک در سال ۱۳۸۷ مراجعه نموده و از بیماری اختلال استرس پس از سانحه و اختلال افسردگی اساسی رنج می بردند. جامعه گروه افراد عادی نیز کلیه کارکنان مراکز خدمات بهداشت روانی شهر اراک بودند که از نظر متغیرهای مداخله کننده با گروه مورد آزمون جور بودند.

برای نمونه گیری از بین مراجعینی که به چهار مرکز ارائه خدمات بهداشت روانی (شامل درمانگاه دانشگاه علوم پزشکی اراک، بیمارستان روانپزشکی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اراک و دو کلینیک تخصصی مشاوره و روان درمانی) در سطح شهر اراک طی ماه های خرداد لغایت شهریور ۱۳۸۷ مراجعه نمودند و تشخیص اختلال استرس پس از سانحه و اختلال افسردگی اساسی را توسط روانپزشک و مصاحبه بالینی سازمان یافته را توسط روانشناس بالینی بر اساس DSM-IV داده شدند، ۳۰ نفر آزمودنی در هر یک از سه گروه مورد مطالعه (در کل ۹۰ نفر) به روش تصادفی ساده انتخاب و آگاهانه با اخذ رضایت نامه کتبی تحت آزمون قرار گرفتند. نمونه افراد عادی نیز ۳۰ نفر از کارکنان مراکز خدمات بهداشت روانی شهر اراک بودند که از نظر متغیرهای مداخله کننده با گروه مورد آزمون جور شده بودند. در هر سه گروه آزمودنی ها از لحاظ سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تأهل همگن بودند و محدوده سنی آنان از ۱۸ تا ۴۹ سال و تحصیلاتشان از سطح ابتدایی تا

¹ . PTSD Symptom Scale –Interview

² . State and Trait Anger Expression Inventory

(۸۰ تا ۱۶)، بی تفاوتی (۱۱ تا ۵۵)، غرور آلفا (۵ تا ۲۵) و غرور بتا (۵ تا ۲۵) می باشد. نمره کل پرسشنامه بین ۶۹ تا ۳۴۵ است [۳۲].

نتایج

در این قسمت نتایج آمار توصیفی مربوط به آزمودنی‌ها و نتایج تحلیل آماری آمده است. همانطور که جدول ۱ نشان می دهد، کل نمونه این پژوهش ۹۰ نفر بوده است که شامل ۴۰ نفر مرد (۴۱/۵ درصد) و ۵۰ نفر زن (۵۸/۵ درصد) بودند که مطابق جدول بالا در سه گروه قرار داشتند. نتایج جدول شماره ۲ نشان می دهد که میانگین نمرات گروه PTSD در متغیر خشم (۳۲۴/۰۶) نسبت به گروه MDD (۲۸۹/۷۰) و گروه افراد عادی (۲۶۶/۴۵) بیشتر است.

هرگز (۱) تا تقریباً همیشه (۴) رتبه بندی می گردد. حداقل و حداکثر نمرات بین ۸۰ تا ۴۱۶ می باشد. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۷۰ محاسبه شده است [۳۱]، که حکایت از پایایی قابل قبول این ابزار است.

ج) پرسشنامه احساس گناه (TOSCA-3)

این آزمون دارای ۶ خرده مقیاس مستعد بودن به صفت شرم (۱۶ ماده)، مستعد بودن به صفت گناه (۱۶ ماده)، برونی سازی (۱۶ ماده)، بی تفاوتی (۱۱ ماده)، غرور آلفا (۵ ماده) و غرور بتا (۵ ماده) است. آلفای کرونباخ مستعد بودن به صفت شرم ۰/۷۸، مستعد بودن به صفت گناه ۰/۶۴، برونی سازی ۰/۷۲، بی تفاوتی ۰/۶۴، غرور آلفا ۰/۴۵ و غرور بتا ۰/۳۹ گزارش شده است (روشن، ۱۳۸۶). نمره گذاری بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی (۱ تا ۵) انجام می شود. نمره خرده مقیاس شرم بین (۸۰ تا ۱۶)، گناه (۸۰ تا ۱۶)، برونی سازی

جدول ۱: توزیع فراوانی جنسیت و وضعیت تأهل آزمودنی های

گروه	جنسیت		وضعیت تأهل	
	مرد	زن	متأهل	مطلقه
	فراوانی	فراوانی	فراوانی	فراوانی
گروه PTSD	۱۳	۱۷	۱۸	۱
گروه MDD	۱۳	۱۷	۱۹	۱
گروه افراد عادی	۱۴	۱۶	۱۹	۱
جمع کل	۴۰	۵۰	۵۶	۳

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیر خشم در میان سه گروه

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
گروه افراد عادی	۳۰	۲۶۶/۴۵	۲۲/۱۲
گروه PTSD	۳۰	۳۲۴/۰۶	۲۱/۸۷
گروه MDD	۳۰	۲۸۹/۷۰	۲۶/۰۷
کل	۹۰	۲۹۳/۴۴	۳۳/۲۸

جدول ۳: تحلیل واریانس یک طرفه بر روی میانگین سه گروه در متغیر خشم

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
میان گروهی	۵۲۰۷۲/۸۸	۲	۲۶۰۳۶/۴۴	۴۷/۵۲	۰/۰۰۱
درون گروهی	۴۸۷۶۳/۸۴	۸۷	۵۴۷/۹۰		
کل	۱۰۰۸۳۶/۷۲	۸۹			

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد متغیر احساس گناه در میان سه گروه

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
گروه افراد عادی	۳۰	۲۰۳/۴۶	۲۷/۲۴
گروه PTSD	۳۰	۲۶۴/۴۰	۲۸/۶۸
گروه MDD	۳۰	۲۷۲/۲۳	۲۴/۹۲
کل	۹۰	۲۴۵/۷۶	۴۱/۰۷

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس یک طرفه بر روی میانگین سه گروه در متغیر احساس گناه

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
میان گروهی	۸۸۶۸۲/۲۰	۲	۴۴۳۴۱/۱۰	۶۰/۸۲	۰/۰۰۱
درون گروهی	۶۴۸۷۸/۵۳	۸۷	۷۲۸/۹۷		
کل	۱۵۳۵۶۰/۷۳	۸۹			

نتایج آزمون شفه نشان داد در بین گروه مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (MDD) با گروه مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) تفاوت معنادار وجود ندارد، اما بین گروه افراد عادی با گروه PTSD و همچنین بین گروه افراد عادی با گروه MDD تفاوت معنادار وجود دارد و بالاترین تفاوت بین گروه MDD با افراد عادی می باشد ($p < 0/001$).

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش مقایسه میزان خشم و احساس گناه در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی (MDD) و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) با افراد عادی بوده است. نتایج این پژوهش نشان داد که بین میانگین نمرات متغیر خشم در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی (MDD) و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) با افراد عادی

در جدول شماره ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات خشم $p = 0/001$ ، $df(2 و 87)$ ، $F = 47/52$ ، در سه گروه (مبتلایان به PTSD و MDD و افراد عادی) تفاوت وجود دارد. نتایج آزمون شفه نشان داد در بین سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد و بالاترین تفاوت بین گروه PTSD با افراد عادی می باشد ($p < 0/001$).

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمرات گروه MDD نسبت به گروه PTSD و افراد عادی بیشتر است.

در جدول شماره ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس یکطرفه نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات احساس گناه $p = 0/001$ ، $df(2 و 87)$ ، $F = 60/82$ ، در سه گروه (مبتلایان به PTSD، MDD و افراد عادی) تفاوت وجود دارد.

تفاوت وجود دارد و میانگین نمرات خشم در میان افراد مبتلا به PTSD بیشتر از سایر گروه هاست و در بین سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج این پژوهش با یافته های ژاکوب [۲۹] مبنی بر اینکه میزان خشم بطور معناداری در میان مبتلایان به PTSD و MDD متفاوت بوده است و در افراد مبتلا به PTSD بیشتر است، همسو می باشد همچنین این نتایج با یافته های گریس [۲۵] مبنی بر اینکه افراد دارای PTSD با مهارت های اجتماعی نسبتاً پایین بیشترین نشانگان خشم را از خود نشان دادند همسو می باشد.

در زیر مقیاس احساس تمایل به بیان جسمی خشم بین مبتلایان به PTSD و MDD تفاوت معنادار وجود ندارد در صورتی که در زیر مقیاس احساس تمایل به بیان کلامی خشم در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد این نتایج با یافته های بیرن و رگز [۱۰] مبنی بر این که افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در ۹۲ درصد خشونت لفظی داشته اند مسو می باشد همچنین از سویی بیانگر این است که در هر دو گروه احساس تمایل خشم وجود دارد در حالی که افراد MDD خشم خود را به درون برده و سرکوب می کنند اما مبتلایان به PTSD که در بیان خشم به طرف بیرون نیز میانگین بالاتری نسبت به دیگر گروه ها دارد بطور مکرر خشم خود را در قالب رفتار پرخاشگرایانه ای که به سمت افراد یا اشیاء دیگر در محیط است، ابراز می کنند و قادر به کنترل خشم خود نسبت به محیط اطراف نیستند. عوامل متعددی در هم تنیده می شود و خشونت را به وجود می آورند که از آن جمله می توان به محرومیت، طرد، فقر، مورد خشونت دیگران قرار گرفتن، آزار جسمی، جنسی یا عاطفی و شاهد اعمال خشونت آمیز اعضای خانواده بودن اشاره کرد. بر این اساس شاید بتوان گفت که افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه نیز به نوعی شاهد یک یا چند عامل خشونت بار از سوی دیگران بوده اند و لذا انتظار می رود که همانگونه که شدت بیماری و تأثیر ناشی از یادآوری آن بیشتر می شود، خشونت فرد نیز افزایش می یابد [۸]. همچنین یکی از اختلالات روانشناختی که با علایم

اضطرابی و خشونت های ناگهانی و پرخاشگری شناخته می شود، اختلال استرس پس از سانحه است [۳۳]. با توجه به مشاهدات و مصاحبه های بالینی، این افراد احساس جدامانندی یا غریبه بودن نسبت به دنیای پیرامونی خود دارند و ممکن است هر لحظه گوش به زنگ وقوع یک اتفاق باشند و در رویارویی با نشانه های درونی یا بیرونی تداعی کننده و سریع واکنش نشان داده و این حالات آنها را عصبی کرده و خشم آنها را تحریک می کند. آنچه قابل توجه می باشد این است که در زیر مقیاس بیان خشم به طرف درون میانگین خشم افراد مبتلا به MDD بیشتر از افراد مبتلا به PTSD است که با توجه به نظریه روان تحلیلی مبنی بر اینکه خشم افراد افسرده متوجه درون می گردد، قابل تبیین است.

در زمینه متغیر احساس گناه، یافته های پژوهشی نشان داد که احساس گناه در میان مبتلایان به MDD بیشتر از سایر گروه ها است و بین سه گروه تفاوت وجود دارد اما در بین گروه PTSD با گروه MDD تفاوت معنادار وجود ندارد در صورتی که بین گروه PTSD با افراد عادی و همچنین بین گروه MDD با افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج با یافته های کاریتز [۲۷] مبنی بر اینکه مبتلایان به MDD احساس گناه بیشتری نسبت به دیگر افراد دارند، همسو می باشد.

ضمن این که این نتایج با یافته های تانجنی و درینج [۲۶] که نشان داد افسردگی رابطه ی مثبت و معناداری با میزان احساس گناه دارد، همسو می باشد. نظریه سبک های واکنشی بیانگر این است که درگیری افراد در تفکر منفعلانه و تکراری درباره ی نشانه های افسردگی باعث تداوم آن می گردد. این تلاش بیماران به صورت نشخوارهای ذهنی درآمده و نه تنها از بار این نشانه ها نمی کاهد بلکه باعث تشدید آنها می گردد [۳۴]. اختلال افسردگی اساسی (MDD) یکی از شایع ترین اختلالاتی است که مبتلایان به آن واکنش هایی از جمله احساس گناه و خشم از خود بروز می دهند [۱۸]. با توجه به ویژگی های افسردگی مبنی بر این که افراد افسرده نه تنها نسبت به زندگی بلکه نسبت به خودشان نیز بی علاقه اند

است که به عوامل زمینه ساز آن توجه بیشتری شود و در درمان آن سایر عوامل از جمله اضطراب و وسواس نیز مدنظر قرار گرفته و در صورت امکان با پیش گیری و درمان مشکلات زمینه ای از ابتلای افراد به این اختلالات جلوگیری شود. نظر به اینکه بخش عمده ای از رفتارها پرخاشگرانه، زمینه های روانشناختی دارد و در صورت شناسایی و درمان این علل می توان در جهت کاهش پرخاشگری اقدام نمود. همچنین به تأثیرات این اختلالات بر روی خانواده ها و مشکلات زناشویی و آسیب های خانوادگی مرتبط با این اختلالات پرداخته شود. همچنین می توان خانواده ها را نسبت به شناخت این اختلالات و تجربیات آسیب زایی که در طول زندگی با آن روبرو خواهند بود و مراجعه به منابع حمایتی آشنا نمود.

سپاس گذاری

بدین وسیله از همکاری کارکنان محترم بیمارستان شهید هاشمی اراک به ویژه آقایان بهزادمنش، مسلمی و خوانساری کمال تشکر و قدردانی را نموده و آرزوی موفقیت و نشاط پایدار را از خداوند متعال برای ایشان خواستاریم.

منابع

1. Sadok, B, Sadock. V, Ruiz, P. (2009). Comprehensive textbook of psychiatry. New York, Lippincott Williams and Wilkins co. pp. 1629-1647.
۲. کاپلان، هارولد. و سادوک، بنیامین. (۱۳۸۳). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی، تهران. انتشارات ارجمند.
3. Barlow, K., Grenyer, B., Ilkiw-Lavalle, O. (2000). Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. Aust NZ J Psychiatry. 34(6): 967-74.
4. Nutt, D., Davidson, J. R, Zohar, R.T, & Zohar, J. (2000). Post-traumatic Stress Disorder. Martin Dunitz Ltd, United Kingdom.

و اغلب کمبود و نارسایی ها در زمینه مهارت های اجتماعی، بدنی و سلامتی را به خود نسبت می دهند و شکست های گذشته و حال خود را بزرگ می پندارند، لذا به خاطر کوچک ترین اشتباه و یا شکست و حادثه ای احساس گناه شدید و ناامیدی زیادی به آنها دست می دهد [۳۵]. با توجه به این که از ویژگی های بالینی اختلال استرس پس از سانحه و همچنین از علائم اختلال افسردگی اساسی، احساس گناه، احساس طرد شدن و احساس غریبه بودن می باشد [۱۹]، این عدم معنا داری تفاوت میانگین در مبتلایان به PTSD و MDD قابل تبیین است و افراد مبتلا به PTSD حالات و هیجانات خود را به صورت خشم ابراز می کنند و کنترل زیادی روی تکانه ها و هیجانات خود ندارند در حالی که افراد مبتلا به MDD احساسات و حالات هیجانی خود را به درون برده و سرکوب می کنند در نتیجه احساس گناه در افراد MDD به صورت بارزتری خود را نشان می دهد.

از محدودیت های این پژوهش می توان به این نکته اشاره کرد که این پژوهش فقط در برگیرنده ی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و اختلال افسردگی اساسی در شهر اراک بوده است و دیگر این که در این پژوهش فقط از یک ابزار برای هر متغیر استفاده شد و از دیگر ابزارهای مکمل برای تعمیم پذیری بیشتر استفاده نشده است. با توجه به مشکلات عدیده ناشی از تظاهرات پرخاشگرانه مبتلایان به اختلالات روانشناختی از نظر اجتماعی در سطح خانواده و جامعه، همچنین تحمیل هزینه های بستری، درمان و مراقبت های بالینی این بیماران، شناخت افراد پرخاشگر و بررسی علل و عوامل زمینه ساز ایجاد این رفتارها ضرورت دارد. پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده بر روی نمونه هایی از بیماران در شهرها و بیمارستان های دیگر صورت گیرد تا وضعیت خشم و احساس گناه و متغیرهای مرتبط با این موضوعات بررسی شود و همچنین از دیگر ابزارهای مکمل برای تعمیم پذیری بیشتر استفاده شود. در مجموع می توان چنین عنوان نمود که با توجه به میزان بالای عود افسردگی اساسی و اختلال استرس پس از سانحه شایسته

13. Dozois, DA., Dobson, KS. (2004). The prevention of anxiety and depression: theory, research, and practice. Washington, DC: American Psychological Association.
14. Kessler, R. C, Berglund, P, Demler, O, Jin, R, Koretz, D & Merikangas, K. R. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. Results from the national comorbidity survey replication. 289, 3095-3105.
15. سادوک، ویرجینیا. و سادوک، بنیامین. (۱۳۸۲). خلاصه روانپزشکی بالینی. ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند.
16. Kenny, MA., Williams, JM. (2007). Treatment-resistant depressed patient show response to Mindfulness-bias Cognitive Therapy. Behave Res Ther. 45(3): 617-25.
17. Powell, J, Geddes, J, Deeks, Goldacre, M., Hawton, K. (2000). Suicide in psychiatric patients: Risk factors and their predictive power. Br Journal Psychiatry. 176: 266-72.
18. Boot, T., Kolli, Q. Fridman, A. (2000). Associations between birth order and personality traits: Evidence from self-reports and observer ratings. Journal of Research in Personality.
19. Kaplan, HJ., Sadock, BJ. (2005). Kaplan & Sadock's comprehensive text book of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1718-99.
20. Anoch, P. T. Jr., McCrae, R. R., Martin, Kallasmaa, T., & Realo, A. (2006). Personality development from adolescence through adulthood: Further cross-cultural comparisons of age differences. In V. J. Molfese & D. Molfese (Eds.), Temperament and personality development across the life span. pp. 235-252. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
21. Roussos, A., Goenjian, A., & Steinberg, A. (2005). Post traumatic stress and depressive reactions among children and adolescents after the 1999 earthquake in Ano Liosina, Greece. American Journal of Psychiatry. 162, 530-537.
22. Green, L. (1991). Evaluation the effects of disasters. American Journal of Psychological Assessment. 41, 538-540.
5. خدایی اردکانی، محمدرضا. و کرمی، غلامرضا. (۱۳۸۶). بررسی میزان شیوع اختلالات روانشناختی در تعدادی از جانبازان شیمیایی جنگ تحمیلی عراق علیه ایران. خلاصه مقالات چهارمین سمپوزیوم پیشگیری و درمان عوارض عصبی، روانی ناشی از جنگ. تهران: پژوهشکده ی مهندسی و علوم پزشکی جانبازان.
6. صحراگرد، مهدی. (۱۳۸۶). بررسی اثر بخشی درمان های آموزش آرام سازی بدون تنش همراه با بیوفیزیک و EMDR در جانبازان مبتلا به PTSD. تهران: دانشگاه شاهد. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی.
7. گلدر، مایکل. و مایو، ریچارد. و کونن، فیلیپ. (۱۳۷۹). روانپزشکی آکسفورد. ترجمه نصرت الله پورافکاری. انتشارات شهرآب. (انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۱).
8. نوحی، سیما. و همکاران. (۱۳۸۵). بررسی ارتباط پرخاشگری با شدت بالینی اختلال استرس پس از سانحه. تهران. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. مجله پژوهنده. سال یازدهم. شماره ۵۰. ص ۹۹-۹۵.
9. Beckham, JC., Feldman, ME., Kirby, AC., Hertzberg, MA., Moor, SD. (1997). Interpersonal Violence and its correlates in Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. J Clin Psychol. 63(2), 308-12.
10. Byren, CA., Riggs, DS. (1996). The cycle trauma: Relationship of aggression in male Vietnam veterans with symptom of posttraumatic stress disorder. Violence and Victims, 11, 213-225.
11. Zaslav, M. R. (1994). Psychology of co morbid Posttraumatic stress disorder and substance abuse: Lessons from combat veterans. Journal of Psychoactive Drugs. 26, 393-400.
12. Kaplan, HJ., Sadock, BJ. (1998). Synopsis of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins. 538-540, 626-629, 806-810.

۳۲. روشن، رسول، عطری فرد، مهدیه. (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و پایایی سومین نسخه تجدید نظر شده مقیاس عاطفه خودآگاهی برای بزرگسالان (TOSCA-3). مجله دانشور. سال چهارم. شماره ۲۵. صفحه ۴۱-۳۱.
۳۳. Martenyi, F. (2004). Posttraumatic stress disorder (PTSD). *Over Hetil*. 145(46): 2315-22.
۳۴. Watkins, E, Teasdale, JD. (2001). Rumination and Over general Memory in Depression: Effects of Self-Focus and Analytic Thinking. *Journal Abnormal Psychol*, 110(2), 353-7.
۳۵. Edvard, J. R. (2006), American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders and women personality trait (4th Ed.). Washington, DC: Author.
۲۳. کارلسون، کارن. و جی، ایزنستات. و استغانی، زیپورین، ترا. (۱۳۷۹). بهداشت روانی زنان. ترجمه خدیجه ابوالعماری و همکاران. نشر ارسباران. (انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۷).
24. Austin, E. J., Saklofske, D. H. & Egan, V. (2006). Personality, Well-being and health correlates of trait PTSD. *Personality and Individual Differences*.
25. Gerits, L. Dreksen, J. L., Verbruggen, A. B, & Katzko, M. (2007). PTSD profiles of nurses caring for people with severe behavior problems: Personality and Individual Differences. 37, pp, 406-415.
26. Tangney, J. p. & Dearinj, R. L. (2002), shame and guilt. New York & London: the Guilford press.
27. Karits, G. (2003). Culture's consequences: International differences in depressed and healthy women personality trait. Beverly Hills, CA: Sage.
28. Bolton, H.A Kim, T. (2006). Symptom Correlates of Posttraumatic stress disorder in clients with major depression. *Journal of comprehensive psychiatry*. 47.pp, 357 – 361.
29. Jacob, G. Gitta , A . (2007). Time Course of anger and other Cmotions in women with PTSD personality disorder. *Journal of behavior therapy and Experimental psychiatry*, 1-11 [on-line]. Available: <http://www.Elsevier.Com>.
30. Foa, E., & Tolin,. D (2000). Comparison of the PTSD symptom scale. Intrview version and clinical- Administered PTSD scale. 13(2), 181 – 189.
۳۱. مقدسین، مریم. (۱۳۸۷). بررسی اعتبار ملاک و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه STAXI-2 در یک جمعیت بالینی. تهران. دانشگاه شاهد. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. پایان نامه کارشناسی روانشناسی بالینی.

رابطه‌ی بین عاطفه‌ی مثبت و منفی با رضایت از زندگی دانشجویان دانشگاه اصفهان

نویسندگان: محمد سلطانی‌زاده^{۱*}، دکتر مختار ملک‌پور^۲ و دکتر حمیدظاهر
نشاط‌دوست^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه اصفهان

۲. استاد دانشگاه اصفهان

۳. استاد دانشگاه اصفهان

* Email: mohammad.soltani@hotmail.com

چکیده

هدف از این پژوهش تعیین رابطه‌ی بین عاطفه‌ی مثبت و منفی با رضایت از زندگی دانشجویان بود. نمونه پژوهش ۱۴۰ نفر (۶۹ مرد و ۷۱ زن) از دانشجویان دانشگاه اصفهان بودند که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. برای ارزیابی عاطفه‌ی مثبت و منفی از «مقیاس عاطفه‌ی مثبت و منفی» (PANAS) استفاده شد و رضایت از زندگی نیز به وسیله‌ی «مقیاس رضایت از زندگی» (SWLS) مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که هر اندازه عاطفه‌ی مثبت در زمان‌های گذشته، حال و آینده و عاطفه‌ی مثبت کلی دانشجویان بیشتر باشد، رضایت از زندگی آنها نیز بیشتر است. همچنین افزایش عاطفه‌ی منفی در زمان‌های گذشته و حال و عاطفه‌ی منفی کلی، به کاهش رضایت از زندگی دانشجویان منجر می‌شود ($P < 0/05$). با این حال، عاطفه‌ی منفی آینده با رضایت از زندگی رابطه ندارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز حاکی از آن بود که عاطفه‌ی مثبت کلی و عاطفه‌ی منفی گذشته به ترتیب ۱۱/۶ درصد و ۷ درصد، و در مجموع ۱۸/۱ درصد نمرات رضایت از زندگی را به طور معنی‌داری پیش‌بینی می‌کند ($P < 0/01$). سن، جنسیت و وضعیت تأهل نتوانست رضایت از زندگی را به طور معنی‌داری پیش‌بینی کند. به نظر می‌رسد حالات عاطفی بر ارزیابی ما در مورد رضایت از کل زندگی تأثیرگذار می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: رضایت از زندگی، عاطفه‌ی مثبت، عاطفه‌ی منفی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
و نشر

• دریافت مقاله: ۸۷/۸/۱۳

• پذیرش مقاله: ۸۹/۱۰/۲۸

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Nineteenth Year, No.7
Autumn & Winter
2012- 2013

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال نوزدهم-دوره جدید

شماره ۷

پاییز و زمستان ۱۳۹۱

مقدمه

واتسون و تلگن [۳] عواطف را به دو بعد عاطفی پایه تقسیم بندی می کنند. یکی عاطفه‌ی منفی است. بدین معنی که شخص تا چه میزان احساس ناخرسندی و ناخوشایندی می کند. عاطفه‌ی منفی یک بعد عمومی از یأس درونی و عدم اشتغال به کار لذت بخش است که به دنبال آن حالت‌های خلقی اجتنابی از قبیل خشم، غم، تنفر، حقارت، احساس گناه، ترس و عصبانیت پدید می‌آید. از سوی دیگر، عاطفه‌ی مثبت حالتی از انرژی فعال، تمرکز زیاد و اشتغال به کار لذت بخش می‌باشد. عاطفه‌ی مثبت در برگیرنده طیف گسترده‌ای از حالت‌های خلقی مثبت از جمله شادی، احساس توانمندی، شور و شوق، تمایل، علاقه و اعتماد به نفس است. پژوهش‌های مختلف نشان داده اند که عوامل کامیابی و موفقیت افراد ناشی از احساسات و عواطف مثبتی است که آنان در خود ایجاد می کنند. در مقابل، افراد ناموفق کسانی هستند که احساسات و عواطف منفی را در خود پرورش می دهند. عاطفه‌ی مثبت نشان دهنده‌ی تعاملات لذت بخش فرد با محیط می باشد که به تبع آن فرد احساس فعال بودن و شور و اشتیاق را در خود می‌یابد. در حالیکه، عاطفه‌ی منفی نشان دهنده‌ی تعاملات منفی با محیط و و آشفته‌گی ذهنی در سطح بالا برای فرد است. عواطف مثبت و منفی از جمله عواملی است که در بهداشت روان، رضایت از زندگی و نهایتاً کارآیی افراد نقش مؤثری ایفا می کند [۴].

بعد دیگر بهزیستی ذهنی، رضایت از زندگی می باشد. رضایت از زندگی یکی از شاخص‌های بهداشت روانی است. منظور از رضایت از زندگی، نگرش فرد و ارزیابی عمومی وی نسبت به کلیت زندگی خود و یا برخی جنبه‌های زندگی همچون زندگی خانوادگی و تجربه آموزشی است [۵]. اندروز و ویتی [۶]، رضایت از زندگی را به عنوان ارزیابی کلی از کیفیت زندگی فرد بر طبق ملاک‌های انتخاب شده وی تعریف می کنند. در حقیقت، رضایت از زندگی یک ارزیابی قضاوتی- شناختی از زندگی شخصی می باشد. رضایت از زندگی عبارت است از مقایسه‌ی بین شرایط زندگی فرد با معیارهایی که وی

مطالب و گفته‌های نسبتاً زیادی در مورد رنج و مشکلات انسانی وجود دارد. در این رابطه کتاب‌ها و مقالات زیادی به تجزیه و تحلیل این رنج‌ها و دردها پرداخته اند. به همین دلیل در گذشته روانشناسی بیشتر بر جنبه‌های منفی انسان، همچون اضطراب و افسردگی تمرکز می کرد تا بر جنبه‌های مثبت وی مانند رضایت از زندگی و عواطف مثبت. از نظر دینر [۱]، هنگامی که افراد هیجانات خوشایند زیاد و هیجانات ناخوشایند کمی را احساس کرده، لذت‌های زیاد و دردهای کمی را تجربه کنند و از زندگی‌شان راضی باشند، گفته می شود که این افراد دارای بهزیستی ذهنی^۱ می‌باشند.

بهزیستی ذهنی دارای دو مؤلفه‌ی اصلی می باشد که عبارتند از: ۱- مؤلفه‌ی شناختی که با مقیاس‌هایی از قبیل رضایت از زندگی سنجیده می‌شود. ۲- مؤلفه‌ی عاطفی که شامل عاطفه‌ی مثبت و منفی می باشد. در اصل، فردی از بهزیستی ذهنی بالایی برخوردار است که دارای نوعی تعادل خلق باشد. بهزیستی ذهنی عبارت است از ارزشیابی زندگی بر حسب رضایت و تعادل داشتن بین حالات عاطفی مثبت و منفی (حداکثر عاطفه‌ی مثبت و حداقل عاطفه‌ی منفی). در حقیقت، تعریف بهزیستی ذهنی به ارزیابی‌های افراد از زندگی‌شان اشاره دارد که شامل ارزیابی‌های شناختی مثل رضایت از زندگی و ارزیابی‌های عاطفی، همچون احساسات هیجانی مثبت و منفی، می‌باشد [۱].

عواطف یکی از جنبه‌های رفتار انسان است که نقش مهمی در زندگی انسان‌ها دارد. بعضی از دانشمندان مانند داروین بر این نکته تأکید می کنند که عواطف برای بقا انسان سودمند می باشد. عواطف از آن جهت برای بشر سودمند می باشد که فعالیت‌های آنان را به سوی هدفی متوجه می سازد و بدین ترتیب، انسان را وادار به انجام کارهایی می نماید که برای بقا وی سودمند می باشد و از انجام کارهایی که جهت بقا او مضر است، آگاه می‌سازد [۲].

1. Subjective well-being

نشان داد که اعتماد به نفس، افسردگی، خشم، منبع کنترل و دینداری، ۲۶/۳ درصد کل واریانس رضایت از زندگی را پیش بینی می‌کند. در پژوهشی دیگر، آریندل و همکاران [۱۰] دریافتند که سلامت عمومی، کیفیت وضعیت زندگی، اختلالات خواب و خلق به طور معنی داری با رضایت از زندگی رابطه دارد. این محققان حالات خلقی زیادی را مورد مطالعه قرار دادند و دریافتند که افسردگی، اضطراب و خشم با رضایت از زندگی رابطه منفی دارد.

هنکانن و همکاران [۱۱] رابطه بین رضایت از زندگی و افسردگی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که رضایت از زندگی به شدت تحت تأثیر افسردگی قرار می‌گیرد و با بهبود افسردگی، میزان رضایت از زندگی افزایش می‌یابد. در پژوهشی دیگر، هنکانن و همکاران [۱۲] یک پژوهش طولی در مورد رابطه‌ی بین رضایت از زندگی و نشانه‌های افسردگی در بین افراد سالم انجام دادند نتایج این پژوهش نشان داد که رضایت از زندگی و افسردگی رابطه‌ی بسیار قوی با یکدیگر دارند. بورگ و همکاران [۱۳] رابطه‌ی بین سلامت، عزت نفس و منابع حمایت مالی و اجتماعی را با رضایت از زندگی سالمندان در شش کشور اروپایی مورد بررسی قرار دادند. آنها دریافتند که در هر شش کشور، سلامت کلی، عزت نفس رابطه‌ی مثبت، و داشتن احساس نگرانی رابطه‌ی منفی با رضایت از زندگی دارد.

سلطانی زاده و همکاران [۱۴] نیز دریافتند که افسردگی با رضایت از زندگی رابطه دارد و ۱۹ درصد واریانس رضایت از زندگی را به طور معنی داری پیش بینی می‌کند.

اگرچه این پژوهش‌ها رابطه‌ی بین رضایت از زندگی و متغیرهای پیش بینی کننده‌ی آن را مورد بررسی قرار داده‌اند، اما به طور کامل به بررسی تأثیر متغیرهای عاطفی بر رضایت از زندگی نپرداخته‌اند. برای مثال، اگرچه پاولت و همکاران [۱۵] از تعادل عاطفی به عنوان عاملی اثرگذار بر رضایت از زندگی استفاده کردند، اما آنها به تمایز عاطفه‌ی مثبت از عاطفه‌ی منفی نپرداختند و تعادل

برای خود تعیین کرده است. افراد هنگامی رضایت از زندگی زیادی را تجربه می‌کنند که شرایط زندگی شان با معیارهایی که برای خود تعیین کرده‌اند، مطابقت داشته باشد. به نظر دینر [۷]، قضاوت در مورد چگونگی رضایت هر فرد از زندگی، بستگی به ملاک‌های خاص همان فرد دارد که از خارج به او تحمیل نشده است و به همین دلیل این نوع قضاوت‌ها به صورت ذهنی انجام می‌گیرد. بنابراین، نمی‌توان ملاک‌هایی را برای رضایت از زندگی تعیین کرد و بر اساس آن رضایت از زندگی را تعریف نمود. زیرا هر فرد برای قضاوت در مورد زندگی خود، ملاک‌های خویش را دارد. احساس خرسندی و رضایت از جنبه‌های زندگی، از مؤلفه‌های نگرش مثبت افراد نسبت به جهانی است که در آن زندگی می‌کنند. رضایت از زندگی با ارزشها ارتباط نزدیک اما پیچیده‌ای دارد و معیارهایی که افراد بر پایه آن درک ذهنی خود را از خوشبختی ارزیابی می‌کنند، متفاوت است.

رضایت کلی از زندگی با متغیرهای گوناگونی از جمله متغیرهای محیطی، خانوادگی، متغیرهای جمعیت شناختی همچون وضعیت اقتصادی، اجتماعی و متغیرهای شخصیتی و خلق و خو رابطه دارد. رابطه‌ی بین رضایت از زندگی و انواع گوناگون عوامل تأثیرگذار بر آن، در چندین پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است.

پاولت و همکاران [۸] پژوهشی را به منظور ارزیابی مقیاس رضایت از زندگی انجام دادند و دریافتند که ارزیابی همسالان از رضایت از زندگی فرد، ارزیابی همسالان از تعادل عاطفی فرد و ارزیابی خود فرد از تعادل عاطفی خویش، به ترتیب ۴۴ درصد، ۲۲ درصد و ۳۴ درصد واریانس رضایت از زندگی فرد را تبیین می‌کند.

بعضی از پژوهش‌ها به بررسی تأثیر بعضی از موارد خاص عواطف مثبت و منفی (مانند افسردگی، اضطراب، عزت نفس و مانند آن) و نه حالات عاطفی کلی بر رضایت از زندگی پرداخته‌اند. به عنوان نمونه، هانگ و گیاناکپولس [۹] پژوهشی را در مورد عوامل تأثیرگذار بر رضایت از زندگی انجام دادند. نتایج تحلیل رگرسیون

گذازند. همانطور که مطرح شد، یکی از این عوامل، عواطف مثبت و منفی می باشد. لذا جهت افزایش رضایت از زندگی باید به عوامل مؤثر بر آن از جمله عاطفه‌ی مثبت و منفی توجه کافی مبذول شود تا با ارائه راهکارهای مناسب، بتوان رضایت افراد از زندگی‌شان را افزایش داد و آنها را به سوی زندگی بهتری رهنمون ساخت. این امر خصوصاً در قشر دانشجو که در جامعه ما افرادی فرهیخته می باشند و اداره امور کشور در آینده به عهده آنها می باشد، قابل توجه است. از سوی دیگر، در ایران که شرایط فرهنگی و مذهبی متفاوتی نسبت به کشورهای غربی دارد، پژوهش‌های کمی در مورد این موضوع انجام گرفته است. این مسئله دلیل دیگری بر انجام این پژوهش می باشد. لذا در این پژوهش به بررسی نقش عواطف مثبت و منفی در رضایت از زندگی پرداخته شد.

در این پژوهش دو فرض مورد بررسی قرار گرفت که عبارت بودند از: (۱) بین عاطفه‌ی مثبت و رضایت از زندگی رابطه وجود دارد. (۲) بین عاطفه‌ی منفی و رضایت از زندگی رابطه وجود دارد.

