



براساس نامه شماره ۳/۳/۱۲۴۱۵۹ مورخ ۱۳۹۲/۸/۸
کمیسیون بررسی اعتبار نشریات علمی کشور، درجه علمی -
پژوهشی این دوماهنامه تا آبان ۱۳۹۳ تمدید گردید.

مجوز انتشار دوماهنامه 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.

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور و نشر)

دوفصلنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و یکم - دوره جدید -
شماره ۱۰
بهار و تابستان ۱۳۹۳

روانشناسی بالینی و شخصیت ۱۰

اعضای هیئت تحریریه

به ترتیب حروف الفبا

دانشگاه شاهد	اصغری مقدم	دکتر محمدعلی
دانشگاه تهران	افروز	دکتر غلامعلی
دانشگاه تربیت معلم	ثنایی ذاکر	دکتر باقر
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	دژ کام	دکتر محمود
دانشگاه علامه طباطبایی	دلاور	دکتر علی
دانشگاه شاهد	روشن چسلی	دکتر رسول
دانشگاه علامه طباطبایی	زاهدی اصل	دکتر محمد
دانشگاه شاهد	شعیری	دکتر محمدرضا
دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله	فتحی آشتیانی	دکتر علی
دانشگاه شهید چمران اهواز	شکر کن	دکتر حسین
دانشگاه تربیت مدرس	فقیه زاده	دکتر سقراط
دانشگاه علوم پزشکی تهران	نوربالا	دکتر احمدعلی

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

شماره تماس: ۰۲۱)۵۱۲۱۳۰۷۴

website: <http://cpap.shahed.ac.ir>
E-mail: cpap@shahed.ac.ir

این نشریه در سه پایگاه اطلاعات علمی زیر

نمایه می‌شود:

1. www.isc.gov.ir
2. www.sid.ir
3. www.magiran.com

- صاحب امتیاز: دانشگاه شاهد
- مدیر مسئول: دکتر رسول روشن چسلی
- سر دبیر: دکتر محمدعلی اصغری مقدم
- مدیر داخلی: دکتر لیلا حیدری نسب
- کارشناس فنی چاپ: معصومه رضایی اسمرود
- مدیر اجرایی: مهندس منصوره طوماری
- ویراستار ادبی (انگلیسی): جلال جعفری‌ها
- صفحه‌آرا: سارا حاجیان
- شماره استاندارد بین‌المللی: ۲۳۴۵ - ۲۱۸۸

فهرست مقالات

- ♦ **تأثیر سایکودراما در درمان پرهنده‌هراسی (پژوهش مورد منفرد)**
هدی پوررضائیان، فرامرز سهرابی و مهدی پوررضائیان..... ۱۶-۱
- ♦ **بررسی نقش تعدیل کننده فاجعه آمیز کردن درد بر رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی در بیماران درد مزمن**
اکرم برومند، محمدعلی اصغری مقدم، محمد رضا شعیری، و فاطمه مسگریان..... ۲۸-۱۷
- ♦ **اثربخشی آموزش تیپ‌های شخصیت انیه گرم بر سازگاری تحصیلی دانشجویان**
فیروزه سپهریان آذر و امید فتاحی..... ۴۰-۲۹
- ♦ **اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر افسردگی والدین فرزندان مبتلا به سرطان**
مهدی اسکندری، بهمن بهمنی، فریبا حسنی، علی اصغر دادخواه، مائده تقیایی..... ۵۰-۴۱
- ♦ **رابطه علی ادراک بیماری، پیروی دارویی و کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به پارکینسون**
زیبا برقی ایرانی، مهناز علی اکبری دهکردی، حسین زارع، احمد علی‌پور و غلامعلی شهیدی..... ۶۰-۵۱
- ♦ **رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت با باور به دنیای عادلانه و ناعادلانه و باورهای جبران عدالت**
محسن گل‌پرور، امین برازنده و زهرا جوادیان..... ۷۴-۶۱
- ♦ **مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی- رفتاری بر پیش بین‌های عود در مبتلایان به افسردگی اساسی عودکننده**
مهديه ملیانی، عباسعلی الهیاری، پرویز آزادفلاح، علی فتحی آشتیانی و آزاده طاولی..... ۸۶-۷۵
- ♦ **بررسی رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار و سبک‌های فرزند پروری در افراد دارای رگه‌های اختلالات شخصیت دسته ب**
نسرین احمدی و فخرالسادات قریشی راد..... ۹۸-۸۷
- ♦ **بررسی روابط ساختاری برخی از عوامل روان شناختی خطرزا و محافظت کننده آمادگی اعتیاد**
ایران داودی، طیبه عشرتی، یداله زرگر و اسماعیل شیخ شبانی..... ۱۱۶-۹۹
- ♦ **اثربخشی زوج درمانی رفتاری در بهبود عملکرد ازدواج و کاهش تعارضات زناشویی در بین زوجین دارای عضو معتاد**
سیده نجمه مهدی زاده، علی‌اکبر سلیمانی و علی فتحی آشتیانی..... ۱۲۶-۱۱۷
- ”ارزیابی بالینی و شخصیت“**
- ♦ **اعتبار و پایایی مقیاس چند بعدی رضایت جنسی زنان (SSSW) در نمونه‌ای از زنان ایرانی**
رسول روشن چسلی، صدیقه میرزایی و امیر نیک اذین..... ۱۴۰-۱۲۹
- ♦ **بررسی مقدماتی اعتبار و پایایی پرسش نامه سنجش معنویت (SAI)**
سهیلا قمیان و لیلا حیدری نسب..... ۱۵۸-۱۴۱
- ♦ **ساختار عاملی، اعتبار و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) در نوجوانان ایرانی**
محمدرضا نائینیان، امیر نیک اذین و محمدرضا شعیری..... ۱۷۲-۱۵۹
- ♦ **کاربرد پرسشنامه افسردگی بک - ۲ در دانشجویان ایرانی**
چنگیز رحیمی..... ۱۸۸-۱۷۳
- ”دانش گستری در روان‌شناسی بالینی و شخصیت“**
- ♦ **روش معناداری بالینی تغییرات درمانی: ویژگی‌ها، شیوه محاسبه، تصمیم‌گیری و محدودیت‌ها**
محمدعلی اصغری مقدم و محمد رضا شعیری..... ۲۰۰-۱۹۱
- ♦ **Abstracts** ۲۱۵-۲۰۱

راهنمای نگارش، روند بررسی و شرایط پذیرش مقاله در دو فصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

د) شیوه منبع نویسی در فهرست منابع

فارسی

- مقاله: نیک نفس، پدram (۱۳۷۷). بررسی نوزادان مادران دیابتی. مجله بیماری‌های کودکان، سال ۳، شماره ۲، صص ۸۵-۶۳.
- کتاب: قره‌باغیان، مرتضی (۱۳۷۰). اقتصاد رشد و توسعه. تهران: نشر نی.
- ترجمه کتاب: لایون، دیوید (۱۳۸۰). پسامدرنیته، ترجمه محسن حکیمی. تهران: انتشارات آشیان.
- فصلی از کتاب: بهرامی، فریدون و نوحی، علینقی (۱۳۷۵). کنترل کیفیت آزمایش‌های لیبیدهای سرم. در: تضمین کیفیت آزمایشگاهی؛ محمدی، حسن و جلیلی، حسین، تهران: مرکز نشر دانشگاهی، صص ۵۰-۶۱.
- پایان نامه - احمدی، جواد (۱۳۷۷). تاثیر نمک پدیدار در کاهش ندول اندازه گواتر در شهریار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: انستیتو تحقیقات تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

مقاله منتشر نشده - محمدی، حسن و احمدی، جواد. عوارض ناشی از مصرف کینیدین در ۳۰۰ بیمار قلبی. مجله نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، زیر چاپ.

غیر فارسی

مقاله

Looker, A.C. & Dullman, R.R. (1997). Prevalence of iron deficiency in united states. J. Am. Med. Assoc.: Vol 277: PP.973-976.

کتاب

Norman, L.J. & Redfem, S.J. (ed.) (1996). Mental health care for elderly people. New York: Churchill living stone.

فصلی از کتاب

Phillips, S.J. & whisnant, J.P. (1995). Hypertension and stroke. In. Laragh, J.H. & Brenner, B.M. (ed), Hypertention: Phathophy siolo gy, diagnosis , and management. New York: Raven press, pp.78-465.

پایان‌نامه

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

مقاله منتشر نشده

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

سازمان به عنوان مؤلف و ناشر

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

ه) شرایط داوری و پذیرش مقاله:

- ۱. مقاله ارسالی نباید در نشریه داخلی و خارجی دیگر و یا همایش، به چاپ رسیده باشد به علاوه مقاله همزمان برای سایر نشریه‌ها نیز ارسال نشده باشد.
- ۲. مقاله مستخرج از پژوهش نویسنده/ نویسندگان باشد.
- ۳. داوری اولیه برای مقاله‌های دریافتی انجام و سپس در صورت احراز شرایط عمومی اولیه فوق‌الذکر، جهت داوری برای سه داور، ارسال می‌گردد. چنانچه مقاله مورد تایید حداقل دو نفر از آنان، قرار نگرفت، عدم اولویت به نویسنده ابلاغ می‌گردد. اگر حداقل دو نفر از داوران، اصلاح مقاله را پیشنهاد دهند، نظر داوران، به اطلاع نویسنده خواهد رسید. نویسندگان محترم باید مقاله اصلاح شده را که در آن بخش‌های تغییر یافته با رنگ قرمز مشخص شده است به همراه نامه شرح نحوه اصلاحات، در سایت مجله درج نمایند.
- ۴. مقاله اصلاحی نگارنده/گان، جهت داور نهایی ارسال می‌شود و در صورت دریافت تایید نهایی از سوی وی به علاوه تأمین همه شروط نگارشی و تنظیمی فوق‌الذکر، در اولویت چاپ قرار می‌گیرد.
- ۵. هویت نویسنده/گان و داوران برای یکدیگر، نامشخص است.
- ۶. نویسندگان در ارجاعات خود به حداقل دو مقاله از شماره‌های قبلی نشریه روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار) ارجاع و آن‌ها را در فهرست منابع مقاله خود، رنگی کنند.
- ۷. مقاله‌های پژوهشی حوزه فرهنگ ایشان و شهادت چنانچه در راستای حیطة موضوعی نشریه باشند، در اولویت قرار می‌گیرند.

نویسنده/نویسندگان گرامی، حسب مصوبه کمیسیون نشریات وزارت علوم، تحقیقات و فناوری مبنی بر تغییر نام نشریه دانشور رفتار به دو فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، نشریه حاضر پذیرای مقاله‌هایی در دو گستره یاد شده می‌باشد.