روش

جامعه‌ی آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر، پژوهشی توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل دانشجویان دوره‌های روزانه و شبانه رشته‌های مختلف دانشگاه اصفهان بود که در نیمسال دوم سال تحصیلی ۸۴-۸۳ به تحصیل می‌پرداختند. حجم نمونه‌ی این پژوهش ۱۴۰ نفر دانشجوی پسر و دختر می باشد که در نیمسال دوم سال تحصیلی ۸۴-۸۳ مشغول به تحصیل بوده‌اند. از این تعداد ۶۹ نفر پسر و ۷۱ نفر دختر بودند که به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. نمونه‌گیری این پژوهش در دو مرحله انجام شد. در ابتدا از مجموع هشت دانشکده‌ی دانشگاه اصفهان، سه دانشکده‌ی علوم تربیتی، اقتصاد و فنی مهندسی و سپس از این دانشکده‌ها ۴ رشته‌ی تحصیلی به طور تصادفی انتخاب

عاطفی کلی را به عنوان متغیر پیش‌بینی کننده، مورد استفاده قرار دادند.

پیلچر [۱۶] به بررسی تأثیر عاطفه و رویدادهای روزانه بر رضایت از زندگی پرداخت. نتایج این پژوهش نشان داد که رضایت از زندگی با احساسات افسردگی، خشم، آشفتگی، سلامت جسمانی و فراوانی بیماریهای جسمانی، عاطفه‌ی مثبت و منفی و کیفیت خواب رابطه‌ی معناداری دارد. میزان همبستگی عاطفه‌ی مثبت و عاطفه‌ی منفی با رضایت از زندگی به ترتیب ۰/۳۱ و ۰/۳۵- بود. نتایج تحلیل رگرسیون حاکی از آن بود که افسردگی، آشفتگی، فراوانی بیماریهای جسمانی و عاطفه‌ی منفی، نمرات رضایت از زندگی را به طور معنی‌داری پیش‌بینی می‌کند. عاطفه‌ی منفی ۱۲/۷ درصد نمرات رضایت از زندگی را پیش‌بینی می‌کرد. در حقیقت، کاهش افسردگی، کاهش عاطفه‌ی منفی، کاهش بیماری‌های جسمانی باعث افزایش رضایت از زندگی می‌گردد. با این حال عاطفه‌ی مثبت نتوانست رضایت از زندگی را پیش‌بینی کند. در پژوهش دینر و همکاران [۱۷] نیز همبستگی بین نمره‌های مقیاس رضایت از زندگی و مقیاس‌های عاطفه‌ی مثبت و منفی به ترتیب ۰/۵۰ و ۰/۳۷ به دست آمد.

نتایج پژوهش پالمر، دونالدسون و استاف [۱۸] نشان داد که بین عاطفه‌ی مثبت و عاطفه‌ی منفی با رضایت از زندگی رابطه وجود دارد. میزان این رابطه به ترتیب برابر با ۰/۵۵ و ۰/۴۵- بود. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که عاطفه‌ی مثبت ۳۱ درصد و عاطفه‌ی منفی ۳۹ درصد نمرات رضایت از زندگی را پیش‌بینی می‌کند. نتایج پژوهش تامپسون و همکاران [۱۹] نیز نشان داد که عاطفه‌ی مثبت و منفی با رضایت از زندگی رابطه دارند و بهتر می‌توانند رضایت از زندگی را نسبت به متغیرهای دیگر پیش‌بینی کنند.

رضایت از زندگی یکی از مسائل مهم روانشناختی در جوامع امروزی می باشد که معمولاً می‌تواند بر بسیاری از جنبه‌های روانی، اجتماعی و حتی جسمانی تأثیرگذار باشد. پژوهش‌های انجام شده در مورد رضایت از زندگی حاکی از آن است که عوامل مختلفی بر آن تأثیر می

بررسی قرار گرفت. همبستگی بین مقیاس رضایت از زندگی و عاطفه‌ی مثبت ($r=0/341$) و منفی ($r=-0/209$) معنادار بود ($P<0/05$). مهربانی و همکاری [۲۴] ضریب همبستگی معنادار $0/678$ را بین مقیاس رضایت از زندگی و پرسشنامه شادکامی آکسفورد به دست آوردند. هیز و جوزف [۲۵] نیز همبستگی مثبت و معنی داری را بین نمره های مقیاس رضایت از زندگی و پرسشنامه شادکامی آکسفورد یافتند. بیانی، محمد کوچکی و گودرزی [۲۶] پایایی این مقیاس رضایت از زندگی را با استفاده از روش آلفای کرانباخ $0/83$ و با روش بازآزمایی $0/69$ به دست آوردند. همچنین، آنها دریافتند که مقیاس رضایت از زندگی همبستگی مثبت با پرسشنامه شادکامی آکسفورد و همبستگی منفی با پرسشنامه افسردگی بک^۳ دارد.

از سوی دیگر، نتایج پژوهش های مختلف حاکی از رابطه‌ی معنادار مقیاس رضایت از زندگی با مقیاس های مختلف رضایت همچون رضایت شغلی، رضایت زناشویی، رضایت از اوقات فراغت، رضایت از شرایط اقتصادی و رضایت از جامعه می باشد [۲۷، ۲۸، ۲۹ و ۳۰].

ب) مقیاس عاطفه‌ی مثبت و منفی

این مقیاس توسط واتسون، کلارک و تلگن [۴] تهیه و ارائه شد. در این مقیاس، ۲۰ مقوله که بیانگر ۲۰ احساس (۱۰ احساس مثبت و ۱۰ احساس منفی) می باشد، در قالب کلمات مطرح شده است و نظر تکمیل کننده در مورد این احساسات، در چهار بعد گذشته، حال، آینده و به طور کلی، در یک مقیاس ۵ درجه ای ارزیابی می شود. اعتبار و پایایی این مقیاس در پژوهش های مختلف تأیید شده است. ضریب آلفای کرانباخ این مقیاس در پژوهش سهرابی و حسینی [۳۱] برابر با $0/85$ بود که حاکی از ثبات درونی آن می باشد. ابوالقاسمی [۳۲] ضریب همبستگی درونی مؤلفه ها و کل مقیاس را بین $0/74$ تا $0/94$ به دست آورد که تمامی آنها معنی دار بود ($P<0/01$) و حاکی از اعتبار سازه این مقیاس می باشد. همچنین ضریب پایایی این ابزار در پژوهش ابوالقاسمی

گردید. در مرحله‌ی دوم از بین دانشجویان این رشته‌ها ۳۵ دانشجو به صورت تصادفی انتخاب شد. با در نظر داشتن این امر که در مطالعه‌های همبستگی، تعداد نمونه دست کم باید ۱۰۰ نفر باشد [۲۰] و همچنین، با توجه به اینکه در مطالعه‌های رگرسیون، تعداد حداقل ۲۰-۱۵ آزمودنی برای هر متغیر کفایت می کند [۲۱] و وجود ۳ متغیر اصلی در این پژوهش، حجم نمونه مشخص شد. پس از تشریح اهداف پژوهش و جلب مشارکت و همکاری آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌های پژوهش در مورد آنها اجرا شد. میانگین سنی افراد شرکت کننده در پژوهش ۲۳/۶۵ سال بود. همچنین ۴۹/۲۸ درصد مرد و ۵۰/۷۱ درصد زن و ۱۲/۶ درصد متأهل و ۸۷/۴ درصد مجرد بودند.

ابزارهای پژوهش

الف) مقیاس رضایت از زندگی

این مقیاس توسط دینر و همکاران [۱۶] ساخته شد. این مقیاس دارای ۵ سؤال است که به طور کلی رضایت فرد از زندگی را بررسی می کند. نمره ای که فرد می تواند در این مقیاس به دست آورد بین ۴۵-۵ نمره می باشد. سلطانی زاده و همکاران [۱۴ و ۲۲] ضریب پایایی مقیاس رضایت از زندگی را با استفاده از روش آلفای کرانباخ به ترتیب $0/78$ و $0/86$ به دست آوردند. در این پژوهش پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرانباخ اجرا بر ۱۴۰ شرکت کننده، ضریب $0/89$ را به دست داد. همان گونه که عنوان شد، از نظر دینر [۱] رضایت از زندگی مؤلفه‌ی شناختی بهزیستی ذهنی یا شادکامی می باشد. مؤلفه‌ی عاطفی بهزیستی ذهنی نیز شامل عاطفه‌ی مثبت و منفی می باشد. در حقیقت، بهزیستی ذهنی عبارت است از ارزشیابی زندگی بر حسب رضایت و داشتن حداقل عاطفه‌ی مثبت و حداقل عاطفه‌ی منفی. از این رو، در این پژوهش اعتبار ملاکی این پرسشنامه بر مبنای نتایج همبستگی با پرسشنامه‌ی عاطفه‌ی مثبت و منفی^۱ [۴] و پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۲ [۲۳] مورد

^۱ . Positive and Negative Affect Scales

^۲ . Oxford Happiness Questionnaire

^۳ . Beck Depression Inventory

نتایج

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش را در کل نمونه و به تفکیک جنسیت نشان می‌دهد. همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمره‌ی عاطفه‌ی مثبت، عاطفه‌ی منفی و رضایت از زندگی به ترتیب برابر با ۴۶/۴۴، ۲۵/۲۸ و ۲۱/۷۵ می‌باشد.

جدول ۲ ضریب همبستگی بین عاطفه‌ی مثبت در سه بعد زمانی گذشته، حال و آینده و عاطفه‌ی مثبت کلی را با رضایت از زندگی نشان می‌دهد.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، ضریب همبستگی بین عاطفه‌ی مثبت در زمان‌های گذشته، حال و آینده و عاطفه‌ی مثبت کلی با رضایت از زندگی معنادار است ($P < 0/05$). لذا نتیجه گرفته می‌شود که هرچه افراد عاطفه‌ی مثبت بیشتری تجربه کنند، دارای رضایت از زندگی بیشتری می‌باشند.

[۳۲] ۰/۶۵ به دست آمد. روایی این ابزار به کمک محاسبه‌ی همبستگی میان عاطفه‌ی مثبت و عاطفه‌ی منفی با برخی ابزارهای پژوهش که سازه‌های مرتبط با این دو مقیاس را می‌سنجند، برآورده شده است. به عنوان مثال همبستگی عاطفه‌ی منفی با فهرست وارسی علایم هاپکینز (Hopkins Symptom Check List) ۰/۷۲ و همبستگی عاطفه‌ی مثبت با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۳۵- گزارش شده است [۳۳]. پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۷۱ به دست آمد.

روش تحلیل داده‌ها

تحلیل آماری داده‌های این پژوهش با نرم افزار SPSS-13 و با استفاده از شاخص‌ها و روش‌های آماری شامل میانگین، انحراف استاندارد، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام، جهت پیش بینی رضایت از زندگی بر اساس عواطف مثبت و منفی، انجام گرفت.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش بر حسب جنسیت

دانشجویان دختر		دانشجویان پسر		کل		متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	شاخص
۵/۷۴	۳۶/۷۶	۷/۵۶	۳۴/۹۶	۶/۸۲	۳۵/۷۸	گروه عاطفه‌ی مثبت (گذشته)
۵/۲۰	۳۸/۸۶	۵/۹۲	۳۵/۳۷	۵/۸۴	۳۶/۹۷	عاطفه‌ی مثبت (حال)
۵/۱۵	۳۹/۱۰	۶/۳۳	۳۵/۲۲	۶/۱۱	۳۷/۰۰	عاطفه‌ی مثبت (آینده)
۴/۸۲	۳۸/۶۸	۷/۶۵	۳۴/۵۵	۶/۸۰	۳۶/۴۴	عاطفه‌ی مثبت به طور کلی
۸/۵۷	۲۸/۸۰	۵/۹۱	۲۲/۶۴	۷/۲۴	۲۸/۱۷	عاطفه‌ی منفی (گذشته)
۷/۹۲	۲۶/۶۶	۶/۰۹	۲۷/۳۰	۶/۹۷	۲۷/۰۰	عاطفه‌ی منفی (حال)
۷/۹۶	۲۳/۹۶	۶/۱۱	۲۶/۴۰	۷/۰۹	۲۵/۲۸	عاطفه‌ی منفی (آینده)
۸/۳۳	۲۵/۸۴	۶/۳۷	۲۷/۶۴	۷/۳۵	۲۶/۸۱	عاطفه‌ی منفی به طور کلی
۷/۲۰	۲۲/۳۸	۶/۹۰	۲۱/۲۲	۷/۰۳	۲۱/۷۵	رضایت از زندگی

که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد، ضریب همبستگی بین رضایت از زندگی با عاطفه‌ی منفی در زمان‌های گذشته، حال و عاطفه‌ی مثبت کلی معنادار است ($P < 0/05$). ولی

همچنین، جدول ۲ ضریب همبستگی بین عاطفه‌ی منفی در سه بعد زمانی گذشته، حال، آینده و عاطفه‌ی منفی کلی را با رضایت از زندگی نشان می‌دهد. همانطور

معنی‌دار، به معادله اضافه می‌شوند. جدول ۳ نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام جهت پیش بینی رضایت از زندگی دانشجویان را برحسب متغیرهای جمعیت شناختی، عاطفه‌ی مثبت و منفی و زیر مقیاس‌های آن نشان می‌دهد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که ۱۸/۶ درصد واریانس مربوط به رضایت از زندگی به وسیله‌ی متغیرهای عاطفه‌ی مثبت کلی و عاطفه‌ی منفی گذشته تبیین می‌شود. در مرحله‌ی اول از بین متغیرهای پیش بین، عاطفه‌ی مثبت کلی وارد معادله شده است که با ضریب رگرسیون ۰/۳۴۱، ۱۱/۶ درصد نمرات رضایت از زندگی را پیش‌بینی می‌کند. در مرحله‌ی دوم عاطفه‌ی منفی گذشته وارد تحلیل شده است و با ضریب رگرسیون ۰/۴۳۲، ۷ درصد نمرات رضایت از زندگی را پیش‌بینی می‌کند ($P < ۰/۰۱$). ضرایب F هم حاکی از معنی‌داری این سهم‌ها در پیش‌بینی رضایت از زندگی می‌باشد ($P < ۰/۰۱$).

رابطه‌ی عاطفه‌ی منفی آینده و رضایت از زندگی معنادار نمی‌باشد. لذا نتیجه گرفته می‌شود که هرچه افراد عاطفه‌ی منفی بیشتری در زمان‌های گذشته و حال و عاطفه‌ی منفی کلی بیشتری داشته باشند، رضایت از زندگی کمتری را تجربه می‌کنند. اما افزایش عاطفه‌ی منفی در زمان آینده باعث تغییری در میزان رضایت از زندگی نمی‌شود. برای تعیین تأثیر عاطفه‌ی مثبت و منفی و خرده مقیاس‌های آنها بر رضایت از زندگی، عاطفه‌ی مثبت و منفی در سه بعد زمانی، عاطفه‌ی مثبت و منفی کلی و متغیرهای جمعیت شناختی (سن، جنسیت و وضعیت تأهل) به عنوان متغیرهای پیش بین و رضایت از زندگی به عنوان متغیر ملاک در معادله‌ی رگرسیون به صورت گام‌به‌گام تحلیل شدند. در روش گام‌به‌گام، به ترتیب آن متغیرهایی وارد معادله می‌شوند که دارای بیشترین سهم معنی‌دار در پیش‌بینی متغیر ملاک باشند و سپس در مراحل بعدی، سایر متغیرهای پیش‌بینی کننده با سهم کمتر، ولی

جدول ۲: ضریب همبستگی بین عاطفه‌ی مثبت و منفی با رضایت از زندگی دانشجویان

متغیر	r	P
عاطفه‌ی مثبت (گذشته)	* ۰/۱۹۱	۰/۰۲۳
عاطفه‌ی مثبت (حال)	** ۰/۳۱۵	۰/۰۰۰۱
عاطفه‌ی مثبت (آینده)	** ۰/۳۳۷	۰/۰۰۰۱
عاطفه‌ی مثبت به طور کلی	** ۰/۳۴۱	۰/۰۰۰۱
عاطفه‌ی منفی (گذشته)	** -۰/۲۳۱	۰/۰۰۸
عاطفه‌ی منفی (حال)	** -۰/۲۶۴	۰/۰۰۳
عاطفه‌ی منفی (آینده)	-۰/۰۹۹	۰/۱۵۲
عاطفه‌ی منفی به طور کلی	* -۰/۲۰۹	۰/۰۱۴

* $P < ۰/۰۵$ ** $P < ۰/۰۱$

جدول ۳: تحلیل رگرسیون جهت پیش‌بینی رضایت از زندگی بر حسب عاطفه‌ی مثبت، عاطفه‌ی منفی و زیرمقیاس‌های آنها

مرحله	متغیر وارد معادله شده	R	R ²	SE	آماره‌های تغییر یافته			
					R2 change	F	df1	df2
۱	عاطفه‌ی مثبت کلی	۰/۳۴۱	۰/۱۱۶	۶/۶۴۲	۰/۱۱۶	۱۴/۰۴۸	۱	۱۳۹
۲	عاطفه‌ی مثبت کلی + عاطفه‌ی منفی (گذشته)	۰/۴۳۲	۰/۱۸۶	۶/۴۰۲	۰/۰۷۰	۹/۱۶۵	۱	۱۳۸

جدول ۴: ضرایب استاندارد و غیراستاندارد معادله‌ی پیش‌بینی رضایت از زندگی دانشجویان

متغیر	B	SEB	β	t	P
عدد ثابت	۱۵/۲۲۹	۳/۹۵۲		۳/۸۵۴	۰/۰۰۰۱
عاطفه‌ی مثبت کلی	۰/۳۷۹	۰/۰۹۱	۰/۳۶۷	۴/۱۶۴	۰/۰۰۰۱
عاطفه‌ی منفی (گذشته)	-۰/۲۵۹	۰/۰۸۵	-۰/۲۶۶	-۳/۰۲۷	۰/۰۰۳

جدول ۴ ضرایب استاندارد و غیر استاندارد معادله‌ی پیش‌بینی رضایت از زندگی را نشان می‌دهد. ضرایب استاندارد و غیر استاندارد عاطفه‌ی مثبت کلی و عاطفه‌ی منفی گذشته، با توجه به آماره‌ی t نشان می‌دهد که عاطفه‌ی مثبت کلی و عاطفه‌ی منفی گذشته می‌تواند تغییرات مربوط به رضایت از زندگی را به طور معنی‌داری

پیش‌بینی کند ($P < ۰/۰۱$). بر اساس ضرایب استاندارد و خام جدول ۴، می‌توان معادله‌های پیش‌بینی رضایت از زندگی آزمودنی‌ها را تعیین کرد. بر این اساس، ضریب معادله‌ی پیش‌بینی رضایت از زندگی بر اساس نمرات خام و استاندارد بدین صورت است:

$$۱۵/۲۲۹ + \text{عاطفه‌ی منفی گذشته } -۰/۲۵۹ - \text{عاطفه‌ی مثبت کلی } ۰/۳۷۹ = \text{رضایت از زندگی}$$

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که عواطف مثبت در سه بعد زمانی گذشته، حال و آینده و عاطفه‌ی مثبت کلی دانشجویان با رضایت از زندگی آنها رابطه‌ی مثبت و معناداری داشت ($P < ۰/۰۵$). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که یادآوری عواطف مثبت، تجربه‌ی آنها در زمان حال، پیش‌بینی وجود عواطف مثبت و ارزیابی کلی در مورد وجود عواطف مثبت، موجب افزایش رضایت از زندگی دانشجویان می‌گردد. همچنین نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که عاطفه‌ی منفی در زمان‌های گذشته و حال و عاطفه‌ی منفی کلی با رضایت از زندگی رابطه‌ی مثبت و معناداری داشت ($P < ۰/۰۵$). ولی بین عاطفه‌ی منفی در زمان آینده و رضایت از زندگی رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت. لذا نتیجه گرفته می‌شود که یادآوری عواطف منفی، تجربه‌ی آنها در زمان حال و یک قضاوت کلی در مورد وجود عواطف منفی به کاهش رضایت از زندگی منجر می‌گردد. اما پیش‌بینی وجود عواطف منفی در آینده تأثیری بر رضایت از زندگی ندارد. این نتایج با یافته‌های دینر و همکاران [۱۷]، پیلچر [۱۶]، پالمر و

همکاران [۱۸] و تامپسون و همکاران [۱۹] همخوانی دارد. عواطفی که انسان تجربه می‌کند را می‌توان به سه دسته تقسیم کرد. یک دسته عواطفی که ناشی از رخدادهایی است که در گذشته برای افراد اتفاق افتاده است. دسته‌ی دوم عواطفی می‌باشد که افراد در زمان حال تجربه می‌کنند و در نهایت پیش‌بینی رخدادهای مثبت یا منفی در آینده می‌تواند عواطف مثبت یا منفی در افراد ایجاد کند. به نظر می‌رسد این عواطف می‌تواند به طور مستقیم رضایت از زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین احتمالاً می‌توان رابطه‌ی مستقیم عواطف مثبت و رابطه‌ی معکوس عواطف منفی با رضایت از زندگی را به وجود تأثیرات هم‌نوا با خلق نسبت داد. هنگامی که فرد به هنگام وجود عواطف مثبت یا منفی، میزان رضایت از زندگی خود را ارزیابی می‌کند، به دلیل وجود تأثیرات هم‌نوا با خلق، عاطفه‌ی مثبت یا منفی ارزیابی فرد از کل زندگی خودش را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث می‌شود این ارزیابی‌ها مثبت یا منفی باشد. به عبارت دیگر، شناخت‌های فرد تحت تأثیر عواطف قرار می‌گیرد. از سوی دیگر، با توجه به تأثیر مستقیم

پژوهش پلیچر [۱۶] متفاوت بود. همچنین، در پژوهش پلیچر [۱۶] علاوه بر عاطفه‌ی مثبت و منفی متغیرهای دیگری همچون افسردگی، بیماری جسمانی، آشفتگی و غیره نیز به عنوان متغیرهای پیش بین در نظر گرفته شده است که احتمالاً به دلیل واریانس مشترک عاطفه‌ی مثبت با این متغیرها، رضایت از زندگی به وسیله عاطفه‌ی مثبت پیش بینی نشده است.

باید به این نکته توجه شود که چندین متغیر در این پژوهش به طور معنی داری با رضایت از زندگی رابطه دارد که جزء متغیرهایی که رضایت از زندگی را پیش بینی می‌کنند، نیست. تبیین احتمالی که می‌توان برای این یافته ارائه کرد، تفاوت بین آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون است. آزمون همبستگی همیشه برای نشان دادن قدرت پیش‌بینی کننده‌ی متغیرها کافی نیست. معادله رگرسیون دقیق‌تر از همبستگی ساده، واریانس هر متغیر را تبیین می‌کند و در نتیجه ارزیابی بهتری از چگونگی رابطه‌ی مجموعه‌ای از متغیرهای پیش بین با متغیر ملاک به عمل می‌آورد. بنابراین، اگرچه عاطفه‌ی مثبت در سه بعد زمانی گذشته، حال و آینده و عاطفه‌ی منفی در زمان حال و عاطفه‌ی منفی کلی با رضایت از زندگی رابطه دارد، این رابطه عمدتاً به خاطر واریانس مشترک با عاطفه‌ی مثبت کلی و عاطفه‌ی منفی گذشته می‌باشد. از سوی دیگر، از آنجا که هم عاطفه‌ی مثبت کلی و هم رضایت از زندگی دربرگیرنده‌ی ارزیابی‌ها و عوامل مثبت می‌باشند، بنابراین عاطفه‌ی مثبت کلی بهتر می‌تواند رضایت از زندگی را پیش بینی کند. علاوه بر این، از آنجا که احتمالاً عواطف منفی حال و آینده متأثر از تجربیات و عاطفه‌ی منفی ما در گذشته می‌باشد، لذا عاطفه‌ی منفی گذشته توانسته است رضایت از زندگی را پیش بینی کند.

از سوی دیگر، نتایج این پژوهش نشان داد که متغیرهای جمعیت‌شناختی، خصوصاً جنسیت، نتوانست رضایت از زندگی را به طور معنی داری پیش بینی کند. عدم وجود تفاوت جنسیتی در رضایت از زندگی مورد تأیید میکالوس [۳۴] است و با پژوهش اویشی، شیماک و دینر [۳۵] و نعمت‌اله زاده ماهانی و همکاران [۳۶] نیز

عواطف بر حافظه، فرد به هنگام وجود عواطف مثبت، خاطرات مثبت و خوشایند زندگی و به هنگام وجود عواطف منفی، تجربه‌های ناخوشایند و منفی زندگی خویش را به یاد می‌آورد. در مجموع، به طور کلی عواطف به دلیل تفسیرهایی است که ما معمولاً از رویدادهای زندگی داریم. بنابراین، تفسیر مثبت یا منفی از رویدادهای زندگی، علاوه بر به وجود آوردن عواطف، قضاوت افراد در مورد رضایتمندی از زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

در مورد عدم وجود رابطه‌ی عاطفه‌ی منفی آینده با رضایت از زندگی نقش عامل خوش بینی باید مورد توجه قرار گیرد. احتمالاً می‌توان گفت از آنجا که آینده قابل دسترسی و مشاهده نیست و هنوز به واقعیت نپیوسته است، نمی‌تواند تأثیر معنی داری بر برآورد فرد از رضایت از زندگی داشته باشد. با این وجود، به دلیل وجود عامل خوش بینی است که عاطفه‌ی مثبت آینده با رضایت از زندگی رابطه دارد. از این رو باید در پژوهش‌های آتی به نقش واسطه‌ای عامل خوش بینی در پیش بینی رضایت از زندگی پرداخته شود.

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیرهای عاطفه‌ی مثبت کلی و عاطفه‌ی منفی گذشته ۱۸/۶ درصد واریانس رضایت از زندگی را تبیین می‌کند. سهم عاطفه‌ی مثبت کلی در پیش بینی رضایت از زندگی ۱۱/۶ درصد و سهم عاطفه‌ی منفی گذشته ۷ درصد می‌باشد ($P < 0/05$). لذا نتیجه گرفته می‌شود که با افزایش عاطفه‌ی مثبت کلی و کاهش عاطفه‌ی منفی گذشته، رضایت از زندگی افزایش می‌یابد. این نتایج با یافته‌های پالمرو و همکاران [۱۸] و تامپسون و همکاران [۱۹] همخوانی دارد.

در پژوهش پلیچر [۱۶] عاطفه‌ی مثبت نتوانست رضایت از زندگی را پیش بینی کند و تنها عواطف منفی قادر به پیش بینی رضایت از زندگی بودند. این نتایج با یافته‌های این پژوهش متناقض می‌باشد. یک تبیین احتمالی که می‌توان برای این تناقض ارائه کرد مربوط به تفاوت در روش‌شناسی این دو پژوهش می‌باشد. در این پژوهش ابزار سنجش عاطفه و نمونه‌ی پژوهش نسبت به

رضایت از زندگی مربوط به متغیرهای دیگر است. بر این اساس، در پژوهش های آتی باید به نقش دیگر عوامل تأثیرگذار بر رضایت از زندگی پرداخته شود. به نظر می رسد یکی از متغیرهای مهم در این زمینه سبک های تبیینی خوشبینانه و بدبینانه^۱ [۴۰] باشد. پژوهش های بعدی باید به نقش واسطه ای این متغیر بر رضایت از زندگی بپردازند. باید به این نکته نیز توجه کرد که پژوهش حاضر بر روی دانشجویان دانشگاه انجام شده است. از این رو ممکن است متغیرهای تأثیرگذار بر رضایت از زندگی دانشجویان با افراد دیگر متفاوت باشد که پژوهش های بعدی در این زمینه باید این نکته را مد نظر قرار دهند. همچنین، پژوهش های آتی باید به بررسی متغیرهای پیش بینی کننده رضایت از زندگی در دوره های مختلف زندگی (برای مثال، نوجوانی یا سالمندی) بپردازند.

منابع

1. Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
۲. لطف آبادی، حسین. (۱۳۸۳). عواطف و هویت نوجوانان و جوانان. تهران: انتشارات نسل سوم.
3. Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219-235.
4. Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of a brief measure of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
5. Diener, E., Suh, E., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
6. Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicator of well-being: Americans perception of life quality*. New York: Plenum.
7. Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.

همخوان است. یکی از دلایل احتمالی عدم تفاوت رضایت از زندگی در بین دو جنس این است که به نظر می رسد عوامل مؤثر بر رضایت از زندگی مردان و زنان یکسان می باشد و بر همین اساس، نتایج نشان داد که رضایت از زندگی در زنان و مردان یکسان است.

در مورد عدم قدرت پیش بینی متغیر جمعیت شناختی سن نیز باید به چند نکته توجه کرد. همانطور که پژوهش لاجمن و همکاران [۳۷] نشان می دهد، در ارزیابی میزان رضایت از زندگی در زمان حال، بین سنین مختلف تفاوتی وجود نداشت. با این حال، بین افراد جوان و افراد بزرگسال و سالمند در ارزیابی میزان رضایت از زندگی گذشته و آینده تفاوت وجود داشت. از آنجا که در این پژوهش، تقسیم بندی زمانی برای ارزیابی رضایت از زندگی وجود نداشت، عدم تأثیر سن قابل توجه است. بسیر و گلدبرک [۳۸] در پژوهش خود دریافتند در اکثر حیطه های رضایت از زندگی تفاوت جنسیتی وجود ندارد و فقط در بعضی از حیطه ها مثل ادراک توسط دیگران، تفاوت بین دو جنس وجود دارد. از آنجا که در این پژوهش رضایت کلی از زندگی مورد ارزیابی قرار گرفت، لذا تفاوت جنسیتی مشاهده نشد. همچنین، باید به دامنه سنی کم افراد شرکت کننده در پژوهش توجه داشت. با توجه به اینکه اکثر افراد شرکت کننده در این پژوهش، در یک دامنه سنی کم قرار داشتند، عدم تأثیر سن بر رضایت از زندگی قابل انتظار است.

نتایج پژوهش نشان داد که وضعیت تأهل نیز قادر به پیش بینی رضایت از زندگی نمی باشد. این یافته همخوان با نتایج پژوهش بارت [۳۹] می باشد. وی در پژوهش خود دریافت که وضعیت تأهل از طریق متغیر میانجی حمایت اجتماعی بر رضایت از زندگی اثر می گذارد. همچنین، عدم پیش بینی رضایت از زندگی توسط وضعیت تأهل را می توان به تعداد کم افراد متأهل نسبت داد.

نتایج این پژوهش نشان داد که اگرچه ۱۸/۶ درصد واریانس رضایت از زندگی به وسیله ی عواطف پیش بینی می گردد، با این حال بخش عمده ای از واریانس

^۱ . Optimistic and pessimistic explanatory style

16. Pilcher, J. J. (1998). Affective and daily events predictors of life satisfaction in college students. *Social Indicators Research*, 43(3), 291-306.
17. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
18. Palmer, B., Donaldson, C., & Stough, C. (2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 33(7), 1091-1100.
19. Thompson, B. L., Waltz, J., Croyle, K., & Pepper, A. C. (2007). Trait meta-mood and affect as predictors of somatic symptoms and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 43(7), 1786-1795.
۲۰. دلاور، ع. (۱۳۸۰). احتمالات و آمار کاربردی در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: انتشارات رشد.
۲۱. گال، م.، بورگ، و. و گال، ج. (۱۳۸۳). روشهای تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان شناسی. ترجمه احمد رضا نصر و همکاران. تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی و انتشارات سمت (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۶).
۲۲. سلطانی زاده، محمد، کشاورز، امیر، و شاه نظری، مهدی. (۱۳۸۵). بررسی رابطه‌ی بین عمل به باورهای دینی و روان رنجوری با رضایت از زندگی. اولین همایش سراسری رواندرومانی و مشاوره با رویکرد دینی. اصفهان: دانشگاه اصفهان.
۲۳. علیپور، احمد، و نور بالا، احمدعلی. (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه های تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار، دوره پنجم، شماره ۱۸، صص ۶۶-۵۵.
۲۴. مهربابی، حسینعلی، سلطانی زاده، محمد، کشاورز، امیر و مولوی، حسین. (۱۳۸۵). تعیین عوامل مؤثر در رضایت از زندگی دانشجویان دانشگاه اصفهان. سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، تهران: دانشگاه علم و صنعت.
8. Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the satisfaction with life scale: evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 149-161.
9. Hong, S., & Giannakopoulos, E. (1994). The relationship of satisfaction with life to personality characteristics. *The Journal of Psychology*, 128(5), 547-558.
10. Arrindell, W. A., Meeuwesen, L., & Huyse, F. J. (1991). The satisfaction with life scale (SWLS): Psychometric properties in a non-psychiatric medical outpatient samples. *Personality and Individual Differences*, 12(2), 117-123.
11. Honkanen, H. K., Honkanen, R., Antikainen, R., Hintikka, J., Laukkanen, E., Honkalampi, K., & Viinamäki, H. (2001). Self-reported life satisfaction and recovery from depression in a 1-year prospective study. *ACTA Psychiatrica Scandinavica*, 103(1), 38-44.
12. Honkanen, H. K., Kaprio, J., Honkanen, R., Viinamäki, H., & Koshenvuo, M. (2004). Life satisfaction and depression in a 15-year follow-up of healthy adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(12), 994-999.
13. Borg, C., Fagerstorm, C., Balducci, C., Borholt, V., Ferring, D., Weber, G., Wenger, C., Holst, G., & Hallberg, I. R. (2008). Life satisfaction in 6 European countries: the relationship to health, self-esteem, and social and financial resources among people (aged 65-89) with reduced functional capacity. *Geriatric Nursing*, 29(1), 48-57.
۱۴. سلطانی زاده، محمد، کشاورز، امیر، و مهربابی، حسینعلی. (۱۳۸۶). پیش بینی رضایت از زندگی بر اساس نگرش های دینی، سلامت روان و متغیرهای فردی مردم شهر اصفهان. دومین همایش سراسری نقش دین در بهداشت روان. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.
15. Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the satisfaction with life scale: evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 149-161.

35. Oishi, S., Schimmack, U., and Diener, E. (2001). Pleasures and subjective well-being. *European Journal of Personality*, 15(2), 153-167.
۳۶. نعمت اله زاده ماهانی، کاظم، درتاج، فریبرز و حسن زاده، علی (۱۳۸۵). احساس سلامتی ذهنی (SWB) و عوامل جمعیتی آن در دانشجویان کرمان. سومین سمینار بهداشت روانی دانشجویان. تهران: دانشگاه علم و صنعت.
37. Lachman, M. E., Rojce, C., Rosnick, C. & Ryff, C. D. (2008). Realism and illusion in Americans' temporal views of their life satisfaction: age differences in reconstructing the past and anticipating the future. *Psychological Science*, 19(9), 889-897.
38. Besier, T. & Goldbeck, L. (2007). Gender differences in life satisfaction of adolescent and adult patients with cystic fibrosis. *Journal of cystic fibrosis*, 6(1), S74.
39. Barrett, A. E. (1999). Social support and life satisfaction among the never married: examining the effect of age. *Research on ageing*, 21(1), 46-72.
40. Seligman, M. E. P. (1996). Helplessness on development, depression and death. W. H. Freeman and Company: New York.
25. Hayes, N., & Joseph, S. (2003). Big 5 correlates of three measures of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 34(4), 723-727.
۲۶. بیانی، علی اصغر، محمد کوچکی، عاشور، و گودرزی، حسینیه. (۱۳۸۶). اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی (SWLS). فصلنامه روانشناسان ایرانی، شماره ۱۱، صص ۲۶۵-۲۵۹.
27. Rojas, M. (2006). Life satisfaction and satisfaction in domains of life: Is it a simple relationship? *Journal of Happiness Studies*, 7(4), 467-497.
28. Praag, B., Frijtersvan, P., & Ferrer-i-Carbonell, A. (2003). The anatomy of subjective well-being. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 51(1), 29-49.
29. Salvatore, N., & Muñoz Sastre, M., T. (2001). Appraisal of life: "Area" versus "Dimension" conceptualizations. *Social Indicators Research*, 53(3), 229-255.
30. Møller, V., & Saris, W., E. (2001). The relationship between subjective well being and domain satisfactions in South Africa. *Social Indicators Research*, 55(1), 97-114.
۳۱. سهرابی، نادره، و حسینی، مجید. (۱۳۸۱). بررسی رابطه ی میان نوع روابط خانوادگی و عاطفه ی مثبت و منفی دانشجویان دختر و پسر ساکن خوابگاه. اولین کنگره ی روانشناسی ایران. تهران: دانشگاه تربیت معلم.
۳۲. ابوالقاسمی، فرحناز. (۱۳۸۲). هنجاریابی عاطفه ی مثبت و منفی و اعتباریابی همزمان آن با مقیاس سلامت ذهن و سرزندگی در دانشجویان دانشگاه اصفهان. پایان نامه ی کارشناسی ارشد. اصفهان: دانشگاه اصفهان.
33. Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affect and their relation to anxiety and depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 346-353.
34. Michalos, A. C. (1991). *Global report on student well-being*. New York: Springer-Verlag.

بررسی الگوی رابطه سلامت روان و دینداری در دانشجویان شاهد و غیرشاهد

نویسنده: رقیه موسوی^{۱*}

۱. استادیار دانشگاه شاهد

* Email: mousavi@shahed.ac.ir

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط دینداری و سلامت روان دانشجویان شاهد و غیرشاهد و مقایسه وضعیت دینداری و سلامت روان در دو گروه انجام شد. نمونه مورد بررسی شامل ۱۰۰ نفر دانشجوی شاهد و ۱۰۰ نفر دانشجوی غیرشاهد بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی از بین دانشجویان دانشگاه تهران انتخاب گردید. در این پژوهش از مقیاس نگرش مذهبی خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۵) و پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲) برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده گردید. برای تحلیل داده‌ها شاخص‌های آماری همبستگی پیرسون، آزمون Z فیشر و تحلیل واریانس چند متغیری به کار رفت. یافته‌ها نشان داد که بین سلامت عمومی و دینداری در هر دو گروه شاهد و غیرشاهد ارتباط معنادار وجود دارد؛ در بین دو گروه شاهد و غیرشاهد از نظر میزان دینداری تفاوت معناداری وجود دارد؛ ولی از نظر نمرات سلامت عمومی در بین دو گروه هیچ تفاوتی یافت نشد. بنابراین می‌توان بیان کرد تقویت باورها و رفتارهای دینداری در دانشجویان منجر به ارتقای سلامت در آنها شود.

کلید واژه‌ها: سلامت روان، دینداری، دانشجوی، شاهد

**روان‌شناسی
بالینی
و شخصیت**

**داشور
رفتار**

• دریافت مقاله: ۸۸/۹/۱۸

• پذیرش مقاله: ۹۱/۴/۱۸

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Nineteenth Year, No.7
Autumn & Winter
2012- 2013*

Clinical Psy & Personality

**دوفصلنامه علمی- پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال نوزدهم- دوره جدید
شماره ۷
پاییز و زمستان ۱۳۹۱**

مقدمه

بررسی نمودند. مطالعه آنها نشان داد که دینداری با بهزیستی روانشناختی، جسمانی و اجتماعی آزمودنی‌ها ارتباط مثبت معنی‌داری دارد. آنها نهایتاً از دین به عنوان بزرگترین منبع سلامت روان به ویژه در افرادی که دارای منابع شخصی و حمایت‌های اجتماعی اندکی هستند یاد می‌کنند.

در کشور ما بررسی موضوع دینداری و اثرات آن حداقل به این دلیل حایز اهمیت است که علیرغم برخی تلاش‌های موثر [۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱ و ۲۲]، این زمینه علمی - آنچنان که شایسته آن است - مورد مطالعه قرار نگرفته است. لذا نیاز به انجام پژوهش‌های دقیق‌تر و بیشتر، در این زمینه به چشم می‌خورد. از سوی دیگر بخشی از جمعیت مورد مطالعه پژوهش حاضر شامل دانشجویان متعلق به خانواده‌های شهدا و ایثارگران است که پرداختن به مسایل مرتبط با این گروه از دانشجویان و سعی در برداشتن گامی در راستای شناخت بیشتر و حل مسایل آنان برای بسیاری از سازمان‌ها و ارگان‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

مطالعات بالینی نقش فقدان پدر را در ایجاد مشکلات سازشی کودکان نشان داده‌اند. توماس^۶ [۲۳]، تعداد ۴۸۰ کودک و نوجوان ۷ تا ۱۸ ساله فاقد پدر را با گروهی از کودکان هم‌سن و سال آنها که دارای پدر بودند، مقایسه کرد. او دریافت که کودکان فاقد پدر، برای پدران انجام فعالیت‌ها و وظایف مردانه کمتری قایل بودند و اغلب این فعالیت‌ها را منتسب به مادر می‌دانستند، در حالی که پسران گروه دارای پدر، از پدر خود به عنوان فردی که نقش معلم، مربی و حمایت‌کننده‌ای داشت یاد می‌کردند. هم‌چنین مشاهده شد که کودکان دارای پدر سازگاری شخصی و اجتماعی بالاتری را نسبت به کودکان فاقد پدر داشتند. سیمونز^۷ [۲۳] نیز براساس فرضیه تأثیر عدم حصول نقش جنسیتی به عنوان یک عامل مهم در رفتارهای اجتماعی پسران، دریافت که بین فقدان پدر در کودکی و رفتارهای ضداجتماعی کودکان در دوره

یکی از موضوعات مهم مطرح شده در حوزه روانشناسی مثبت‌نگر، معنویت^۱ است. دین و تجارب معنوی یکی از عوامل موثر بر حالات پیوند روان فیزیولوژیک است [۱]. اهمیت نقش و جایگاه دین در زندگی بشر به قدری است که تمام مولفه‌های حیات روانی و جسمی وی را تحت الشعاع خود در آورده است. محققان سلامت روانی و جسمی، یافته‌های رو به رشدی پیدا کرده‌اند که حاکی از این است که زندگی معنوی انسان با بهزیستی جسمی و روانی وی رابطه دارد [۲]. افرادی که از دینداری بالایی برخوردارند سازگاری بهتری با موقعیت‌های استرس‌زا دارند. میزان پایین تری از هیجانات منفی و افسردگی را تجربه می‌کنند. اضطراب کمتری دارند، از مصرف مواد روان‌گردان و الکل پرهیز می‌کنند، از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند. آنها به دلیل اتخاذ شیوه‌های سالم در زندگی امید به زندگی بالاتری نیز نسبت به افراد عادی دارند [۳ و ۴].

محققان اثرات مداخلات دینی در خیلی از پیامدهای روانی و جسمانی در سنین بالاتر را شناسایی کرده‌اند. بسیاری از آنها هم از نظر آماری معنا دارند و هم اثرات سودمندی در رابطه با سلامت جسمانی و روانی [۵ و ۶] و ابعاد بهداشت روانی و بیماری روانی مانند رضایت از زندگی^۲ [۷ و ۸]، نشانگان افسردگی [۹ و ۱۰ و ۱۱]، اضطراب مزمن [۳]، دلتنگی^۳ [۱۲]، شادمانی^۴ [۱۳]، و مهارت‌های مقابله‌ای دارند. [۴ و ۵]

همچنین در تحقیقات گسترده‌ای، رابطه دین و بهزیستی روانشناختی [۱۴]، افزایش تاب‌آوری در موقعیت‌های بحرانی از قبیل خشکسالی، بحران اقتصادی و تبعیض نژادی [۱۵ و ۱۶] را نشان داده‌اند. وایلانته^۵ و همکاران [۱۷] در یک مطالعه طولی ارتباط بین دینداری و سلامت روان را در ۲۲۴ دانشجوی مرد دانشگاه هاروارد

1. spirituality

2. life satisfaction

3. loneliness

4. happiness

5. Vaillant

6. Tomas

7. Simons

نوجوانی و جوانی رابطه معناداری وجود دارد.

گرین و پارکر^۱ [۲۴] در پژوهشی که روی ۶۶ پسر و ۶۰ دختر نوجوان فاقد یکی از والدین انجام دادند، پی بردند که این پسران و دختران نوجوان نسبت به دختران و پسران دارای هر دو والد پرخاشگری بالاتری را داشتند. ایشان نتیجه گرفتند که افزایش رفتارهای ضد اجتماعی در نوجوانان و جوانان به مرگ یکی از والدین بستگی دارد. همچنین مطالعات زیادی نشان داده‌اند که بین سازگاری اجتماعی افراد و عوامل محیطی، اجتماعی، تربیتی نظیر جامعه‌پذیری مذهبی، باورها و اعمال مذهبی و مقابله‌های مذهبی رابطه وجود دارد. چنان که مشاهده شده است ایمان و اعتقادات دینی، خوشحالی و سلامت روانی و سازگاری افراد را از طریق ممانعت از انجام اعمال بزهکارانه و ضداجتماعی و افزایش روحیه همدلی و مهارت‌های فرا اجتماعی و دریافت حمایت معنوی و اجتماعی، افزایش می‌دهد. در قسمت بعد به طور مختصر به این مطالعات اشاره خواهیم کرد:

ریچاردز^۲ [۲۵] دریافت بین دینداری درونی و سلامت روان شناختی این دانشجویان رابطه‌ای مستقیم وجود دارد. به این معنا که افراد دارای جهت‌گیری مذهبی درونی، دارای افسردگی، اضطراب، شرمندگی و احساس گناه پایین و بهزیستی و سلامت روانی بالا هستند. دونا هو و بنسون^۳ [۲۶] نیز دریافتند دینداری به مستقیم با رفتارها و ارزش‌های فرااجتماعی نوجوانان و جوانان رابطه دارد و این امر به طور بالقوه‌ای از درگیر شدن نوجوانان در رفتارهای منفی و سازش نایافته‌ای چون بزهکاری، مصرف مواد و الکل و برقراری روابط نامشروع جنسی پیشگیری می‌کند و از این طریق سازگاری اجتماعی آنان را تسهیل می‌کند.

هود^۴ و همکاران [۲۷] با مرور گسترده‌ای بر ادبیات پژوهش در زمینه مقابله‌های مذهبی و سازگاری شخصی و اجتماعی دریافتند که مذهب منبع مهمی برای مقابله و

سازگاری افراد است. اصفهانی اصل [۲۸] سازگاری فردی و اجتماعی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر و پسر شاهد و غیرشاهد مشغول به تحصیل در سال سوم متوسطه شهر اهواز را مقایسه کرد. او دریافت که دانش‌آموزان شاهد سازگاری فردی، اجتماعی و پیشرفت تحصیلی پایین‌تری را نسبت به دانش‌آموزان غیر شاهد داشتند. گودرزی [۲۹] نیز نشان داد بین دینداری و پای‌بندی اخلاقی - اجتماعی دانش‌آموزان دختر و پسر شاهد رابطه مستقیم وجود دارد؛ بین دینداری و پرخاشگری دانش‌آموزان دختر و پسر شاهد رابطه معکوس وجود دارد؛ بین دینداری فرزندان شاهد با راستگویی، تواضع و عفو و گذشت آنان رابطه معکوس وجود دارد. در ضمن وی نتیجه گرفت که اگرچه بین میزان دینداری فرزندان دختر و پسر شاهد و شاخص‌های سازگاری اجتماعی نظیر رفتارها و ارزش‌های فرااجتماعی و عدم پرخاشگری رابطه وجود دارد، اما این رابطه در دانش‌آموزان دختر قوی‌تر از دانش‌آموزان پسر است؛ پیشرفت تحصیلی دانشجویان غیرشاهد بهتر از دانشجویان شاهد بود، به طوری که فقط ۶ درصد از دانشجویان شاهد معدل ۱۷ و بالاتر داشتند و در حدود ۶۰ درصد آنها حداقل یک بار تجربه یک ترم مشروط شدن را داشتند و ۴۳ درصد آنها برای فارغ‌التحصیل شدن نیاز به زمان بیشتری نسبت به دانشجویان غیر شاهد داشتند. بر این اساس و به دلیل مشاهده وجود تفاوت‌هایی در بین گروه‌های شاهد و غیرشاهد، پژوهش حاضر در صدد بررسی الگوی رابطه دینداری و سلامت روان در دانشجویان شاهد و غیرشاهد و مقایسه آن بین این دو گروه است.

روش

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه تهران است. به دلیل ماهیت پژوهش حاضر که از نوع همبستگی است؛ حجم گروه نمونه مطالعه حاضر ۱۰۰ نفر (۵۰ دختر و ۵۰ پسر) از گروه شاهد و نیز ۱۰۰ (۵۰ دختر و ۵۰ پسر) هم به عنوان گروه نمونه غیرشاهد اختیار شد. نمونه دانشجویان شاهد

1. Green & Parker

2. Richards

3. Donahue & Benson

4. Hood

دینداری را در ۴ بعد شناخت دینی، باور دینی، علایق و عواطف دینی و التزام به وظایف دینی تقسیم‌بندی نموده است و بر همین اساس شامل ۴ خرده مقیاس شناخت دینی، باور دینی، علایق و عواطف دینی و التزام به وظایف دینی است [۳۳]. روانی مقیاس بر مبنای ساختار نظری دینداری و با مراجعه به آیات، احادیث و کتب شهید مطهری و شهید صدر و نیز تایید دوازده نفر از متخصصان صاحب‌نظر در حوزه‌های روان‌شناسی، روان-سنجی و دین که سابقه انجام طرح پژوهشی در این زمینه را داشتند مورد تایید قرار گرفت. برای اندازه‌گیری اعتبار پرسشنامه از روش بازآزمایی با فاصله ۶ هفته بین دو بار اجرا و نیز آلفای کرونباخ استفاده گردید که نتایج آن نشان داد بین مولفه‌های دینداری و نیز نمره کل دینداری در اجرای اول با همه مولفه‌ها و نمره کل آن در اجرای شش هفته بعد، ضریب همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین ضرایب آلفای بدست آمده برای شناخت دینی ۰/۸۳؛ گرایش و عواطف دینی، ۰/۷۶؛ باور دینی، ۰/۹۰؛ التزام به وظایف دینی، ۰/۹۲ و دینداری کل ۰/۹۵ بوده است که نشان‌دهنده ضریب همسانی درونی بالای این مقیاس بوده است [۳۴]. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ این مولفه‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۱ بدست آمد.

روش اجرا

در ابتدا با هماهنگی دفتر مرکزی شاهد و ایثارگر دانشگاه تهران، معرفی نامه لازم جهت مراجعه به دانشکده‌های این دانشگاه اخذ گردید. در مرحله دوم با مراجعه به دانشکده‌های مربوط و هماهنگی با مسئولین این دفاتر، از ایشان خواسته شد که دانشجویان شاهد را جهت تکمیل ابزارهای پژوهش به آزمون‌گران معرفی نماید. لازم به ذکر است که پس از توضیح اهمیت انتخاب تصادفی در پژوهش، از مسئولین دفاتر شاهد و ایثارگر خواسته شد که تا حد ممکن بدون هیچ انتخاب و گزینش، اقدام به معرفی دانشجویان نمایند.

در فرایند تکمیل پرسشنامه‌ها، پس از برقراری ارتباط با دانشجویان و شرح اهداف پژوهش و با تاکید بر این که

با روش نمونه‌گیری تصادفی از بین دانشجویان شاهد دانشگاه تهران انتخاب گردید. دانشجویان غیر شاهد نیز با مراجعه به دانشکده‌های دانشگاه تهران و با توجه به داده‌های مربوط به جنسیت، سن و رشته تحصیلی هر یک از دانشجویان شاهد، یک فرد هم‌تا با آن شناسائی و مورد آزمون قرار گرفت.

ابزارها

الف) پرسشنامه سلامت عمومی

پرسشنامه خودگزارشی است که در موقعیت‌های بالینی با هدف تشخیص افرادی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد [۳۰]. در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سوالی این پرسشنامه استفاده شده است. این پرسشنامه داری چهار خرده‌مقیاس شامل علایم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی است. نمره بالا در هر یک از این خرده مقیاس‌ها نشانگر وجود مشکلات بیشتر است. تقوی [۳۱] اعتبار^۱ پرسشنامه سلامت عمومی را از سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل گردید. روایی^۲ سازه و همزمان این ابزار نیز در حد مطلوب گزارش شده است. آلفای کرونباخ محاسبه شده برای زیرمقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی، افسردگی و شاخص کلی مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۸۹، ۰/۷۵، ۰/۹۱ و ۰/۸۹ بوده است. ضریب پایایی به روش دو نیمه کردن نیز برای زیرمقیاس‌ها و کل پرسشنامه سلامت عمومی بین ۰/۷۴ و ۰/۹۵ به دست آمد [۳۲].

ب) مقیاس نگرش مذهبی

این ابزار یک مقیاس ۱۱۳ سوالی و دارای دو فرم موازی الف و ب است. در پژوهش حاضر از فرم الف آن استفاده گردید. مبانی نظری این مقیاس، مولفه‌های

1. reliability

2. validity

۱۳/۸۰، ۹/۴۰، ۶/۹۰، ۱/۳۰، ۱/۳۰، و ۰/۶۰ درصد از این افراد نیز گروه تحصیلی خود را ذکر نموده‌اند. مقطع تحصیلی که این گروه از افراد در آن مشغول به تحصیل بودند: ۱/۹۰ درصد در مقطع کاردانی، ۶۴/۴۰ درصد در مقطع کارشناسی، ۲۳/۱۰ درصد در مقطع کارشناسی ارشد و ۹/۴۰ درصد در مقطع دکتری. ۱/۳۰ درصد نیز از ذکر مقطع تحصیلی خودداری نموده‌اند. یافته‌های توصیفی حاصل از پرسشنامه‌های دینداری و سلامت عمومی به ترتیب در جدول‌های ۱ و ۲ ارائه شده است.

یافته‌های ارائه شده در جدول ۱ نشان می‌دهد که در کلیه زیرمقیاس‌های پرسشنامه دینداری، میانگین گروه نمونه شاهد بالاتر از گروه نمونه غیرشاهد است و همچنین گروه شاهد پراکندگی کمتری نسبت به گروه غیرشاهد دارد. این یافته بدین معنا است که دانشجویان گروه شاهد در مقایسه با گروه غیرشاهد از شباهت بیشتری در میزان مولفه‌های دینداری برخوردار هستند. همچنین این جدول نشان می‌دهد که میانگین کلیه زیرمقیاس‌های سلامت عمومی دو گروه نمونه شاهد و غیرشاهد برابر است. انحراف استاندارد و پراکندگی نمرات این دو گروه نیز نشان می‌دهد که این دو گروه از حیث این امر نیز تقریباً "شبهه به هم هستند".

ابزارهای پژوهش بدون هیچگونه نام و نشانی تکمیل خواهد شد و از نتایج آنها هیچگونه استفاده فردی و غیرپژوهشی به عمل نخواهد آمد، پرسشنامه‌ها در اختیار ایشان قرار گرفت. علاوه بر این به منظور حذف امکان سوگیری در ارائه پاسخ‌ها، سعی شد تا حد ممکن تکمیل پرسشنامه‌ها در یک اتاق جداگانه انجام پذیرد و از دانشجویان خواسته شد که پس از تکمیل پرسشنامه‌ها آن را در میان تعدادی از پرسشنامه‌های تکمیل شده قبلی جای دهند. در مرحله بعدی و پس از تکمیل گروه نمونه شاهد، با مراجعه به دفتر آموزش هر یک از دانشکده‌های مربوط و ایجاد هماهنگی، اقدام به تکمیل گروه نمونه غیرشاهد صورت گرفت. کلیه پرسشنامه‌های گروه غیرشاهد در کتابخانه‌های دانشکده‌ها اجرا گردید.

نتایج

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سنی افراد گروه نمونه ۲۲/۹۱ با انحراف استاندارد ۵/۸۹ است؛ ۸۴/۴۰ درصد مجرد، ۱۵ درصد متاهل بودند و ۰/۶۰ نیز جوابی به این سؤال نداده‌اند؛ در حدود ۹۰/۶۰ درصد از این افراد متولد شهر، ۷ درصد متولد روستا بوده و ۲/۴۰ درصد از آنها نیز به این سؤال پاسخ نداده‌اند؛ درصد افرادی از این گروه که به ترتیب در گروه‌های تحصیلی علوم انسانی، علوم پایه، فنی و مهندسی، پزشکی، هنر و کشاورزی مشغول به تحصیل بودند عبارتند از ۶۳/۸۰،

جدول ۱. خلاصه یافته‌های توصیفی زیرمقیاس‌های پرسشنامه دینداری و سلامت عمومی در گروه‌های شاهد و غیر شاهد

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
شناخت دینی	غیر شاهد	۴۵/۶۵	۶/۵۵	جسمانی	غیر شاهد	۱۴/۵۵	۳/۰۶
	شاهد	۴۷/۵۰	۵/۰۲	سازی	شاهد	۱۴/۴۸	۲/۹۴
علاقه و عواطف دینی	غیر شاهد	۶۸/۲۴	۸/۶۶	اضطراب	غیر شاهد	۱۳/۱۳	۳/۹۰
	شاهد	۷۱/۶۶	۷/۴۵		شاهد	۱۳/۴۶	۴
باور دینی	غیر شاهد	۸۱/۶۶	۹/۵۵	ناکارآمدی	غیر شاهد	۱۸/۴۹	۳/۰۵
	شاهد	۸۵/۸۱	۷/۴۵	اجتماعی	شاهد	۱۸/۵۳	۴/۰۵
التزام به وظایف دینی	غیر شاهد	۱۹۱/۴۴	۳۸/۱۸	افسردگی	غیر شاهد	۱۰/۹۰	۴/۲۳
	شاهد	۲۰۹/۵۲	۳۰/۸۷		شاهد	۱۰/۴۵	۳/۴۲

جدول ۲. ماتریس معناداری ضرایب همبستگی مولفه‌های دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان شاهد و غیرشاهد

متغیر	گروه	شناخت دینی	علايق و عواطف دینی	باور دینی	التزام به وظایف دینی
جسمانی‌سازی	شاهد	-۰/۱۰	-۰/۱۰	-۰/۱۰	۰/۱۰
	غیرشاهد	-۰/۰۵	-۰/۱۰	-۰/۰۱	۰/۰۵
	آماره Z	۰/۳۵	۰	۰/۶۴	۰/۳۵
اضطراب	شاهد	-۰/۰۶	-۰/۱۳	*-۰/۱۴	*-۰/۲۲
	غیرشاهد	-۰/۰۳	-۰/۰۸	*-۰/۱۴	-۰/۱۰
	آماره Z	۰/۲۱	۰/۳۸	۰	۰/۷۸
ناکارآمدی اجتماعی	شاهد	-۰/۰۱	-۰/۰۹	-۰/۰۱	*-۰/۱۴
	غیرشاهد	۰/۰۳	-۰/۰۸	-۰/۰۲	-۰/۱۳
	آماره Z	۰/۲۸	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۷
افسردگی	شاهد	*-۰/۲۴	*-۰/۲۶	*-۰/۱۷	*-۰/۲۹
	غیرشاهد	-۰/۰۶	*-۰/۲۵	*-۰/۲۵	*-۰/۳۳
	آماره Z	۱/۲۹	۰/۰۷	۰/۵۷	۰/۲۹
سلامت روان (کل)	شاهد	*-۰/۱۶	*-۰/۱۵	*-۰/۱۶	*-۰/۱۹
	غیرشاهد	-۰/۰۵	-۰/۱۰	*-۰/۲۰	*-۰/۲۰
	آماره Z	۰/۷۸	۰/۲۸	۰/۲۸	۰/۰۷

* $p < 0/05$

جدول ۳. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی‌ها مولفه‌های پرسشنامه دینداری گروه‌های شاهد و غیرشاهد

متغیر	نوع سوم مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
شناخت دینی	۱۳۳/۳۹	۱	۱۳۳/۳۹	۳/۸۹	۰/۰۵
علايق و عواطف دینی	۴۵۶/۳۱	۱	۴۵۶/۳۱	۶/۹۶	۰/۰۰۹
باور دینی	۶۷۱/۲۰	۱	۶۷۱/۲۰	۹/۰۹	۰/۰۰۳
التزام به وظایف دینی	۱۲۷۳۴/۹۷	۱	۱۲۷۳۴/۹۷	۱۰/۵۱	۰/۰۰۱

از ضریب همبستگی پیرسون مورد آزمون قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است. جدول ۲ نشان می‌دهد در بین دو گروه شاهد و غیرشاهد، کلیه مولفه‌های دینداری با کلیه مولفه‌های

از آنجایی که هدف اصلی پژوهش حاضر کشف تفاوت‌های احتمالی بین روابط موجود میان مولفه‌های دینداری و سلامت عمومی در گروه‌های شاهد و غیرشاهد است؛ لذا روابط مذکور در این دو گروه، با استفاده

اینکه نیمرخ دینداری دو گروه شاهد و غیر شاهد متفاوت است، بلکه میانگین تمام زیرمقیاس‌ها نیز مبین وجود تفاوت در دو گروه مذکور است. این یافته بدین معناست که دو گروه شاهد و غیر شاهد در کلیه زیرمقیاس‌های پرسشنامه تفاوت معناداری از هم دارند. این نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

به دلیل آن که گروه شاهد در کلیه زیرمقیاس‌های پرسشنامه دینداری دارای میانگین بالاتری در مقایسه با گروه غیرشاهد است؛ لذا بیان کرد که گروه شاهد به لحاظ آماری در کلیه زیرمقیاس‌های پرسشنامه دینداری وضعیت مطلوبتری در مقایسه با گروه غیرشاهد برخوردار است.

در ادامه برای بررسی تفاوت نیمرخ‌های سلامت روان این دو گروه، از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج بررسی پیش فرض عدم تفاوت کوواریانس نشان داد فرضیه صفر مربوط به عدم تفاوت ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده زیرمقیاس‌های سلامت روان در گروه‌ها رد نگردید ($F=1/95$, $p<0/07$, $M=20/03$ باکس). همچنین بررسی فرضیه‌های صفر مربوط به برابری واریانس‌های خطا نمره‌های زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان رد نشد. زیرا در همه این موارد نسبت‌های F مشاهده در سطح معناداری $p<0/05$ معنادار نشده است. این بررسی‌ها نشان از بلامانع انجام این تحلیل با داده‌های موجود است. یافته‌های حاصل از این تحلیل داد نیمرخ کلی سلامت روان دو گروه شاهد و غیرشاهد به واسطه هیچ یک از شاخص‌های معناداری تحلیل واریانس چند متغیری معنادار نیست ($p>0/74$ و $df=(4$ و $195)$ و جهت بررسی وجود تفاوت‌های احتمالی در بین زیرمقیاس‌های سلامت روان عمومی این دو گروه، آزمون اثر بین آزمودنی‌ها انجام یافت که نتایج جدول ۴ را در پی داشت. یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که هیچ یک از زیرمقیاس‌ها در بین دو گروه تفاوت معنادار نشان نمی‌دهد. بدین معنا که این دو گروه دارای نیمرخ‌های (تقریباً) شبیه به هم بوده و از هم تفاوت معناداری نشان نمی‌دهند.

سلامت روان رابطه معکوس دارند ولی برخی از آنها معنادار نیستند. در ضمن برای بررسی معناداری تفاوت بین ضرایب همبستگی موجود در بین مولفه‌ها در دو گروه از آزمون Z فیشر استفاده شد. همانطور که جدول نشان می‌دهد هیچ یک از این دو ضرایب همبستگی‌های متناظر با هم تفاوت معنادار آماری ندارد. لذا می‌توان بیان کرد که میزان این ضرایب همبستگی با هم برابر است.

با توجه به این که هدف دیگر مطالعه حاضر، مقایسه نیمرخ‌های دینداری و سلامت روان عمومی دو گروه شاهد و غیرشاهد بوده و هر یک از این نیمرخ‌ها دارای بیش از یک متغیر (هر کدام دارای چهار زیرمقیاس) است؛ لذا بایستی از تحلیل واریانس چند متغیری^۱ برای دستیابی به این هدف استفاده گردید. از آنجائی که انجام هر تحلیل آماری دارای پیش فرض هائی است؛ لذا قبل از انجام تحلیل، بررسی پیش فرض‌ها صورت پذیرفت. دو پیش فرض اساسی این تحلیل عبارتند از آزمون M باکس^۲ برای بررسی عدم تفاوت ماتریس‌های کوواریانس و آزمون لون^۳ برای بررسی پیش فرض واریانس خطای نمره‌های وابسته.

نتایج بررسی‌ها پیش فرض عدم تفاوت کوواریانس نشان داد فرضیه صفر مربوط به عدم تفاوت ماتریس‌های کوواریانس بین چهار زیرمقیاس دینداری در گروه‌ها رد نمی‌گردد ($F=2/92$, $p<0/10$, $M=30/07$ باکس). همچنین بررسی فرضیه‌های صفر مربوط به برابری واریانس‌های خطا نمره‌های زیرمقیاس‌های پرسشنامه دینداری رد نشد. زیرا در همه این موارد نسبت‌های F مشاهده در سطح معناداری $p<0/05$ معنادار نشده است. بنابراین پیش فرض‌های مربوط به این تحلیل برقرار بود و انجام تحلیل واریانس چندمتغیری با این داده‌ها بلامانع است. یافته‌های این تحلیل نشان داد که نیمرخ‌های دو گروه معنادار است ($p<0/05$ و $df=(4$ و $191)$ و $F=3/19$ و $W=0/92$). این یافته بدین معناست که نیمرخ دو گروه تفاوت معناداری از هم دارند. ادامه تحلیل نشان داد علاوه بر

¹. Multi. Variat Analysis of Variance (MANOVA)

². M Box Test of Equality of Covariance Matrices

³. Leven's Test of Equality of Error Variance

جدول ۴. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی‌ها مولفه‌های پرسشنامه سلامت عمومی گروه‌های شاهد و غیر شاهد

متغیر	نوع سوم مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
جسمانی‌سازی	۰/۱۸	۱	۰/۱۸	۰/۰۲	۰/۸۹
اضطراب	۴/۴۱	۱	۴/۴۱	۰/۲۸	۰/۶۰
ناکارآمدی اجتماعی	۰/۰۶	۱	۰/۰۶	۰/۰۰۵	۰/۹۵
افسردگی	۸/۱۰	۱	۸/۱۰	۰/۵۵	۰/۴۶

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که در گروه شاهد، کلیه مولفه‌های دینداری با کلیه زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی رابطه معکوس دارند ولی برخی از آنها معنادار بوده و برخی معنادار نیستند. وجود رابطه معکوس بین اضطراب و تمامی مولفه‌های دینداری در گروه شاهد و غیر شاهد بدین معنی است که بالا بودن میزان مولفه‌های دینداری با پائین بودن اضطراب در این دو گروه همراه است و برعکس. برخی از این روابط غیر معنادار است ولی از موارد معنادار، رابطه اضطراب با باورهای دینی و التزام به وظایف دینی در گروه شاهد و رابطه اضطراب با باورهای دینی در گروه غیرشاهد است. تبیین احتمالی برای این یافته چنین خواهد بود که تمام ابعاد دینداری در کاهش اضطراب نقش دارند؛ ولی به نظر می‌رسد که دو بعد باورهای دینی و التزام به وظایف دینی نقش اساسی‌تری در این میان بازی می‌کنند. این موضوع با آموزه‌های دینی اسلام نیز همخوان است که ایمان و انجام اعمال دینی مایه آرامش دلهاست و مصداق آن نیز آیه شریفه «الا بذکرالله تطمئن القلوب» است.

توبین^۱ [۳۵] از منظر دیدگاه‌های روان‌پویایی و رشد به این موضوع نگاه می‌کند، او مشاهده می‌کند که دین مراحل پیوسته‌ای را در طول زندگی از طریق تاکید بر معنای ذاتی و جاودانه زندگی بوجود می‌آورد؛ به طوری که افراد احساس آمرزیده شدن توسط خدا را گسترش می‌دهند. این حس موجب کاهش تنیدگی و اضطراب در

افراد می‌گردد. بنابراین بر اساس یافته‌های این پژوهش‌ها دین می‌تواند به عنوان یکی از فاکتورهای آرامش‌زا و تنش‌زدا عمل نماید. به عبارت دیگر به نظر می‌رسد که دین نیازهای اساسی جهت کاهش اضطراب و تنش در افراد را برآورده می‌سازد. در این بخش میزان همبستگی‌ها در گروه شاهد قوی‌تر از گروه غیر شاهد است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های سامسون و همکاران [۴] و کوینینگ و همکاران [۳] همسو شده است.

ناکارآمدی اجتماعی نیز با تمامی مولفه‌های دینداری در هر دو گروه همبستگی منفی دارد؛ یعنی اینکه نمره بالا در التزام به وظایف دینی همراه با نمره پایین در ناکارآمدی اجتماعی و کم بودن مشکلات فرد در روابط و موضوعات اجتماعی است و برعکس. این رابطه تنها در گروه شاهد معنی‌دار شده است. التزام عملی به دین در واقع برقراری ارتباط معنوی با پروردگار است و برقراری ارتباط مطلوب با پروردگار در برقراری سایر روابط نیز موثر واقع شده و کیفیت روابط بین فردی و درون فردی را نیز بالا می‌برد. این یافته با نتایج پژوهش وایلان و همکاران [۱۷] هماهنگی دارد.

در بعد روابط اجتماعی دین از طریق فراهم نمودن حمایت اجتماعی نیز موثر واقع می‌شود، به نظر می‌رسد داشتن روابط اجتماعی صمیمانه و قابل اعتماد با دیگران از عوامل اصلی سلامت باشد. مقایسه افراد با سطوح متفاوت سلامت نشان می‌دهد بعدی که در آن شادترین افراد شبیه به هم هستند روابط دوستانه با کیفیت و حمایت خانوادگی در روابط عاشقانه می‌باشد. افراد سالم دلبستگی‌های اجتماعی قوی‌تری دارند. پژوهش‌های

¹. Tobin

در افراد، از یک سو موجب پیشگیری از ابتلا به افسردگی و از سوی دیگر موجب کاهش احساس‌ها و هیجان‌های منفی در افراد می‌گردد.

افسردگی از متغیرهای اصلی و مهمی است که به دلیل نقش بنیادی آن در احساس سلامت روانی افراد در پژوهش‌های مختلفی مورد توجه قرار گرفته است. ارتباط قوی و معنادار مولفه‌های مختلف دینداری با افسردگی از یک سو حاکی از اهمیت تجارب معنوی در پیشگیری و کاهش افسردگی و از سوی دیگر حاکی از اهمیت افسردگی در میان متغیرهای مرتبط با سلامت روان است. به همین دلیل به نظر می‌رسد این متغیر باید در پژوهش‌های آتی این حوزه نیز مورد توجه قرار گیرد.

شاخص کلی سلامت عمومی نیز همانند افسردگی با کلیه مولفه‌های سلامت روان عمومی در گروه شاهد رابطه معنادار و معکوس نشان می‌دهد. این یافته نیز نشان از معکوس بودن جهت افزایش و کاهش نمرات مولفه‌های دینداری و سلامت روان عمومی است. به این ترتیب که بالا بودن مولفه‌های دینداری در افراد با حضور حداقلی علایم بالینی همراه بوده و نشان از سلامت عمومی بالا دارد. این یافته‌ها با یافته‌های متعددی [۴۰، ۲، ۴، ۱۴ و ۱۷] همسویی دارد. به این ترتیب می‌توان چنین نتیجه گرفت که دینداری می‌تواند از عوامل مهم موثر در کاهش علایم بالینی منفی و افزایش سلامت روان قلمداد گردد.

بر اساس یافته‌های پژوهش در گروه غیرشاهد از بین مولفه‌های دینداری، باورهای دینی و التزام به وظایف دینی با سلامت عمومی رابطه معکوس معنی‌دار نشان می‌دهند. همانند گروه شاهد در گروه غیر شاهد نیز قوی‌ترین روابط به ارتباط افسردگی با مولفه‌های دینداری اختصاص داشتند. این یافته‌ها هم با یافته‌های پیشین این حوزه همسویی دارد [۴۱، ۳۶، ۴، ۱۰، ۱۱ و ۱۴].

بخش مقایسه نیمرخ‌های دینداری و سلامت عمومی گروه‌های شاهد و غیرشاهد نشان داد این دو گروه در کلیه زیرمقیاس‌های پرسشنامه دینداری تفاوت معناداری از هم دارند. این تفاوت‌ها به نحوی است که نشان از بالاتر بودن نمرات دینداری در گروه شاهد دارند. این یافته با

متعددی نشان می‌دهد که، درگیری دینی افراد موجب پرخورداری بیشتر از حمایت اجتماعی می‌گردد [۳۶ و ۴]. ساسون و همکاران [۴] در پژوهشی اظهار داشتند که معنویت‌گرایی به عنوان سازه‌ای مطرح است که شامل عقاید و ارزش‌های شخصی بوده و منجر به احساس معنی پیدا کردن و وحدت فرد می‌شود. نتیجه پژوهش نشان داد که معنویت در بهبود مهارت‌های مقابله، عزت نفس، دریافت حمایت اجتماعی و القای امید نقشی اساسی دارد. در همین راستا آیدلر^۱ [۳۷] برخی تبیین‌های جامعه‌شناختی را بیان می‌دارد و پیشنهاد می‌کند که باورهای دینی یا تمرین‌های دینی ممکن است سلامتی افراد را از طریق ایجاد یا گسترش انسجام اجتماعی افزایش دهد. مک اینتوش و اسپیلکا^۲ [۳۸] ادعا کردند که اثرات سودمند دینداری ممکن است ناشی از باورهای درونی همراه با احساس کنترل بر رفتارهایی که منجر به فقط سلامتی می‌شود باشد. باورهای دینی ممکن است بهزیستی افراد را از طریق ایجاد حمایت اجتماعی با ایجاد روابط معنی‌دار اجتماعی و شبکه‌های حمایت اجتماعی افزایش دهد. حمایت اجتماعی باعث می‌شود افراد در مقابل استرس کمتر آسیب‌پذیر باشند و برخی روش‌های مقابله را بوجود می‌آورد به طوری که کمک می‌کند که افراد با محیط‌های استرس‌آور و عوامل بیماری‌زا و هرگونه عاملی که منجر به مرگ و میر شود مقابله کرده و نوعی سازگاری بدست آورند [۳۹].