الف) نحوه تایپ مقاله:

- ۱. تایپ در محیط word 2003 با تنظیم‌های کامل زبان فارسی، انجام شود. اگر از نسخه‌های word بالاتر از ۲۰۰۳ استفاده می‌کنید، باید خروجی word خود را در قالب؛ *.doc *97-2003، تنظیم کنید.
- ۲. تایپ متن فارسی با رعایت فاصله و نیم‌فاصله باشد (به طور نمونه؛ "می‌شود"، "کتاب‌ها"، "کم‌تر"، "بیش‌تر" و ...).
- ۳. رسم جداول، تایپ اعداد و ارقام به فارسی بوده و "اعداد اعشاری" نیز به شکل نمونه (۲/۴۷) تایپ شود. از "فاصله گذاشتن" به وسیله، "تب" و یا "اینتر" در این جا، خودداری شود.
- ۴. از قلم بولد شده B lotus با شماره ۱۲ برای تایپ متن فارسی، قلم بولد شده B Yagut با شماره ۱۰ برای چکیده فارسی و نیز قلم Time new roman با شماره ۹ برای متن انگلیسی، استفاده کنید.
- ۵. منحنی، نمود و نمودارها به صورت سیاه و سفید، به کمک نرم افزار word 2003 تایپ و تنظیم، شده باشند.
- ۶. جدول، نمود و نمودارها باید به وسیله شماره، مشخص گردند و در متن مقاله نیز با همان شماره، مورد اشاره قرار گیرند.
- ۷. اسامی و اصطلاحات لاتین باید در زیر همان صفحه، زیرنویس شوند.
- ۸. چنانچه مقاله، مستخرج از طرح پژوهشی مصوب است، در پاورقی صفحه نخست، با ذکر مرکز/ موسسه تأمین کننده اعتبار طرح پژوهشی، مراتب زیرنویس شود.

ب) ترتیب عناوین و ساختار مقاله:

- ۱. عنوان (با فونت بولد شده B Traffic با شماره ۲۰).
- ۲. نویسنده و یا فهرست مشخصات نویسندگان به شکل نمونه زیر (رعایت موارد ذیل، جهت درج مشخصات نویسنده/گان، در چکیده فارسی و انگلیسی، ضروری است به علاوه توصیه می‌شود؛ آخرین شماره چاپ شده مجله را برای تنظیم مقاله خود، ملاحظه کنید):
- نام و نام خانوادگی نویسنده/ نویسندگان (در چکیده فارسی با قلم بولد شده BZar با شماره ۱۱).
- شماره گذاری روی اسامی نویسنده/گان و زیر نویس مشخصات آنان به ترتیب با رعایت؛ (۱) سطح تحصیلی / مرتبه علمی، (۲) گروه آموزشی، (۳) نام دانشگاه (در چکیده فارسی با قلم معمولی B Lotus با شماره ۱۱).
- ۳. ستاره گذاری و تعیین نویسنده مسئول در صورت تعدد نویسندگان به همراه آدرس پست الکترونیک وی (در چکیده فارسی با قلم معمولی BZar با شماره ۹).
- ۴. چکیده فارسی (۲۰۰ تا ۳۰۰ کلمه) به همراه کلید واژه‌ها (حداکثر هفت کلمه) شامل (مقدمه، روش، نتایج، بحث و نتیجه گیری و کلید واژه)
- ۵. چکیده انگلیسی: شامل (مقدمه، روش، نتایج، بحث و نتیجه گیری و کلید واژه) مقدمه.
- ۶. روش: شامل (نوع پژوهش، آزمودنی: جامعه آماری و نمونه پژوهش، ابزارهای پژوهش، شیوه انجام پژوهش و شیوه تحلیل داده‌ها).
- ۷. نتایج.
- ۸. بحث و نتیجه گیری.
- ۹. منابع.

ج) شیوه ارجاع دهی در متن

ارجاع‌دهی را از شروع مقاله، تنها با ذکر شماره منبع مورد استفاده در داخل کروشه []، انجام داده و تا آخرین منبع استفاده شده، ادامه دهید (از گذاشتن پرانتز در متن مقاله و ذکر؛ فامیل مولف، سال و صفحه در آن، خودداری کنید). در فهرست منابع پایانی، منابع مورد استفاده را به ترتیب شماره آن در متن مقاله، پشت سر هم قرار دهید. چنانچه استفاده از منبعی، تکرار شده است، شماره همان منبع مورد استفاده را مجدداً در متن، اشاره کنید.

قدردانی

هیئت 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	دکتر محمدعلی
دانشگاه پیام نور	آقایوسفی	دکتر علیرضا
دانشگاه شاهد	حیدری نسب	دکتر لیلا
دانشگاه شهید بهشتی	دانش	دکتر عصمت
دانشگاه شهید بهشتی	دیباچ نیا	دکتر پروین
دانشگاه شاهد	روشن	دکتر رسول
دانشگاه ارومیه	سپهریان آذر	دکتر فیروزه
دانشگاه پیام نور تهران	علی اکبری دهکردی	دکتر مهناز
بیمارستان امام خمینی (ره)	قائدی	دکتر غلام حسین
دانشگاه اصفهان	کجباف	دکتر محمدباقر
دانشگاه الزهرا (س)	مهری نژاد	دکتر سید ابوالقاسم
دانشگاه شاهد	نائینیان	دکتر محمدرضا
دانشگاه خوارزمی	آزاد	دکتر اسفندیار
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی	بهمنی	دکتر بهمن
دانشگاه تربیت مدرس	رسول زاده طباطبایی	دکتر کاظم
دانشگاه پیام نور	سواری	دکتر کریم
دانشگاه علامه طباطبایی	سهرابی	دکتر فرامرز
دانشگاه تهران	غلامعلی لواسانی	دکتر مسعود

تأثیر سایکودراما در درمان پرنده‌هراسی (پژوهش مورد منفرد)

نویسندگان: هدی پوررضائیان^{۱*}، فرامرز سهرابی^۲ و مهدی پوررضائیان^۳

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی.

۲. دانشیار روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی.

۳. استادیار روانشناسی دانشگاه شاهد.

*Email: pourrezaian911@st.atu.ac.ir

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر سایکودراما در درمان پرنده‌هراسی بود. سایکودراما به عنوان یکی از انواع روان‌درمانی‌های بدیع، نخستین بار توسط مورنو در سال ۱۹۲۱ معرفی شد. از این روش عمدتاً برای درمان اختلالات روانشناختی با منشأ هیجانی مثل افسردگی و مشکلات بین فردی استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر از این روش برای درمان پرنده‌هراسی که یکی از اختلالات اضطرابی است، استفاده شده است. پژوهش حاضر با این سؤال آغاز شد که آیا سایکودراما می‌تواند در درمان پرنده‌هراسی مؤثر باشد.

در این پژوهش تجربی، ابتدا مشکل پرنده‌هراسی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM IV-TR در مراجع تشخیصی، و سپس با استفاده از یک آزمون محقق ساخته و نیز یک آزمون رفتاری همراه با مواجهه‌ی مراجع با یک پرنده، میزان ترس او مورد سنجش واقع شد. این میزان ترس و تغییرات آن طی دو آزمون دیگر - یکی در اواسط درمان و دیگری در پایان درمان - به صورت کمی در مورد آزمون اول و به صورت کمی و کیفی (میزان ضربان قلب و مشاهده‌ی تغییرات چهره و رفتار در بیمار) برای آزمون کلامی و رفتاری، بررسی شد. مداخله‌ی درمانی که در این پژوهش از نوع سایکودراما بود، هشت جلسه‌ی دو ساعته، هفته‌ای دو جلسه و در کل یک ماه به طول انجامید.

نتایج آزمون محقق ساخته و تغییرات رفتاری مراجع (از جمله کسب توانایی مواجه شدن با پرنده و دست زدن به آن بدون هراس) نشان داد که سایکودراما در درمان رفتار پرنده‌هراسی مؤثر بوده است.

این نتیجه همسو با نتایج پژوهش‌هایی است که پیش از این تأثیر سایکودراما را در درمان سایر اختلالات روان‌شناختی بررسی کرده‌اند. نتیجه‌ی پژوهش حاضر نشان می‌دهد که می‌توان از سایکودراما برای درمان فویبای حیوانات نیز استفاده نمود. البته پژوهش‌های بیشتری با تعداد آزمودنی‌های بیشتر باید انجام شوند تا درمانگران بتوانند با اطمینان بیشتری از این روش به منظور درمان مراجعانشان استفاده نمایند.

کلید واژه‌ها: سایکودراما، پرنده‌هراسی

روان‌شناسی
بالینی
و شخصیت

داشور
وشتار

• دریافت مقاله: ۹۲/۱/۲۴

• پذیرش مقاله: ۹۲/۱۱/۱۵

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014

Clinical Psy. & Personality

دوفصلنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و یکم - دوره
جدید شماره ۱۰
بهار و تابستان ۱۳۹۳

مقدمه

پرنده‌هراسی یکی از اختلالات اضطرابی است که گاه به عنوان یک هراس خاص معرفی می‌شود. در پرنده‌هراسی، فرد مبتلا، ترسی بارز، مداوم، شدید و مهارنشده‌ی و البته غیر معقول از پرنده‌ها دارد. نشانه‌ها یا عوارض آن شبیه نشانه‌های دیگر هراس‌های بیمارگونه به جز هراس از خون، می‌باشند. برخی از این نشانه‌ها عبارتند از: افزایش ضربان قلب و فشار خون، تنگی نفس، تعریق، میخکوب شدن و یا تمایل به فرار [۱]. در هنگام مواجه شدن با پرندگان و یا یک پرنده‌ی خاص. آمار دقیقی از شیوع پرنده‌هراسی وجود ندارد، اما از آن‌جا که این اختلال در دسته‌بندی اختلالات هراس خاص به عنوان شایع‌ترین اختلال در میان زنان و دومین اختلال شایع در میان مردان قرار می‌گیرد و باز از آن‌جا که پرنده‌هراسی از نوع هراس از حیوانات با بیشترین درصد شیوع در میان انواع هراس‌های اختصاصی است، می‌توان نتیجه گرفت که خود پرنده‌هراسی نیز اختلال شایعی است. بنابراین مانند دیگر اختلالات شایع باید به دنبال درمانی مؤثر و سریع‌الاثربرای آن بود. تا به حال درمان‌های مختلفی برای درمان اختلالات اضطرابی گوناگون استفاده شده‌اند از جمله درمان شناختی-رفتاری (CBT)، خانواده درمانی، بازی درمانی و دیگر انواع درمان‌ها [۲، ۳ و ۴]. هم‌چنین تاکنون انواع زیادی از درمان‌ها برای هراس‌ها به کار رفته‌اند که مهم‌ترین، مشهورترین و بر اساس پژوهش‌های متعدد مؤثرترین آن‌ها مواجهه‌درمانی (نوعی رفتاردرمانی) است [۵]. در این پژوهش از سایکودراما استفاده می‌شود که بر اساس جست و جوی محققان کاربرد آن برای فوبیا و به ویژه فوبیای پرنده، گزارش نشده است.

سایکودراما^۱ روشی در روان‌درمانی با یک شکل نمایشی است که در آن، مشکلات عاطفی یا رفتاری بیماران و مراجعان با استفاده از فنون تئاتری، ریشه‌یابی و

حل و رفع می‌گردد [۶]. مورنو^۲ که مبدع سایکودراماست، سایکودراما را علم کشف حقیقت می‌خواند [۷]. او سایکودراما را مجموعه‌ای از فنون می‌داند که بدون ادعای هنری بودن، ناظر به این هدفند که از طریق بداهه سازی در بازی تئاتر، استعدادهای بالقوه و مستور یا سرکوب شده‌ی حیات ذهنی و خاصه حیات عاطفی را رشد و گسترش بخشند. فرضیه‌ی بنیادی این شیوه‌ی درمانی آن است که بازیگری به فرد اجازه می‌دهد تا به بیان مشکلات خود بپردازد، هیجان‌اتش را عرضه کند، تعارضات عمیق خود را به سطح بکشاند و سرانجام با آن‌ها و محیط خود مواجه شود.

اصول مهم سایکودراما از نظر مورنو عبارتند از: خلاقیت^۳، بداهه پردازی^۴ یا پاسخ ارتجالی، رویارویی^۵، نقش^۶ [۸] و تله^۷ و انتقال^۸ [۹]. عوامل اصلی در درمان به روش سایکودراما، مراجع یا شخص اول^۹، کارگردان^{۱۰}، شخص یاور^{۱۱} (ایگوی کمکی) و گروه حضار^{۱۲} هستند و [۱۱]. ابزار لازم برای سایکودراما شامل صحنه^{۱۳} یا سن، اشیاء صحنه، نورپردازی و موسیقی می‌شوند.

زرکا مورنو^{۱۴}، مهم‌ترین تکنیک‌های سایکودراما را بدین ترتیب ذکر نموده است:

- سولیلوکی یا تک‌گویی^{۱۵}: عبارت است از صحبت کردن یکنواخت و یک نفره‌ی مراجع با خودش.
- روش معرفی کردن خود^{۱۶}: در این روش، مراجع، خودش، مادرش، پدرش، برادرش، معلمش و یا هر عضو دیگری از دنیای خود را با کمال توجه به مسائل

2. Moreno, J. L.
3. Creativity
4. Spontaneity
5. Encounter
6. Role
7. Tele
8. Transference
9. Protagonist
10. Director
11. Auxiliary ego
12. Group
13. Stage
14. Moreno, Z.
15. Soliloquy
16. Self-Presentation

۱. واژه‌ی سایکودراما در دهه‌ی ۱۳۷۰ برای اولین بار توسط دکتر مهدی پوررضائیان به "روان‌تماشا" ترجمه شد.

صحنه می‌شود و رفتار او را کاملاً به صحنه می‌آورد و طرح‌ها و نقشه‌های عمل او را عیناً به نمایش می‌گذارد و همانند یک آینه به بیمار نشان می‌دهد که دیگران چگونه او را مشاهده کرده و می‌شناسند.

- نقش معکوس^۵ یا وارونه (تعویض نقش): این روش بدین صورت است که مراجع در یک موقعیت بین فردی، نقش خود را با نقش فرد دیگری تعویض می‌نماید. مثلاً مراجع نقش مادرش را بازی می‌کند و مادرش نقش او را. بدین ترتیب ادراکات باطل در روابط بین فردی می‌توانند به سطح شعور و آگاهی آورده شوند و بررسی و تصحیح گردند.
- برون فکنی آینده^۶: در این شیوه مراجع در عمل نشان می‌دهد که در مورد آینده‌ی خود چگونه می‌اندیشد. او یک زمان و مکان خاص و افرادی را که فکر می‌کند در آینده‌ی او شرکت دارند در نظر می‌گیرد و بعد این موضوعات را به صحنه می‌آورد.
- رؤیانهایی^۷: در این حال بیمار به جای آن که رؤیای خود را بازگویی کند، عملاً آن را بازنمایی می‌کند. به طوری که نقش خود را در رختخواب فرضی‌اش اجرا می‌نماید و خودش را به صورت خواب وانمود می‌کند و وقتی که احساس کرد می‌تواند رؤیای خود را از نو بنا کند، از رختخواب بلند شده و رؤیای خود را به نمایش می‌گذارد و اشخاص یاور را برای نقش شخصیت‌های رؤیای خود به کار می‌برد. این روش به تربیت دوباره‌ی بیمار و تغییر طرح رؤیای او کمک می‌کند [۱۲].
- دو تکنیک دیگر در سایکودراما به شرح زیر هستند:
 - صندلی خالی^۸: در این روش پروتاگونیست فرض می‌کند که روی یک صندلی خالی، فردی که اکنون غایب است، نشسته است و با او شروع به صحبت کردن می‌کند.

متمرکز در ذهنش معرفی می‌کند. به طوری که خودش نقش دیگران را هم بازی می‌کند.

- تحقق خویشتن با ایفای نقش^۱: در این حال مراجع با همراهی چند شخص یاور وضعیت زندگی خود را به نمایش می‌گذارد.
- سایکودرامای توهمی: به کمک این روش مراجع هذیان‌ها و توهمات خود را به صورت عمل درآورده و با واقعیات زندگی می‌آزماید.
- روش مضاعف یا دو نفری^۲: در این جا شخص یاور نقش خود مراجع را بازی می‌کند و تمام حرکات، فعالیت‌ها و رفتارهای او را شبیه‌سازی می‌نماید. او معمولاً شروع‌کننده‌ی صحبت است. در حالی که انگار دارد با خودش حرف می‌زند، مراجع جوابش را می‌دهد. این روش برای نفوذ در مشکلات و منازعات درونی بیمار به کار برده می‌شود. قابل تذکر است که نقش شخص یاور در این جا با نقش او در سایر تکنیک‌ها متفاوت است. شخص یاور در این جا سعی می‌کند بیشترین همانندی را با مراجع پیدا کند، در حالی که در سایر تکنیک‌ها نقش کسی را بازی می‌کند که غایب است.
- روش مضاعف چندگانه^۳: در این روش مراجع به همراه چند بازیگر شبیه به خودش نقش ایفا می‌کند. هر بازیگر شبیه، قسمتی از زندگی او را به نمایش می‌گذارد. مثلاً یک نفر نقش او را در سه سال پیش ایفا می‌کند، دیگری نقش او را در بیست سال آینده نمایش می‌دهد. یکی از بازیگران شبیه نیز نقش او را همان طور که اکنون هست، اجرا می‌کند.
- آینه^۴: وقتی بیمار قادر نباشد نقش خود را به صورت صحبت کردن یا عمل، اجرا کند، یک شخص یاور نقش او را بازی می‌کند. در حالی که بیمار در قسمت تماشاچیان می‌نشیند، شخص یاور به عنوان بیمار وارد

5. Role-Reversal
6. Future Projection
7. Dream Presentation
8. Empty chair

1. Self-Realization
2. Double
3. Multiple Double
4. Mirror

تأیید شد [۱۵].

"تأثیرات سایکودراما و گروه‌درمانی بر حالت‌های هیجانی" عنوان تحقیق دیگری است از فریتز^۴ که در سال ۱۹۸۱ انجام شده است. او در این تحقیق روش سایکودراما را با روش کلاسیک گروه‌درمانی مقایسه کرده است. حالت‌های هیجانی آمیخته با افسردگی، اضطراب و بازگشت که در گروه بیماران بستری شده در بیمارستان فیلهاون (در پنسیلوانیا) دیده شده بود، پس از شرکت در جلسه‌های سایکودراما به طرز معنی‌داری کاهش پیدا کرد [۱۶].

وید^۵، محقق دیگری است که تحقیقی با عنوان "تأثیرات سایکودرامای کلاسیک بر اضطراب و افسردگی"، در سال ۱۹۸۵ انجام داده است. هدف تحقیق او بررسی اثر سایکودراما در کاهش اضطراب و افسردگی بر روی بیماران بوده است. محقق برای سنجش میزان اثربخشی سایکودراما از روش مقایسه‌ی تأثیرات آن با تأثیرات پلاسیبو (دارونما) و عدم درمان استفاده کرده است. نتیجه‌ی تحقیق او بر روی ۶۶ بیمار نشان داد که سایکودراما در طول شش هفته توانسته است سطح درجه‌ی اضطراب و افسردگی آزمودنی‌ها را به طرز معناداری کاهش دهد [۱۷].

پوررضائیان، در پژوهشی با عنوان "تأثیر سایکودراما بر درمان افسردگی: یک مطالعه‌ی تجربی"، که در سال ۱۹۹۶ در دانشگاه دهلی انجام شده است، مقایسه‌ای میان تأثیرات سایکودراما، دارودرمانی و ترکیب این دو انجام داده است. این تحقیق که بر روی ۵۴ مرد افسرده‌ی ایرانی انجام شده، روشن کرده است که تأثیر سایکودراما و ترکیب دو روش (سایکودراما و دارودرمانی) از دارودرمانی به تنهایی بهتر است. پوررضائیان نتیجه گرفته است که چون اثربخشی سایکودراما به تنهایی برابر با اثربخشی سایکودراما و دارودرمانی است، بنابراین استفاده از سایکودراما به تنهایی ارجح است [۱۸].

"استفاده از سایکودرامای گروهی برای کمک به

▪ فروشگاه جادویی^۱: این روش که معمولاً برای شروع و آماده‌سازی استفاده می‌شود، باعث ایجاد تجسم‌هایی در گروه می‌شود. در فروشگاه جادویی یک نفر نقش فروشنده را بازی می‌کند و دیگری نقش خریدار را، و آنچه که خریده می‌شود معمولاً یک چیز تجسمی است مثل موفقیت یا جسارت [۱۳].

در پی جست و جوی محققان، پژوهشی که نشان-دهنده‌ی کاربرد سایکودراما برای درمان هراس از حیوانات باشد، به دست نیامد، بنابراین پژوهش‌هایی که در این بخش آورده شده‌اند، پژوهش‌هایی هستند که سایکودراما را برای درمان سایر اختلالات روان‌شناختی مخصوصاً افسردگی و اضطراب، به کار برده‌اند.

در سال ۱۹۷۸، هال^۲، در دانشگاه نیومکزیکو، تحقیقی با عنوان "اندازه‌گیری تأثیر سایکودراما بر روی فشار روانی و اضطراب" انجام داد. گروه‌های آزمودنی او را دانشجویان پرستاری تشکیل می‌دادند. گروه اول (A) در شش هفته و هر هفته سه جلسه به ایضای نقش در سایکودرامای گروهی اقدام می‌کردند. گروه آزمودنی دوم (B) جلسه‌های سایکودراما را فقط در آخر هفته برگزار می‌نمودند. گروه سوم (C) هیچ درمانی را دریافت نمی‌کردند. مقایسه‌ی میانگین‌های آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد که گروه B بیشترین تغییر معنادار را در درجات اضطراب و فشار روانی نشان دادند [۱۴].