افسردگی تنها مولفه‌ای از سلامت عمومی است که با کلیه مولفه‌های دینداری در گروه شاهد و با سه مولفه از چهار مولفه دینداری رابطه معکوس و معنادار نشان می‌دهد. این یافته بیان می‌کند که افزایش در نمره و میزان هر یک از مولفه‌های دینداری با کاهش در نمرات و میزان افسردگی همراه است. این یافته با یافته‌های بسیاری از جمله [۹، ۱۰ و ۱۱] همسو شده است. به نظر می‌رسد ابعاد مختلف دینداری از طریق تقویت احساس‌ها و هیجان‌های مثبت (عشق، عزت نفس، امیدواری، شادمانی، خوش‌بینی)

1. Ider

2. McIntosh & Spilka

معنادار نشدن تفاوت بین دو گروه موثر باشد؛ به این معنا که دانشجویان متعلق به خانواده‌های شهدا پس از گذشت سال‌ها از جنگ تحمیلی، بنا به دلایل مختلفی از قبیل سازگار شدن با وقایع ناگوار پیش‌آمده، حمایت‌های اجتماعی مناسب‌تر از طرف نهادهای مسئول، وارد شدن در مراحل جدیدی از زندگی مانند دانشجو شدن، ازدواج، و استقلال اقتصادی توانسته‌اند بر مشکلات متعدد ناشی از تجارب ناخوشایند فقدان عزیزان غالب شده و خود را به جمعیت عادی نزدیک‌تر نمایند.

از دلایل احتمالی دیگر عدم تفاوت دو گروه شاهد و غیر شاهد در سلامت عمومی می‌توان بیان نمود که فاکتورهای دیگری در سلامت عمومی نقش دارند؛ که موجب تعدیل تاثیر دینداری در سلامت روان می‌شود. این موضوع با نظریه‌های مربوط به سلامت روان هماهنگ است که عوامل مختلفی در سلامت روان افراد نقش دارند، عواملی از قبیل وراثت، عوامل شخصیتی، عوامل خانوادگی، موقعیت اجتماعی- اقتصادی، تحصیلات، تاهل و سلامت جسمانی [۴۳]. در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان ذکر نمود که دینداری یکی از سازه‌های روانشناختی مهم و مرتبط با سلامت روان است؛ و استفاده از آن در برنامه‌ریزی‌های سلامتی و بهداشتی برای اولیای امور کمک‌کننده خواهد بود. بدین معنی که تقویت ابعاد مختلف دینداری در دانشجویان منجر به ارتقای سلامت شود. البته این برنامه‌ریزی‌ها با استفاده از نتایج حاصل از این پژوهش و توجه به مولفه‌های متفاوت دینداری که در دو گروه دانشجویان شاهد و غیرشاهد با سلامت روان رابطه دارند، می‌تواند اثربخشی بیشتری داشته باشند.

یافته‌های خدایاری و همکاران [۳۳ و ۳۴] و گودرزی [۲۹] همسو است. این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دانشجویان شاهد در مقایسه با دانشجویان غیرشاهد از میزان بالاتری از دینداری برخوردار هستند. از دلایل احتمالی این امر می‌توان به حضور و بزرگ شدن این افراد در خانواده‌های متعهد و معتقد به مذهب اشاره نمود؛ که منجر به گرایش و جهت‌گیری بیشتر این افراد به دین و آموزه‌های آن شده است. البته علاوه بر خانواده، اکثر این دانشجویان در زمان تحصیل در مدارس شاهد بوده‌اند؛ و در این مدارس نیز برنامه‌های مذهبی بیشتری در مقایسه با مدارس غیرشاهد در دسترس آنان بوده است. این امر نیز در فراگیری و بهره‌مندی این دانشجویان از مفاهیم و شرایع دینی بی‌تاثیر نیست.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد بین این دو گروه در هیچ یک از زیرمقیاس‌های سلامت عمومی تفاوت معنادار وجود ندارد. بخشی از این یافته‌ها با یافته‌های گرین و پارکر [۲۴]، و روشن [۴۲] ناهمسو است. گرین و پارکر [۲۴] با مروری بر ادبیات پژوهش دریافتند که کلیه پژوهش‌هایی که از نظر روش شناختی مناسب بودند، به طور معناداری اثر زیانبار فقدان پدر را بر فرزندانشان نشان می‌دادند. آن‌ها مشاهده کردند که فقدان پدر در خانواده علاوه بر آثار زیانبار بر عملکردهای روان‌شناختی فرزندان، سازگاری شخصی و اجتماعی آنان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. به طوری که مهم‌ترین مشکلات روان‌شناختی و سازگاری فرزندان تک‌والدینی ناشی از مشکلات مالی و اقتصادی، اضطراب بالا و سطوح پایین تعامل والد- کودک است. بر این اساس اعتقاد بر این است که فقدان پدر در فرزندان شاهد می‌تواند سازگاری روان‌شناختی و اجتماعی آنان را تحت تأثیر قرار دهد. اثرات شهادت پدر روی فرزندان شامل عوامل مربوط به کودک نظیر سن، جنس، هوش، خلق و خو، مکانیسم‌های سازشی است. از سوی دیگر، نتایج پژوهش‌ها نشان دهندهٔ افسردگی، اضطراب و ناسازگاری بالاتر دانشجویان شاهد نسبت به دانشجویان غیرشاهد است [۴۲] این تفاوت را می‌توان اینگونه تبیین کرد که به نظر می‌رسد گذر زمان در

منابع

12. Johnson, D. P., & Mullins, L. C. (1989). Subjective and social dimensions of religiosity and loneliness among the well elderly. *Review of Religious Research*, 31, 3-15.
13. Poloma, M. M., & Pendleton, B. E. (1990). Religious domains and general well-being. *Social Indicators Research*, 22, 255-276.
14. Dezutter, J., Soenens, B., & Hutsebaut, D. (2006). Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes. *Personality and Individual Differences*, 40, 807-818.
15. Meyer, K., & Lobao, L. (2003). Economic hardship, Religion and mental health during the mid western farm crisis. *Journal of Rural Studies*, 19, 139-156.
16. Bierman, A. (2008). Does Religion Buffer the Effects of Discrimination on Mental Health? Differing Effects by Race. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 45(4):551-565.
17. Vaillant, G., Templeton, J., Ardel, M., & Meyer, S. E. (2008). The natural history of male mental health: Health and religious involvement. *Social Science & Medicine*, 66, 221-231.
۱۸. سراج‌زاده، ح. (۱۳۷۵). نگرش‌ها و رفتارهای دینی نوجوانان تهرانی و دلالت‌های آن برای نظریه سکولار شدن. دانشگاه تربیت معلم.
۱۹. خدایناهی، م. و خوانین زاده س. (۱۳۷۹). بررسی نقش ساخت شخصیت در جهت‌گیری مذهبی دانشجویان. *مجله روانشناسی*، شماره ۱۴، ۲۰۴-۱۸۵.
۲۰. بهرامی احسان، ه. (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، اضطراب و حرمت خود. اولین کنفرانس سراسری روانشناسی ایران.
۲۱. حسینی، ح. (۱۳۸۴). بررسی رابطه دینداری با سلامت روان و ترشح ایمونوگلوبولین A در دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
۲۲. کایدگپ، ن. و صالحی، ج. (۱۳۸۷). نقش دینداری در احساس شادکامی دانشجویان. مجموعه مقالات چهارمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان. ص ۸۹۴.
23. Simons, L.J. (1999). *Basic Research Method in Social Science*. New York: Randomhouse Press.
1. Childer, D., & McCarty, R. (2001). Psycho physiological correlates of spiritual experience. *Biofeedback*, 29, 13-17.
2. O'Conner, D. B., Cobb, J., & O'Conner, R. C. (2003). Religiosity, stress and psychological distress. *Personality and Individual Differences*, 34, 211-217.
3. Koenig, H. G., Moberg, D. O., & Kvale, J. N. (1988). Religious activities and attitudes of older adults in a geriatric assessment clinic. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, 362-374.
4. Samson, T., Lloyd, C., Petchkovsky, L., & Manaia, W. (2005). Exploration of Australian and New Zealand indigenous People's spirituality and mental health. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52:181-187.
5. Rippentrop, A. E., Altmaier, E. M., Chen, J. J., Found, E. M., & Keffala, V. J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 116, 311-321.
6. Marks, L. (2005). Religion and Bio-Psycho-Social Health: A Review and Conceptual Model. *Journal of Religion and Health*, Vol. 44, No. 2, 173-186.
7. Anson, O., Antonovsky, A., & Sagy, S. (1990). Religiosity and well-being among retirees: A question of causality. *Behavior, Health, and Aging*, 1, 85-97.
8. Levin, J. S., Chatters, L. M., & Taylor, R. J. (1995). Religious effects on health status and life satisfaction among black Americans. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50B, S 154-S 163.
9. Pargament, K. I., Ensing, D. S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Van Haitsma, K., & Warren, R. (1990). God help me: 1. Religious coping efforts as predictors of the outcomes of significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*, 18, 793-824.
10. Maltby, J., & Day, L. (2000). Depressive symptoms and religious orientation: Examining the relationship between religiosity and depression within the context of other correlates of depression. *Personality and Individual Differences*, 28, 383-393.
11. Koenig, H.G., Georg, L. K., & Titus, P. (2004). Religion, spirituality and health in medically ill hospitalized older patients. *Pub Med*, 52, 554-562.

۳۴. خدایاری فرد، م.؛ غباری بناب، ب.؛ فقیهی، ع.؛ شکوهی یکتا، م. و به‌پژوه، ا. (۱۳۸۵). آماده‌سازی و هنجاریابی مقیاس سنجش دینداری در جامعه دانشجویی کشور. تهران: دانشگاه تهران.
35. Tobin, S. S. (1991). Preserving the self through religion. In *Personhood in advanced old age: applications for practice* (pp. 119-133). New York: Springer.
36. Koenig, H.G., & Cohen, H. (2002). The link between religion and mental health. Oxford University Press.
37. Idler, E. L. (1987). Religious involvement and the health of the elderly: Some hypotheses and an initial test. *Social Forces*, 66, 226-238.
38. McIntosh, D., & Spilka, B. (1990). Religion and physical health: The role of personal faith and control beliefs. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 2, 167-194.
39. House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.
40. Cour, P. L., Avlund, K., & Larsen, K. S. (2006). Religion and survival in a secular region. A twenty year follow-up of 734 Danish adults born in 1914. *Social science & Medicine*, 62:157-164.
41. Harrison, J. A. (1998). Effects of music and auditory stimuli on secretory immunoglobulin in saliva: response the manipulation of mood. *Biological Psychology*, 53, 25-35.
۴۲. روشن، ر. (۱۳۶۹). بررسی مقایسه‌ای میزان شیوع افسردگی و اضطراب در دانشجویان شاهد و غیر شاهد در سطح دانشگاه‌های شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم انسانی.
43. Diener, E.M., Suh, R. E., Lucas, D. & Smith L.S., (1999). Subjective well-being: Three decade of progress. *Psychological Bulletin*, Vol. 125, No. 2, 276-302.
44. Mohr, W. K. (2008). *Spiritual Issues in Psychiatric Care. Perspectives in Psychiatric Care*, 42(3).
24. Green, L.B., & Parker, H.J. (1999). Parental influence upon adolescent's occupational choice. *Journal of Counseling Psychology*, 12, 28-39.
25. Richards, P.S. (1991). Religious devoutness in college students: Relations with emotional, and social adjustment and psychological well-being. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 189-199.
26. Donahue, J. M. & Benson, H. (1995). Religious and well-being of adolescents. *Journal of Social Issues*, 51(2), 145-160.
27. Hood, R.W., Splika, B., Hunsberger, B. & Gorsuch, R. (1996). *The Psychology of Religion: an empirical approach*. New York: Guilford Press.
۲۸. اصفهانی اصل، م. (۱۳۸۱). مقایسه سازگاری فردی و اجتماعی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان شاهد و غیرشاهد هدایت شده به اولویت‌های پنج‌گانه طبق برنامه هدایت تحصیلی. طرح پژوهشی اجرا شده با همکاری اداره کل بنیاد شهید انقلاب اسلامی خوزستان.
۲۹. گودرزی، ع. (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین گرایش به دینداری و ویژگی‌های فردی و اجتماعی دانش‌آموزان متوسطه شاهد در استان همدان. اداره کل بنیاد شهید انقلاب اسلامی استان همدان، اداره کل پژوهش و تحقیق.
30. Goldberg, D. P. (1972). The Detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley Monograph*, No. 21. Oxford: Oxford University Press.
۳۱. تقوی، م. (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی، مجله روان‌شناسی، شماره ۲۰، سال پنجم، ۳۹۴-۳۸۱.
۳۲. هومن، ع. (۱۳۷۶). استانداردسازی پرسشنامه عمومی بر روی دانشجویان دوره‌های کارشناسی دانشگاه تربیت معلم، مؤسسه تحقیقات تربیتی، طرح پژوهشی خاتمه یافته.
۳۳. خدایاری فرد، م.؛ غباری بناب، ب.؛ شکوهی یکتا، م. (۱۳۷۸). تهیه مقیاس اندازه‌گیری اعتقادات و نگرش مذهبی دانشجویان دانشگاه صنعتی شریف. تهران: دانشگاه صنعتی شریف.

تأثیر آموزش مهارت‌های ابراز وجود در افزایش جرأت ورزی و عزت نفس دانش آموزان کم جرأت دختر پایه سوم تا پنجم ابتدایی شهر تهران

نویسندگان: یاسر رضاپور میر صالح^{۱*}، پریسا ابوترابی کاشانی^۲ و دکتر صغری ابراهیمی
قوام^۳

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی

۲. کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز.

۳. استادیار دانشگاه علامه طباطبایی

* Email: yrezapoor@yahoo.com

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های ابراز وجود بر افزایش جرأت ورزی و عزت نفس دانش آموزان کم جرأت دختر پایه سوم تا پنجم ابتدایی شهر تهران بود. بدین منظور، با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای، از میان مناطق تهران یک منطقه به صورت تصادفی انتخاب، و سپس از میان مدارس ابتدایی دخترانه آن منطقه، دو مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد. در نهایت از ۲۷ دانش آموز کم جرأت شناسایی شده از میان دانش آموزان پایه سوم تا پنجم آن مدارس (با استفاده از مصاحبه تشخیصی محققین و نمره آزمون گمبریل و ریچی)، ۲۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. طرح پژوهش از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. پرسشنامه جرأت ورزی گمبریل و ریچی برای سنجش میزان جرأت ورزی و پرسشنامه عزت نفس کوپراسمیت برای سنجش میزان عزت نفس این دانش آموزان مورد استفاده قرار گرفت. پس از انجام پیش آزمون برنامه آموزش ابراز وجود طی ۱۰ هفته، هر هفته ۱ جلسه، به مدت ۱/۵ ساعت اجرا شد و در پایان از دانش آموزان پس آزمون گرفته شد. به منظور پیگیری تأثیر آموزش مهارت های ابراز وجود، پس از گذشت ۲۵ روز، آزمون روی هر دو گروه مجدداً اجرا شد. داده های بدست آمده با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس دو عاملی همراه با اندازه گیری های مکرر روی یک عامل تحلیل شد. نتایج نشان داد که میزان جرأت ورزی و عزت نفس آزمودنیها در پایان برنامه درمانی افزایش یافت. نتایج آزمون پیگیری نشان داد که تأثیر آموزش، ۲۵ روز بعد از اجرای آن نیز حفظ شده است. با توجه به یافته های پژوهش حاضر می توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های ابراز وجود، می تواند موجب ارتقاء میزان جرأت ورزی و عزت نفس دانش آموزان کم جرأت شود.

واژه های کلیدی: مهارت های ابراز وجود، جرأت ورزی، عزت نفس.

روان‌شناسی
بالینی
و شخصیت

دانشور
ورثتور

• دریافت مقاله: ۸۸/۱۱/۱۹

• پذیرش مقاله: ۹۱/۲/۷

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Nineteenth Year, No.7
Autumn & Winter
2012- 2013

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال نوزدهم- دوره جدید

شماره ۷

پاییز و زمستان ۱۳۹۱

مقدمه

عزت نفس^۱ کودک وابسته به مهارتهایی است که کودک در ایجاد ارتباط با همسالان و بزرگسالان دارد. کودکی که از مهارت های اجتماعی خوبی برخوردار است در ایجاد روابط رضایت بخش موفق است و می‌تواند بازخوردهای مناسبی از جانب دیگران دریافت کند [۱]. یکی از مؤلفه های مهم مهارتهای اجتماعی، ابراز وجود^۲ می باشد. فردی که دارای توانایی ابراز وجود است، ضمن پافشاری برخواسته های منطقی خود و انجام رفتار مخالفی در دفاع از آنها، حقوق و سلیقه های دیگران را مورد توجه قرار می دهد و از اجحاف حقوق دیگران و تضییع آنها خودداری می کند [۲]. به طور کلی، ابراز وجود به توانایی فرد در بیان و دفاع از عقاید، علاقمندی ها و احساسات خود به نحوی شایسته و بدون اضطراب اتلاق می شود [۳]. فردی که دارای توانایی ابراز وجود است، مسئولیت رفتارها و انتخابهای خود را می پذیرد، دارای عزت نفس کافی است، احساس، افکار و نگرشی مثبت نسبت به خود و دیگران دارد و رفتارش با خود و دیگران صریح و صادقانه است [۴]. این فرد از روشهای ارتباطی استفاده می کند که او را قادر می سازد حرمت نفس خویش را حفظ کند، و خشنودی و ارضای خواسته های خویش را دنبال کند [۵]. افرادی که ابراز وجود دارند، درجات بالایی از اعتماد به نفس و حرمت نفس را نشان می دهند [۶]. توانایی ابراز وجود و اظهار خواسته های خود در کودکان از اهمیت بسیاری برخوردار است. برخی از کودکان رفتارهای ابراز وجود را یاد نگرفته اند و قدرت «نه» گفتن را ندارند و نمی توانند به صورت جرأت مندانه با اطرافیان خود تعامل داشته باشند [۷]. به همین دلیل، ملاحظه می شود که میزان پذیرش خود و عزت نفس در این گونه کودکان پایین است [۸]. رفتارهای مغایر با ابراز وجود بر مهارت های جرأت ورزی^۳ افراد تأثیر بسیاری دارد. ابراز

وجود در روابط اجتماعی کودکان ایجاد اختلال کرده و آنها را به سوی اتخاذ رفتارهای منفعلانه، مانند خجالتی بودن، افسردگی و اضطراب سوق می دهد و یا به سوی پرخاشگری و بزهکاری هدایت می کند [۹]. افراد کم جرأت از مهارت های ابراز وجود بسیار پایینی برخوردارند. این افراد تمایل دارند که از تعارض در همه شرایط جلوگیری کنند. آنها نگرانیها را درونی می کنند تا خود را به خطر نیندازند. اعتقاد زیر بنایی این افراد آن است که نیازهای افراد دیگر مهمتر از نیازهای خودشان می باشد و اگر فرد نیازهای خودش را بر آورده کند، دیگران او را طرد خواهند کرد. همچنین فرد کم جرأت می تواند افکار و احساسات خود را به شکل خصومت آمیز و پرخاشگرانه نیز نشان دهد. این افراد از تهدید و کنترل در برآوردن نیازهایشان استفاده می کنند [۱۰]. صحبت با صدای بلند و خشن، خصمانه نگاه کردن به دیگران، صحبت در رابطه با اتفاقات گذشته به صورت ملامت کننده، سرزنش کننده و تحقیر آمیز، بیان تند و خود خواهانه احساسات و عقاید در یک الگوی تعصبی، ارزش های خود را مهمتر از ارزش های دیگران قلمداد کردن و صدمه زدن به دیگران برای اجتناب از صدمه شخصی از ویژگیهای این افراد است [۱۱]. از این رو برای رفع این گونه اختلالهای رفتاری و ناهنجاری عاطفی اجرای برنامه های آموزش ابراز وجود ضرورت دارد. ابراز وجود شیوه ای است که طی آن تلاش می شود با استفاده از روشهای متنوع یادگیری و تنظیم برنامه ای عملی و سنجیده، قدرت اثر بخشی و نظارت فرد را بر محیط خود افزایش داد، و از این راه خواستگاه های لازم برای تقویت رفتار مطلوب را فراهم کند. ابراز وجود معمولاً با تعیین تکالیف خانگی و برنامه ریزی هفتگی در مورد فعالیتهای فرد در محیط خانواده، محیط کار و جامعه و همچنین آموزش مهارتهای اجتماعی و ارتباطی توأم می شود و طی این فرایند به فرد آموزش داده می شود تا در موقعیتهای مختلف، عمل جسارت آمیزی از خود نشان دهد [۱۲]. برنامه آموزش ابراز وجود، شیوه های اجرایی متعددی دارد که به طور فردی یا گروهی اعمال می شود. برخی از شیوه های

1. self-esteem

2. Self- assertive

3. assertion

داد که آموزش ابراز وجود باعث افزایش ابراز وجود، عزت نفس و بهداشت روانی و کاهش اضطراب اجتماعی می شود. عاشوری و همکارانش [۱۸] نیز در مطالعه خود نشان دادند که آموزش مهارت های ابراز وجود موجب کاهش پرخاشگری و افزایش پیشرفت تحصیلی دانش آموزان می شود.

آموختن مهارتهای ابراز وجود به کودکان بسیاری ضروری است، زیرا آنان با کسب این مهارتها بهتر می توانند در گروه دوستان پذیرفته و جذب شوند و این امر باعث افزایش عزت نفس آنها می گردد و به دنبال آن عزت نفس بالا می تواند موجب افزایش پیشرفت تحصیلی و موفقیت های شغلی گردد. در واقع دور روانشناختی با اثرات مثبت آغاز می گردد و پیامدهای آن خود بر ابراز وجود اثر می گذارد [۱۹]. بنابراین با توجه به تعداد زیاد دانش آموزانی که از مهارت های ابراز وجود پایینی برخوردارند، نقش این مهارت ها در اعتماد به نفس، جرأت ورزی و نهایتاً پیشرفت تحصیلی آنها [۱۸]، و فقدان پژوهش های کافی در این زمینه، انجام پژوهشی که به ارزیابی تأثیر آموزش مهارت های ابراز وجود در دانش آموزان بپردازد ضروری به نظر می رسد. هدف از مطالعه حاضر بررسی تأثیر آموزش مهارتهای ابراز وجود بر افزایش جرأت ورزی و عزت نفس دانش آموزان کم جرأت پایه سوم تا پنجم ابتدایی شهر تهران بود. با توجه به این هدف فرضیه های زیر تنظیم شدند:

۱- آموزش مهارتهای ابراز وجود به دانش آموزان کم جرأت، موجب بالا رفتن میزان رفتارهای جرأت مندانه آنان می شود.

۲- آموزش مهارتهای ابراز وجود به دانش آموزان کم جرأت، موجب افزایش عزت نفس آنان می شود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه

آموزشی ابراز وجود عبارتند از: بازسازی عقلانی، نظارت بر خود، آرمیدگی در موقعیت واقعی، حساسیت زدایی، تمرین رفتار، ایفای نقش، سرمشق گیری، بازخورد، حل مسئله، راهنمایی، تقویت، توقف فکر، آموزش درخواست کردن، "بله گفتن" و "نه گفتن"، ابراز احساسات مثبت، ابراز احساسات منفی و روشهای مقابله با انتقاد و آموزش انتقاد سازنده [۱۳]. اعتقاد بر این است که آموزش ابراز وجود به صورت گروهی در مقابله با روش فردی فواید بیشتری دارد، زیرا اعضای گروه می توانند رفتار ابراز وجود را در گروه تمرین کنند. اعضای گروه، رفتار ابرازمندان را راحت تر می پذیرند، زیرا دلایل رفتار را درک می کنند و در یک گروه فرصت های بیشتری برای ترغیب و تشویق و بالا بردن ابراز وجود فراهم می شود [۱۳]. پژوهش های بسیاری تأثیر مهارت های ابراز وجود در کودکان، خصوصاً دانش آموزان را مورد بررسی قرار داده اند. برای مثال نتایج مطالعه واکرمن^۱ نشان داد که آموزش مهارت های ابراز وجود در دانش آموزانی که فاقد جرأت ورزی بودند و اضطراب اجتماعی در آنها بالا بود، موجب افزایش جرأت ورزی آنها شد [۱۴]. تمپل و رابسون^۲ [۱۵] تأثیر برنامه های ابراز وجود را بر عزت نفس کودکان مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که عزت نفس در اکثر آزمودنیها به طور معنی داری افزایش یافت و این بهبود در پیگیریهای بعدی نیز مشاهده شد. کرکلند، تین و میلر^۳ در پژوهشی اثر آموزش گروهی ابراز وجود را در مورد ۳۶ تن از دانش آموزان دبیرستانی ارزیابی کردند. نتایج مطالعه آنها نشان دادند که آموزش ابراز وجود به صورت گروهی، ابراز وجود افراد را در موقعیت ایفای نقش افزایش داده است. اثر آموزش تا چند هفته پس از آموزش نیز حفظ شده بود [۱۶]. نیسی و شهنی بیلاق [۱۷] تأثیر آموزش ابراز وجود بر ابراز وجود، عزت نفس، بهداشت روانی و اضطراب اجتماعی در دانش آموزان پسر مضطرب اجتماعی سال اول دبیرستان مورد بررسی قرار دادند. نتایج مطالعه آنها نشان

1. Wakerman

2. Temple & Robson

3. Kirkland, Thelen & Miller

نمره‌ها در آزمون گمبریل و ریچی) یعنی بالاتر از ۷۵ بود. تعداد این دانش‌آموزان ۲۷ نفر بود که ۲۰ نفر آنها برای شرکت در پژوهش به صورت تصادفی انتخاب شدند.

ابزار سنجش

پرسشنامه جرأت ورزی گمبریل و ریچی

این پرسشنامه توسط گمبریل و ریچی^۱ [۲۰] تهیه شده است و دارای ۴۰ ماده اصلی می‌باشد. هر ماده آزمون یک موقعیتی را که مستلزم رفتار جرأت ورزی است نشان می‌دهد. از آزمودنی خواسته می‌شود که درجه ناراحت شدن خود را هنگام مواجهه با آن موقعیت بر حسب یک مقیاس پنج درجه‌ای علامت بزنند. به پاسخ اصلاً ناراحت نمی‌شوم نمره صفر، کمی ناراحت می‌شوم نمره یک، به طور متوسط ناراحت می‌شوم نمره دو، زیاد ناراحت می‌شوم نمره سه و خیلی زیاد ناراحت می‌شوم نمره چهار تعلق می‌گیرد. نمره کل از جمع کردن نمرات تمام سوال‌ها به دست می‌آید. هر چه نمره فرد در آزمون پایین‌تر باشد نشان‌دهنده جرأت ورزی بالاتر در وی است. موقعیت‌هایی که جرأت ورزی آزمودنی‌ها مورد سوال قرار می‌گیرد عبارتند از: شروع کردن تعامل با دیگران، مواجه شدن با دیگران، دادن بازخورد منفی، پاسخ دادن به انتقاد، رد کردن تقاضا، پذیرفتن محدودیت‌های خود و تعریف کردن از دیگران می‌باشد. تحلیل عوامل توسط گمبریل و ریچی [۲۰] نشان داد که این پرسشنامه دارای روایی^۲ بالایی است و توانایی تمایز گذاری بین افراد جرأت‌ورز بالا و پایین را دارد. آنها اعتبار عاملی ماده‌های مختلف این پرسشنامه را بین ۰/۳۹ تا ۰/۷۰ بدست آوردند. گمبریل و ریچی [۲۰] ضریب اعتبار^۳ این پرسشنامه را به روش‌های آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۳ گزارش کردند. غباری بناب و حجازی [۲۱] نیز در پژوهش خود با استفاده از ضریب

آماري پژوهش حاضر شامل دانش‌آموزان دختر کم‌جرأت، که در پایه سوم تا پنجم مدارس شهرتهران در نیمه دوم سال تحصیلی ۸۷-۸۶ مشغول به تحصیل بودند می‌شد. افراد مورد مطالعه در این تحقیق ۲۰ نفر از دانش‌آموزان دختر کم‌جرأت بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از میان جامعه انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا، از میان مناطق تهران یک منطقه به صورت تصادفی انتخاب، و سپس از میان فهرست مدارس ابتدایی دخترانه آن منطقه، دو مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد. در نهایت از ۲۷ دانش‌آموز کم‌جرأت شناسایی شده در آن مدارس (با استفاده از مصاحبه تشخیصی محققین و نمره آزمون گمبریل و ریچی)، ۲۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۰ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. شیوه شناسایی دانش‌آموزان کم‌جرأت با استفاده از مصاحبه تشخیصی محققین بدین صورت بود که ابتدا، جلسه‌ای با چند نفر از معلمین هر دو مدرسه برگزار شد و ویژگی‌های کودکان و نوجوانان کم‌جرأت و علائم و نشانه‌های قابل مشاهده این قبیل افراد توضیح داده شد. پس از شناسایی دانش‌آموزان کم‌جرأت توسط معلمین، محققین با دانش‌آموزان معرفی شده مصاحبه تشخیصی اولیه انجام دادند تا دارا بودن رفتارها و علائم دانش‌آموزان کم‌جرأت را تایید کنند. همچنین برای تشخیص دانش‌آموزان کم‌جرأت از روی نمره آزمون جرأت ورزی، محققین آزمون روی ۲۱۴ نفر از دانش‌آموزان پایه سوم تا پنجم که به صورت تصادفی ساده از میان دانش‌آموزان دو مدرسه انتخاب شده بودند اجرا کردند تا میانگین نمرات جرأت ورزی را در دانش‌آموزان بدست آورند. در نهایت، با توجه به اینکه میانگین نمرات دانش‌آموزان در آزمون جرأت ورزی ۶۳/۳۴ و انحراف معیار آن‌ها ۵/۸۳ بود، دانش‌آموزانی به عنوان کم‌جرأت شناسایی شدند که هم توسط محققین در مصاحبه تشخیصی به عنوان کم‌جرأت شناسایی شده بودند و هم نمره آنها در آزمون جرأت ورزی گمبریل و ریچی دو انحراف معیار بالاتر از میانگین (به دلیل معکوس بودن

1. Gambrill, E. & Richey

2. validity

3. reliability

آماری تحلیل واریانس دوعاملی همراه با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک عامل تحلیل شد. مداخله آزمایشی بر اساس دستور العمل مشخصی [۱۷، ۱۶ و ۱۸] به شرح زیر، طی ۱۰ جلسه انجام گرفت:

جلسه اول: معارفه و آشنایی با اعضای گروه، هدف از تشکیل گروه، تعداد و تواتر و زمان پایان جلسات، رعایت قوانین، انجام تکالیف منزل، دادن تکلیف درمورد نحوه معارفه خود به دیگران.

جلسه دوم: ارائه گزارش از تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، بحث در مورد مهارت‌های کلامی و مهارت‌های غیرکلامی و تمرین بر روی نحوه تصدیق، تحسین، توسعه ارتباط و هرگونه استفاده از زبان کلامی مثل گفتن متشکرم، می‌فهمم، بله، درست است، می‌باشد و مهارت‌های غیرکلامی شامل صداهای زیر لب، لمس (مثل دست دادن در ابتدای برخورد اجتماعی، دست زدن روی شانه‌ها، زدن دست محبت به پشت، فشردن توأم با محبت دست دیگران) و نحوه بیان (لحن و تن صدا) و دادن تکالیف در مورد مهارت‌های کلامی و غیرکلامی.

جلسه سوم: ارائه گزارش از تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، تمرین بر روی نحوه گوش دادن، آماده کردن محیط فیزیکی، سوال کردن به منظور روشن شدن مطلب گفته شده، بازگرداندن صحبت‌ها برای ایجاد همدلی در طرف مقابل و ابراز خود و دادن تکلیف درمورد به کارگیری مهارت‌های گوش‌دان فعال در هنگام صحبت کردن با دیگران.

جلسه چهارم: ارائه گزارش از تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، تمرین روی دادن و گرفتن تعارفات اجتماعی، احوال‌پرسی و خوش‌آمدگویی، ابراز احساسات به یک دوست صمیمی و آرزوی موفقیت برای او، تبریک اعیاد، ابراز احساسات در مجالس شادی و تسلیت به کسی، معرفی دو دوست به یکدیگر با هدف افزایش شبکه اجتماعی و رشد اجتماعی و دادن تکلیف درمورد تعارفات اجتماعی.

جلسه پنجم: ارائه گزارش از تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، تمرین روی شناسایی خود و آموزش رفتار

آلفای کرونیباخ اعتبار پرسشنامه را ۰/۸۸ بدست آوردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونیباخ این پرسشنامه ۰/۸۶ محاسبه شد.

پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت

این پرسشنامه توسط کوپراسمیت^۱ در سال ۱۹۶۷ ساخته شد و شامل ۵۸ سوال است که ۸ سوال آن دروغ‌سنج است [۲۲]. شیوه نمره‌گذاری این آزمون به صورت صفر و یک است. حداقل نمره ای که یک فرد می‌تواند بگیرد صفر و حداکثر پنجاه خواهد بود. افرادی که در این آزمون نمره بیشتری کسب کنند، عزت نفس بالاتری دارند. در پژوهش‌های متعددی به روایی و اعتبار بالایی پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت اشاره شده است [۲۳، ۲۲ و ۲۴]. غباری بناب و حجازی [۲۱] در پژوهش خود آلفای کرونیباخ این پرسشنامه را ۰/۸۷ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونیباخ آن ۰/۸۴ محاسبه شد. لازم به ذکر است که هنگام اجرای این آزمون، محققان سؤالاتی که به نظر می‌رسید کودکان درک آنها مشکل داشته باشند را به طور ساده برای آنها توضیح می‌دادند و به صورت فردی به کودکانی که در هر کدام از سؤالات مشکل داشتند توضیحات لازم داده می‌شد.

روش اجرا

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که ابتدا با جایگزینی تصادفی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و کنترل، از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد. سپس برنامه آموزش ابراز وجود طی ۱۰ هفته، هر هفته ۱ جلسه، به مدت ۱/۵ ساعت در گروه آزمایش اجرا شد، ولی گروه کنترل این آموزش‌ها و مهارت‌ها را دریافت نکردند. در پایان جلسه آخر از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. به منظور پیگیری تأثیر آموزش در گروه آزمایش، پس از گذشت ۲۵ روز هر دو گروه دوباره تحت آزمون قرار گرفتند. داده‌های بدست آمده از هر دو گروه با استفاده از آزمون

^۱ . Coopersmith

نتایج

شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی مربوط به نمره‌های آزمودنی‌های گروه نمونه به تفکیک دو پرسشنامه مورد استفاده در پژوهش و همچنین به تفکیک دو گروه آزمایشی و کنترل در جدول ۱ نشان داده شده است. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس پیش‌فرض‌های این آزمون از قبیل استقلال نمرات هر گروه از یکدیگر و فاصله‌ای بودن مقیاس نمرات مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. برای بررسی دو پیش‌فرض دیگر یعنی همگنی واریانس‌های نمرات در دو گروه و نرمال بودن توزیع نمرات نیز به ترتیب از آزمون‌های لون و کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج آزمون لون در نمرات جرأت ورزی ($F=0/42, df=20, p>0/05$) و عزت نفس ($F=0/36, df=20, p>0/05$) نشان داد که مقدار F بدست آمده در سطح $\alpha=0/05$ معنی‌دار نیست بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان نتیجه‌گیری کرد که واریانس‌های نمرات دو گروه با یکدیگر همگن هستند. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نیز نشان داد که نمرات جرأت ورزی ($F=0/15, df=20, p>0/05$) و عزت نفس ($F=0/12, df=20, p>0/05$) دارای توزیع نرمال در جامعه می‌باشند.