در تحقیق دیگری از میلر^۳ در دانشگاه تالدو، با عنوان "تأثیرات دو رویکرد گروهی در روان‌درمانی، سایکودراما و مواجهه"، سطوح تحقق‌خویشتن در داوطلبان در دو گروه اندازه‌گیری شد. فرضیه‌ی صفر محقق، عدم تفاوت بین پیش‌تست‌ها و پس‌تست‌ها بود. فرضیه‌ی یکم او مبین اثربخشی بیشتر مواجهه و فرضیه‌ی سوم او مبین اثربخشی بیشتر سایکودراما بود. نتیجه‌ی نهایی تحقیق نشان داد که فرضیه‌ی سوم او در سطح ۰/۰۵

4. Fretz, R. K.
5. Weide, U.

1. Magic shop
2. Hall, I.
3. Miller, S. E.

گاتا^۴ و همکاران، در مقاله‌ای با عنوان "سایکودرامای تحلیلی با بزرگسالانی که از اختلالات رفتاری رنج می‌برند: تأثیرات کوتاه مدت روی نشانگان روانپزشکی"، سایکودرامای گروهی را روی ۶ بیمار با بیماری‌های روانپزشکی مختلف، به مدت ۱۲ جلسه (هر هفته، یک جلسه) اجرا کرده‌اند و در طول درمان و بعد از درمان نشانگان بیماری را در آنها با آزمون SCL-90 سنجیده‌اند. نتایج حاصله تأثیرات سایکودراما را در کاهش نشانگان بیماری با اختلاف معنی‌دار آماری در مقایسه با گروه کنترل نشان می‌دهد [۲۳].

در پژوهشی دیگر با عنوان "تأثیر سایکودراما بر سبک‌های دلبستگی جوانان" که توسط دوگان^۵ و در سال ۲۰۱۰ انجام شده، نتایج متفاوتی نسبت به پژوهش‌هایی که قبلاً ذکر شدند، به دست آمده است. یافته‌های این پژوهش حاکی از آنند که سایکودراما اگر چه سبب اختلاف بین گروه آزمایشی و گروه کنترل شده است اما این اختلاف به لحاظ آماری، معنی‌دار نیست. پژوهشگر اینگونه استدلال نموده است که سایکودراما علی‌رغم این که از نظر کمی سبب اختلاف معنی‌داری بین گروه آزمایشی و گروه کنترل نشده اما از نظر کیفی سبب فهم خویشتن، گسترش بینش، آگاهی نسبت به سبک‌های دلبستگی، طبیعی و پیشرو بودن در ارتباطات، اعتماد به نفس، گسترش مهارت گوش دادن، افزایش مهارت‌های کنار آمدن و همدلی و نگاه به زندگی از یک منظر امیدوارانه در گروه آزمایشی شده است [۲۴].

ابراهیمی بلیل، در سال ۲۰۱۱ پژوهشی با عنوان "تأثیرات سایکودراما بر افسردگی زنان مبتلا به بیماری‌های مزمن جسمانی" انجام داده است که در آن به درمان افسردگی ۳۰ زن مبتلا به بیماری‌های مزمن جسمانی، از طریق سایکودراما در ۱۲ جلسه (هر هفته، دو جلسه) پرداخته است. نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی سایکودراما است [۲۵].

سازگار شدن دختران آزردده با دردهای روانی"، عنوان مقاله‌ایست که کاربنل و پارتینلو بارهمی^۱، در سال ۱۹۹۹ در مجله‌ی بین‌المللی روان‌درمانی گروهی منتشر کرده‌اند. مقاله‌ی آن‌ها نشان می‌دهد که استفاده از سایکودرامای گروهی می‌تواند به گروه دختران مبتلا به تروما کمک کند که بتوانند از مشکلاتی مانند رفتارهای انزواجویانه، اضطراب و افسردگی نجات یابند [۱۹]. استفاده از سایکودراما به منظور کمک به زنان مبتلا به تروما در پژوهش کلوا^۲ نیز تکرار شده است که در این پژوهش نیز اثربخشی آن نشان داده شده است [۲۰].

کاراتاس و گوکان^۳، در پژوهشی با عنوان "مقایسه‌ی بین تأثیر گروه‌درمانی شناختی-رفتاری و سایکودراما بر پرخاشگری نوجوانی"، در سال ۲۰۰۹، تأثیر این دو درمان را با هم مقایسه کرده‌اند. برای انجام این تحقیق ابتدا ۳۶ نوجوان به صورت تصادفی انتخاب شده و بعد از آن باز به صورت تصادفی به سه گروه ۱۲ نفره تقسیم شدند، دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل. یکی از گروه‌های آزمایشی سایکودراما را به عنوان درمان شناختی-رفتاری را در ۱۰ جلسه. نتایج درمان نشان داد که گروه‌درمانی شناختی رفتاری در کاهش نمرات پرخاشگری مؤثر بوده است به جز در مورد پرخاشگری کلامی، ولی سایکودراما تمام نمرات پرخاشگری را کاهش داده است [۲۱].

در پژوهش دیگری با عنوان "تأثیر نمایش روانی (سایکودراما) بر افسردگی زنان بستری مبتلا به اختلال روانی با سیر طولانی"، ره‌گوی، ابراهیمی بلیل، خانکه، ره‌گذر و رضایی، با اجرای سایکودراما در ۱۲ جلسه روی ۱۵ زن بستری مبتلا به اختلال روانی، به این نتیجه رسیدند که سایکودراما به طور معنی‌داری سبب کاهش میزان افسردگی آن‌ها شده است [۲۲].

4. Gatta, M.
5. Dogan, T

1. Carbonell D. M., & Partelano-Barehmi, C.
2. Koleva, M
3. KARATAŞ, Z., & GÖKÇAKAN, Z.

کرده است. مواجهه‌های ناگهانی وی با پرنده‌ها هر بار منجر به واکنش‌های بسیار شدید جسمانی و روانی او شده است. واکنش‌های گزارش شده عبارتند از: تپش شدید قلب، لرزش دست‌ها و پاها، گریه‌های شدید، بروز کابوس‌های شبانه با موضوع پرنده و اضطراب شدید. مراجع تاکنون بیماری روانی یا جسمانی خاصی نداشته است. قابل ذکر است که خواهر کوچکتر او از پرنده‌ها نمی‌ترسد و به همین دلیل بارها با گرفتن پرنده‌ای در دستش دو خواهر بزرگترش را شدیداً ترسانده است.

طرح پژوهش

از آن جا که پژوهش حاضر، تأثیر سایکودراما (متغیر مستقل) را بر پرنده‌هراسی (متغیر وابسته) مطالعه می‌کند، می‌توان این پژوهش را یک تحقیق تجربی دانست. در این پژوهش از طرح تک‌آزمودنی (A-B) استفاده می‌شود. در طرح‌های پژوهشی تک‌آزمودنی تأثیر یک متغیر (مستقل) بر متغیر دیگر (وابسته) مورد مطالعه قرار می‌گیرد. در طرح A-B ابتدا شرایط محیطی (A) به دقت اندازه‌گیری می‌شود. برای این منظور به بررسی حالت اولیه (Base-line) شرایط محیطی و رفتار آزمودنی پرداخته می‌شود و بعد از آن، عمل آزمایشی (B) اعمال می‌شود. در مرحله‌ی بعدی نیز که "پیگیری" نام دارد، رفتار آزمودنی مجدداً اندازه‌گیری می‌شود.

ابزار پژوهش

با توجه به اینکه پژوهش حاضر یک طرح تک‌آزمودنی با طرح A-B است، مشاهده‌ی رفتار مراجع، قبل از درمان، در حین درمان و بعد از درمان، معمولاً مهم‌ترین ابزار درمانگران (پژوهشگران) برای تشخیص اثربخشی درمان در اینگونه پژوهش‌ها است. با این شیوه، تغییرات رفتاری مراجع صرفاً به صورت کیفی قابل ملاحظه هستند. در پژوهش حاضر علاوه بر این مشاهدات رفتاری، از دو ابزار دیگر نیز برای مشاهده‌ی دقیق‌تر تغییرات مراجع استفاده شده است.

مفتاح گزیت، سی چینگ می و نگ لی یین عبدالله^۱ در پژوهش خود از تکنیک‌های سایکودراما برای کاهش رفتارهای پرخاشگرانه‌ی کودکان در مدارس عربی استفاده کرده‌اند [۲۶].

در یکی از جدیدترین پژوهش‌ها که در سال ۲۰۱۳ توسط آکینسولا و آدوکا^۲ انجام شده، از سایکودراما به منظور کاهش اضطراب اجتماعی ۵۶۷ کودک و نوجوان بین ۷ تا ۱۶ سال استفاده شده است. نتایج این پژوهش نشان‌دهنده‌ی اثربخشی سایکودراما در کاهش سطح اضطراب اجتماعی در بیماران است [۲۷].

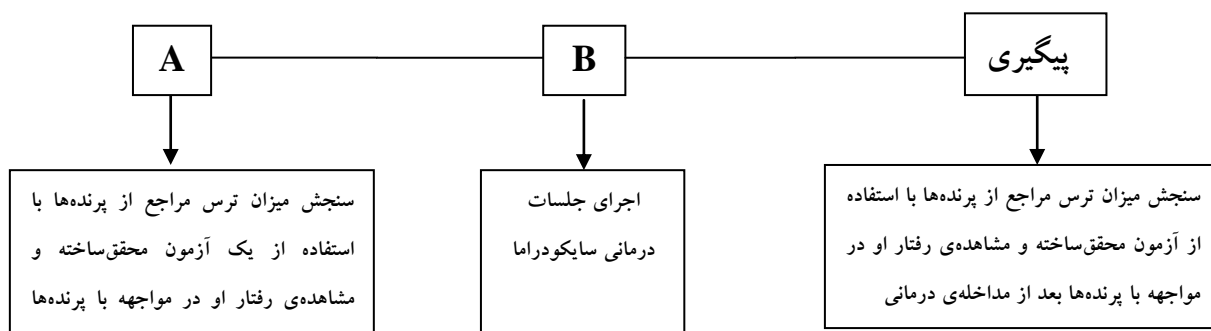
علاوه بر استفاده از سایکودراما در درمان اختلالات روانی در برخی پژوهش‌ها از جمله پژوهش یانیو^۳ از آن به عنوان راهی برای کشف مناطق مغزی دخیل در کارکردهای روان‌شناختی انسان از جمله همدلی و خلاقیت استفاده شده است. در پژوهش مذکور روش‌های مواجهه و جا به جایی نقش (از تکنیک‌های سایکودراما) به کار برده شده‌اند [۲۸]. با توجه به ادبیات تحقیق که حاکی از اثربخشی سایکودراما در درمان بسیاری از اختلالات روانشناختی است، سوال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا شرکت فعال آزمودنی در جلسه‌های سایکودراما، در درمان پرنده‌هراسی وی مؤثر است؟

روش

معرفی مراجع

مراجع دختری بیست ساله است که با شکایت ترس غیر منطقی و شدید از پرنده‌ها، مراجعه کرده است. ترس از پرنده‌ها در مراجع حدوداً از چهار سالگی و در اثر مواجهه با یک پرنده در محیطی بسته و مشاهده‌ی ترس شدید خواهر بزرگترش از آن پرنده شروع شده و او از آن تاریخ به بعد، از هر گونه مواجهه با پرنده‌ها خودداری

1. Meftah Gezait, KH., See Ching Mey, S., & Ng Lee Yen Abdullah, M.
2. Akinsola, E. F., & Udoka, P. A.
3. Yaniv, D.



شکل ۱: طرح پژوهش. در این طرح ابتدا شرایط محیطی (میزان ترس مراجع از پرنده‌ها) قبل از مداخله، سنجیده و سپس بعد از مداخله نیز شرایط فرد مورد ارزیابی و سنجش واقع می‌شود.

آزمون مبنی بر مشکل پرنده‌هراسی با تشخیص یک روانپزشک و دو روانشناس بالینی (با درجه‌ی دکترا) همسو بوده است، می‌توان گفت که دارای اعتبار محتوایی و ملاکی است. همچنین از آنجا که از زمان تشخیص پرنده‌هراسی در مراجع و شروع درمان حدود سه ماه طول کشید (به دلیل عدم آمادگی مراجع برای درمان)، این فرصت فراهم شد که آزمون محقق‌ساخته دو بار قبل از درمان روی مراجع اجرا شود (یک بار در زمان تشخیص اولیه و یک بار بلافاصله قبل از شروع درمان). از آنجا که فاصله‌ی زمانی بین این دو بار اجرای آزمون سه ماه بوده ولی نتایج آزمون کاملاً یکسان بوده است، می‌توان اظهار داشت که این آزمون از پایایی آزمون بازآزمون بالایی برخوردار است. به علاوه، برای اطمینان بیشتر از پایایی، این آزمون روی ۵ نفر اجرا و آلفای کرونباخ آن محاسبه شد که میزان آن برابر با ۰,۹۹ است.

شیوه‌ی اجرای پژوهش

بعد از مراجعه‌ی درمانجو و طی شدن فرایندهای مقدماتی تشخیصی، به دو دلیل روش سایکودراما برای کمک به بیمار انتخاب شد. دلیل اول این بود که پژوهشگر قصد داشت روش کارآمدتری را برای کمک به مراجع آزمون کند. دلیل دوم این بود که

یکی از این ابزارها، یک دستگاه دیجیتال بود که با کمک آن ضربان قلب مراجع در مواقع مواجهه یا انتظار مواجهه با پرنده سنجیده می‌شد و ابزار دیگر، یک آزمون محقق‌ساخته. این آزمون محقق‌ساخته یک ابزار مکمل بود که به مراجع اجازه می‌داد خودش میزان ترس خود را از پرندگان در مواقع مختلف درمان تعیین نماید. محققان حاضر در جست و جوی خود هیچ آزمونی را که میزان هراس از پرنده‌ها را بسنجد نیافتند. به همین دلیل آزمونی را طراحی کردند که هم به تشخیص پرنده‌هراسی و هم به بررسی علائم و نشانه‌های آن در آزمودنی می‌پردازد. این آزمون شانزده آیتم را مورد سؤال قرار می‌دهد که آزمودنی می‌بایست در زمان پنج دقیقه به تمام آن‌ها پاسخ دهد. در مقابل هر آیتم سه گزینه‌ی زیاد، کم و اصلاً وجود دارد که آزمودنی باید یکی از آن‌ها را انتخاب کند. به هر کدام از این گزینه‌ها نمره‌ای از ۰ تا ۲ اختصاص داده شده است (زیاد: ۲، کم: ۱ و اصلاً: ۰). این آزمون، ملاک‌های DSM IV-TR [۲۹]. برای فوبیا را برای پرنده‌هراسی اختصاصی نموده و ملاک‌های دیگری را نیز بر اساس کتاب خلاصه‌ی روانپزشکی کاپلان و سادوک به آن‌ها افزوده است. از آنجا که این آزمون بر اساس ملاک‌های DSM IV-TR و کتاب خلاصه‌ی روانپزشکی کاپلان و سادوک طراحی شده و همچنین تشخیص این

بازخورد می‌دهند. بازخورد به مراجع یا اعضای گروه می‌تواند در اواسط مرحله‌ی قبلی یعنی اجرای نمایش نیز اتفاق بیفتد.

خلاصه‌ای از جلسات درمان

جلسه‌ی پذیرش

پذیرش مراجع؛ مصاحبه‌ی بالینی اولیه؛ تشخیص مشکل و ارائه‌ی توضیحات مقدماتی در جهت معرفی نوع درمان (سایکودراما) و جلب علاقه‌ی مراجع به این نوع درمان.

جلسه‌ی اول درمان

اجرای آزمون پرنده‌هراسی محقق‌ساخته بر روی مراجع؛ انجام آزمون رفتاری (به عنوان یک آزمون به مراجع گفته شد که قرار است به زودی یک پرنده به جلسه‌ی درمان آورده شود)؛ بررسی واکنش‌های رفتاری، احساسی و بدنی مراجع از طریق مشاهده و استفاده از یک دستگاه دیجیتال برای سنجش میزان ضربان قلب او؛ آرام کردن مراجع توسط درمانگر (به او گفته شد که هیچ پرنده‌ای قرار نیست به جلسه آورده شود و اگر هم روزی قرار باشد که این اتفاق رخ دهد حتماً با اجازه‌ی خود مراجع خواهد بود)؛ دعوت اعضای همکار درمانگر (دو نفر) به جلسه‌ی درمان و ایجاد یک فضای آرامش‌بخش و صمیمی در جلسه؛ مرور شفاهی و مختصر مشکل درمانجو در حضور اعضای همکار؛ شروع مراحل اجرای سایکودراما شامل گرم کردن (از طریق انجام یک بازی گروهی)؛ آماده کردن صحنه‌ی سایکودراما؛ استفاده از تکنیک معرفی کردن خود به منظور آشنایی کامل با مراجع و مشکل او از زبان خودش؛ کمک گرفتن از دو همکار درمانگر برای بیان نظرات خود و ارائه‌ی بازخورد به مراجع و حمایت از او؛ جمع شدن اعضای گروه دور یک میز و جمع‌بندی جلسه‌ی درمانی و تعیین زمان جلسه‌ی بعدی.

جلسه‌ی دوم

جمع شدن اعضای گروه درمان و انتخاب اولین

تخصص یکی از پژوهشگران این پژوهش سایکودراما بود و بنابراین اجرای این روش زیر نظر ایشان این اطمینان را به درمانگر اصلی می‌داد که روش مورد نظر به درستی انجام می‌شود. درمان در هشت جلسه‌ی دو ساعته (هر هفته، دو جلسه) انجام شد. در ادامه، بعد از ارائه‌ی یک توضیح مقدماتی، خلاصه‌ای از جلسات درمانی می‌آید.

توضیح مقدماتی

بر اساس شیوه‌ی اجرای روان‌درمانی سایکودرامایی، مبتنی بر آموزه‌های دکتر مورنو (پدر سایکودراما)، کلیه‌ی جلسه‌های درمانی در این پژوهش شامل چهار مرحله به شرح زیر بوده است:

۱- گرم کردن. این مرحله بسیار شبیه گرم کردن قبل از ورزش است. از آن جا که اجرای سایکودراما نیازمند بازی کردن و ایفای نقش روی صحنه‌ی درمان است بنابراین مستلزم آمادگی بدنی کافی می‌باشد. گرم کردن معمولاً به صورت حرکات نرمشی و یا بازی‌های پر از تحرک گروهی انجام می‌شود. تعیین نوع حرکات نرمشی و یا بازی‌های گروهی به عهده‌ی درمانگر است.

۲- آماده کردن صحنه‌ی سایکودراما. در این مرحله بر اساس نقش‌هایی که باید بازی شوند و یا تکنیک‌هایی که قرار است استفاده شوند، صحنه‌ی درمان آماده می‌شود. به طور مثال اگر قرار است از تکنیک رؤیایمایی استفاده شود، نور صحنه باید بسیار کم باشد و مانند آن.

۳- اجرای نمایش روی صحنه. در این مرحله از تکنیک‌های متنوع سایکودراما با توجه به مراجع و مشکل او استفاده می‌شود. این مرحله را می‌توان مهم‌ترین مرحله‌ی سایکودراما دانست.

۴- مشارکت. در این مرحله، اعضای گروه و درمانگر دور هم جمع می‌شوند و درباره‌ی آن چه که اجرا شده بحث و تبادل نظر می‌کنند. در واقع در مرحله‌ی مشارکت، اعضای گروه به همدیگر و یا به مراجع

مراجع، نقش‌های مختلف را در خاطره‌ی خود تجربه کند و بهتر درک نماید؛ درخواست از مراجع برای دادن پاسخی متفاوت به شخص‌یاور (در نقش خواهر کوچک‌ترش)؛ ارائه‌ی بازخوردهای حمایتی توسط همکاری که تماشاگر بود و کارگردان (درمانگر) به مراجع به خاطر این پاسخ متفاوت؛ اتمام نمایش و جمع شدن اعضای گروه و بحث و تبادل نظر در مورد بازی‌ها و پاسخ‌های متفاوت مراجع به خواهرش به منظور اثبات توانایی او در تغییر پاسخ ترس؛ حمایت اعضای گروه از مراجع و دادن امید به او؛ جمع‌بندی جلسه و تعیین زمان جلسه‌ی بعدی.