نتایج آزمون آماری تحلیل واریانس دو عاملی همراه با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک عامل برای آزمون فرضیه اول در جدول ۲ آورده شده است. با توجه به اینکه F محاسبه شده برای تاثیر سطر (گروه آزمایشی و گروه کنترل) ($0/370$) کوچکتر از F بحرانی جدول در سطح $\alpha=0/05$ با درجات آزادی ۱ و ۱۸ ($4/41$) است، بنابراین فرض صفر مبنی بر برابری میانگین نمره‌های آزمودنی‌های دو گروه آزمایشی و کنترل، بدون در نظر گرفتن عامل تکرار شده در ستون (سه نوبت اجرای آزمون جرأت ورزی)، با اطمینان ۹۵ درصد تأیید می‌شود. به عبارت دیگر بین میانگین کل نمره‌های گروه آزمایشی ($74/967$) و گروه کنترل ($76/167$)، بدون در نظر گرفتن سه نوبت اجرا، تفاوت معناداری وجود ندارد.

قاطعانه، برخورد جدی در زندگی و ارتباط عمیق تر با دیگران، تعریف کردن و قدردانی از دیگران تقاضا کردن و رد تقاضاهای غیر منطقی به منظور بر آوردن نیازهای فردی و اجتماعی و آشنایی با حقوق خود، دادن تکلیف در مورد تعریف و قدردانی از خانواده و دوستان، تقاضا کردن و رد تقاضاهای غیر منطقی دیگران.

جلسه ششم: ارائه گزارش از تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، تمرین بر روی تشخیص بین رفتار همراه با ابراز وجود، پرخاشگرانه، عدم ابراز وجود، شناسایی عوامل ناراحت کننده شخصی به منظور شناسایی نقاط آسیب پذیر خود در ارتباط با دیگران و سعی در رفع آنها و دادن تکلیف در مورد رفتار همراه با ابراز وجود و شناسایی عوامل ناراحت کننده شخصی.

جلسه هفتم: ارائه گزارش از تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، تمرین بر روی انتقاد پذیری و نحوه کنار آمدن با انتقاد با هدف پذیرش خطا و اشتباه خود و عدم توجیه و بهانه تراشی در جایی که فرد مقصر است و حفظ خوشرویی و متانت و پرهیز از پرخاش به فردی که اشتباه می‌کند. دادن تکلیف در مورد کنار آمدن و قبول انتقاد.

جلسه هشتم: ارائه گزارش از تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، تمرین در مورد نحوه انتقاد مناسب و مؤثر و نحوه خصوصی سوال کردن و کنترل و بیان خشم و دادن تکلیف در مورد نحوه انتقاد کردن و بررسی علل خشم و برخورد با آن.

جلسه نهم: ارائه گزارش از تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، تمرین روی نحوه ابراز احساسات مثبت خود به دیگران و شناسایی عوامل زمینه‌ساز برای باورهای غیر منطقی و نحوه برخورد با تحقیرهای کلامی و غیر کلامی و دادن تکلیف در مورد پاسخ به تحقیرهای کلامی و غیر کلامی و شناسایی عوامل زمینه‌ساز باورهای غیر منطقی.

جلسه دهم: ارائه گزارش از تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، جمع بندی و ارائه خلاصه‌ای از مطالب مطرح شده و ارزشیابی.

تأثیر آموزش مهارت‌های ابراز وجود در افزایش جرأت ورزشی و عزت نفس دانش آموزان کم جرأت دختر پایه سوم تا پنجم ابتدایی شهر تهران

جدول ۱: شاخص های گرایش توصیفی نمرات عزت نفس و جرأت ورزشی گروه های آزمایشی و کنترل

واریانس	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	نوبت اجرای آزمون	گروه ها	
۵۱۱/۹	۰۸۴/۳	۳۲/۲۰	۱۰	پیش آزمون	آزمایشی	متغیر عزت نفس
۱۵۶/۱۷	۱۴۲/۴	۳۶/۴۰	۱۰	پس آزمون ۱		
۲۸۹/۱۳	۶۴۵/۳	۳۵/۲۰	۱۰	پس آزمون ۲		
۲۲/۱۷۸	۴/۷۰۹	۳۲/۸۰	۱۰	پیش آزمون	کنترل	
۳۷۸/۱۷	۴/۱۶۹	۳۳/۴۰	۱۰	پس آزمون ۱		
۱۹/۳۳۳	۴/۳۹۷	۳۳/۰۰	۱۰	پس آزمون ۲		
۹/۷۸۹	۳/۱۲۹	۷۷/۷۰	۱۰	پیش آزمون	آزمایشی	متغیر جرأت ورزشی
۱۶/۷۶۷	۴/۰۹۵	۷۳/۱۰	۱۰	پس آزمون ۱		
۲۹/۴۳۳	۵/۴۲۵	۷۴/۱۰	۱۰	پس آزمون ۲		
۱۳/۲۸۹	۳/۶۴۵	۷۶/۲۰	۱۰	پیش آزمون	کنترل	
۲۶/۸۸۹	۵/۱۸۵	۷۶/۰۰	۱۰	پس آزمون ۱		
۳۸/۶۷۸	۶/۲۱۹	۷۶/۳۰	۱۰	پس آزمون ۲		

* کاهش نمره در آزمون جرأت ورزشی گمبریل و ریچی نشان دهنده افزایش جرأت ورزشی می باشد.

جدول ۲: تجزیه و تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه گیری های مکرر روی یک عامل برای نمرات جرأت ورزشی آزمودنی ها

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین آزمودنی ها	۱۰۳۷/۴۰۰				
R (سطرها - گروه آزمایشی و گروه کنترل)	۲۱/۶۰۰	۱	۲۱/۶۰۰	۰/۳۷۰	۰/۵۵۱
S/R	۱۰۵۱/۸۰۰	۱۸	۵۸/۴۳۳		
درون آزمودنی ها	۲۷۹/۳۳۳				
C (ستون ها - پیش آزمون، پس آزمون ۱ و پس آزمون ۲)	۶۱/۶۳۳	۲	۳۰/۸۱۷	۶/۸۵۷	۰/۰۰۳
C*R (کنش متقابل سطر و ستون)	۵۵/۹۰۰	۲	۲۷/۹۵۰	۶/۲۱۹	۰/۰۰۵
C*S/R	۱۶۱/۸۰۰	۳۶	۴/۴۹۴		
کل (T)	۱۳۵۲/۷۳۳	۵۴			

بزرگتر از F بحرانی جدول در سطح $\alpha = ۰/۰۱$ با درجات آزادی ۲ و ۳۶ (۵/۲۵) است بنابراین فرض صفر

از طرفی با توجه به اینکه F محاسبه شده برای تاثیر ستون (پیش آزمون، پس آزمون ۱ و پس آزمون ۲) (۶/۸۵۷)

درجات آزادی ۲ و ۳۶ (۵/۲۵) است. بنابراین فرض صفر مبنی بر برابری شش میانگین در سه نوبت اجرای آزمون جرأت‌ورزی با در نظر گرفتن عامل قرار گرفته شده در سطر (گروه آزمایشی و گروه کنترل) با اطمینان ۹۹ درصد رد می‌شود. به عبارت دیگر، آموزش مهارت‌های ابراز وجود در میانگین نمرات جرأت‌ورزی آزمودنی‌های در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت ایجاد کرده است. برای مقایسه دوبه‌دو میانگین‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شده که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

مبنی بر برابری میانگین کل آزمودنی‌ها در سه نوبت اجرای آزمون جرأت‌ورزی بدون در نظر گرفتن عامل قرار گرفته شده در سطر (گروه آزمایشی و گروه کنترل) با اطمینان ۹۹ درصد رد می‌شود. به عبارت دیگر، میانگین آزمودنی‌ها در سه نوبت اجرای آزمون جرأت‌ورزی بدون در نظر گرفتن قرار داشتن آنها در گروه آزمایشی و کنترل با یکدیگر متفاوت است.

در نهایت، با توجه به اینکه F محاسبه شده برای تاثیرکنش متقابل سطر و ستون (گروه آزمایشی و گروه کنترل - پیش آزمون، پس آزمون ۱ و پس آزمون ۲) (۶/۲۱۹) بزرگتر از F بحرانی جدول در سطح $\alpha = 0/01$ با

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی توکی برای سه نوبت اجرای آزمون جرأت‌ورزی گمبریل و ریچی در دو گروه آزمایشی و کنترل

فاصله اطمینان ۹۵ درصد		خطای استاندارد	تفاوت میانگین		نوبت اجرای آزمون (ب)	نوبت اجرای آزمون (الف)
حد بالا	حد پایین		(الف- ب)			
۱۰/۸۶	-۱/۶۶	۲/۱۲۰	*	۴/۶۰۰	پس آزمون ۱- گروه آزمایشی	پیش آزمون- گروه آزمایشی
۹/۸۶	-۲/۶۶	۲/۱۲۰	*	۳/۶۰۰	پس آزمون ۲- گروه آزمایشی	
۷/۷۶	-۴/۷۶	۲/۱۲۰		۱/۵۰۰	پیش آزمون- گروه کنترل	
۷/۹۶	-۴/۵۶	۲/۱۲۰		۱/۷۰۰	پس آزمون ۱- گروه کنترل	
۷/۶۶	-۴/۸۶	۲/۱۲۰		۱/۴۰۰	پس آزمون ۲- گروه کنترل	
۵/۲۶	-۷/۲۶	۲/۱۲۰		-۱/۰۰۰	پس آزمون ۲- گروه آزمایشی	پس آزمون ۱- گروه آزمایشی
۳/۱۶	-۹/۳۶	۲/۱۲۰	*	-۳/۱۰۰	پیش آزمون- گروه کنترل	
۳/۳۶	-۹/۱۶	۲/۱۲۰	*	-۲/۹۰۰	پس آزمون ۱- گروه کنترل	
۳/۰۶	-۹/۴۶	۲/۱۲۰	*	-۳/۲۰۰	پس آزمون ۲- گروه کنترل	
۴/۱۶	-۸/۳۶	۲/۱۲۰	*	-۲/۱۰۰	پیش آزمون- گروه کنترل	پس آزمون ۲- گروه آزمایشی
۴/۳۶	-۸/۱۶	۲/۱۲۰	*	-۱/۹۰۰	پس آزمون ۱- گروه کنترل	
۴/۰۶	-۸/۴۶	۲/۱۲۰	*	-۲/۲۰۰	پس آزمون ۲- گروه کنترل	
۶/۴۶	-۶/۰۶	۲/۱۲۰		۰/۲۰۰	پس آزمون ۱- گروه کنترل	پیش آزمون- گروه کنترل
۶/۱۶	-۶/۳۶	۲/۱۲۰		-۰/۱۰۰	پس آزمون ۲- گروه کنترل	
۵/۹۶	-۶/۵۶	۲/۱۲۰		-۰/۳۰۰	پس آزمون ۲- گروه کنترل	پس آزمون ۱- گروه کنترل

* تفاوت میانگین‌ها در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

همچنین پایین‌تر از میانگین نمره‌های گروه کنترل در پیش‌آزمون و دو نوبت اجرای پس‌آزمون بود. با در نظر گرفتن این مطلب که کاهش نمره فرد در آزمون جرأت‌ورزی نشان‌دهنده افزایش این ویژگی در وی است، میتوان نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های ابراز وجود باعث افزایش جرأت‌ورزی دانش‌آموزان کم‌جرأت شده است و این تاثیر در فاصله بین پس‌آزمون و مرحله پیگیری دوام داشته است.

نتایج آزمون آماری تحلیل واریانس دو عاملی همراه با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک عامل برای آزمون فرضیه دوم در جدول ۴ آورده شده است.

با توجه به نتایج آزمون تعقیبی توکی با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان نتیجه گرفت که میانگین نمره‌های آزمون جرأت‌ورزی در دو نوبت اجرا پس از آموزش مهارت‌های ابراز وجود در گروه آزمایشی با یکدیگر تفاوت معنادار آماری ندارند ولی میانگین این دو نوبت اجرا به طور معناداری با میانگین نمره‌های پیش‌آزمون در گروه آزمایشی و همچنین هر سه نوبت اجرا در گروه کنترل تفاوت معنادار آماری دارد. به عبارت دیگر، نمره‌های هر دو اجرای پس‌آزمون در گروه آزمایشی (پس از آموزش مهارت‌های ابراز وجود) به طور معناداری پایین‌تر از میانگین نمره‌های پیش‌آزمون در گروه مورد نظر و

جدول ۴: تجزیه و تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک عامل (نمره عزت نفس آزمودنی‌های کم‌جرأت)

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین آزمودنی‌ها	۳۳۴/۸۵۶				
R (سطرها - گروه آزمایشی و گروه کنترل)	۲۶۷/۳۵	۱	۳۵/۲۶۷	۰/۷۷۳	۰/۳۹۱
S/R	۰۶۷/۸۲۱	۱۸	۴۵/۶۱۵		
درون آزمودنی‌ها	۱۶۳/۹۹۹				
C (ستون‌ها - پیش‌آزمون، پس‌آزمون ۱ و پس‌آزمون ۲)	۷۳۳/۵۹	۲	۲۹/۸۶۷	۱۵/۶۸۹	۰/۰۰۰
C*R (کنش متقابل سطر و ستون)	۳۵۷۳۳	۲	۱۷/۸۶۷	۹/۳۸۵	۰/۰۰۱
C*S/R	۵۳۳/۶۸	۳۶	۱/۹۰۴		
کل (T)	۳۳۳/۱۰۲۰	۵۴			

میانگین کل نمره‌های گروه آزمایشی (۳۴/۶۰۰) و گروه کنترل (۳۳/۰۶۷)، بدون در نظر گرفتن سه نوبت اجرا، تفاوت معناداری وجود ندارد.

از طرفی با توجه به اینکه F محاسبه شده برای تاثیر ستون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون ۱ و پس‌آزمون ۲) (۱۵/۶۸۹) بزرگتر از F بحرانی جدول در سطح $\alpha=0/01$ با درجات آزادی ۲ و ۳۶ (۵/۲۵) است، بنابراین فرض صفر مبنی بر برابری میانگین کل آزمودنی‌ها در سه نوبت

همانگونه که مشاهده می‌شود، با توجه به اینکه F محاسبه شده برای تاثیر سطر (گروه آزمایشی و گروه کنترل) (۰/۷۷۳) کوچکتر از F بحرانی جدول در سطح $\alpha=0/05$ با درجات آزادی ۱ و ۱۸ (۴/۴۱) است، بنابراین فرض صفر مبنی بر برابری میانگین نمره‌های آزمودنی‌های دو گروه آزمایشی و کنترل بدون در نظر گرفتن عامل تکرار شده در ستون (سه نوبت اجرای آزمون عزت نفس) با اطمینان ۹۵ درصد تائید می‌شود. به عبارت دیگر بین

بنابراین فرض صفر مبنی بر برابری شش میانگین در سه نوبت اجرای آزمون عزت نفس با در نظر گرفتن عامل قرار گرفته شده در سطر (گروه آزمایشی و گروه کنترل) با اطمینان ۹۹ درصد رد می‌شود. به عبارت دیگر، آموزش مهارت‌های ابراز وجود در میانگین نمرات عزت نفس آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت ایجاد کرده است.

برای مقایسه دو به دو میانگین‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شده که نتایج آن در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

اجرای آزمون عزت نفس بدون در نظر گرفتن عامل قرار گرفته شده در سطر (گروه آزمایشی و گروه کنترل) با اطمینان ۹۹ درصد رد می‌شود. به عبارت دیگر، میانگین آزمودنی‌ها در سه نوبت اجرای آزمون عزت نفس، بدون در نظر گرفتن قرار داشتن آنها در گروه آزمایش و کنترل با یکدیگر متفاوت است. در نهایت با توجه به اینکه F محاسبه شده برای تاثیر کنش متقابل سطر و ستون (گروه آزمایشی و گروه کنترل - پیش آزمون، پس آزمون ۱ و پس آزمون ۲) (۹/۳۸۵) بزرگتر از F بحرانی جدول در سطح $\alpha=0/01$ با درجات آزادی ۲ و ۳۶ (۵/۲۵) است،

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی توکی برای سه نوبت اجرای پرسشنامه عزت نفس کوپر-اسمیت در دو گروه آزمایشی و کنترل

فاصله اطمینان ۹۵ درصد		خطای استاندارد	تفاوت میانگین		نوبت اجرای آزمون (ب)	نوبت اجرای آزمون (الف)
حد بالا	حد پایین		(الف - ب)			
۱/۱۶	-۹/۵۶	۱/۸۱۵	*	-۴/۲۰۰	پس آزمون ۱- گروه آزمایشی	پیش آزمون- گروه آزمایشی
۲/۳۶	-۸/۳۶	۱/۸۱۵	*	-۳/۰۰۰	پس آزمون ۲- گروه آزمایشی	
۴/۷۶	-۵/۹۶	۱/۸۱۵		-۰/۶۰۰	پیش آزمون- گروه کنترل	
۴/۱۶	-۶/۵۶	۱/۸۱۵		-۱/۲۰۰	پس آزمون ۱- گروه کنترل	
۴/۵۶	-۶/۱۶	۱/۸۱۵		-۰/۸۰۰	پس آزمون ۲- گروه کنترل	
۶/۵۶	-۴/۱۶	۱/۸۱۵		۱/۲۰۰	پس آزمون ۲- گروه آزمایشی	پس آزمون ۱- گروه آزمایشی
۸/۹۶	-۱/۷۶	۱/۸۱۵	*	۳/۶۰۰	پیش آزمون- گروه کنترل	
۸/۳۶	-۲/۳۶	۱/۸۱۵	*	۳/۰۰۰	پس آزمون ۱- گروه کنترل	
۸/۷۶	-۱/۹۶	۱/۸۱۵	*	۳/۴۰۰	پس آزمون ۲- گروه کنترل	
۷/۷۶	-۲/۹۶	۱/۸۱۵	*	۲/۴۰۰	پیش آزمون- گروه کنترل	پس آزمون ۲- گروه آزمایشی
۷/۱۶	-۳/۵۶	۱/۸۱۵	*	۱/۸۰۰	پس آزمون ۱- گروه کنترل	
۷/۵۶	-۳/۱۶	۱/۸۱۵	*	۲/۲۰۰	پس آزمون ۲- گروه کنترل	
۴/۷۶	-۵/۹۶	۱/۸۱۵		-۰/۶۰۰	پس آزمون ۱- گروه کنترل	پیش آزمون- گروه کنترل
۵/۱۶	-۵/۵۶	۱/۸۱۵		-۰/۲۰۰	پس آزمون ۲- گروه کنترل	
۵/۷۶	-۴/۹۶	۱/۸۱۵		۰/۴۰۰	پس آزمون ۲- گروه کنترل	پس آزمون ۱- گروه کنترل

* تفاوت میانگین‌ها در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

کمک کرده است تا به خود شناسی لازم نایل شوند و رفتارهای جرأت‌مندانه را در موقعیت‌های تعاملی با دیگران به طور واقعی و طبیعی تمرین کنند و به کاربرند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مهارت‌های ابراز وجود بر بالا رفتن عزت نفس دانش آموزان کم جرأت نیز تأثیر مثبت داشته است. این یافته نیز با یافته‌های اکثر پژوهش‌های انجام شده در این زمینه همسویی دارد [۲۷، ۱۷، ۱۵ و ۲۸]. افزایش عزت نفس دانش آموزان کم جرأت را احتمالاً می‌توان به شرکت آنان در برنامه‌های آموزش ابراز وجود نسبت داد. زیرا دانش آموزان در برنامه آموزش مهارت‌های ابراز وجود نسبت به احساسات و عواطف خود آگاهی یافته و شیوه روبه‌رو شدن با انتقاد، شیوه بیان نارضایتی، شیوه امتناع و عدم پذیرش یک پیشنهاد یا یک تقاضا، تعریف کردن از رفتارهای مطلوب دیگران و مشارکت کردن در امور گروهی را یاد گرفته و تمرین کرده اند [۳].

همان‌طور که بحث شد، ابراز وجود تکنیکی است که برای رفع اضطراب ناشی از برقراری روابط متقابل اجتماعی و هراس اجتماعی به کار می‌رود. در طول برنامه آموزش ابراز وجود، با ارائه اطلاعات لازم و انجام تکالیف مناسب مانند نحوه تعامل‌های اجتماعی مناسب، تمرین آهنگ صدا، حرکات بدنی و برقراری ارتباط با نگاه، موجب کاهش اضطراب و مبارزه با توقعات غیر واقع‌گرایانه و ملاحظات ارزشی و اخلاقی غیر منطقی در افراد شرکت‌کننده می‌شود [۱۲]. ابراز وجود یک مهارت اجتماعی مهم در دروان رشد یک نوجوان است و شامل جنبه‌های هیجانی، شناختی و رفتاری می‌شود. در بعد هیجانی، ابراز وجود شامل ابراز رفتارهای بین‌فردی بدون احساس اضطراب یا خشم است [۲۹]. ابراز وجود همچنین با تغییرات شناختی در کودکان همراه است که موجب تفسیرهای شناختی خاص در مورد محیط اجتماعی، خود، دیگران و تعاملات با آنها می‌شود. این تغییرات شناختی ناشی از ابراز وجود موجب به وجود آمدن «طرحواره‌های جرأت‌مندانه» در کودکان می‌شود که کودک با استفاده از این طرحواره‌های شناختی، در

با توجه به نتایج آزمون تعقیبی توکی می‌توان با اطمینان ۹۵ درصد نتیجه گرفت که میانگین نمره‌های آزمون در دو نوبت اجرای آزمون عزت نفس پس از آموزش مهارت‌های ابراز وجود در گروه آزمایشی با یکدیگر تفاوت معنادار آماری ندارند، ولی میانگین این دو نوبت اجرا به طور معناداری با میانگین نمره‌های پیش آزمون در گروه آزمایشی و همچنین هر سه نوبت اجرا در گروه کنترل تفاوت معنادار آماری دارد. به عبارت دیگر، نمره‌های هر دو اجرای پس آزمون در گروه آزمایشی (پس از آموزش مهارت‌های ابراز وجود) به طور معناداری بالاتر از میانگین نمره‌های پیش آزمون در گروه مورد نظر و همچنین بالاتر از میانگین نمره‌های گروه کنترل در پیش آزمون و دو نوبت اجرای پس آزمون بود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های ابراز وجود، باعث افزایش عزت نفس دانش آموزان کم جرأت شده است و این تأثیر در فاصله بین پس آزمون و مرحله پیگیری دوام داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

تجزیه و تحلیل یافته‌ها نشان داد که اجرای متغیر مستقل (آموزش مهارت‌های ابراز وجود) در گروه آزمایشی باعث افزایش جرأت‌ورزی و عزت نفس در آزمودنی‌های گروه آزمایشی شده است. این یافته‌ها مبین این است که ابراز وجود روشی مؤثر در افزایش جرأت‌ورزی و عزت نفس دانش آموزان کم جرأت قلمداد می‌شود. افزون بر این نتیجه، بررسی یافته‌های غیر کمی (از طریق مشاهده رفتارهای دانش آموزان توسط معلمان و محقق) در این پژوهش نیز نشان داد که دانش آموزان کم جرأت قادر به بهره‌گیری از برنامه ابراز وجود بوده و شرکت در این گونه برنامه‌ها توانسته به فرد کمک کند تا در تعامل با همسالان خود جرأت‌ورزی و عزت نفس خود را افزایش دهند. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های دیگر همسویی دارد [۲۵، ۱۷، ۲۶]. دلیل احتمالی برای بالا رفتن میزان جرأت‌ورزی ممکن است این باشد که شرکت در برنامه‌های جرأت‌آموزی به دانش آموزان کم جرأت

دانش آموزان پایه های تحصیلی راهنمایی نیز مورد مطالعه قرار گیرد. نظر به اینکه شرکت کنندگان در جلسات ابراز وجود با اشتیاق زیاد در جلسات شرکت می کردند و خواستار ادامه این گونه آموزش ها بودند، توصیه می شود آموزش مهارت های ابراز وجود به عنوان یک ماده آموزشی فوق برنامه در برنامه درسی کلیه مدارس، به ویژه مدارس ابتدایی و راهنمایی، گنجانده شود و مشاوران مدارس به دانش آموزان مهارتهای ابراز وجود را در دنیای واقعی آموزش دهند و آنان را برای ورود به دنیای اجتماعی واقعی، پیچیده و نامتجانس خارج از مدرسه آماده کنند.

منابع

۱. گلدارد، کاترین و گلدارد، دیوید (۱۳۸۲) راهنمای عملی مشاوره با کودکان، ترجمه مینو پرنیانی. تهران: انتشارات رشد.
2. Lounsbury, j., Lovelavd, j., Sandstorm, E., Gibson, L., Drost, A. & Hamrick, F. (2003) An Investigation of Big Five Personality Traits and Career Decidedness among Early and Middle Adolescents. J. Career. Assess.: Vol11: PP. 287-308.
3. Lizarrage, L.S., Ugarte, D., Grabelle, A., Elawar, M. & Iriarte, D.B.T.(2003) Enhancement of self-regulation, assertiveness, and empathy. Learn. Instruc.: Vol13: PP. 423-439.
4. McVanel, S. & Morris, B.(2010) Staff's perceptions of voluntary assertiveness skills training. J. Nurs. Staff. Dev.: Vol26: PP.256-259.
۵. بولتون، رابرت (۱۳۸۶) روانشناسی روابط انسانی (مهارتهای مردمی)، ترجمه حمید رضا سهرابی و افسانه حیات روشنایی. تهران: انتشارات رشد.
6. Raudsepp, E. (2005) How Assertive Are You? Supervision.: Vol66: PP. 18-20.
7. VanGandy, K. (2002) Gender, the assertion of autonomy, and the stress process in young adulthood. Soc. Psychol. Quart.: Vol65: PP. 346-363.

روابط بین فردی رفتارهای جرأت مندانه بیشتری را بروز می دهد [۲۹]. در آموزش مهارت های ابراز وجود، رفتارهای مناسب اجتماعی برای ابراز و بیان احساسات، نگرش ها و آرزوها، نقطه نظرات و علایق به کودکان آموخته می شوند تا آنها بتوانند به راحتی و بدون ترس و نگرانی، باورها، احساسات و عواطف خود را ابراز کنند [۳۰]. آموزش مهارت های ابراز وجود موجب ایجاد روابط اجتماعی در محیط جدید و گسترش شبکه حمایت های عاطفی و اجتماعی بین کودکان می شود و از طریق اصلاح و بازسازی عقاید و افکار کودکان، ایمن سازی جهت ایجاد آرامش روانی را در آنها به همراه دارد [۳۱]. همچنین ابراز وجود به کودکان احساس خودکارآمدی و کنترل درونی می بخشد و این احساسات نیز در روابط متقابل با دیگران، اعتماد به نفس کودک را تقویت می کنند [۱۵].

مشاهدات معلمین در کلاس نشان داد که دانش آموزانی که در پژوهش حاضر در برنامه های ابراز وجود شرکت داشتند، با اتخاذ رفتارهای جرأت مندانه در تعامل های اجتماعی توانستند به موفقیت های بیشتری نائل گردند. این موفقیت ها به نوبه خود باعث ارزیابی مثبت فرد از خود می شود و بر عزت نفس وی تأثیر مثبت می گذارد. این افراد با مطرح کردن احساسات، عقاید و افکار خود، احساس خوبی نسبت به خود پیدا می کنند و به درون ریزی عواطف و هیجانات خود (خود خوری) خاتمه می دهند و این امر منجر به سازگاری اجتماعی و افزایش پذیرش خود این افراد می شود [۱۳]. بنابراین می توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت های ابراز وجود، روش مؤثر و مفیدی است برای اینکه افراد کم رو و کم جرأت، تا بتوانند احساسات مثبت یا منفیشان را به راحتی بیان کنند و خودشان را ابراز نمایند و باکسب مهارتهای لازم به خود باوری و عزت نفس لازم دست یابند.

نمونه پژوهش حاضر را فقط دانش آموزان دختر کم جرأت پایه های سوم تا پنجم ابتدایی تشکیل می دادند، پیشنهاد می شود در پژوهشهای بعدی تأثیر مهارتهای ابراز وجود بر جرأت ورزی و عزت نفس پسران و همچنین

۱۷. نیسی، عبدالکاسم و شهینی ییلاق، منیجه (۱۳۸۰) تأثیر آموزش ابراز وجود بر ابراز وجود، عزت نفس، اضطراب اجتماعی و بهداشت روانی دانش‌آموزان پسر مضطرب اجتماعی دبیرستانی شهرستان اهواز. مجله علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه شهید چمران اهواز. دوره سوم، سال هشتم شماره ۱ و ۲. صص ۳۰-۱۱.
۱۸. عاشوری، احمد؛ ترکمن ملایری، مهدی و فدایی، زهرا (۱۳۸۷) اثربخشی گروه درمانی متمرکز بر ابراز وجود در کاهش پرخاشگری و بهبود پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دبیرستانی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار). سال ۱۴، شماره ۴، صص ۳۹۳-۳۸۹.
۱۹. پیری، لیلیا (۱۳۸۳) بررسی رابطه بین سبک‌های هویت و مهارت‌های زندگی (توانایی ابراز وجود و مقابله با فشار روانی) در دانش‌آموزان دختر مقاطع پیش‌دانشگاهی شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
20. Gambrell, E. & Richey, C. (1975) An assertion inventory for use in assessment and research. *Behav. Ther.*: Vol6: PP. 550-561.
۲۱. غباری بناب، باقر و حجازی، مسعود (۱۳۸۶) رابطه جرأت‌ورزی و عزت نفس با پیشرفت تحصیلی در دانش‌آموزان تیزهوش و عادی. مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال ۷، شماره ۳، صص ۳۹۹-۳۱۶.
22. Watkins, D. & Astilla, E. (1980) The reliability and validity of the cooper smith self-esteem Inventory for a sample of Filipino high school girls. *Educ. Psychol. Measur.*: Vol40: PP.251-254.
8. Watanabe, A. (2010) The relationship between four components of assertiveness and interpersonal behaviors, interpersonal adjustment in high school students' friendship. *Japan. J. Psychol.*: Vol81: PP. 51-62.
9. Bishop, S. (2006) *Develop your assertiveness*. London: kogan page.
10. Rusinko, H.M., Bradley, A.R. & Miller, B. (2010) Assertiveness and attributions of blame toward victims of sexual assault. *J. Aggression.*: Vol19: PP. 357-371.
11. Hargie, O. & Dickson, D. (2004) *Skilled Interpersonal communication: Research, Theory, and Practice*. London: croomhelm.
۱۲. لطفی کاشانی، فرح و وزیری، شهرام (۱۳۸۳) روانشناسی بالینی کودک. تهران: انتشارات ارسباران.
13. Lin, Y., Shiah, I., Chang, Y., Lai, T., Wang, K. & chou, K. (2004) Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students assertiveness, self-esteem and interpersonal communication satisfaction. *Nurse. Educ. Today.*: Vol24: PP. 656-665.
۱۴. عباسی نیا، محمد (۱۳۷۸) تأثیر آموزش جرأت‌آموزی در عزت نفس کودکان کم‌جرأت پسر ناحیه یک قم (۷۸-۷۷). پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
15. Makhija, M. & singh, P. (2010) Effectiveness of assertiveness training programme on self-esteem & academic achievement in adolescents. *Inter. Res. J.*: Vol1: PP. 56-58.
۱۶. رحیمی، جعفر؛ حقیقی، جمال؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز و بشلیده، کیومرث (۱۳۸۵) بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی و عزت نفس دانش‌آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه. مجله علوم تربیتی دانشگاه شهید چمران اهواز. دوره سوم، سال ۱۳، شماره ۱، صص ۷۸-۶۱.

28. Lin, Y., Shiah, I., Chang, Y., Lai, T., Wang, K. & Chou, K. (2004) Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students' assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse. Educ. Today.*: Vol24: PP. 656-665.
29. Vagos, P. & Pereira, A. (2010) A proposal for evaluating cognition in assertiveness. *Psychol. Assess.*: Vol22: PP. 657-665.
30. Demerouti, E., Eeuwijk, E. V., Snelder, M. & Wild, U. (2011) Assessing the effects of a "personal effectiveness" training on psychological capital, assertiveness and self-awareness using self-other agreement. *Career Dev. Intern.*: Vol16: PP. 60-81.
31. Dana, M. A. & Alia, O. (2009) The interrelationships between sexual self-esteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction. *Can. J. Hum. Sex.*: Vol18: PP. 35-45.
23. Ahmed, S.M., Valliant, P.M. & Swindle, D. (1985) Psychometric properties of cooper-smith self-esteem inventory. *Percept. Mot. Skills.*: Vol61: PP. 1235-1241.
24. Chiu, L. (1985) The reliability and validity of the cooper-smith self-esteem Inventory-form B. *Educ. Psycho. Measure.* Vol45: PP. 945-949.
25. Paezy, M., Shahraray, M. & Abdi, B. (2010) Investigating the impact of assertiveness training on assertiveness, subjective well-being and academic achievement of Iranian female secondary students. *Pro-Soc. Behav. Sci.*: Vol 5: PP. 1447-1450.
۲۶. سلطانی، ملیحه (۱۳۸۴) بررسی اثر بخشی آموزش ابراز وجود در کاهش میزان افسردگی دانش آموزان ۱۶-۱۲ ساله شهر مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
27. Karagozoglu, S., Kahve, E., Koc, O. & Adamisoglu, D. (2008) Self esteem and assertiveness of final year Turkish university students. *Nurse. Educ. Today.*: Vol28: PP. 641-649.

تاثیر آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی وسواس - بی اختیاری

نویسندگان: مجتبی دلیر^{۱*} و دکتر مهناز علی اکبری دهکردی^۲

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی

۲. عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور

* Email: mojtaba_dalir@yahoo.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین تاثیر آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه های اختلال اضطرابی وسواس - بی اختیاری بود. جامعه در این پژوهش شامل تمام درمانجویان مبتلا به اختلال وسواس مراجعه کننده به انجمن وسواس بود. نمونه ای بیست نفری به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و با همین روش در دو گروه آزمایش و گواه قرار داده شد. آموزش رفتارهای سالم جنسی را برای گروه آزمایشی اجرا کردیم و میزان شدت اختلال وسواس هر آزمودنی بوسیله مقیاس وسواس - بی اختیاری ییل بروان (YBOCS) در پیش آزمون و پس آزمون اندازه گیری شد. نتایج نشان داد: ۱- آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه های اختلال اضطرابی وسواس - بی اختیاری تاثیر مثبت دارد. ۲- آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه های اختلال اضطرابی وسواس - بی اختیاری در بین زنان و مردان تاثیر متفاوتی ندارد.

واژه های کلیدی: آموزش رفتارهای سالم جنسی، کاهش نشانه ها، اختلال اضطرابی وسواس - بی اختیاری.

**روان شناسی
بالینی
و شخصیت**

**دانشور
رفتار**

• دریافت مقاله: ۸۷/۸/۸

• پذیرش مقاله: ۹۰/۶/۱۳

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Nineteenth Year, No.7
Autumn & Winter
2012- 2013*

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال نوزدهم - دوره جدید

شماره ۷

پاییز و زمستان ۱۳۹۱

مقدمه

است [۳].

حدود یک قرن پیش زیگموند فروید^{۱۱} اصطلاح نوروژ اضطرابی را وضع کرد و معتقد بود که در نتیجه سرکوب لیبیدو^{۱۲} پدید می‌آید. یعنی پا به پای افزایش تنش جنسی، زیستمایه هم که نمود ذهنی این اتفاق جسمی است، افزایش می‌یابد. مقرر طبیعی این تنش به نظر فروید مقاربت جنسی است و سایر اعمال جنسی مثل خویشترداری و جماع منقطع، مانع از آزاد شدن این تنش و موجب نوروژ می‌شود [۴]. نظر فروید این بود که روان رنجوری را می‌توان با تصحیح مشکلات جنسی معالجه کرد [۵]. فروید در دو نوبت به تدوین نظریه اضطراب پرداخته است. بار اول در سال ۱۹۰۵، اضطراب را نتیجه مستقیم سرکوب گری دانسته است. این مکانیزم با بیرون راندن تجسم کشاننده ای به خارج از میدان هشیاری، موجب می‌شود تا بخشی از لیبیدو به کار گرفته نشود و همین بخش است که بلافاصله تبدیل به اضطراب می‌شود. اما در سال ۱۹۲۶، فروید نظریه اضطراب خود را بازنگری می‌کند و این بار، سرکوب گری را مبنای اضطراب نمی‌داند بلکه آن را به منزله نتیجه اضطراب تلقی می‌کند. در واقع هنگامی که یک تجسم کشاننده ای، خطرناک، تهدیدکننده یا گنجهکارانه به نظر آید اضطراب را در سطح "من" پدید می‌آورد و آن وقت است که سرکوب گری یا مکانیزم های دفاعی دیگر، وارد میدان می‌شوند. به عقیده فروید و پیروانش، کشاننده های بن به صورت افکار وسواسی، و مکانیزم های دفاعی به شکل اعمال بی اختیاری متجلی می‌شوند. به عنوان مثال اگر فردی مورد هجوم دائم افکار جنسی منع شده قرار گیرد ممکن است براساس شستشوی مکرر خود و یا اجتناب نظامدار از هر نوع مکالمه ای که دارای محتوای جنسی است، با این افکار مقابله کند [۶].