جلسه‌ی چهارم

جمع شدن اعضای گروه و مرور کابوس تکراری مراجع با محتوای حمله‌ی پرهنده‌ها به او (مراجع هر هفته بیش از دو بار این کابوس را می‌دید که پرهنده‌ها ناگهان وارد منزلشان شده و به سمت او حمله‌ور می‌شوند. او فرار می‌کند و به اتاقی می‌رود و در را محکم می‌بندد اما پرهنده‌ها به طرز شگفت‌آوری از در بسته عبور می‌کنند و وارد اتاق می‌شوند. بر اساس گزارش مراجع، او همیشه در همین لحظه از خواب پریده است در حالی که دست‌ها و پاهایش سرد شده و می‌لرزیدند و قلبش با شدت بسیاری می‌تپید و این کابوس همیشه ناتمام باقی می‌ماند)؛ گرم کردن؛ آماده کردن صحنه برای اجرای رؤیای مراجع (کم کردن نور فضا و چیدن وسایل شبیه به اتاق مراجع)؛ انتخاب اشخاص‌یاور برای بازی کردن نقش پرهنده‌ها؛ استفاده از تکنیک رؤیانمایی برای بازنمایی رؤیای تکراری و همیشه ناتمام مراجع (از مراجع خواسته شد که چشمانش را ببندد و فرض کند که به خواب رفته است، سپس هر گاه که احساس کرد وقت مناسبی برای شروع کابوسش است، برخیزد و نمایش را شروع کند. با علامت مراجع دو همکار درمانگر در نقش دو پرهنده دقیقاً به همان صورتی که مراجع گفته بود وارد شدند و مراجع را دنبال کرده و از در فرضی اتاق مراجع نیز رد شدند)؛ اتمام موقتی اجرای نمایش و درخواست از

خاطره‌ی مواجهه‌ی مراجع با پرهنده که باعث شروع ترس در او شده بود و مرور آن همراه با جزئیات حادثه؛ گرم کردن و آماده شدن برای اجرای سایکودراما؛ آماده کردن صحنه؛ انتخاب اشخاص‌یاور توسط مراجع و یاد دادن نقش‌هایشان به آن‌ها؛ استفاده از تکنیک تحقق خویشتن با ایفای نقش به منظور بازنمایی خاطره‌ی ایجاد ترس در مراجع (به این صورت که یکی از همکاران درمانگر نقش پرهنده و دیگری نقش خواهر مراجع را که ترس شدیدی از پرهنده‌ها دارد ایفا کردند؛ استفاده از تکنیک تعویض نقش بدین منظور که مراجع، نقش‌های مختلف را در خاطره‌ی خود تجربه کند و بهتر درک نماید (مراجع در هر سه نقش -خودش، خواهرش و پرهنده- به ایفای نقش پرداخت)؛ درخواست از مراجع و اشخاص‌یاور که پایان‌های بهتر و متفاوتی برای داستان مراجع پیدا کنند و آن را به اجرا بگذارند؛ اتمام نمایش و جمع شدن اعضای گروه و بحث و تبادل نظر در مورد بازی‌ها و پایان‌های متفاوت داستان، به طوری که مراجع به این نکته برسد که اگر داستان او در گذشته با ترس از پرهنده‌ها به اتمام رسیده است اکنون می‌تواند طور دیگری به آن پایان بخشد؛ حمایت اعضای گروه از مراجع و دادن امید به او؛ جمع‌بندی جلسه و تعیین زمان جلسه‌ی بعدی.

جلسه‌ی سوم

جمع شدن اعضای گروه دور میز و انتخاب دومین خاطره‌ی مراجع مبنی بر ترساندن مراجع توسط خواهر کوچک‌ترش از پرهنده‌ها و مرور خاطره همراه با جزئیات (یکی از دو خواهر مراجع که از پرهنده‌ها نمی‌ترسد، در کودکی همیشه با گرفتن پرهنده‌ای در دست، دو خواهر بزرگترش را چنان می‌ترسانده که آن‌ها مجبور می‌شدند مدت‌ها در یک اتاق در بسته پناه بگیرند)؛ گرم کردن؛ آماده کردن صحنه؛ انتخاب یک شخص‌یاور و یاد دادن نقشش به او؛ استفاده از تکنیک تحقق خویشتن با ایفای نقش به منظور بازنمایی خاطره‌ی مراجع (در این روش عیناً همان اتفاقاتی که در گذشته رخ داده‌اند اجرا می‌شود)؛ استفاده از تکنیک تعویض نقش بدین منظور که

از مراجع و دادن امید به او؛ جمع‌بندی جلسه و تعیین زمان جلسه‌ی بعدی.

جلسه‌ی هفتم

جمع شدن اعضای گروه و دادن توضیحات لازم این جلسه توسط کارگردان (قفس پرنده در اتاق درمان وجود داشت)؛ گرم کردن؛ آماده کردن صحنه؛ انتخاب اشخاص یاور؛ استفاده از تکنیک برون‌فکنی آینده به منظور نشان دادن آینده‌ای که مراجع برای خود پیش‌بینی می‌کند؛ گرفتن بازخورد از اعضای گروه؛ اتمام نمایش و جمع شدن اعضای گروه و بحث و تبادل نظر در مورد نمایش؛ حمایت اعضای گروه از مراجع و دادن امید به او؛ جمع‌بندی جلسه و تعیین زمان جلسه‌ی بعدی.

جلسه‌ی هشتم و آخر

جمع شدن اعضای گروه و ارائه‌ی توضیحات مقدماتی توسط کارگردان (قفس پرنده در اتاق درمان وجود دارد)؛ گرم کردن؛ آماده کردن صحنه؛ انتخاب اشخاص یاور؛ استفاده از تکنیک آینه با کمک دو شخص یاور به منظور نشان دادن مراجع به خودش در حالی که از قفس پرنده اجتناب می‌کند و در حالی که به آن نزدیک می‌شود؛ درخواست کارگردان از مراجع که یکی از این دو حالت را انتخاب کرده و مانند شخص یاور رفتار کند؛ انتخاب حالت دوم یعنی عدم ترس از پرنده‌ها توسط مراجع و نزدیک شدن به قفس پرنده؛ ارائه‌ی بازخوردهای حمایتی اعضای گروه به مراجع؛ دست زدن مراجع به قفس پرنده؛ ارائه‌ی بازخوردهای حمایتی اعضای گروه به مراجع؛ کسب اجازه از مراجع به منظور بیرون آوردن پرنده از قفس و دادن اطمینان به او مبنی بر این که تا او اجازه ندهد فردی که پرنده را در دست دارد به او نزدیک نخواهد شد؛ ارائه‌ی بازخوردهای حمایتی اعضای گروه به مراجع؛ کمک به مراجع برای نزدیک شدن به پرنده و دست زدن به آن؛ موفقیت مراجع در دست زدن به پرنده بعد از تلاش‌های بسیار؛ ارائه‌ی بازخوردهای حمایتی اعضای گروه به مراجع؛ تقدیم پرنده و قفزش به مراجع و دادن مسئولیت نگهداری از آن؛ پیگیری نتیجه‌ی درمان (دو

مراجع و همکاران درمانگر که برای این کابوس، پایان‌های متعددی پیشنهاد دهند؛ اجرای تمام پیشنهادات به صورت نمایش به منظور ایجاد امکان مقایسه؛ ارائه‌ی بازخورد به مراجع توسط درمانگر در حین اجرای نمایش‌ها؛ اتمام نمایش، جمع شدن اعضای گروه و بحث و تبادل نظر در مورد پایان‌های پیشنهادی و انتخاب بهترین پایان پیشنهادی برای کابوس مراجع؛ حمایت اعضای گروه از مراجع و دادن امید به او؛ جمع‌بندی جلسه و تعیین زمان جلسه‌ی بعدی.

جلسه‌ی پنجم

جمع شدن اعضای گروه و ارائه‌ی توضیحات اولیه از سوی درمانگر؛ گرم کردن؛ آماده کردن صحنه؛ انتخاب یک شخص یاور برای ایفای نقش مراجع؛ استفاده از تکنیک تلفیقی تعویض نقش و روش مضاعف به منظور ایجاد یک فرصت تخیلی برای صحبت کردن مراجع و پرنده با هم (به طوری که شخص یاور با استفاده از تکنیک روش مضاعف نقش مراجع را بسیار شبیه به او بازی می‌کرد و خود مراجع نقش یک پرنده‌ی سخن‌گو را. با استفاده از این تکنیک سعی شد تفکرات منفی مراجع نسبت به پرنده‌ها مشخص شده و به چالش طلبیده شوند)؛ اتمام نمایش و جمع شدن اعضای گروه و بحث و تبادل نظر در مورد نمایش؛ حمایت اعضای گروه از مراجع و دادن امید به او؛ جمع‌بندی جلسه و تعیین زمان جلسه‌ی بعدی.

جلسه‌ی ششم

آوردن پرنده‌ای در قفس به جلسه‌ی درمان با کسب اجازه از مراجع؛ مشاهده‌ی دقیق رفتار مراجع در برخورد با پرنده و سنجش ضربان قلب او؛ گرفتن آزمون محقق‌ساخته برای بار دوم؛ حمایت از مراجع و امید دادن به او توسط درمانگر و همکاران او؛ گرم کردن؛ آماده کردن صحنه؛ انتخاب اشخاص یاور؛ استفاده از تکنیک مضاعف چندگانه به منظور نشان دادن گذشته، حال و آینده‌ی مراجع؛ اتمام نمایش و جمع شدن اعضای گروه و بحث و تبادل نظر در مورد نمایش؛ حمایت اعضای گروه

ماه بعد از پایان درمان).

نتایج

الف: نتایج آزمون رفتاری به صورت کیفی

۱. نتیجه‌ی آزمون در جلسه‌ی اول درمان (قبل از انجام هر گونه مداخله‌ی درمانی)

در جلسه‌ی اول، دو بار ضربان قلب مراجع سنجیده شد. یک بار قبل از هر گونه آزمونی، به منظور به دست آوردن ضربان قلب طبیعی مراجع و یک بار نیز بعد از آن بود که به مراجع خبر داده شد که قرار است به زودی با یک پرنده مواجه شود. مراجع بعد از این خبر ابتدا رنگ صورتش، سفید و کمی بعد برافروخته شد و در حالی که عصبانی بود برخاست که اتاق را ترک کند. در این لحظه درمانگر به او خبر داد که هیچ پرنده‌ای در کار نیست. بعد از آن بلافاصله و با اجازت مراجع ضربان قلب او مجدداً اندازه‌گیری شد. نتایج کمی در ادامه می‌آیند.

۲. نتیجه‌ی آزمون رفتاری در جلسه‌ی ششم

بعد از شش جلسه شرکت فعال در جلسه‌های سایکودراما، درمانگر تصمیم گرفت که یک پرنده (جوجه اردک) محصور در قفس را به جلسات درمانی بیاورد. ابتدا به مراجع خبر داده شد و رفتار او مورد مشاهده قرار گرفت. او اصلاً آن رفتار سابق را از خود نشان نداد. درمانگر حدس زد که مراجع فکر می‌کند که باز هم مثل جلسه‌ی اول این فقط یک آزمون است. بنابراین به همکار خود تلفن کرده و از او خواست که پرنده را به محل برگزاری جلسات درمانی بیاورد. چند دقیقه بعد همکار درمانگر همراه با پرنده‌ی محصور در قفس آمد. حدس درمانگر درست بود چون حالت تعجب در چهره‌ی مراجع بسیار بارز بود. اما این فقط تعجب بود و نه ترس. با وجود این که مراجع با یک پرنده‌ی واقعی مواجه شده بود ولی رفتار جلسه‌ی اول را از خود نشان نداد. فقط گفت که پرنده را از قفس بیرون نیاوریم چون مطمئن نبود که می‌تواند او را آزاد از قفس هم تحمل کند. در این حال باز ضربان قلب مراجع سنجیده شد. ضربان قلب اندکی

بالا بود ولی نه به اندازه‌ی جلسه‌ی اول. علاوه بر این سنجش، یک بار دیگر هم ضربان قلب مراجع سنجیده شد و آن در جلسه‌ی آخر درمان بود که مراجع توانست به جوجه اردک دست بزند. جالب این بود که ضربان قلب مراجع در آن زمان فقط اندکی بالاتر از ضربان قلب طبیعی او بود که این میزان قابل اغماض است.

نتایج آزمون رفتاری به صورت کمی با نمودار (تغییرات ضربان قلب مراجع در جلسات اول، ششم و آخر):

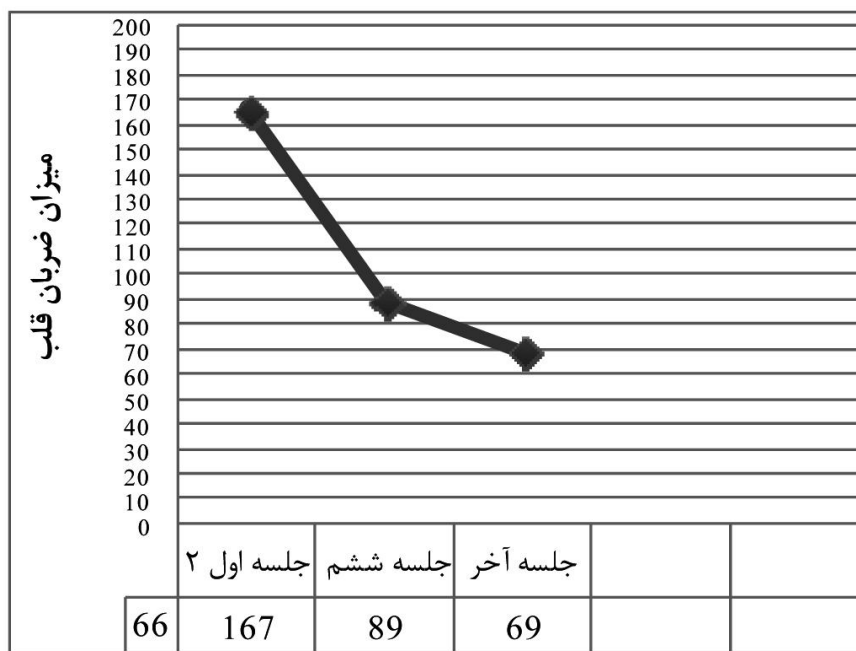
این تغییرات در ضربان قلب مراجع، همان طور که ملاحظه می‌شود، به صورت یک نمودار نشان داده شده است. این نمودار تغییرات ضربان قلب مراجع را که در چهار نوبت اندازه‌گیری شده است نشان می‌دهد. منظور از جلسه‌ی اول ۱ این است که اندازه‌گیری ضربان قلب مراجع برای اولین بار در جلسه‌ی اول و قبل از هر گونه آزمون یا مداخله‌ای اندازه گرفته شده است. این میزان ضربان قلب نشان‌دهنده‌ی ضربان قلب طبیعی مراجع است. این میزان همان طور که مشاهده می‌شود ۶۶ می‌باشد. منظور از جلسه اول ۲ این است که ضربان قلب مراجع برای دومین بار نیز در جلسه‌ی اول اندازه‌گیری شده است و این اندازه‌گیری بعد از آزمون رفتاری توضیح داده شده، انجام شده است. این میزان، ۱۶۷ است که نمایانگر افزایش فوق‌العاده‌ی ضربان قلب می‌باشد. دو داده‌ی دیگر نیز در نمودار مشاهده می‌شود. یکی مربوط به میزان ضربان قلب مراجع در جلسه‌ی ششم و بعد از مواجهه‌ی او با پرنده‌ای در قفس است؛ و دیگری مربوط به میزان ضربان قلب او در جلسه‌ی آخر و بعد از موفقیت او در دست زدن به پرنده می‌باشد که تقریباً معادل ضربان قلب طبیعی اوست.

ب: نتایج آزمون محقق ساخته

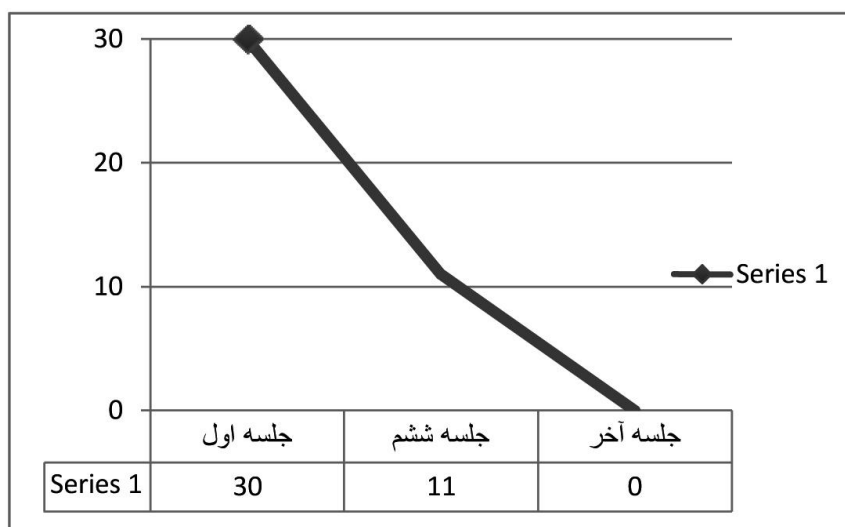
مراجع در جلسه‌ی اول و قبل از هر گونه مداخله‌ای، از این آزمون نمره‌ی ۳۰ (یعنی بیشترین نمره‌ی ممکن) را گرفت (چون دو مؤلفه متضاد هم هستند و اگر این طور نبود حداکثر نمره‌ی آزمون ۳۲ می‌بود). پس از حضور

پرنده مجدداً از او گرفته شد و با توجه به این که او توانست به پرنده دست بزند، نمره‌ی وی به صفر تقلیل پیدا کرد. این تغییرات در نمودار شماره ۲ به وضوح مشخص شده‌اند.

فعالانه در جلسه‌های سایکودراما، در جلسه‌ی ششم به هنگام مواجه شدن با پرنده‌ی محصور، دوباره از او همین آزمون گرفته شد که این بار نمره‌ی او به ۱۱ کاهش یافت. این آزمون در جلسه‌ی آخر و بعد از مواجهه‌ی مراجع با



نمودار ۱: تغییرات ضربان قلب مراجع در طول جلسات درمان



نمودار ۲: این نمودار نشان‌دهنده‌ی تغییرات نمره‌ی مراجع در آزمون محقق ساخته است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج آزمون‌هایی که از مراجع گرفته شد، همگی نشان‌دهنده‌ی تغییراتی بارز در مراجع، بعد از درمان بودند. در جلسه‌ی اول وقتی به مراجع گفته شد که قرار است یکی از همکاران، پرنده‌ای را با خود به جلسه‌ی درمان بیاورد، او رفتاری از خود نشان داد که به روشنی بیانگر میزان ترس بسیار بالای او بود. در جلسه‌ی ششم وقتی واقعاً پرنده‌ای محبوس در قفس به جلسه‌ی درمان آورده شد، مراجع اصلاً آن رفتار سابق را تکرار نکرد و فقط درخواست کرد که پرنده از قفس بیرون آورده نشود. در جلسه‌ی آخر نیز او با کمک درمانگر و یکی از همکاران او توانست به پرنده دست بزند، کاری که در ابتدا غیر ممکن می‌نمود. همان طور که گفته شد، ضربان قلب مراجع در جلسات مختلف گرفته شد. ضربان قلب طبیعی او ۶۶ بود. در جلسه‌ی اول وقتی به او گفته شد که قرار است با پرنده‌ای مواجه شود، ضربان قلب او به ۱۶۷ رسید، بدون آن که پرنده‌ای در کار باشد. در جلسه ششم و بعد از پنج جلسه درمان، وقتی مراجع با پرنده‌ی واقعی اما در قفس مواجه شد، ضربان قلب او افزایش یافت، اما نه به اندازه‌ی جلسه‌ی اول. در این زمان ضربان قلب او به ۸۹ رسید. و جالب آن که در جلسه‌ی آخر در حالی که داشت به پرنده دست می‌زد، ضربان قلب او ۶۹ بود. یعنی فقط سه تپش بیشتر از ضربان قلب طبیعی او، که واقعاً قابل چشم‌پوشی است. در آزمون محقق ساخته که از او در سه نوبت گرفته شد، نمره‌ی او از ۳۰ (در جلسه‌ی اول)، به ۱۱ (در جلسه‌ی ششم) و صفر (در جلسه‌ی آخر) کاهش پیدا کرد. همه‌ی این نتایج حاکی از آنند که عوارض پرنده‌هراسی مراجع در اثر درمان به کلی برطرف شده‌اند. در نتیجه می‌توان به جرئت گفت که سایکودراما در درمان پرنده‌هراسی این

مراجع مؤثر بوده است.

به نظر می‌رسد که از نظر تأثیرگذاری سایکودراما در درمان اختلالات روانشناختی، پژوهش حاضر با دیگر پژوهش‌های موجود هم‌خوانی دارد. دلایل اثربخشی این نوع درمان را می‌توان به ساختار مواجهه‌ای آن نسبت داد. این مواجهه در سایکودراما ابتدا به صورت بازسازی وقایع ایجادکننده‌ی ترس در مراجع به شکل نمایشی، سپس مواجهه با جایگزین عامل ترس در مراجع (شخص یاور که نقش عامل ترس مثلاً پرنده را بازی می‌کند) و در نهایت مواجهه با خود عامل ترس (در این پژوهش، پرنده) است. شاید این طور به نظر برسد که سایکودراما شبیه به حساسیت‌زدایی منظم عمل می‌کند ولی در اصل این دو نوع درمان کاملاً با هم متفاوتند. سایکودراما متکی بر تماشای نمایش و بازی کردن در نمایش است و همین عامل سبب جذابیت آن به ویژه برای کودکان و نوجوانان می‌شود. هم‌چنین امکان به کار بردن آن هم به صورت فردی و هم به صورت گروهی سبب می‌شود تا نسبت به روش‌های دیگر از جمله روش حساسیت‌زدایی منظم که غالباً به صورت فردی به کار گرفته می‌شود، از استقبال بیشتری برخوردار باشد. پیشنهاد این پژوهش این است که پژوهشگران علاقه‌مند به سایکودراما زیر نظر متخصصان این روش، پژوهش‌هایی با موضوع بررسی اثربخشی این روش درمانی در درمان فوبیا و مخصوصاً فوبیای حیوانات انجام دهند تا درمانگران بتوانند در مورد تأثیر این روش درمانی با اطمینان بیشتری قضاوت نمایند.

آزمون تشخیص پرنده‌هراسی

{استفاده از آزمون، با ذکر منبع اشکالی ندارد.}

به نام خدا

این آزمون برای اندازه‌گیری درجه‌ی ترس شما از پرنده‌ها می‌باشد. لطفاً جمله‌های زیر را بخوانید و یکی از گزینه‌های رو به روی آن‌ها را انتخاب کنید.