در سال ۱۸۹۶ فروید افکار وسواسی را به عنوان خود نکوهیدن هایی تغییر شکل یافته تلقی می‌کند که ناشی از واپس زدگی باززایی شده و همیشه مرتبط با عمل جنسی ای است که در هنگام کودکی با لذت انجام می‌گردد.

هدف پژوهش حاضر تعیین تاثیر آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه های اختلال اضطرابی وسواس-بی‌اختیاری^۱ بود. در فهرست اختلالات اضطرابی DSM - IV - TR که شامل دوازده مورد می‌باشد، عنوان اختلال وسواس - بی اختیاری به چشم می‌خورد [۱]. اختلال اضطرابی وسواس - بی اختیاری، پدیده جدیدی نیست؛ نمونه داستانی برجسته آن لیدی مکبث^۲ است. جان بانیان^۳ و چارلز داروین^۴ از جمله افراد برجسته فراوانی به شمار می‌روند که در گذشته مبتلا به این اختلال فلج کننده بوده‌اند. پیش از سال های ۱۹۶۰ پیش‌آگهی این بیماران خوب نبوده و درمان های پیشنهادی عبارت بود از حمایت، بستری کردن های درازمدت و جراحی مغز. در چنین وضع ناامیدکننده‌ای، مهیر^۵ در ۱۹۶۶ گزارش داد که توانسته است دو مورد روان‌نژندی مزمن وسواس را با شیوه رفتاری درمان کند. به دنبال آن، گزارش هایی از موارد موفقیت‌آمیز درمان رفتاری، ارائه شد. کار مهیر سلسله جنبان کاربرد مدل‌های روان‌شناختی در وسواس و گسترش درمان‌های موثر، به حساب می‌آید [۲].

توصیف اختلال وسواس-بی اختیاری از تاریخ معرفی اولیه آن توسط اسکیرول^۶ در ۱۸۳۸ تاکنون تغییری نیافته است. یک نشانگان^۷ وسواسی معمولاً به صورت زیر تعریف می‌شود: یک ایده، فکر، تصور، احساس یا حرکت مکرر^۸ یا مضر^۹ که با نوعی احساس اجبار و ناچاری ذهنی^{۱۰} و علاقه به مقاومت در برابر آن همراه است. بیمار متوجه بیگانه بودن این حادثه نسبت به شخصیت خود بوده از غیرعادی و نابهنجار بودن رفتار خود، آگاه

1. Obsessive – Compulsive Disorder

2. Lady Macbeth

3. Bunyan, J

4. Darwin, C

5. Meyer

6. Esquirol

7. Symptom

8. Recurrent

9. Persistent

10. Subjective Compulsion

11. Freud

12. Libido

گیری اختلال و سواس - بی اختیاری پیشنهاد می کند که مزاحمت های ذهنی طبیعی (از جمله امور جنسی) - چه خواسته و چه ناخواسته - نشان دهنده موضوعات مهم زندگی فرد هستند و اغلب توسط علائم درونی یا بیرونی به جریان می افتند. به زعم وی چنین مزاحمت های ذهنی تنها زمانی تبدیل به سواس می شوند که فرد اهمیت فوق العاده ای برای این افکار قایل شود و آن ها را وحشتناک، خطرناک، غیر اخلاقی و یا از این قبیل تعبیر نماید. به عبارت دیگر ارزیابی غلط مزاحمت های ذهنی کلید تبدیل این مزاحمت های ذهنی طبیعی به سواس ها است [۱۰]. تاکنون کنش وری میل جنسی در مبتلایان به سواس فقط در چهار مطالعه توصیف شده و درصد بالایی از نارساکنش وری میل جنسی و نارضایتی جنسی کشف شده است [۹]. اگرچه بخش اعظمی از مبتلایان به روان رنجوری ها می توانند اختلالات جنسی شان را پنهان کنند، تجارب بالینی درازمدت رواندرمانی به این نکته اشاره دارد که اختلالات جنسی در بین ایشان شایع است [۱۱]. به عنوان مثال وولینک، دنیز و وستنبرگ^۱ (۲۰۰۶) می نویسند: مبتلایان به سواس به طور معناداری انزجار جنسی بیشتر، میل جنسی، برانگیختگی جنسی و ارگاسم های رضایت بخش کمتری را نسبت به گروه گواه گزارش کرده اند [۹]. همچنین صفاریان و شاملی اشاره می کنند که زنان با اختلال و سواسی - بی اختیاری نسبت به زنان گروه بهنجار رضایت جنسی کمتری دارند [۱۲]. رولر^۲ در ۲۰۰۷ می نویسد: زنانی که رفتار بی اختیاری/ اعتیادی جنسی را تجربه می کنند اشتغال ذهنی با امور جنسی (افکار و سواسی جنسی) دارند، نه به عنوان پاسخی به میل جنسی، بلکه به عنوان پاسخی که در خدمت هدف کاهش اضطراب است [۱۳].

وولینک، دنیز و وستنبرگ در ۲۰۰۶ در مقاله ای تحت عنوان «لذت جنسی در زنان و سواسی» می نویسند: اگرچه بیماران و سواسی غالباً نارضایتی جنسی را گزارش می دهند، مطالعات کنترل شده در این زمینه اندک است.

روان رنجوری و سواس، برخلاف هیستری، همیشه حاوی خصوصیت فعالیت جنسی زودرس است [۷]. فروید معتقد بود در روان رنجوری ها، نیروی جنسی، یگانه منبع مهم نیرو و تحریک کننده اساسی محسوب می گردد. زندگی و تظاهرات جنسی افراد مبتلا به روان رنجوری به گونه ای تحکم آمیز در خلال این تظاهرات جلوه گر می شوند. بدین معنی که تظاهرات مرضی عبارتند از فعالیت های جنسی بیمار. عوارض روان رنجورانه جانشین امیالی هستند که شکل جنسی داشته و صورت اصلی شان توشه بردار از میل جنسی بوده است. نیروی محدودکننده جنسی و حالاتی که به موجب آن امیال سرکوب می شوند راه را برای ابتلای بیماری باز می گشایند. این مقاومت ها و محدودیت هایی که امیال را سرکوب می کنند، در واقع آن ها را از بین نمی برند، بلکه تغییر شکلی در آن داده و امیال مربوط به لیبیدو و شهوت جنسی را به صورت عارضه های بیماری در می آورند. روان رنجوری ها شکل منفی انحراف یا حالت غیرطبیعی جنسی می باشند. میان حالت غیرطبیعی افرادی که تحت شرایط مساعدی شکل معمول عملی پیدا کرده اند، با حالات ناآگاهانه مبتلایان به روان رنجوری ها همانندی های بسیاری وجود دارد [۸].

فروید تصور می کرد نوروژ و سواس - بی اختیاری در خیالپردازی ها و امیال جنسی سرکوب شده ریشه دارد. هرچند از وقتی که زیست شناسی عصبی متولد شده، مطالعه نقش تمایلات جنسی در اختلال و سواس - بی اختیاری مورد غفلت قرار گرفته است، اما هنوز هم، تمایلات جنسی مختل شده، غالباً در مبتلایان به سواس گزارش می شود [۹]. از دیدگاه شناختی افکار، تکانه ها و تصورات و سواسی معمولاً موضوع هایی را در بر می گیرند که از لحاظ شخصی، ناسازگار (منافی با اصول) باشند. هر قدر یک اندیشه مزاحم از لحاظ شخصی ناپذیرفتنی تر باشد، وقوع آن، فرد را بیشتر ناراحت خواهد ساخت. یکی از محتواهای عمده در سواس امور جنسی (تمایلات جنسی، اشتغال ذهنی درباره اندام های جنسی و اعمال جنسی غیر قابل پذیرش و ...) است [۲]. راجمن در ۱۹۹۷ در نظریه شناختی خود راجع به شکل

¹ . Vulink, Denys, Westenberg

² . Roller

جنسیتی مجموعه ای از تداعی های مرتبط با جنسیت هستند که زمینه اصلی پردازش اطلاعات را بر اساس جنسیت بازنمایی می کنند [۱۷].

در فرهنگ غرب اعتقاد بر این است که بین زن و مرد از لحاظ نگرش و رفتار نسبت به مسائل جنسی تفاوت وجود دارد. نوایی نژاد در یک مطالعه فراتحلیلی نشان داد که بیشترین تفاوت جنسیتی در انجام خودارضایی که ۹۶ درصد مردان آن را تجربه می کنند وجود دارد. همچنین مردان نسبت به روابط جنسی پیش از ازدواج در مقایسه با زنان نگرش مثبت تری دارند. در پژوهش مذکور در مورد نگرش نسبت به همجنس گرایی و یا رضایت جنسی تفاوت معناداری بدست نیامد [۱۸].

همچنین نتایج پژوهش حیدری نسب و خلیلی [۱۹] با عنوان «رابطه بین خودپنداره جنسی و رضایتمندی زناشویی» نشان داد که بین خودپنداره جنسی و رضایتمندی زناشویی همبستگی مثبت وجود دارد ولی بین زنان و مردان تفاوتی در خودپنداره جنسی و نیز رضایتمندی زناشویی مشاهده نمی شود.

اسلامی نسب اشاره می کند که افراد وسواسی هم مثل افراد عادی می توانند اختلالات و انحرافات جنسی داشته باشند. منهای شیوع اختلالات و انحرافات جنسی در عامه مردم، اختلالات جنسی در افراد مبتلا به وسواس بیشتر است. وی چنین ادامه می دهد: اولین و مهمترین کاری که در ابتدای درمان انجام می شود افزایش اطلاعات و آگاهی فرد است. ما در درمان وسواس از هر ابزار، تکنیک و راهبردی برای ارتقاء سطح سلامت فرد استفاده می کنیم. در تمام دوره درمان وسواس، بستر کار، آموزش است [۲۰]. افراد وسواسی در مورد مسائل جنسی دچار مشکل هستند. عمدتاً مسائل جنسی، پشت پرده وسواس هستند. اسلامی نسب [۲۱] به درمانگران اینگونه توصیه می کند که از فرد وسواسی بخواهید مسائل و تجربیات جنسی خود را کاملاً بازگو کند و راه های درمان را به او آموزش دهید.

تجربه بالینی نشان داده است که جلسه آموزشی، بخش فوق العاده مهم برنامه درمانی را تشکیل می دهد. از

مطالعه ایشان توجه به امور جنسی و عملکرد جنسی را در بین بیماران وسواسی و آزمودنی های سالم و گروه گواه تجویز دارو و زیرگروه های وسواس در عملکرد و رضایت جنسی مقایسه کرده است. روش مطالعه ایشان عبارت بود از اینکه پرسشنامه های خود گزارشگری را برای ۳۵۰ زن مبتلا به وسواس غیر بستری فرستادند که ۱۰۱ پرسشنامه تکمیل شده برگشت داده شد. یافته های ایشان نشان می دهد که بیماران مبتلا به وسواس به طور معناداری انزجار جنسی بیشتر، میل جنسی، برانگیختگی جنسی و ارگاسم های رضایت بخش کمتری نسبت به گروه گواه گزارش کرده اند. هیچکدام از متغیرهای تجویز دارو و زیرگروه های وسواس بر نتایج، تاثیری نداشت. مولفین فوق الذکر چنین نتیجه گیری کرده اند که زنان مبتلا به وسواس لذت جنسی کم، انزجار جنسی زیاد و کاهش عملکرد جنسی را گزارش می کنند که صرفاً به دلیل گرفتن دارو یا افکار وسواسی آلودگی نیست. ایشان توصیه می کنند متخصصان بالینی بایستی با صراحت درباره عملکرد جنسی بیماران وسواسی در ارزیابی های خود پرس و جو کنند [۹].

اختلال جنسی یک پدیده چند عاملی و پیچیده است که عوامل فیزیولوژیکی، روان شناختی و فرهنگی در آن نقش دارند [۱۴]. یکی از عوامل تاثیرگذار در رفتار و احساس انسان، نوع نگرش و باور فرد درباره آن حادثه یا بطور کلی طحوازه آن فرد در خصوص مسئله یا پدیده مورد نظر است. این گزاره، هسته اصلی رویکردهای شناختی محسوب می شود، زیرا در رویکرد شناختی این عقیده وجود دارد که نوع باور فرد تعیین کننده احساس، رفتار و برداشت اوست و به همین دلیل باورهای افراد در شناخت درمانی، آماج اصلی درمان قرار می گیرند [۱۵ و ۱۶]. تفاوت دو جنس در رفتار جنسی تا حد زیادی از راه نقش های جنسیتی و متغیرهای فرهنگی که بر آن تاثیر می گذارد تعیین می شود. طحوازه های فرهنگی در رابطه با نقش های جنسیتی خصوصاً در دختران از سنین پایین شکل می گیرد. زنان به طور نافع برای سرنوشت جنسیتی خود برنامه ریزی می شوند. طحوازه های نقش

حدود چهل درصد مردم ایران دچار شخصیت وسواسی^۵ و حداقل چهار درصد آن‌ها مبتلا به اختلال اضطرابی وسواس - بی‌اختیاری هستند. تجربه بالینی نشان می‌دهد که به دلایل متعدد فرهنگی، تربیتی و فشارهای متفاوت و متداوم تعداد بیشتری از مردم، هر روزه مبتلا به وسواس می‌شوند. شایان ذکر و درخور توجه است که فرزندان افراد وسواسی نیز پی‌درپی به تعداد وسواسی‌ها اضافه می‌شوند [۲۰]. پس همانطور که قبلاً ذکر شد هدف عمده پژوهشگران در این تحقیق بررسی تاثیر آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی وسواس - بی‌اختیاری بود، بنابراین فرضیه‌های پژوهش بدین صورت مطرح گردید: ۱- آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی وسواس - بی‌اختیاری موثر است. ۲- آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی وسواس - بی‌اختیاری در بین مردان و زنان تاثیر متفاوتی دارد.

روش

آزمودنی

جامعه آماری در این پژوهش جامعه‌ای در دسترس و شامل تمام درمانجویان مبتلا به اختلال اضطرابی وسواس - بی‌اختیاری مراجعه کننده به انجمن وسواس و مرکز مشاوره شفا به تعداد هفتاد و چهار نفر بود. نمونه پژوهشی شامل بیست نفر از درمانجویان فوق‌الذکر با دامنه تحصیلات از زیر دیپلم تا فوق لیسانس و دامنه سنی نوزده تا چهل و دو سال بود. نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت تصادفی ساده انجام شد و با همین روش بیست نفر نمونه مورد نظر در دو گروه آزمایشی و گواه قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش مقیاس وسواس - بی‌اختیاری ییل براون^۶ بود که با عنوان

آنجا که عدم اطلاعات یا اطلاعات نادرست، غالباً عوامل مهم اختلال جنسی را تشکیل می‌دهند، بهتر است بیشترین قسمت جلسه‌های درمان جنسی را به فراهم آوردن اطلاعات جنسی، اختصاص داد. درمانگر باید با استفاده از طرح‌ها و تصاویر و با استفاده از اصطلاحات ساده، کالبد شناسی جنسی و مراحل تحریک جنسی را توضیح دهد [۲۲].

وقتی اطلاعات ارائه شده در درمان شامل تحریکی باشد که رویدادهای محیطی آن را ایجاد کرده‌اند، به آن آموزش^۱ می‌گوییم. نمونه اقدام درمانی ناشی از آموزش، مرد مسنی است که چون در چند سال گذشته، زمان رسیدن به نعوظ و ارگاسم او به طور محسوسی طول می‌کشید، دچار نگرانی شده بود. وقتی فهمید که مسترز و جانسون (۱۹۶۶) این تاخیر را در مردان مسن امری طبیعی می‌دانند، کاملاً آسوده خاطر شد. بسیاری از نظام‌های روان‌درمانی قبول دارند که افراد می‌توانند در اثر افزایش هشیاری تغییر کنند [۲۳].

غالباً با ارائه اطلاعات و آموزش می‌توان انتظار داشت که دانش^۲، نگرش^۳ و در نهایت رفتار^۴ فرد تغییر کند. نگرش نظامی بادوام است که شامل یک عنصر شناختی، یک عنصر احساسی و یک تمایل به عمل است [۲۴]. فرض بر این است که نگرش‌های فرد تعیین کننده رفتار او است [۲۵]. نگرش‌ها به صورت یک فرایند یادگیری شکل می‌گیرند. شخص در معرض اطلاعات و تجربیات مربوط به یک شی یا موضوع خاص قرار می‌گیرد و بر اثر فرایند تقویت و تقلید نگرشی نسبت به آن پیدا می‌کند [۲۶]. به هر نسبتی که سطح آموزش افراد گسترده‌تر شده و عمق آگاهی آنان بیشتر می‌شود، آمادگی تغییر رفتار آنان فزونی گرفته و فاصله بین نگرش و عمل آنان، کاهش می‌یابد [۲۷].

درباره ضرورت انجام پژوهش حاضر باید گفت که

1. education
2. Knowledge
3. Attitude
4. Practice

⁵ . Obsessive - Compulsive Personality Disorder

⁶ . Yale Brown Obsessive - Compulsive Scale

بسته آموزشی توسط پژوهشگران، بر اساس مبانی نظری ساخته شده است و پانزده نفر از متخصصین روانپزشک، روانشناس و مامای کشور آن را مطالعه و اصلاح نموده اند. بسته مذکور حاوی موارد زیر بود: ۱- آموزش درباره آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی در مرد و زن؛ آشنایی با اجزا و عملکرد اندام های تناسلی خود و جنس مکمل، شناسایی نقاطی که دارای ظرفیت تحریک پذیری بیشتری هستند و ... ۲- آموزش بهداشت جنسی؛ ارائه دستور عمل هایی درباره چگونگی رعایت بهداشت اندام های تناسلی، استفاده از لباس های زیر مناسب، استفاده از پد یا تامپون، توضیح درباره مزایا و معایب روش های پیشگیری از بارداری و چگونگی استفاده صحیح از وسائل پیشگیری و ... ۳- آموزش درباره چرخه پاسخ جنسی در مرد و زن؛ مرحله میل جنسی، مرحله برانگیختگی، مرحله کفه، مرحله اوج لذت جنسی، مرحله فرونشینی به همراه ارائه توضیحات کافی درباره ویژگی های هر مرحله ۴- آموزش رفتارهای سالم و سلامت جنسی؛ توضیح اینکه سلامت جنسی حفظ جنبه های جسمانی، احساسی، ذهنی و اجتماعی پدیده جنسی در مسیرهایی می باشد که در جهت توسعه و تحکیم شخصیت، ارتباطات و عشق بکار گرفته شوند، تبیین ویژگی های رفتار ناسالم جنسی از جمله وسواس گونه بودن، انحصاری بودن، مخرب بودن، همراه اضطراب و احساس گناه شدید بودن و ... ۵- آموزش وضعیت های نزدیکی؛ وضعیت قراردادی یا مرد در بالا، وضعیت معکوس یا زن در بالا، وضعیت طرفی که زوج به پهلو می خوابند، وضعیت های دیگر ۶- آموزش معاینه شخصی در مردان / زنان؛ شامل آموزش معاینه بیضه ها در مردان و معاینه اندام تناسلی و سینه ها در زنان ۷- آموزش و راهنمایی در زمینه مشکلات جنسی هر درمانجو؛ توضیح درباره اختلالات مربوط به هر یک از پنج مرحله چرخه پاسخ جنسی، انحرافات جنسی، بیماری های مسری جنسی، ایدز و ...

YBOCS خوانده می شود و توسط دکتر واینی گودمن^۱، دکتر استیون راسموسن^۲ و همکارانشان در سال ۱۹۸۶ تهیه شده است. این مقیاس شامل فهرستی از پنجاه و هشت نشانه اختلال وسواس - بی اختیاری (فهرست علائم)، ده سوال جهت ارزیابی شدت اختلال وسواس - بی اختیاری، بخش ارزیابی باور، اجتناب و افسردگی می باشد. پژوهشگران آزمون یاد شده را به این علت برای پژوهش خود انتخاب کرده است که یکی از معتبرترین آزمون ها در سنجش وسواس می باشد [۲۸]. متغیر اختلال اضطرابی وسواس - بی اختیاری بوسیله نمره کلی وسواس فرد در مقیاس وسواس - بی اختیاری ییل براون مورد سنجش قرار می گیرد که شامل پنج سوال پنج ماده ای برای وسواس ها و پنج سوال پنج ماده ای دیگر برای رفتارهای بی اختیاری است. نقطه برش، مقیاس هفده است. جهت تعیین پایایی مقیاس YBOCS از روش بازآزمایی در فاصله دو هفته ای استفاده گردیده که ضریب پایایی برابر ۰/۸۴ بود [۲۹].

شیوه اجرای پژوهش

جهت جمع آوری داده ها، مقیاس وسواس - بی اختیاری ییل براون که یک پرسشنامه خود گزارشگری است و بوسیله آزمودنی و بدون دخالت آزمونگر تکمیل می شود، توسط آزمونگرانی که از تعلق آزمودنی ها به گروه آزمایشی و گواه بی اطلاع بودند، پیش از جلسات آموزش رفتارهای سالم جنسی در اختیار درمانجویان قرار داده شد و نتایج ثبت گردید و پس از جلسات آموزشی دوباره این آزمون تکرار شد. در مورد اعضاء گروه گواه نیز چهار هفته پس از آزمون اولیه (پیش آزمون) و ثبت نتایج آن، آزمون ثانویه (پس آزمون) اجرا و نتایج را استخراج کردیم. تنها تفاوت بین گروه آزمایشی و گواه در محرومیت گروه گواه از جلسات آموزشی بود. جلسات آموزش رفتارهای سالم جنسی شامل چهار جلسه یک ساعته طی چهار هفته متوالی و هر هفته یک جلسه بود.

1. Wayne Goodman

2. Steven Rasmussen

شیوه تحلیل داده‌ها

روش آماری جهت آزمون فرضیه در پژوهش حاضر، آزمون t دو گروه مستقل و طرح پژوهشی، طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. نمرات پیش آزمون هر فرد را از نمرات پس آزمون او کسر نموده و میانگین هر گروه را بدست آوردیم و در نهایت میانگین بدست آمده برای دو گروه را بوسیله آزمون t دو گروه مستقل مقایسه نمودیم [۳۰].

نتایج

در ادامه یافته‌های توصیفی و نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌های پژوهشی به همراه جداول مربوط آمده است. جدول ۱ نمرات خام افراد گروه آزمایشی و گواه در پیش آزمون، پس آزمون و نمرات حاصل از تحلیل اختلاف آن‌ها را نشان می‌دهد. **فرضیه اول:** آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی وسواس- بی اختیاری مؤثر است.

جدول ۱. نمرات پیش آزمون، پس آزمون و تفاضل آن‌ها در گروه آزمایشی و گواه.

گروه گواه			گروه آزمایشی			شرکت کنندگان
تفاضل	نمره ثانویه	نمره اولیه	تفاضل	نمره ثانویه	نمره اولیه	
۳	۱۷	۲۰	۲۳	۱۳	۳۶	۱
۶	۸	۱۴	۲۴	۱	۲۵	۲
-۱	۵	۴	۸	۲۱	۲۹	۳
-۶	۱۶	۱۰	۸	۷	۱۵	۴
۰	۴	۴	۳	۵	۸	۵
۰	۸	۸	۵	۱۲	۱۷	۶
۱	۱۵	۱۶	-۴	۱۲	۸	۷
۰	۴	۴	۶	۸	۱۴	۸
۲	۱۰	۱۲	-۸	۲۱	۱۳	۹
-۲	۱۲	۱۰	۲	۱۲	۱۴	۱۰

جدول ۲. آزمون t دو گروه مستقل برای مقایسه میانگین‌های گروه آزمایش و گواه در متغیر وسواس.

گروه	تعداد (N)	میانگین تغییر نمره وسواس (M)	درجه آزادی (df)	t محاسبه شده	سطح معناداری
گروه آزمایش	۱۰	۶/۷	۱۸	۲/۱۲	$p < ۰/۰۵$
گروه گواه	۱۰	۰/۳			

آزمایشی بیشتر از گروه گواه است، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش رفتارهای سالم جنسی در گروه آزمایشی باعث کاهش بیشتر نمرات و سواس آزمودنی‌ها در پس‌آزمون شده است. بنابر این آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی و سواس - بی‌اختیاری تأثیر مثبت دارد.

فرضیه دوم: آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی و سواس - بی‌اختیاری در بین زنان و مردان تأثیر متفاوتی دارد.

با توجه به اینکه t محاسبه شده یعنی (۲/۱۲) بزرگتر از t جدول (۱/۷۳۴) در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ و با درجه آزادی ۱۸ می‌باشد بنابراین فرض صفر رد می‌شود و نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های مورد مقایسه تفاوت معنی‌داری وجود دارد پس فرضیه اول تأیید می‌گردد یعنی آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی و سواس - بی‌اختیاری موثر است. از آنجایی که میانگین‌های محاسبه شده برای دو گروه حاصل تفاضل نمره پیش‌آزمون از پس‌آزمون هر فرد در گروه خود بوده و با توجه به اینکه میانگین گروه

جدول ۳. آزمون t دو گروه مستقل برای مقایسه میانگین‌های نمرات و سواس زنان و مردان گروه آزمایش.

شرکت کنندگان	تعداد (N)	میانگین تغییر نمره و سواس (M)	درجه آزادی (df)	t محاسبه شده	سطح معناداری
زنان	۵	۹	۸	۰/۶۹	$p < ۰/۰۵$
مردان	۵	۴/۴			

مردان تأثیر متفاوتی ندارد. در ادامه هر یک از نتایج بدست آمده مورد بحث قرار گرفته است. فرضیه اول بوسیله آزمون t دو گروه مستقل مورد آزمون فرضیه قرار گرفت و نتایج حاکی از تفاوت معنی‌دار بین میانگین‌های مورد مقایسه بود و در نتیجه فرضیه اول مورد تأیید قرار گرفت، بدین معنی که آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی و سواس - بی‌اختیاری موثر است. به عبارت دیگر آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال و سواس تأثیر مثبت دارد. نتایج بدست آمده در این بخش هماهنگ با پیشینه نظری پژوهش می‌باشد. چنانچه پیشتر ذکر شد راجمن در ۱۹۹۷ در نظریه شناختی خود راجع به شکل‌گیری اختلال و سواس - بی‌اختیاری پیشنهاد می‌کند که مزاحمت‌های ذهنی طبیعی (از جمله امور جنسی) - چه خواسته و چه ناخواسته - نشان دهنده موضوعات مهم

با توجه به اینکه t محاسبه شده یعنی (۰/۶۹) کوچکتر از t جدول (۱/۸۶) در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ و با درجه آزادی ۸ می‌باشد بنابراین فرض صفر تأیید می‌شود و نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های مورد مقایسه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، پس فرضیه دوم رد می‌شود یعنی آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی و سواس - بی‌اختیاری در بین زنان و مردان تأثیر متفاوتی ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج تجزیه و تحلیل آماری نشان داد:
 ۱- آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی و سواس - بی‌اختیاری تأثیر مثبت دارد.
 ۲- آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی و سواس - بی‌اختیاری در بین زنان و

نهایت رفتار فرد تغییر کند [۲۴]. نگرش‌ها به صورت یک فرایند یادگیری شکل می‌گیرند. شخص در معرض اطلاعات و تجربیات مربوط به یک شی یا موضوع خاص قرار می‌گیرد و بر اثر فرایند تقویت و تقلید نگرشی نسبت به آن پیدا می‌کند [۲۶]. طی جلسات آموزش رفتارهای سالم جنسی فرد مبتلا به وسواس در معرض اطلاعات جدیدی (هم اطلاعاتی درباره رفتارهای سالم جنسی و هم نحوه برخورد بدون تنش و احساس گناه با امور جنسی) قرار می‌گیرد و این اطلاعات می‌تواند نگرش او را تغییر دهد و در نتیجه رفتار فرد که مورد نظر است تغییر نماید و به سمت رفتارهای سالم سوق پیدا کند و از تنش جنسی وی کاسته شود. نتایج این بخش از پژوهش مویید این نکته است.

پس از انجام آزمون t دو گروه مستقل برای فرضیه دوم نتایج نشان دهنده عدم تفاوت معنی دار بین میانگین‌های مورد مقایسه بود که در نتیجه این فرض رد شد، بدین معنی که آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی و سواس - بی اختیاری در بین زنان و مردان تأثیر متفاوتی ندارد. معنی نتایج بدست آمده از آزمون فرضیه دوم این است که تأثیر آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی و سواس - بی اختیاری به جنسیت فرد مبتلا بستگی نداشته و این آموزش در کاهش نشانه‌های اختلال وسواس در هر دو جنس تأثیر مثبت دارد. چنانچه اشاره شد اختلال جنسی یک پدیده چند عاملی و پیچیده است که عوامل فیزیولوژیکی، روان شناختی و فرهنگی در آن نقش دارند [۱۴]. یکی از عوامل تأثیرگذار در رفتار و احساس انسان، نوع نگرش و باور فرد درباره آن حادثه یا بطور کلی طرحواره آن فرد در خصوص مسئله یا پدیده مورد نظر است. در رویکرد شناختی این عقیده وجود دارد که نوع باور فرد تعیین کننده احساس، رفتار و برداشت اوست و به همین دلیل باورهای افراد در شناخت درمانی، آماج اصلی درمان قرار می‌گیرند [۱۵ و ۱۶]. تفاوت دو جنس در رفتار جنسی تا حد زیادی از راه نقش‌های جنسیتی و متغیرهای فرهنگی که بر آن تأثیر می‌گذارد

زندگی فرد هستند و اغلب توسط علایم درونی یا بیرونی به جریان می‌افتند. به زعم وی چنین مزاحمت‌های ذهنی تنها زمانی تبدیل به وسواس می‌شوند که فرد اهمیت فوق‌العاده‌ای برای این افکار قایل شود و آن‌ها را وحشتناک، خطرناک، غیر اخلاقی و یا از این قبیل تعبیر نماید. به عبارت دیگر ارزیابی غلط مزاحمت‌های ذهنی کلید تبدیل این مزاحمت‌های ذهنی طبیعی به وسواس‌ها است [۱۰]. بنابراین این می‌تواند نتایج بدست آمده را اینگونه تبیین کرد که صرف گفت و شنود آزادانه و بدون تنش درباره امور جنسی می‌تواند به نوعی تنش فرد را در این زمینه کاهش دهد. از طرفی فروید در سال ۱۹۲۶ نظریه اضطراب خود را بازنگری می‌کند و می‌نویسد: هنگامی که یک تجسم کشاننده‌ای، خطرناک، تهدیدکننده یا گنجهکارانه به نظر آید اضطراب را در سطح "من" پدید می‌آورد. بر این اساس تبیین دیگری که برای نتایج حاصله می‌توان ارائه نمود این است که صحبت کردن بدون تنش درباره پدیده جنسی می‌تواند میزان خطرناک بودن، تهدید کنندگی و گنجهکارانه به نظر رسیدن این امور را کاهش دهد و به تبع آن از اضطراب فرد در این زمینه کاسته شود. بعلاوه رایش می‌نویسد: انسان تنها نوع جاننداری است که عمل جنسی طبیعی خود را ویران کرده و مرض او، نتیجه این ویرانی است. حتی یک شخص مبتلا به روان رنجوری از نظر جنسی توانا نیست؛ توانایی ارگاسم بطور طبیعی در هر شخص موجود است ولی این توانایی در افراد مختلف که به روان رنجوری مبتلا هستند، مختل می‌شود. اضطراب نقطه مقابل تحریک جنسی و در عین حال از نظر ماهیت انرژی با آن یکسان و برابر است. بنابر این اگر خواست‌های جنسی بطور سالم و کامل کامیاب شوند، بیماری روان رنجوری وجود نخواهد داشت [۵]. با توجه به نظرات رایش می‌توان تصور کرد که آموزش رفتارهای سالم جنسی منجر به ارتقاء سطح سلامت جنسی در گروه آزمایشی شده و در نتیجه باعث کاهش نشانه‌های روان رنجوری و سواس در آن‌ها گردیده است. از طرفی می‌دانیم که غالباً با ارائه اطلاعات و آموزش می‌توان انتظار داشت، دانش، نگرش و در

پژوهش وجود داشت، موانع موجود در آموزش رفتارهای سالم جنسی و عدم اطمینان از کاربرد صحیح این آموزش‌ها توسط مراجعین بود؛ به عبارت دیگر اگر فرض کنیم مراجعی موارد آموزشی را فرا گرفته باشد، لازم است آن‌ها را کاملاً اجرا نماید. پس محدودیتی که به طور عمده می‌توان برای این پژوهش ذکر نمود عدم اطمینان از ایجاد رفتار سالم جنسی بر طبق الگوی آموزشی دانش، نگرش و رفتار است. با توجه به محدودیت‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود: ۱- پژوهش حاضر در نمونه‌های دیگر تکرار شود. ۲- تاثیر آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های سایر اختلالات اضطرابی مورد بررسی قرار بگیرد. ۳- در تکرار پژوهش حاضر جلسات آموزش رفتارهای سالم جنسی تخصصی‌تر برگزار شود. ۴- تعداد افراد نمونه زن و مرد بیشتر شوند تا توان آزمون بالاتر رود.

تعیین می‌شود. طرحواره‌های فرهنگی در رابطه با نقش‌های جنسیتی خصوصاً در دختران از سنین پایین شکل می‌گیرد. طرحواره‌های نقش جنسیتی مجموعه‌ای از تداعی‌های مرتبط با جنسیت هستند که زمینه اصلی پردازش اطلاعات را بر اساس جنسیت بازنمایی می‌کنند [۱۷]. بنابراین جهت تبیین نتایج حاصل از آزمون فرضیه دوم می‌توان گفت که ممکن است آموزش رفتارهای سالم جنسی بر طرحواره‌های زنان گروه آزمایشی تاثیر گذاشته و این آموزش منجر به درمان شده است و در نهایت نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری را کاهش داده است. از طرفی این نتایج هم‌سو با یافته‌های پژوهشی است [۳۱؛ ۳۲ و ۱۸]. با توجه به نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر، توجه به مشکلات جنسی مراجعین وسواسی به تمامی روان‌درمانگران توصیه می‌شود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر نمونه در دسترس می‌باشد. محدودیت دیگری که بر سر راه انجام این

9. Vulink, N., Denys, D., Bus, L., Westenberg, H. (2006). Sexual pleasure in women with obsessive – compulsive disorder? *Journal of Affective disorders*: Vol 91:pp. 19 -25.

۱۰. داودی، ایران. (۱۳۸۶). بررسی عوامل شناختی، شخصیتی، فشارروانی و سابقه خانوادگی به عنوان پیش بین های ابتلا به اختلال وسواس - اجبار و مقایسه زیرگروه های علائم اختلال بر اساس برخی متغیرهای پیش بین در شهرستان اهواز. پایان نامه دکتری. چاپ نشده.

11. Kokoszka, A. (2006). Sexual disorders among patients with neurotic disorders. *Journal of Sexologies*: Vol 15:pp. 525 – 529.

۱۲. صفاریان، زهرا و شاملی، لیلیا. (۱۳۸۶). مقایسه رضایت جنسی در زنان وسواسی - اجباری و گروه نرمال. خلاصه مقالات سومین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی، ص ۴۰.

13. Roller, C. (2007). Sexually Compulsive / Addictive Behaviors in Women: A Womens Healthcare Issue. *Journal of Midwifery Womens Health*: Vol 52:pp. 486 – 491.

14. Wiegel, M., Wincze, J. P, & Barlow, D. H (2002). Sexual dysfunction. In M. M. Antony & D. H. Barlow (Eds). *Hand book of assessment and treatment planning to psychological disorders*. New York: Guilford press.

15. Leahy, R (2003). *Cognitive therapy techniques*. New York; Guilford press.

16. Beck, J (1995). *Cognitive therapy: Basic and beyond*. New York: Guilford press.

۱۷. خمسه، اکرم، یادگاری، هاجر، حسینی، فاطمه. (۱۳۸۴). بررسی ارتباط میان رفتار جنسی و طرحواره های نقش جنسیتی در دو گروه از دانشجویان متأهل. دومین کنگره خانواده و مشکلات جنسی. تهران: دانشگاه شاهد.

منابع

۱. انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۰۰). چکیده DSM-IV-

TR خلاصه متن تجدید نظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی، ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس. تهران: انتشارات سخن.

۲. هاوتون و همکاران. (۱۳۸۰). رفتار درمانی شناختی، جلد اول، ترجمه حبیب‌اله قاسم‌زاده. تهران: انتشارات ارجمند.

۳. استکتی، گیل و همکاران. (۱۳۷۳). وسواس، برداشتها و درمان رفتاری، ترجمه امیر هوشنگ مهریار. تهران: انتشارات رشد.

۴. کاپلان، هارولد، سادوک، ویرجینیا. (۱۳۸۲). خلاصه روانپزشکی، علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی، جلد دوم، ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان. تهران: انتشارات ارجمند.

۵. رایش، ویلهلم. (۱۳۸۲). کشف انرژی ارگن، روان شناسی در عمق، کارکرد ارگاسم، ترجمه استپان سیمونیان. تهران: انتشارات رشد.

۶. دادستان، پریخ. (۱۳۸۴). روان شناسی مرضی تحولی: از کودکی تا بزرگسالی، جلد اول، ویرایش دوم. تهران: انتشارات سمت.

۷. فروید، زیگموند. (۱۳۸۵). کاربرد تداوی آزاد در روانکاوی کلاسیک، ترجمه سعید شجاع شفتی. تهران: انتشارات ققنوس.

۸. فروید، زیگموند. (۱۳۴۳). سه رساله درباره تئوری میل جنسی، ترجمه هاشم رضی. تهران: نشر آسیا.

28. Kaplan, L. & Sadock, V. (2005). Comprehensive Text book of Psychiatry, Vol. I.U.S.A, LIPPANCOTT Williams and Wilkins.
۱۸. نوایی نژاد، شکوه. (۱۳۸۴). تفاوت های جنسیتی در مسائل جنسی (یک مطالعه فراتحلیلی). دومین کنگره خانواده و مشکلات جنسی. تهران: دانشگاه شاهد.
۱۹. حیدری نسب، لیلا، خلیلی، سکینه. (۱۳۸۶). رابطه بین خودپنداره جنسی و رضایتمندی زناشویی. سومین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی. تهران: دانشگاه شاهد.
۲۰. اسلامی نسب، علی. (۱۳۸۳). شفای وسواس. تهران: نشر شفا بخش.
۲۱. اسلامی نسب، علی. (۱۳۸۳). راهنمای عملی درمان وسواس برای متخصصین. تهران: نشر شفا بخش.
۲۲. هاوتون و همکاران. (۱۳۸۰). رفتار درمانی شناختی، جلد دوم، ترجمه حبیب‌اله قاسم‌زاده. تهران: انتشارات ارجمند.
۲۳. پروچاسکا، اوجمیز، و نورکراس، جان سی. (۱۳۸۱). نظریه های روان درمانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات رشد.
24. Freedman, J.L., Carlsmith, J.M., and Sears, D.O. (1970). Social Psychology. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice – Hall.
۲۵. اتکینسون، ریتال و همکاران. (۱۳۸۴). زمینه روانشناسی هیلگارد، جلد دوم، ترجمه حسن رفیعی، مرسته سمیعی و محسن ارجمند. تهران: انتشارات ارجمند.
۲۶. کریمی، یوسف. (۱۳۶۸). روان شناسی اجتماعی. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
۲۷. حلم سرشت، پریش و دل پیشه، اسماعیل. (۱۳۸۲). جمعیت و تنظیم خانواده. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
۲۹. دادفر، محبوبه و همکاران. (۱۳۸۰). بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی - جبری. مجله اندیشه و رفتار، شماره ۲۱، صص ۲۷ - ۳۲.
۳۰. دل‌آور، علی. (۱۳۶۸). روش های تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
۳۱. حسن زاده، رمضان، محمودی، قهرمان. و خلیلیان، علیرضا. (۱۳۸۴). تاثیر آموزش جنسی بر پیشگیری از اختلالات جنسی. دومین کنگره خانواده و مشکلات جنسی. تهران: دانشگاه شاهد.
۳۲. اندوز، زهرا و حمیدپور، حسن. (۱۳۸۴). بررسی کمال گرایی جنسی بین زنان و مردان. دومین کنگره خانواده و مشکلات جنسی. تهران: دانشگاه شاهد.

بررسی نقش تعدیل کننده عاطفه مثبت و منفی بر رابطه بین ناگویی هیجانی و شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن

نویسندگان: دکتر محمدعلی بشارت^{۱*}، صدیقه کوچی^۲، دکتر محسن دهقانی^۳، دکتر حجت‌اله فراهانی^۴ و دکتر سیروس مؤمن‌زاده^۵

۱. استاد دانشگاه تهران

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تهران

۳. عضو هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی

۴. عضو هیئت علمی دانشگاه تهران

۵. عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

* Email: besharat@ut.ac.ir

چکیده

یکی از ویژگی های اصلی ناگویی هیجانی، تمرکز بر احساسات بدنی است. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی این احساسات را اشتباهاً به عنوان علایم بیماری جسمی تفسیر می کنند. پژوهش ها نشان داده اند که بیماران مبتلا به درد مزمن، احساسات خود را از طریق نشانه های جسمی آشکار می سازند. عواطف مثبت و منفی به عنوان ابعاد اصلی تجربه های هیجانی، از جمله هیجان های مرتبط با درد، هستند. پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش تعدیل کننده عاطفه مثبت و منفی بر رابطه بین ناگویی هیجانی و شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن انجام گرفت. ۱۰۰ آزمودنی (۶۷ زن و ۳۳ مرد) در این پژوهش شرکت کردند. از شرکت کنندگان خواسته شد که مقیاس های ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20)، فهرست عواطف مثبت و منفی (PANAS) و مقیاس دیداری شدت درد (VAS) را تکمیل کنند. نتایج پژوهش نشان داد که عاطفه مثبت و عاطفه منفی، در دو جهت متضاد، در رابطه بین ناگویی هیجانی و شدت درد نقش تعدیل کننده دارند. عاطفه مثبت باعث کاهش تاثیر ناگویی هیجانی بر شدت درد و عاطفه منفی، بر عکس، باعث افزایش تاثیر ناگویی هیجانی بر شدت درد شد. بر اساس نتایج این پژوهش می توان نتیجه گرفت که رابطه بین ناگویی هیجانی و شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن تحت تاثیر نقش تعدیل کننده عواطف مثبت و منفی قرار دارد. افزایش اثربخشی برنامه های درمانی درد مزمن، مستلزم مداخله های روانشناختی همزمان به منظور تعدیل ناگویی هیجانی و عواطف منفی و تقویت عواطف مثبت است.

کلید واژه‌ها: ناگویی هیجانی، عاطفه مثبت، عاطفه منفی، شدت درد، درد مزمن

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
ورفتار

• دریافت مقاله: ۸۹/۳/۱۰

• پذیرش مقاله: ۹۰/۷/۱۸

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Nineteenth Year, No.7
Autumn & Winter
2012- 2013*

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال نوزدهم- دوره جدید

شماره ۷

پاییز و زمستان ۱۳۹۱

مقدمه

برای دیگران و قدرت تجسم محدود که به صورت فقر در خیالپردازی مشخص می شود، و سبک شناختی عینی (غیر تجسمی)، عمل گرا و واقعیت مدار یا تفکر عینی^{۱۱} [۷].

ناگویی هیجانی با تعداد زیادی از اختلال های روانی و بدنی مانند بیماری های روان تنی، بیماری های مزمن جسمی و روانی، اختلال های اضطرابی، اختلال های خلقی، اختلال های خوردن، جسمی کردن و سوء مصرف مواد رابطه دارد [۸]. نقص در آگاهی از عواطف و فعالیت های شناختی نمادین در افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، عامل آسیب پذیری آنها در مقابله با استرس است و درد مزمن مسیری است که از طریق آن عواطف و احساسات فرد در رابطه با عوامل استرس زای زندگی، خود را در قالب نشانه های بدنی متجلی می سازند [۴]. از طرفی، ناگویی هیجانی با تقویت نشانه های جسمی که به صورت تمایل به تمرکز بر احساسات جسمی تعریف می شود نیز رابطه دارد. به همین دلیل، افراد مبتلا به ناگویی هیجانی بر تظاهرات جسمی مربوط به برانگیختگی خود متمرکز می شوند و به دنبال آن به تفسیر نادرست این احساسات می پردازند [۵]. گروهی از محققان [۹] نیز فرض کرده اند که ناگویی هیجانی یک الگوی شخصیتی است که بیماران مبتلا به درد مزمن را مستعد بیان عواطف خود از طریق نشانه های جسمی درد می سازد. بنابراین، با توجه به بعد عاطفی درد و مشکلات عاطفی مطرح در ناگویی هیجانی، انتظار می رود که بین این عامل و درد مزمن رابطه وجود داشته باشد. البته باید توجه داشت که رابطه بین ناگویی هیجانی و درد مزمن یک رابطه ساده نیست، بلکه هر کدام از این متغیرها ممکن است تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار داشته باشند که بر رابطه بین این دو متغیر نیز تاثیر می گذارند. از جمله این عوامل، عواطف مثبت و منفی^{۱۲} است که در پژوهش حاضر تاثیر آن بر رابطه بین ناگویی هیجانی و شدت درد مورد بررسی قرار گرفت.

نقش عواطف مثبت و منفی در درد توسط تعدادی از مطالعات نشان داده شده است [۲، ۳، ۱۰، ۱۱]. عواطف

طبق تعریف انجمن بین المللی مطالعه درد^۱ [۱]. درد تجربه حسی یا هیجانی ناخوشایندی است که با آسیب واقعی یا بالقوه مرتبط است و از دو بعد حسی و عاطفی تشکیل می شود. بعد حسی درد به شدت درد اشاره دارد و بعد عاطفی آن، به میزان ناخوشنودی تجربه شده توسط فرد اطلاق می گردد. درد از نظر طول مدت به دو دسته تقسیم می شود: درد حاد^۲ و درد مزمن^۳. درد حاد معمولاً نتیجه بیماری یا صدمه است و کمتر از سه ماه ادامه دارد، اما درد مزمن به مدت حداقل سه ماه تداوم می یابد، می تواند با آسیب بافتی همراه باشد و یا در طول زمان عود کند. درد مزمن جنبه های متفاوت از زندگی فرد از قبیل عملکرد هیجانی، بین شخصی، شغلی و فیزیکی را تحت تاثیر قرار می دهد و هزینه های گزافی را بر جامعه و سیستم بهداشت و درمان تحمیل می نماید [۲، ۳]. در سده بیستم و به دنبال شکست درمان های طبی و معرفی ابعاد سه گانه درد توسط ملزاک و وال در نظریه کنترل دروازه^۴ که شدت و ماهیت درد را تابعی از مکانیسم های حسی، شناختی و عاطفی می دانستند، بررسی نقش عوامل روانشناختی و درمان های مبتنی بر این عوامل جای خود را در این حوزه باز کردند [۳].

طبق پژوهش های انجام شده [۴، ۵، ۶]، از جمله عوامل روانشناختی موثر بر درد مزمن، ناگویی هیجانی^۵ است. ناتوانی در پردازش شناختی^۶ و تنظیم هیجان ها^۷، ناگویی هیجانی نامیده می شود [۷]. ناگویی هیجانی سازه ای است چند وجهی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات^۸ و تمایز بین احساسات بدنی^۹ مربوط به برانگیختگی هیجانی، دشواری در توصیف احساسات^{۱۰}

1. International Association for the Study of Pain

2. acute pain

3. chronic pain

4. gate control theory

5. alexithymia

6. cognitive processing

7. regulation of emotions

8. difficulty identifying feeling

9. bodily sensations

10. difficulty describing feeling

11. externally oriented thinking

12. positive and negative affect

شدت درد و ناتوانی ناشی از درد، ۵۰ بیمار مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا را با ۲۰ بیمار مبتلا به ورم مفاصل و ۴۲ فرد سالم مقایسه کردند. نتایج نشان داد که تفاوت معنا داری در مقیاس های اضطراب، خشم، افسردگی، اضطراب و ناگویی هیجانی بین سه گروه وجود دارد و نمره ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا نسبت به دو گروه دیگر بیشتر بود. تحلیل داده ها نشان داد که نمره های خشم، اضطراب و افسردگی، شدت درد را در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا پیش بینی می کند.

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش تعدیل کننده عاطفه مثبت و منفی بر رابطه بین ناگویی هیجانی و شدت درد است. چنین مطالعه ای علاوه بر این که دانش روانشناختی را در زمینه عوامل موثر بر تجربه درد افزایش می دهد، می تواند زمینه ای برای ایجاد مداخله های درمانی موثر در بیماران مبتلا به درد مزمن فراهم سازد. بر این اساس و بر حسب یافته های موجود، فرضیه های پژوهش به شرح زیر مورد بررسی قرار گرفتند: فرضیه اول: عاطفه مثبت رابطه ناگویی هیجانی و شدت درد را در بیماران مبتلا به درد مزمن تعدیل می کند؛ فرضیه دوم: عاطفه منفی رابطه ناگویی هیجانی و شدت درد را در بیماران مبتلا به درد مزمن تعدیل می کند.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر، بیماران مبتلا به درد های مزمن عضلانی-استخوانی بودند که در فاصله زمانی بهار تا پاییز ۱۳۸۸ به درمانگاه درد بیمارستان امام حسین، مرکز جراحی محدود گاندی و بیمارستان اختر تهران مراجعه کرده اند. تعداد نمونه در پژوهش حاضر ۱۰۰ بیمار بود که ۳۳ نفر (۳۳٪) از آنها مرد و ۶۷ نفر (۶۷٪) زن بودند. ملاک های ورود عبارت بودند از: سابقه شکایت از دردهای عضلانی-استخوانی (غیر از سر درد و درد گردن) حداقل در سه ماه گذشته و به صورت هر روزه، سن بالای ۱۸ سال و عدم سابقه عمل جراحی در سه ماه گذشته. بیمارانی که بر اساس معیارهای مورد نظر

مثبت و منفی ابعاد اصلی تجربه های هیجانی هستند [۱۲].
عواطف منفی عبارتند از: ترس/اضطراب، غمگینی/افسردگی، خشم/خصومت. این عواطف، بخشی از سیستم رفتاری بازدارنده هستند که هدف اصلی آن بازداری رفتارهایی است که به پیامدهای ناخوشایند منجر می شوند. عواطف مثبت عبارتند از: لذت، علاقه، اعتماد، هشیاری. این عواطف، بخشی از سیستم رفتاری تسهیلی هستند که ارگانسیم را به سمت محرک های لذت بخش هدایت می کنند [۱۳]. برخی از پژوهش ها نشان داده اند که ۴۰ تا ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به درد مزمن از افسردگی رنج می برند [۳]. افسردگی معمولاً از طریق ارزیابی فرد از تاثیر درد بر زندگی و توانایی کنترل درد و باور به توانایی خود برای ادامه عملکرد، با درد رابطه پیدا می کند؛ خشم به واسطه افزایش برانگیختگی اتونومیک، درد را تشدید می کند و انگیزه فرد را برای پذیرش درمان و کنترل درد کاهش می دهد؛ اضطراب نیز از طریق تمایل به اجتناب از رفتار و فعالیت های قبلی می تواند دلیل اصلی ناتوانی کارکردی و تشدید درد در بیماران مبتلا به درد مزمن باشد [۳]. البته باید توجه داشت که تجربه درد با عواطف مثبتی مانند خوشحالی و خوش بینی، رابطه منفی دارد به طوری که این عواطف باعث فرونشینی و تسکین درد، در افراد مبتلا به درد مزمن می شوند [۱۴]. در پژوهشی که توسط لاملی، اسلین و نورمن [۱۵] انجام گرفت، ۳۰ بیمار مبتلا به درد مزمن و بیمارانی که در جستجوی درمان برای مشکلات دیگری مانند وابستگی به سیگار ($n=32$) و چاقی ($n=25$) بودند با هم مقایسه شدند. نتایج نشان داد که نمره ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به درد مزمن نسبت به دو گروه دیگر بیشتر بود. در این پژوهش، بیماران مبتلا به درد مزمن، آسیب های روانی بیشتری نشان دادند. این محققان نشان دادند که ناگویی هیجانی مجموعه ای از صفات شخصیتی مانند نوروژگرای و عاطفه مثبت پایین است که فرد را برای درد مزمن و سایر اختلالات مستعد می سازد. سایار، گالیک و تاپ باس [۱۶] نیز در یک پژوهش با استفاده از مقیاس های ناگویی هیجانی، اضطراب، افسردگی، خشم،

شد که نشانه همسانی درونی^۴ خوب مقیاس است. پایایی باز آزمایی^۵ مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از $r = ۰/۷۰$ تا $r = ۰/۷۷$ برای ناگویی هیجانی کل و زیرمقیاسهای مختلف تایید شد. روایی همزمان^۶ مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس های این آزمون و مقیاس های هوش هیجانی^۷، بهزیستی روانشناختی^۸ و درماندگی روانشناختی^۹ بررسی و مورد تایید قرار گرفت. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی ها در مقیاس ناگویی هیجانی کل با هوش هیجانی ($r = -۰/۷۰, P < ۰/۰۰۱$)، بهزیستی روانشناختی ($r = -۰/۷۸, P < ۰/۰۰۱$) و درماندگی روانشناختی ($r = ۰/۴۴, P < ۰/۰۰۱$) همبستگی معنادار وجود دارد. ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس های ناگویی هیجانی و متغیرهای فوق نیز معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی تاییدی^{۱۰} نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ تایید کردند [۲۳].

• فهرست عواطف مثبت و منفی (PANAS)-
فهرست عواطف مثبت و منفی [۱۲] مقیاسی است متشکل از ۱۰ عاطفه مثبت و ۱۰ عاطفه منفی. این فهرست دو زیر مقیاس عاطفه مثبت و عاطفه منفی را به منزله دو بعد متعامد^{۱۱}، در اندازه های پنج درجه ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در هر یک از زیرمقیاس های فهرست به ترتیب ۱۰ و ۵۰ خواهد بود. فهرست عواطف مثبت و منفی، بر حسب دستورالعمل اجرایی تعیین شده برای آزمودنی، عواطف مثبت و منفی را به دو صورت صفت^{۱۲} و/ یا حالت^۱ می‌سنجد. ضرایب

وارد پژوهش شدند، پس از مطالعه فرم رضایت نامه و امضای آن (توسط خود یا همراه بیمار در صورت نداشتن سواد)، به تکمیل مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۱، فهرست عواطف مثبت و منفی^۲ و مقیاس دیداری شدت درد^۳ پرداختند. برای بیماران بی سواد و بیمارانی که تنها سواد خواندن و نوشتن داشتند، تمام سوال ها توسط پژوهشگر خوانده می شد و تلاش بر این بود تا هر نوع ابهامی در درک سوال ها برطرف شود. میانگین سن بیماران مبتلا به درد مزمن شرکت کننده در پژوهش، ۴۵ سال و انحراف معیار سن آنها ۱۶/۲۹ بود. فراوانی و درصد آزمودنی ها بر حسب محل درد عبارت بود از: اندام های فوقانی ۲۷ نفر (۲۷٪)، اندام های تحتانی ۱۴ نفر (۱۴٪)، کمر درد ۴۷ نفر (۴۷٪) و درد در قسمت های مختلف بدن ۱۲ نفر (۱۲٪). از نظر میزان تحصیلات، ۹ نفر (۹٪) بی سواد، ۲۶ نفر (۲۶٪) ابتدایی، ۲۰ نفر (۲۰٪) راهنمایی، ۲۴ نفر (۲۴٪) دیپلم، ۹ نفر (۹٪) فوق دیپلم، ۹ نفر (۹٪) لیسانس و ۴ نفر (۴٪) فوق لیسانس بودند.

ابزار سنجش

• مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20)- مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو [۱۷] یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی را در مقیاس پنج درجه ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره های سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می شود. ویژگیهای روانسنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در پژوهشهای متعدد بررسی و تایید شده است [۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲]. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ [۲۳]، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل، و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه

4 . internal consistency

5 . test-retest reliability

6 . concurrent validity

7 . emotional intelligence

8 . psychological well-being

9 . psychological distress

10 . confirmatory factor analysis

11 . orthogonal

12 . trait

1 . TAS-20 ; Toronto Alexithymia Scale

2 . Positive and Negative Affect Schedule ; PANAS

3 . VAS ; Visual Analogue Scale for Pain Severity

از ۰/۶۶ تا ۰/۷۱ و برای عاطفه منفی از ۰/۶۹ تا ۰/۷۴ به دست آمد. این ضرایب که همه در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنادار بودند، پایایی بازآزمایی فهرست عواطف مثبت و منفی را تایید می کنند.

روایی همگرا^۲ و تشخیصی (افتراقی)^۳ نسخه فارسی فهرست عواطف مثبت و منفی از طریق اجرای همزمان مقیاس افسردگی بک، مقیاس اضطراب بک و مقیاس سلامت روانی در مورد آزمودنی های دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت. ضرایب همبستگی زیر مقیاس های عاطفه مثبت و عاطفه منفی به ترتیب با مقیاس افسردگی بک ۰/۴۴- و ۰/۵۳، با مقیاس اضطراب بک ۰/۳۸- و ۰/۴۷، با درماندگی روانشناختی ۰/۴۲- و ۰/۵۱ و با بهزیستی روانشناختی ۰/۵۴ و ۰/۴۳- به دست آمد. این ضرایب در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز با تعیین دو عامل عاطفه مثبت و عاطفه منفی، روایی سازه نسخه فارسی فهرست عواطف مثبت و منفی را مورد تایید قرار داد [۲۶].

• مقیاس دیداری شدت درد (VAS) - مقیاس دیداری شدت درد یک محور درجه بندی نشده است که از صفر تا ۱۰۰ نمره گذاری شده و از فرد خواسته می شود تا شدت درد ادراک شده را بر روی محور به صورت دیداری علامت بزند. نمره بالاتر نشان دهنده شدت بیشتر درد است. از فرد خواسته می شود میزان درد ادراک شده در هفته پیش، میزان درد موجود در حال حاضر و میزان پیش بینی خود از میزان دردش در هفته آینده را روی سه محور جداگانه مشخص نماید. این مقیاس در پژوهش های متعدد به کار رفته است [۲۷، ۲۸].

بیشترین درد ممکن
اصلاً درد ندارم

۱۰۰
۰

آلفای کرونباخ برای پرسش های عاطفه مثبت از ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و برای عاطفه منفی از ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ گزارش شده است [۱۲، ۲۴]. پایایی بازآزمایی فهرست عواطف مثبت و منفی در یک دوره دو ماهه برای عاطفه مثبت ۰/۶۸ و برای عاطفه منفی ۰/۷۱ محاسبه شده است [۱۲]. روایی فهرست عواطف مثبت و منفی نیز از طریق ضرایب همبستگی زیر مقیاس های عاطفه مثبت و عاطفه منفی با مقیاس افسردگی بک به ترتیب ۰/۳۶- و ۰/۵۸ و با زیر مقیاس اضطراب آشکار در پرسشنامه اضطراب آشکار-نهان به ترتیب ۰/۳۵- و ۰/۵۱ گزارش شده است [۱۲].

نتایج به دست آمده در پژوهشی که بخشی پور و دژکام [۲۵] در مورد یک نمونه دانشجویی مبتلا به اختلال های افسردگی و اضطرابی انجام دادند، ساختار دو عاملی فهرست عواطف مثبت و منفی را تایید کرد و ضرایب آلفای کرونباخ برای هر دو زیر مقیاس ۰/۸۷ محاسبه شد. بر اساس یافته های این پژوهش، فهرست عواطف مثبت و منفی می تواند بین بیماران افسرده و مضطرب تمایز ایجاد کند. ویژگی های روانسنجی نسخه فارسی فهرست عواطف مثبت و منفی در چندین پژوهش دیگر نیز، که در خلال سال های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۵ در نمونه های بیمار و بهنجار انجام شده اند، مورد بررسی و تایید قرار گرفته اند [۲۶]. در این پژوهش ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش های عاطفه مثبت از ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ و برای عاطفه منفی از ۰/۸۱ تا ۰/۸۹ برای بیماران به دست آمد. این ضرایب در نمونه های بهنجار برای پرسش های عاطفه مثبت از ۰/۸۵ تا ۰/۹۰ و برای عاطفه منفی از ۰/۸۳ تا ۰/۸۸ محاسبه شد. این ضرایب، همسانی درونی زیرمقیاس های فهرست عواطف مثبت و منفی را تایید می کنند. ضرایب همبستگی بین نمره های ۱۸۴ نفر از نمونه های بیمار در دو نوبت با فاصله چهار تا شش هفته برای عاطفه مثبت از ۰/۶۹ تا ۰/۷۳ و برای عاطفه منفی از ۰/۶۷ تا ۰/۷۰ محاسبه شد و در مورد نمره های ۲۳۳ نفر از نمونه های بهنجار در همین فاصله زمانی برای عاطفه مثبت

² . convergent

³ . discriminant

¹ . state

نتایج

عاطفه مثبت با شدت درد در هفته گذشته ۰/۷۳ بوده که ۵۲ درصد از واریانس نمره های درد را به طور معنا دار تبیین می کند. مدل ۲ میزان رابطه بین متغیر های پیش بین ناگویی هیجانی، عاطفه مثبت و شدت درد در هفته گذشته را پس از ورود اثر تعدیل کننده عاطفه مثبت نشان می دهد. با مقایسه مدل ۱ و ۲ ملاحظه می شود که عاطفه مثبت سبب افزایش R^2 به میزان ۱۰٪ شده که این میزان معنادار است ($\Delta R^2 = 0/10$ ، $\Delta F = 6/07$ و $p = 0/001$). مدل ۲ نشان می دهد که ۱۰ درصد از واریانس مشاهده شده در نمره های شدت درد توسط اثر تعدیل کننده عاطفه مثبت تبیین می شود.

جدول ۱ ماتریس همبستگی ناگویی هیجانی، عاطفه مثبت و شدت درد را نشان می دهد. همانگونه که جدول ۱ نشان می دهد، رابطه ناگویی هیجانی با عاطفه مثبت ($r = -0/38$ و $p = 0/001$)، شدت درد در هفته گذشته ($r = 0/51$ و $p = 0/001$) و رابطه عاطفه مثبت و شدت درد در هفته گذشته ($r = -0/67$ و $p = 0/001$) معنادار است. نتایج تحلیل رگرسیون به منظور بررسی اثر تعدیل کننده عاطفه مثبت در تبیین واریانس شدت درد در جدول ۲ نشان داده شده است. نتایج تحلیل رگرسیون در مدل ۱ نشان می دهد که رابطه متغیر های ناگویی هیجانی و

جدول ۱- ماتریس همبستگی ناگویی هیجانی، عاطفه مثبت و شدت درد

متغیر	۱	۲	۳
۱- ناگویی هیجانی	-----	-----	-----
۲- عاطفه مثبت	-۰/۳۸	-----	-----
۳- شدت درد در هفته گذشته	۰/۵۱	-۰/۶۷	-----

همبستگی ها در سطح $P \leq 0/001$ معنادار هستند.

جدول ۲- نتایج تحلیل رگرسیون بر اساس مدل ۱ و ۲

مدل	R	R^2 تعدیل شده	ΔR^2	ΔF	P
۱	۰/۷۳	۰/۵۲	۰/۵۳	۵۵/۳۰	۰/۰۰۱
۲	۰/۸۰	۰/۶۳	۰/۱۰	۶/۰۷	۰/۰۰۱

مدل ۱- متغیر های پیش بین: ناگویی هیجانی و عاطفه مثبت
 مدل ۲- متغیر های پیش بین: ناگویی هیجانی، عاطفه مثبت و اثر تعدیل کننده عاطفه مثبت در تبیین واریانس شدت درد در هفته گذشته

ناگویی هیجانی ($\beta = 0/28$ و $t = 3/71$)، عاطفه مثبت ($\beta = -0/56$ و $t = -7/56$) و همچنین اثر تعدیل کننده عاطفه مثبت ($\beta = -0/31$ و $t = -4/23$) به طور معنادار واریانس شدت درد در هفته گذشته را تبیین می کنند. یعنی با افزایش ناگویی هیجانی شدت درد افزایش و با افزایش عاطفه مثبت شدت درد کاهش می یابد. میزان رابطه شدت درد و ناگویی هیجانی توسط عاطفه مثبت به طور معنادار

جدول ۳ ضرایب استاندارد و غیر استاندارد تحلیل رگرسیون بر اساس مدل ۱ و ۲ را نشان می دهد. ضرایب رگرسیون در مدل ۱ نشان می دهد که متغیر های پیش بین ناگویی هیجانی ($\beta = 0/30$ و $t = 4/04$) و عاطفه مثبت ($\beta = -0/56$ و $t = -7/47$) می توانند به طور معنادار واریانس شدت درد در هفته گذشته را تبیین کنند. همچنین ضرایب رگرسیون در مدل ۲ نشان می دهد که

تعدیل میگردد، یعنی میزان رابطه ناگویی هیجانی و شدت درد به طور معنادار به میزان عاطفه مثبت بستگی دارد. این نتایج، فرضیه اول پژوهش را تایید می کنند.

به منظور آزمودن فرضیه دوم پژوهش، یافته های مربوط به رابطه ناگویی هیجانی و شدت درد تحلیل شدند. جدول ۴ ماتریس همبستگی ناگویی هیجانی، عاطفه منفی و شدت درد را نشان می دهد. همان گونه که جدول ۴ نشان می دهد، رابطه ناگویی هیجانی با عاطفه منفی

در هفته گذشته ($r=0/51$ و $p=0/001$)، شدت درد در هفته گذشته ($r=0/51$ و $p=0/001$) و رابطه عاطفه منفی و شدت درد در هفته گذشته ($r=0/65$ و $p=0/001$) همه در سطح $P < 0/001$ معنا دار هستند.

نتایج تحلیل رگرسیون به منظور بررسی اثر تعدیل کننده عاطفه منفی در تبیین واریانس شدت درد در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۳- ضرایب استاندارد و غیر استاندارد تحلیل رگرسیون بر اساس مدل ۱ و ۲

مدل	B	SE	β	t	p
ثابت	۶۹/۰۲	۱/۴۱		۴۸/۸۷	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی	۶/۲	۱/۵۳	۰/۳۰	۴/۰۴	۰/۰۰۱
عاطفه مثبت	-۱۱/۴۳	۱/۵۳	-۰/۵۶	-۷/۴۷	۰/۰۰۱
ثابت	۷۰/۰۵	۱/۵۲		۴۶/۲۱	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی	۵/۷۱	۱/۵۴	۰/۲۸	۳/۷۱	۰/۰۰۱
عاطفه مثبت	-۱۱/۴۴	۱/۵۱	-۰/۵۶	-۷/۵۶	۰/۰۰۱
اثر تعدیل کننده عاطفه مثبت	-۶/۶۶	۱/۵۷	-۰/۳۱	-۴/۲۳	۰/۰۰۱

جدول ۴- ماتریس همبستگی ناگویی هیجانی، عاطفه منفی و شدت درد

متغیر	۱	۲	۳
۱- ناگویی هیجانی	-----	-----	-----
۲- عاطفه منفی	۰/۵۱	-----	-----
۳- شدت درد در هفته گذشته	۰/۵۱	۰/۶۵	-----

همبستگی ها در سطح $P < 0/001$ معنادار هستند.

جدول ۵- نتایج تحلیل رگرسیون بر اساس مدل ۱ و ۲

مدل	R	R^2 تعدیل شده	ΔR^2	ΔF	P
۱	۰/۶۸	۰/۴۶	۰/۴۷	۴۲/۸۲	۰/۰۰۱
۲	۰/۷۵	۰/۵۶	۰/۰۷	۴/۹۸	۰/۰۰۸

مدل ۱- متغیر های پیش بین: ناگویی هیجانی و عاطفه منفی

مدل ۲- متغیر های پیش بین: ناگویی هیجانی، عاطفه منفی و اثر تعدیل کننده عاطفه منفی در تبیین واریانس شدت درد در هفته گذشته

رگرسیون در مدل ۱ نشان می‌دهد که متغیرهای پیش بین ناگویی هیجانی ($\beta = 0/25$ و $t = 2/88$) و عاطفه منفی ($\beta = 0/53$ و $t = 6/12$) می‌توانند به طور معنادار واریانس شدت درد در هفته گذشته را تبیین کنند. همچنین ضرایب رگرسیون در مدل ۲ نشان می‌دهد که ناگویی هیجانی ($\beta = 0/24$ و $t = 23/77$)، عاطفه منفی ($\beta = 0/50$ و $t = 5/83$) و همچنین اثر تعدیل کننده عاطفه منفی ($\beta = 0/29$ و $t = 3/07$) به طور معنادار واریانس شدت درد در هفته گذشته را تبیین می‌کنند. یعنی با افزایش ناگویی هیجانی و عاطفه منفی شدت درد افزایش می‌یابد. میزان رابطه شدت درد و ناگویی هیجانی توسط عاطفه منفی به طور معنادار تعدیل می‌گردد، یعنی میزان رابطه ناگویی هیجانی و شدت درد به طور معنادار به میزان عاطفه منفی بستگی دارد. این نتایج، فرضیه دوم پژوهش را تایید می‌کند.

نتایج تحلیل رگرسیون در مدل ۱ نشان می‌دهد که رابطه متغیرهای ناگویی هیجانی و عاطفه منفی با شدت درد در هفته گذشته ۰/۶۸ بوده که ۴۶ درصد از واریانس نمره‌های درد را به طور معنادار تبیین می‌کند. مدل ۲ میزان رابطه بین متغیرهای پیش بین ناگویی هیجانی، عاطفه منفی و شدت درد در هفته گذشته را پس از ورود اثر تعدیل کننده عاطفه منفی نشان می‌دهد. با مقایسه مدل ۱ و ۲ ملاحظه می‌گردد که عاطفه منفی سبب افزایش R^2 به میزان ۰/۰۷ شده که این میزان معنادار است ($\Delta R^2 = 0/07$)، $\Delta F = 4/98$ و $p = 0/008$). مدل ۲ نشان می‌دهد که ۷ درصد از واریانس مشاهده شده در نمره‌های شدت درد توسط اثر تعدیل کننده عاطفه منفی تبیین می‌شود. جدول ۶- ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون بر اساس مدل ۱ و ۲ را نشان می‌دهد. ضرایب

جدول ۶- ضرایب استاندارد و غیر استاندارد تحلیل رگرسیون بر اساس مدل ۱ و ۲

مدل	B	SE	β	t	p
ثابت	۶۹/۱۵	۱/۵۱		۴۵/۹۳	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی	۵/۰۶	۱/۷۵	۰/۲۵	۲/۸۸	۰/۰۰۵
عاطفه منفی	۱۰/۷۴	۱/۷۵	۰/۵۳	۶/۱۲	۰/۰۰۱
ثابت	۷۰/۶۷	۱/۶۷		۴۱/۶	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی	۴/۸۲	۱/۷۴	۰/۲۴	۲/۷۷	۰/۰۰۷
عاطفه منفی	۱۰/۲۳	۱/۷۵	۰/۵۰	۵/۸۳	۰/۰۰۱
اثر تعدیل کننده عاطفه منفی	۵/۰۲	۱/۶۴	۰/۲۹	۳/۰۷	۰/۰۰۵

۱- عاطفه مثبت منعکس کننده سطوح فعالیت در مناطق پیش پیشانی چپ است [۱۳]. فعالیت این منطقه از مغز با سیستم دوپامینرژیک مزولیمبیک مرتبط است [۱۳]. این سیستم نقش مهمی هم در فرآیندهای مغزی و هیجانی ایفا می‌کند [۲۹]. این محققان نشان دادند که افراد مبتلا به درد مزمن دارای ناهنجاری در سیستم دوپامینرژیک هستند و کاهش در سطح دوپامین باعث افزایش شدت درد می‌شود. بر این اساس، می‌توان این احتمال را مطرح کرد که چون عاطفه مثبت با افزایش فعالیت سیستم دوپامینرژیک

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که عاطفه مثبت در رابطه بین ناگویی هیجانی و شدت درد نقش تعدیل کننده دارد، به این صورت که افزایش عاطفه مثبت باعث کاهش تاثیر ناگویی هیجانی بر شدت درد و کاهش عاطفه مثبت باعث افزایش تاثیر ناگویی هیجانی بر شدت درد می‌شود. این یافته، که فرضیه اول پژوهش را تایید می‌کند و با نتایج پژوهش‌های قبلی [۴، ۸، ۱۵] مطابقت دارد، بر حسب احتمالات زیر تبیین می‌شود:

مداخله های درمانی بینش محور^۱ یا متمرکز بر هیجان و برنامه های آموزشی مانند آموزش بیماران جهت یادگیری چگونگی تمایز بین هیجانهای منفی از نشانه های جسمانی مانند درد [۳۴]، به منظور کمک به آنها در جهت کنترل بهتر بیماری و آموزش روش هایی مانند پسخوراند زیستی^۲ برای نشان دادن رابطه ذهن و بدن، قبل از کمک به بیماران برای بازشناسی و تنظیم هیجانها [۳۴] پیشنهاد می شود. از طرفی چون پژوهش حاضر بر روی بیماران مبتلا به درد های مزمن عضلانی- اسکلتی انجام گرفته است که ممکن است به علت تفاوت در ماهیت بیماری بتوان نتایج را به سایر موقعیت های مزمن تعمیم داد، پیشنهاد می شود این پژوهش بر روی سایر بیماری های مزمن نیز آزموده شود و نتایج مورد بررسی قرار گیرند.

محدودیت ها: در پژوهش حاضر از روش نمونه گیری غیر احتمالی هدفمند استفاده شده است. در این روش نمونه گیری، آزمودنی ها به این دلیل انتخاب می شوند که دارای ویژگی های خاصی، از جمله در دسترس بودن، هستند. بنابراین، چون این روش جزء روش های غیر احتمالی نمونه گیری است ممکن است اعضا نمونه معرف کل جامعه نباشند به همین دلیل، در تعمیم نتایج این پژوهش به کل جامعه بیماران مبتلا به درد مزمن می بایست احتیاط لازم را به عمل آورد. همچنین اجرای پژوهش در محیط های درمانی به علت وضعیت نامناسب روانی و جسمانی بیماران نیز از جمله محدودیت های عمده این پژوهش است که باید مورد توجه قرار گیرد.

مرتبط است [۳۰]، باعث کاهش در شدت درد می شود.
۲- پژوهش ها [۲۹] نشان داده اند که درد مزمن منعکس کننده اختلال در سیستم درونریز است، به این صورت که سیستم عصبی مرکزی دامنه ای از پلی پتید های درونزاد را که ویژگی کاهش دهنده درد دارند و آندورفین و آندوکترین نامیده می شوند، تولید می کند. عواطف مثبت تولید این اپیوئید های درونزاد را، که توسط بدن برای تعدیل تجربه درد ترشح می شوند، افزایش می دهد و باعث کاهش شدت درد و افزایش تحمل نسبت به آن می گردد [۳۱].

۳- عاطفه مثبت باعث انعطاف پذیری افکار، کمک به حل مسئله و افزایش تاب آوری می شود [۳۲]. تاب آوری می تواند از طریق تغییر در ارزیابی های شناختی مانند باور به خودکارآمدی و استفاده از راهبرد های مقابله سازش یافته باعث کاهش در شدت درد شود [۳۳].

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که عاطفه منفی در رابطه بین ناگویی هیجانی و شدت درد نقش تعدیل کننده دارد، به گونه ای که با افزایش عاطفه منفی تاثیر ناگویی هیجانی با شدت درد افزایش و با کاهش آن تاثیر ناگویی هیجانی بر شدت درد کاهش می یابد. این یافته، که فرضیه دوم پژوهش را تایید می کند و با نتایج پژوهش های قبلی [۴، ۸، ۱۵، ۱۶] مطابقت دارد، بر حسب احتمالات زیر تبیین می شود:

۱- بر اساس یافته های فرناندز و ترک [۳۱] عاطفه منفی باعث افزایش فعالیت سیستم سمپاتیک و ترشح اپی نفرین در پایانه های عصبی می شود. این مسئله گیرنده های درد را حساس می کند و به افزایش شدت درد منجر می شود.

۲- عاطفه منفی سطح برخی از نوروپتید ها را کاهش می دهد و یا تاثیر اپیوئید هایی را که توسط بدن برای تعدیل تجربه درد تولید شده اند، خنثی می کند. این مسئله ممکن است به کاهش تحمل نسبت به درد منجر شود و شدت آن را نیز افزایش دهد [۳۱].

پیشنهادها: با توجه به نقش ناگویی هیجانی و عواطف منفی در تجربه درد در بیماران مبتلا به درد مزمن، تدوین

^۱ . insight-oriented

^۲ . biofeedback

منابع

11. Asghari, A., Julaeiha, S., & Godarsi, M. (2008) Disability and depression in patients with chronic pain: Pain or pain-related beliefs? *Archives of Iranian Medicine*, 11, 263-269.
 12. Watson, D., Clarke, L. A., & Tellegen, A. (1988) Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
 13. Watson, D. (2002) Positive affectivity: the disposition to experience pleasurable emotional states. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds), *Handbook of positive psychology* (pp. 106-120). Oxford University Press.
 14. Gurung, R. A. R. (2006) *Health psychology: a cultural approach* (pp. 257-283). San Francisco: Jossey-Bass.
 15. Lumley, M. A., Asslin, L. A., & Norman, S. (1997) Alexithymia in chronic pain patients. *Comparative Psychology*, 38, 160-165.
 16. Sayar, K., Gulec, H., & Topbas, M. (2004) Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 23, 441-448.
 17. Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994) The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
 18. Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2001) The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30, 107-115.
 19. Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003) The 20-item Toronto Alexithymia Scale: III reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269-275.
 20. Palmer, B. R., Gignac, G., Manocha, R., & Syough, C. (2004) A psychometric evaluation of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test Version 2.0. *Intelligence*, 33, 285-305.
 21. Pandey, R., Mandal, M. K., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1996) Cross-cultural alexithymia: development and validation of a Hindi translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 173-176.
 1. International Association for the Study of Pain (1986) Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndroms and definition of pain terms. *Pain*, 33, 31-222.
 2. Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002) Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 678-690.
 3. Turk, D. C., & Monarch, E. S. (2006) Chronic pain. In P. Kennedy, & S. Llewelyn (Eds.), *The essentials of clinical health psychology* (pp. 111-134). San Francisco: Jossey-Bass.
 4. Hosoi, M., Molton, I. R., Jensen, M. P., Ehde, D. M., Amtmann, S., O'Brien, S., Wrimura, T., & Kubo, C. (2010) Relationship among alexithymia and pain intensity, pain interference, and vitality in persons with neuromuscular disease: Considering the effect of negative affectivity. *Pain*, 149, 273-277.
 5. Kosrurek, A., Gregory, R. J., Sousou, A., & Trife, P. (1998) Alexithymia and somatic amplification in chronic pain. *Journal of Psychosomatics*, 39, 399-404.
 6. Lumley, M. A., Smith, J. A., & Longo, D. J. (2002) The relationship of alexithymia to pain severity and impairment among patient chronic myofascial pain comparison with self-efficacy, catastrophizing and depression. *Journal of Psychosomatic Research*. 53, 823-830.
- ۷- بشارت، محمد علی (۱۳۸۷). هوش هیجانی، نارسایی هیجانی و مشکلات بین شخصی. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، شماره ۲، ص ۱۰۱-۱۲۳.
8. Taylor, G. J. & Bagby, M. (2004) New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 68-77.
 9. Pecukonis, E. V. (2009) Physical self-efficacy and alexithymia in women with chronic intractable back pain. *Pain Management Nursing*, 10, 116-123.
 10. Stewart, M. D., Sara., E. P., Munce, M. S. C., & Donna, E. (2007) Gender differences in depression and chronic pain conditions in national epidemiologic survey. *Psychosomatics*, 48, 394-399.

29. Wood, P. B., Schweinhardt, P., Jeager, E., Dagher, A., Hakyemez, H., Rabiner, E. A et al. (2007) Fibromyalgia patients show an abnormal dopamine response to pain. *European Journal of Neuroscience*, 25, 3576-3582.
30. Ashby, F. G., Isen, A. M., & Turken, A. U. (1999) A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychological Review*, 106, 529-550.
31. Wade, B. L. (2001) The meaning of chronic pain. submitted in part fulfillment of the requirements for the degree of master of science. In the subject psychology at the university of south Africa.
32. Zautra, A. J., Johnson, L. m., & Davis, M. C. (2005) Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 212-220.
33. Strand, E. B., Zautra, A. L., Thoresen, M., Odegard, S., Uhlig, T., & Finset, A. (2006) Positive affect as a factor of resilience in the pain-negative affect relationship in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 477-484.
34. Middendorp, H. V., Lumley, M. A., Jacobs, J. W. G., Van Doornen, L. J. P., Bijlsma, W. J., & Geenen, R. (2008) Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 159-167.
22. Taylor, G. J., & Bagby, M. (2000) An overview of the alexithymia construct. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 263-276). San Francisco: Jossey-Bass.
23. Besharat, M. A. (2007) Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*, 101, 209-220.
24. Gomez, R., Cooper, A., & Gomez, A. (2000) Susceptibility to positive and negative mood states: test of Eysenck's, Gray's and Newman's theories. *Personality and Individual Differences*, 29, 351-365.
- ۲۵- بخشی پور، عباس؛ دژکام، محمود (۱۳۸۴). تحلیل عاملی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. *مجله روانشناسی*، ۳۶، ۳۵۱-۳۶۵.
- ۲۶- بشارت، محمد علی (۱۳۸۷). بررسی ویژگیهای روانسنجی نسخه فارسی فهرست عواطف مثبت و منفی. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
27. Ogon, M., Krismer, M., Sollner, W., Kantner-Rumplmair, W., & Lampe, A. (1996) *Pain*, 64, 425-428.
28. Gift, A. G. (1989) Visual Analysis Scales: Measurement of subjective phenomena. *Nursing Research*, 38, 286-288.

Received on: 05/31/2010

Accepted on: 10/10/2011

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Nineteenth Year, No.7
Autumn & Winter
2012-2013*

Survey of Moderating Role of Positive and Negative Affections on the Relationship between Alexithymia and Experience of Pain in Chronic Pain Patients

Besharat, M.A.^{1}, Koochi, S.², Dehghani, M.³, Farahani, H.⁴ and Momenzadeh, S.⁵*

1. Professor, University of Tehran
2. M.A, Faculty of psychology, University of Tehran
3. Faculty member, Shahid Beheshti University
4. Faculty member, University of Tehran
5. Faculty member, Shahid Beheshti Medical Science University

* Email: besharat@ut.ac.ir

Abstract

Focusing on the somatic sensations is one of the main characteristics of alexithymia. Alexithymic individuals tend to misinterpret these sensations as signs of physical illness. A number of studies have shown that patients with chronic pain express their feelings through physical signs. Positive and negative affects as principal dimensions of emotional experiences are among emotions related to pain. The aim of this study was to investigate the moderating role of positive and negative affections on the relationship between alexithymia and experience of pain in chronic pain patients. One hundred chronic musculoskeletal pain patients (67 women, 33 men) participated in this research. All participants were asked to complete the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), and Visual Analogue Scale for Pain Severity (VAS). The results showed that positive and negative affects moderated the relationship between alexithymia and experience of pain in opposite directions. Positive affection decreased the effect of alexithymia on experience of pain, while negative affect increased the effect of alexithymia on experience of pain. It can be concluded that the relationship between alexithymia and experience of pain in chronic pain patients was influenced by positive and negative affections.

Key Words: Alexithymia, Positive affection, Negative affection, Intensity of pain, Chronic pain

**CLINICAL
PSYCHOLOGY
&
PERSONALITY**

Daneshvar
Raftar

Received on: 10/29/2008

Accepted on: 09/04/2011

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Nineteenth Year, No.7
Autumn & Winter
2012-2013*

Effect of Sexual Healthy Behaviors Education on Reduction of Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms

Dalir, M. ^{1} and Aliakbari Dehkordi, M. ²*

1. Ph.D student of psychology

2. Faculty member of Payam Nour University

* Email: mojtaba_dalir@yahoo.com

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effect of Sexual Healthy Behaviors Education on reduction of Obsessive-Compulsive Disorder symptoms. Statistical population includes all clients with O.C.D referred to Iranian Obsession Association. Using random simple sampling method, a 20-person sample has been chosen and they were categorized in two experimental and control groups in the same way. We did Sexual Healthy Behaviors Education for experimental group and rate of O.C.D on each participant was measured in pre-test and post-test by means of Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale. The result showed: 1. Sexual Healthy Behaviors Education have a positive effect on reduction of O.C.D symptoms. 2. Sexual Healthy Behaviors Education doesn't have remarkable different influence on reduction of O.C.D symptoms among males and females.

Key Words: Sexual healthy behaviors education, Reduction of symptoms, Obsessive-compulsive disorder.

Received on: 02/08/2010

Accepted on: 04/26/2012

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Nineteenth Year, No.7
Autumn & Winter
2012-2013*

Effectiveness of Assertive Skills Training on Improvement of Assertion and Self-esteem of Third to Fifth Grade Low-assertive Girl Students in Tehran

Rezapour Mirsaleh, Y.^{1}, Aboutorabi Kashani, P.² and
Ebrahimi Ghavam, S.³*

1. Ph.D student, Allame Tabatabaie University

2. M.A, in psychology, Azad University, Tehran Markaz Branch

3. Assistant professor, Allame Tabatabaie University

* Email: yrezapoor@yahoo.com

Abstract

The aim of the present study was to investigate the effect of educating self-assertive skills on improvement of assertiveness and self-esteem of third- to fifth-grade girl students with low assertion in Tehran. For this purpose, one region was randomly selected among regions of Tehran through cluster sampling method and two schools were randomly selected among girl primary schools located in this region. Finally, among 27 low assertive students identified by researchers, 20 ones were randomly selected and were randomly divided to experimental and control groups. The design of this study was pre-post test on control group. The Gambrell-Richey Assertion Inventory was used to assess the general assertiveness skills, and Cooper-Smith self-esteem inventory was used to assess self-esteem of these students. Following pre-test administration, the assertive skills were educated in a 1.5-hour session per week for 10 weeks and post-test was administered at the end. To assess the effect of assertive skills training, the test was re-conducted for two groups after 25 days. The data were analyzed with two-factor ANOVA with repeated and frequent measurements on one factor. The results indicated that assertiveness and self-esteem of students were improved at the end of survey. The result of follow-up test revealed that the effect of education was durable after 25 days. According to the results of this study, education of assertive skills can improve assertiveness and self-esteem of students with low assertion.

Key Words: Assertive skills, Assertion, Self-esteem.

Received on: 09/12/2009

Accepted on: 07/08/2012

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Nineteenth Year, No.7
Autumn & Winter
2012-2013*

Survey of Mental Health and Religiosity Relationship Model in Shahed and Non-Shahed College Students

Mousavi, R.^{1*}

1. Assistant professor, Shahed University

* Email: mousavi@shahed.ac.ir

Abstract

Current study is conducted to investigate relationship between mental health and religiosity in Shahed and Non-Shahed college students. Studied sample is consisted of 100 shahed and 100 Non-shahed that were selected by random sampling method among students of university of Tehran. Religiosity scale (Khodayri fard et al, 1385) and General Health Questionnaire (Goldberg, 1972) were used as data gathering instruments. Data analysis was done using Pierson's correlation coefficient, fisher's Z test and Multi-variate Analysis of Variance (MANOVA). Findings indicated meaningful relationship between mental health and religiosity. Although significant differences was not observed between Shahed and non-Shahed group in mental health but these groups were different from religiosity perspective. Therefore, it could be said that improving religious belief and behaviors among students will lead to enhance their health statue.

Key Words: Health, Religiosity, College student, Shahed

Received on: 11/03/2008

Accepted on: 01/18/2011

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Nineteenth Year, No.7
Autumn & Winter
2012-2013*

The Relationship between Positive and Negative Affection and Student's Life Satisfaction in University of Isfahan

Soltanizadeh, M.^{1*}, *Malekpour, M.*² and *Neshatdoost, H.R.*³

1. *Ph.D student of psychology, University of Isfahan*

2. *Professor, University of Isfahan*

3. *Professor, University of Isfahan*

* Email: mohammad.soltani@hotmail.com

Abstract

The purpose of this paper is exploring the relationship between positive and negative affection and Isfahan University students' life satisfaction. Statistical population was 140 people (69 males and 71 females) of students in University of Isfahan who were selected based on multi-stage cluster sampling. PANAS was used in order to assess positive and negative affection and life satisfaction was evaluated through SWLS. The results of Pearson correlation coefficient showed that the more positive affection in past, present and future times and students' general affection is, the more their life satisfaction will be. Also, increase of negative affection in past and present times and general negative affection would lead to reduction in students' life satisfaction ($P < 0.05$). However, future negative affection has no relationship with life satisfaction. Also, regression analysis results indicated that general positive affection and past negative affection can meaningfully predict respectively 11.6 and 7 and totally 18.1 percent of life satisfaction scores ($P < 0.01$). Age, sex and marital status could not significantly predict life satisfaction. It seems that emotional states influence the whole life satisfaction.

Key Words: Life satisfaction, Positive affection, Negative affection

**CLINICAL
PSYCHOLOGY
&
PERSONALITY**

Daneshvar
Raftar

Received on: 05/10/2009

Accepted on: 04/11/2012

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Nineteenth Year, No.7
Autumn & Winter
2012-2013*

The comparison of Anger and Sense of Guilt in Individuals with Major Depression Disorder (MDD) and Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) with the Normal people

Rajabi, M.^{1*}, *Roshan, R.*² and *Jamilian, H.R.*³

1. M.A in clinical psychology, faculty of medicine and paramedics, Arak

2. Associate professor, Shahed University

3. Assistant professor, Medical Science University of Arak

* Email: winer62@gmail.com

Abstract

The aim of this study is comparison of anger and sense of guilt in people with Major Depression Disorder (MDD) and Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) with the normal people. The statistical population of this research includes all people with Major Depression Disorder (MDD) and Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) who have come to Arak psychology health centers in 1387. Statistical population of normal people includes all staffs and employees in Arak psychology health centers. Sample of this research contains 30 people with Major Depression Disorder (MDD), 30 persons with Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), and 30 normal people as comparison group (totally 90 people). The instruments were the State and Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2) and Test Of Self – Conscious Affect - 3 (TOSCA 3) questionnaires. The data of the all questionnaires were analyzed with analysis the one way Variance method using SPSS software. The taken results of this research showed that there is a difference between criterion of anger in people with PTSD and MDD in comparison with the normal people and the difference was significant in all the 3 groups ($P < 0.001$). Also there was meaningful difference between criterion of sense of guilt in people with PTSD and MDD in comparison with the normal people while this difference between people with PTSD and people with MDD was not significant ($P > 0.001$). But there were some significant differences between people of PTSD and normal people as well as between people of MDD and normal people ($P < 0.001$).

Key Words: Major Depression Disorder, Post Traumatic Stress Disorder, Anger, Sense of guilt

Received on: 02/03/2010

Accepted on: 11/02/2011

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Nineteenth Year, No.7
Autumn & Winter
2012-2013*

Effectiveness of Educating Play Therapy Based on Child Parent Relationship Therapy (CPRT) According Landreth Model to Mothers on Reducing Child Behavioral Problems

Mostafavi, S.^{1*}, *Shaeeri, M.R.*², *Asghari Moghaddam, M.A.*³ and *Mahmoudi Gharai, J.*⁴

1. M.A, Faculty of Psychology
2. Associate professor, Family and Sexual healthy, Shahed University
3. Professor, Family and Sexual healthy, Shahed University
4. Faculty member of Tehran Medical Science University

* Email: s_mostafavi_63@yahoo.com

Abstract

The psychologists for reducing child behavioral problems have suggested many different methods. Some of these methods have focused on child, some on parents and the others on educational environments. The most prevalent way for changing the child behaviors has been play therapy.

In the last decades, play therapy has been focused more on the therapist-child relationship, whereas some methods have been attended to educating play therapy skills to parents as an intermediate for improvement of child behaviors. One of these methods is child-parent relationship therapy (CPRT).

The aim of this research is surveying the efficiency of CPRT on reducing child problematic behavior. For surveying this aim, some preschool children aged 6-7 were assessed in two phases. In the first stage 73 children have been assessed using Child Behavior Checklist (CBCL), that 25 children had behavioral problems. 13 of their mothers were ready to contribute in this research that 6 mothers have been randomly assigned to experiment group and 7 to control group.

All of these mothers filled the CBCL in pre and post test situations. The experiment group faced with play therapy skills training program in ten two-hour session and the control group waited for an optional delayed treatment. Pre and post test data was analyzed with U-man witney test and the results showed that CPRT has caused a meaningful reduction in children's behavioral problems in experiment group than control one.

Key Words: Children's Behavioral Problems – Child-Parent Relationship Therapy (CPRT).

Received on: 10/04/2008

Accepted on: 04/09/2011

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Nineteenth Year, No.7
Autumn & Winter
2012-2013*

Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Anxiety and Depression of Asthma Patients

Rezaie, F.^{1*}, *Neshat Doost, H.*², *Vakili Zarch, N.*³, *Amra, B.*⁴ and *Molavi, H.*⁵

1. Ph.D student, in psychology, Isfahan University

2. Professor, Isfahan University

3. Ph.D student, in psychology, Isfahan University

4. Faculty member, Medical Science University of Isfahan

5. Professor, University of Isfahan

* Email: f.rezaei2002@yahoo.com

Abstract

The purpose in this article is to determine influence of cognitive behavioral therapy (CBT) on anxiety and depression of female asthma patients in Isfahan. For this, 28 asthma patients were selected from medical centers in Isfahan using random cluster sampling, categorized in test and control groups. Both groups were evaluated in pre-test level through anxiety and depression subscales of SCL-90-R. Then experiment group was under cognitive behavioral therapy in a group form during 8 weekly sessions and control group received no psychological treatment. After 8 medical sessions, the two groups were once more evaluated in post-test level through anxiety and depression subscales of SCL-90-R. Also respiratory performance subscale in asthma patients' life quality questionnaire (AQLQ) was completed by both groups before and after medical interventions in order to study possible influence of depression and anxiety rate on symptoms of this illness. Results of covariance analysis showed that depression and anxiety average score in post-test level has been meaningfully reduced in comparison to the other group ($P < 0.05$). Also, respiratory performance average score in experiment group has been significantly increased in comparison to control group ($P < 0.05$). According to the above-mentioned findings, it could be said that cognitive behavioral therapy in group form is useful solution for improvement of psychological disorders followed by asthma and respiratory performance (symptoms).

Key Words: Asthma, Cognitive behavioral therapy, Anxiety, Depression, Respiratory performance

Received on: 03/08/2009

Accepted on: 01/17/2011

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Nineteenth Year, No.7
Autumn & Winter
2012-2013*

Comparative Study of Positive and Negative Symptoms of Schizotypy and Schizotypal Character Dimensions among Male and Female Students

Mansoury, A. ^{1} and Bakhsipour Roudsari, A. ²*

1. M.A. in psychology, University of Tabriz

2. Associate professor, University of Tabriz

* Email: Mansoury_am@yahoo.com

Abstract

The goal of this paper is comparison of positive and negative symptoms of schizotypy and schizotypal character aspects among boy and girl students. For this purpose, 150 female and 150 male students in University of Tabriz were selected using random cluster sampling. Schizotypal character questionnaire (Raine, 1991) was conducted. Descriptive statistic indexes and multivariate analysis of variance (MANOVA) was used for data analysis. Findings indicated that there is significant difference in schizotypal character general index between boys and girls ($P < 0.05$). In addition, meaningful difference was observed between boys and girls in subjects such as schizotypal negative symptoms and dimensions of unusual conceptual experiences, limited emotion, lack of close friends, and strange speech ($P < 0.05$). In contrast, there was no considerable difference between them in schizotypal positive symptoms and magical thought dimensions, turning thought, suspicion or mistrust, extreme social anxiety, and strange behavior ($P > 0.05$). Totally, the results showed that male students experience more and intense non-clinical symptoms in schizotypal character general index and schizotypy negative symptoms in comparison to female ones, representing having the readiness for catching psychosis disorders.

Key Words: Schizotypy positive and negative symptoms, Schizotypal character dimensions

**CLINICAL
PSYCHOLOGY
&
PERSONALITY**

Daneshvar
Raftar

Received on: 02/03/2010

Accepted on: 11/02/2011

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Nineteenth Year, No.7
Autumn & Winter
2012-2013*

Comparing the Influence of Drug Therapy and Neurofeedback Training on Reduction of Anxiety Symptoms and Life Quality of Generalized Anxiety Disorder (GAD) Patients

Nainian, M.R.^{1*}, *Babapour, J.*², *Garoozi Farshi, T.*³, *Shaeeri, M.R.*⁴
*and Rostami, R.*⁵

1. Assistant professor, Shahed University
2. Assistant professor, University of Tabriz
3. Professor, University of Tabriz
4. Associate professor, Shahed University
5. Assistant professor, University of Tehran

* Email: mnainian@yahoo.com

Abstract

The main goal of this paper is focused on comparison of influence of drug therapy and neurofeedback training on reduction of anxiety symptoms and life quality of generalized anxiety disorder (GAD) patients. For this purpose, 16 visitors in one of psychiatry centers in Tehran were studied who received GAD diagnosis and did not suffer other psychological disorders according to psychiatrist visit and diagnostic criteria within fourth edition of statistical and diagnostic guide revised text of psychological disorders (DSM-IV-TR) (8 persons in neurofeedback training and 8 ones in drug therapy). Patients in both groups were surveyed and studied in pre-test and post-test steps through GAD seven-question scale (GAD-7) and life quality questionnaire (PWI-A). Persons in neurofeedback training group received fifteen 30-minute sessions (three sessions per week) on alpha wave increase and those in drug therapy were treated under supervision of physicians by anti-anxiety drugs (SSIRs) for one year. Record and training of alpha wave activity was accomplished in O₁ or O₂ and patients received audio feedback for increase of alpha range up to higher than determined threshold. Wilcoxon and Mann Witney tests were applied for descriptive analysis of data. Research findings show that neurofeedback training led to increase of alpha wave in the receiver group. In addition, influence of neurofeedback training on reduction of GAD symptoms in this group is considerably higher than that of drug therapy group. There was no meaningful difference between the two groups on change of patients' life quality index.

Key Words: Neurofeedback, Drug therapy, Generalized anxiety disorder, Life quality

فهرست کتاب‌های چاپ شده در دانشگاه شاهد

ردیف	عنوان	نویسنده/ مترجم	سال	قطع	نوبت چاپ	موضوع	قیمت (تومان)
۱	امواج فروصدا	مهندس اکبر رنجبر	۹۱	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۷۰۰۰
۲	آشنایی با GAMS در مقابل سایر نرم افزارهای بهینه سازی	دکتر مهدی بشیری	۹۰	وزیری	اول	فنی مهندسی	۳۹۰۰
۳	مراقبت در منزل	دکتر رژه، دکتر هروی، آقای حیدری، آقای نورزاده، خانم پیشنمازی، خانم حسینیخانی، خانم علایی	۹۰	وزیری	اول	پرستاری	۶۵۰۰
۴	چگونه بارداری و زایمان را ایمن کنیم؟	آزینا کیایی آسیابهر	۹۰	وزیری	دوم	پرستاری	۴۵۰۰
۵	آشنایی با علم سنجی	دکتر عبدالرضا نوروزی	۹۰	وزیری	اول	علوم انسانی	۷۰۰۰
۶	مدیریت اضطراب اجتماعی (جلد ۳)	دکتر غلامحسین قائدی	۹۰	وزیری	اول	پزشکی	۵۸۰۰
۷	طراحی سیستم‌های صنعتی (۲)	دکتر مهدی بشیری	۹۰	وزیری	اول	فنی مهندسی	۸۵۰۰
۸	معماری بیگانگی	دکتر سید کمال الدین موسوی	۹۰	وزیری	اول	علوم انسانی	۲۵۰۰
۹	مدخلی بر تئوری بازی‌ها	دکتر حمیدرضا نویدی	۹۰	وزیری	اول	علوم پایه	۵۲۰۰
۱۰	مباحث نوین در تصمیم‌گیری چندمعیاره	دکتر مهدی بشیری	۹۰	وزیری	اول	فنی مهندسی	۶۲۰۰
۱۱	چگونه بارداری و زایمان را ایمن کنیم؟	آزینا کیایی آسیابهر	۹۰	وزیری	اول	پرستاری	۲۸۰۰
۱۲	کارآفرینی و مدیریت کسب و کار	دکتر سعید صفری	۹۰	جیبی	اول	بین رشته ای	۲۴۰۰
۱۳	آشنایی با هندسه متیفلد	دکتر بهزاد نجفی	۹۰	وزیری	اول	علوم پایه	۵۲۰۰
۱۴	گفتمان ایثار و شهادت در انقلاب اسلامی	دکتر زاهد غفاری هاشجین	۹۰	وزیری	اول	علوم انسانی	۲۸۰۰
۱۵	مدیریت اضطراب اجتماعی (جلد ۱)	دکتر غلامحسین قائدی	۹۰	وزیری	اول	پزشکی	۷۵۰۰
۱۶	جهان سلول (جلد ۲)	دکتر میرلطیف موسوی و همکاران	۹۰	وزیری	اول	علوم پایه	۲۶۰۰۰
۱۷	تراکتوستومی	دکتر پویک ایزدی و دکتر فرزانه گلغام	۹۰	وزیری	اول	پزشکی	۵۸۰۰
۱۸	ماشین‌های الکتریکی آنالیز و طراحی با Matlab	دکتر محمدرضا بسمی	۸۹	وزیری	اول	فنی مهندسی	۸۵۰۰
۱۹	کاربرد الگوریتم‌های ابتکاری و فراابتکاری در طراحی سیستم‌های صنعتی	دکتر مهدی بشیری و همکار	۸۹	وزیری	اول	فنی مهندسی	۳۵۰۰
۲۰	جهان سلول (جلد ۱)	دکتر میرلطیف موسوی و همکاران	۸۹	وزیری	اول	علوم پایه	۱۹۵۰۰
۲۱	فیزیولوژی قلب و گردش خون در جانوران	دکتر مجید حسن پور عزتی	۸۹	وزیری	اول	علوم پایه	۴۲۰۰
۲۲	جراحی پلاستیک در درمان‌های پرپودنتال	دکتر محمود نصر اصفهانی	۸۹	وزیری	اول	دندانپزشکی	۱۱۵۰۰
۲۳	تحلیل ماشین‌های الکتریکی با FEMM4.2	دکتر محمدرضا بسمی و همکار	۸۹	وزیری	اول	فنی مهندسی	۷۰۰۰
۲۴	تغذیه برای دهان سالم	دکتر مژگان فائزی	۸۹	وزیری	اول	دندانپزشکی	۵۸۰۰
۲۵	اختلالات آب و الکترولیت‌ها	دکتر رضا افشار و همکاران	۸۹	وزیری	اول	پزشکی	۴۴۰۰
۲۶	طراحی و تحلیل آزمایش‌ها با تاکید بر دو نرم‌افزار Minitab و Design Expert	دکتر مهدی بشیری و همکار	۸۹	وزیری	اول	فنی مهندسی	۲۵۰۰
۲۷	اسلام و وظایف همسران	دکتر غلامرضا معارفی	۸۹	وزیری	اول	مذهبی	۲۰۰۰
۲۸	بیماری‌های قلب و عروق در اروپا	دکتر فرامرز فلاحی و همکاران	۸۹	وزیری	اول	پزشکی	۲۰۰۰
۲۹	جانورشناسی (۱) - بی‌مهرگان	دکتر منیره کرمی	۸۸	وزیری	هفتم	علوم پایه	۷۴۰۰
۳۰	استخوان و جانشین شونده‌های آن	دکتر حسین شاهون	۸۸	وزیری	اول	پزشکی	۹۵۰۰
۳۱	خاکشناسی پایه	دکتر محمدرضا میرانصاری	۸۸	وزیری	اول	کشاورزی	۵۰۰۰
۳۲	نابرابری‌ها در آیین پژوهش	دکتر محمدرضا واعظ مهدوی و همکاران	۸۸	وزیری	اول	پزشکی	۴۰۰۰
۳۳	بهداشت اماکن دانشگاه	معاونت دانشجویی	۸۸	رقعی	اول	بهداشت محیط	۲۵۰۰
۳۴	فیزیولوژی تنفس	برن و لوی / دکتر زهرا کیاسالاری	۸۸	وزیری	اول	پزشکی	۴۵۰۰
۳۵	علوم اجتماعی و انقلاب‌ها	استن تیلور / دکتر علی مرشدی‌زاده	۸۸	وزیری	اول	علوم انسانی	۳۵۰۰

CLINICAL PSYCHOLOGY & PERSONALITY

(Daneshvar Raftar)

Scientific-Research Journal
of Shahed University
Nineteenth Year, No.7
Autumn & Winter 2012-2013

Clinical Psychology and Personality 7

- **Proprietor:** *Shahed University*
- **Chairman:** *Rassol Roshan Chesly Ph.D*
- **Editor-in-Chief:** *Mohammad Ali Asghari Moghadam Ph.D*
- **Assistant Manager:** *Leyla Heidari Nasab Ph.D*
- **Literary Editor:** *(English): Jalal Jafariha*
- **Collaborator:** *Masoumeh Rezaei Asmarud, maryam shoari*
- **Pagination:** *Sima Edallatnia*
- **ISSN:** 2345-2188
- **Price:** 25000 Rls

Editorial Board

Afroz G.A. Ph.D: Tehran Univ.
Asghari Moghaddam, M.A. Ph.D: Shahed Univ.
Delavar, A. Ph.D: Allame Tabatabaei Univ.
Dezhkam, M. Ph.D: Shahid Beheshti Medical Univ.
Faghihzadeh, S. Ph.D: Tarbiat Modares Univ.
Fathi-Ashtiani, A. Ph.D: Baghyatallah Medical Sciences Univ.
Noorbala, A.A. Ph.D: Tehran Medical Sciences Univ.
Roshan Chesly, R. Ph.D: Shahed Univ.
Shaeiri, M.R. Ph.D: Shahed Univ.
Sanai Zaker, B. Ph.D: Tarbiat Modares Univ.
Shokrkon, H. Ph.D: Shahid Chamran Univ.
Zahedi Asl, M. Ph.D: Allame Tabatabaei Univ.

Address: Shahed University, Opposite to Holy Shrine of
Imam Khomeini, Tehran-Qom Highway, Tehran, Iran
P.O. Box: 18151-159
E-mail: cpap@shahed.ac.ir
http://Journals.shahed.ac.ir/cpap

Index:

1. www.ISC.gov.ir
2. www.SID.ir
3. www.MAGIRAN.com

Table of Contents

Comparing the Influence of Drug Therapy and Neurofeedback Training on Reduction of Anxiety Symptoms and Life Quality of Generalized Anxiety Disorder (GAD) Patients

Nainian.M.R, Babapour.J, Garoosi Farshi.T, Shaeiri.M.R and Rostami.R 1/ ۱۳۳

Comparative Study of Positive and Negative Symptoms of Schizotypy and Schizotypal Character Dimensions among Male and Female Students

Mansoury.A and Bakhsipour Roudsari.A 2/ ۱۳۳

Influence of Cognitive Behavioral Therapy on Anxiety and Depression of Asthma Patients

Rezaie.F, Taherneshat Doost.H, Vakili Zarech.N, Amra.B and Molavi.H 3/ ۱۳۳

Influence of Educating Play Therapy Based on Child Parent Relationship Therapy (CPRT) According Landreth Model to Mothers on Reducing Child Behavioral Problems

Mostafavi.S, Shaeiri.M.R, Asghari Moghaddam.M.A and Mahmoudi Gharaie.J 4/ ۱۳۳

The comparison of Anger and Sense of Guilt in Individuals with Major Depression Disorder (MDD) and Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) with the Normal people

Rajabi.M, Roshan.R and Jamilian.H.R 5/ ۱۳۳

The Relationship between Positive and Negative Affection and Student's Life Satisfaction in University of Isfahan

Soltanizadeh.M, Malekpour.M and Neshatdoost.H.R 6/ ۱۳۳

.....