زمان: پنج دقیقه

۱	من با دیدن پرنده‌ها در نزدیک خودم دچار ترسی واضح و مداوم می‌شوم.	زیاد	کم	اصلاً
۲	من حتی اگر وجود پرنده‌ای را تصور یا پیش‌بینی کنم، دچار ترس می‌شوم.	زیاد	کم	اصلاً
۳	من می‌دانم که ترسم از پرنده‌ها غیر معقول و بیش از حد است.	زیاد	کم	اصلاً
۴	گاهی در خواب شبانه، کابوس‌هایی با مضمون پرنده می‌بینم و می‌ترسم.	زیاد	کم	اصلاً
۵	ترسم از پرنده‌ها باعث شده است که از بعضی کارهای مهم در زندگی روزمره‌ام عقب بیفتم.	زیاد	کم	اصلاً
هر گونه مواجهه با پرنده‌ها یا فکر کردن به آن‌ها باعث می‌شود که،				
۶	ضربان قلبم تشدید شود.	زیاد	کم	اصلاً
۷	دچار مشکلات تنفسی (نفس نفس زدن یا تنگی نفس) شوم.	زیاد	کم	اصلاً
۸	احساس تهوع به من دست دهد.	زیاد	کم	اصلاً
۹	دچار مشکلات عضلانی (سست شدن عضلات یا انقباض عضلانی) شوم.	زیاد	کم	اصلاً
۱۰	دچار داغی و گرگرفتگی شوم.	زیاد	کم	اصلاً
۱۱	دست و پایم سرد شوند.	زیاد	کم	اصلاً
۱۲	به لرزه بیفتم و نتوانم لرزش دست و پا یا لب‌هایم را کنترل کنم.	زیاد	کم	اصلاً
۱۳	خیس عرق شوم.	زیاد	کم	اصلاً
اگر ببینم که پرنده‌ای خودش یا توسط فردی به سمت من می‌آید،				
۱۴	سریعاً فرار می‌کنم و به محل امنی پناه می‌برم.	زیاد	کم	اصلاً
۱۵	بی اختیار سر ج‌ایم می‌خکوب می‌شوم و نمی‌دانم چکار باید بکنم.	زیاد	کم	اصلاً
۱۶	بی اختیار به گریه می‌افتم و احساس نفرت به من دست می‌دهد.	زیاد	کم	اصلاً

منابع

۳- ایمانی، مهدی، محمودعلیلو، مجید، بخشی‌پور، عباس،

فرنام، علیرضا و قلی‌زاده، حسین (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری، مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ و فلئوکزین در بهبود مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری. روان‌شناسی بالینی و شخصیت، ۱۶، ۳۴، ۳۹-۵۰.

۴- موسوی، رقیه، فرزاد، ولی‌الله و نوایی‌نژاد، شکوه

(۱۳۸۹). تعیین اثر خانواده‌درمانی ساختاری در درمان اختلالات اضطرابی کودکان. روان‌شناسی بالینی و شخصیت، ۱۷، ۴۰، ۱-۱۰.

۱- هاوتون، کیت، سالکوس کیس، پال م.، کرک، جوان و کلارک، دیوید م. (۱۹۸۹). رفتاردرمانی شناختی، راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی. ترجمه‌ی حبیب‌الله قاسم‌زاده (۱۳۸۹). تهران، انتشارات ارجمند.

۲- رضایی، فاطمه، نشاط دوست، حمیدطاهر، وکیلی زارچ، نجمه، امرا، بابک و مولوی، حسین (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به آسم. روان‌شناسی بالینی و شخصیت، ۱۹، ۷، ۲۳-۳۲.

- 16- Fretz, Roger Keith (1981). The Effects Of Psychodrama And Group Therapy On Emotional State. For the degree of P.H.D, School of professional psychology.
- 17- Weide, Ursula (1985). The effect of Classical Psychodrama on anxiety and depression: Psychodrama with incarcerated public offenders. For the degree of P.H.D, The catholic university of America.
- 18- Pourrezaeian, Mehdi (1996). Effectiveness of psychodrama in the treatment of depression: An empirical study. For the degree of P.H.D, The University of Delhi.
- 19- Carbonell D. M., & Partelano-Barehmi, C. (1999). Psychodrama groups for girls coping with trauma. *International Journal of Group Psychotherapy*, 49, 3, 285-306.
- 20- Koleva, Maria (2012). Psychodrama and sociometric work with women victims of trafficking in The Netherlands. *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, XVIII, 2, 330-334.
- 21- KARATAŞ, Zeynep, & GÖKÇAKAN, Zafer (2009). A Comparative Investigation of the Effects of Cognitive-Behavioral Group Practices and Psychodrama on Adolescent Aggression. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 9 (3), 1441-1452.
- ۲۲- ره‌گوی، ابوالفضل، ابراهیمی بلیل، فاطمه، خانکه، حمیدرضا، رهگذر، مهدی و رضایی، امید (۱۳۸۵). تأثیر نمایش روانی (سایکودراما) بر افسردگی زنان بستری مبتلا به اختلال روانی با سیر طولانی. *دوفصلنامه‌ی تحقیقات علوم رفتاری*، ۴، ۱ و ۲، ۷۶-۷۱.
- 23- Gatta, Michela, Lara, Dal Zotto, Lara, Del Col, Spoto Andrea, Paolo, Testa Costantino, Giovanni, Ceranto, Rosaria, Sorgato, Carolina, Bonafede, & PierAntonio, Battistella (2010). Analytical psychodrama with adolescents suffering from psycho-behavioral disorder: Short-term effects on psychiatric symptoms. *The Arts in Psychotherapy*, 37,3, 240-247.
- 24- Dogan, Turkan (2010). The effects of psychodrama on young adults' attachment styles. *The Arts in Psychotherapy*, 37,2, 112-119.
- ۵- سادوک، بنیامین جیمز و سادوک، ویرجینا آلکوت (۱۳۹۰). کاپلان و سادوک - خلاصه‌ی روانپزشکی - علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی. ترجمه‌ی فرزین رضاعی. تهران، انتشارات ارجمند. جلد دوم. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۷).
- ۶- پوررضائیان، مهدی (۱۳۹۱). نویسنش در نمایش. تهران، انتشارات نیستان.
- 7- Holmes, Paul (1992). The inner world outside (Object relations theory and Psychodrama). London and New York, Routledge.
- 8- Karp, M., Holmes, P. & Tauvon, K. (1998). The handbook of psychodrama. London: Routledge.
- 9- Moreno, J. L & Moreno, Z. T. (1959). Psychodrama. Beacon, Beacon House.
- 10- Blatner, Adam, & Blatner, Allee (1998). Foundation of Psychodrama (History, Theory & Practice). New York, Springer publishing company.
- ۱۱- بلاتنر، هوارد (۱۳۷۰). تئاتر درمانی (روان‌درمانی با شیوه‌های نمایشی). ترجمه‌ی حسن حق‌شناس و حمید اشکانی. تهران، انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ندارد).
- 12- Moreno, Zerka (1982). Psychodramatic rules, techniques and adjunctive methods, psychodrama and group psychotherapy monograph. Beacon, Beacon House.
- 13- Moreno, J. L. (1966). The international handbook of group psychotherapy. London, PETER OWEN.
- 14- Hall, Irwin (1978). The effects of an intensive weekend Psychodrama vs spaced Psychodrama sessions on anxiety, distress and attitude toward group interaction in nursing students. For the degree of P.H.D, The university of New Mexico.
- 15- Miller, S. E. (1980). The effects of two group approaches, psychodrama and encounter, on levels of selfactualization: A comparative study. For the degree of P.H.D, The University of Toledo.

- 28- Yaniv, Dan (2011). Revisiting Morenian psychodramatic encounter in light of contemporary neuroscience Relationship between empathy and creativity. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 1, 52-58.
- 29- انجمن روان پزشکی آمریکا. (۱۳۸۱). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی چاپ چهارم. ترجمه محمد رضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس. (سال انتشار به زبان اصلی (۲۰۰۰).
- 25- Ebrahimi Belil, F (2011). The effects of psychodrama on depression among women with chronic mental disorder. *European Psychiatry*, 26,1, 621.
- 26- Meftah Gezait, Khaled, See Ching Mey, Susie, Ng Lee Yen Abdullah, Melissa (2012). The role of psychodrama techniques to decrease the level of school violence in the Arab world. *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, XVII, 2, 165-185.
- 27- Akinsola, Esther F., & Udoka, Pamela Arnold (2013). Parental Influence on Social Anxiety in Children and Adolescents: Its Assessment and Management Using Psychodrama. *Psychology*, 4, 3, 246-253. DOI:10.4236/psych.2013.43A037.

بررسی نقش تعدیل کننده فاجعه آمیز کردن درد بر رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی در بیماران درد مزمن

نویسندگان: اکرم برومند^{۱*}، محمدعلی اصغری مقدم^۲، محمد رضا شعیری^۳
و فاطمه مسگریان^۴

- ۱- کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه شاهد.
- ۲- استاد روانشناسی دانشگاه شاهد.
- ۳- دانشیار روان شناسی دانشگاه شاهد.
- ۴- کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه شاهد.

* Email: Boroumand.a1386@gmail.com

چکیده

فاجعه آمیزی به عنوان یک راهکار مقابله ای ناسازگار با درد تاثیرات منفی گسترده ای بر سطح سازگاری و نیز کیفیت زندگی روانی - اجتماعی بیماران درد مزمن تحمیل می کند. این اثرات منفی، حتی بعد از کنترل افسردگی و اضطراب، پیش بینی کننده مهم وجود افکار خودکشی و شدت افکار مذکور است. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین شدت درد و فاجعه آمیز کردن درد با افکار خودکشی و نیز واریانس نقش تعدیل کننده فاجعه آمیزی درد بر رابطه شدت درد و خودکشی در نمونه ای از بیماران مبتلا به درد مزمن است.

در این مطالعه ۲۶۴ بیمار درد مزمن مراجعه کننده به چند درمانگاه خصوصی و دولتی شهر تهران با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و مقیاس های افکار خودکشی، فاجعه آمیزی درد و شدت درد را کامل کردند. داده های به دست آمده، با رعایت پیش فرض های آماری لازم، با استفاده از روش های همبستگی پیرسون و رگرسیون سلسله مراتبی مورد تحلیل قرار گرفت.

براساس تحلیل های انجام شده همبستگی های معناداری بین افکار خودکشی با شدت درد ($r=0/30, p<0/01$) و افکار خودکشی و فاجعه آفرینی ($r=0/48, p<0/01$) وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نقش تعدیل کننده فاجعه آمیزی درد را در رابطه شدت درد و افکار خودکشی نشان می دهد.

رابطه معناداری بین شدت درد و افکار خودکشی در بیماران درد مزمن وجود دارد و فاجعه آفرینی می تواند چنین رابطه ای را تعدیل کند. بنابراین جهت کاهش افکار خودکشی علاوه بر کاهش شدت درد، می توان در برنامه های درمانی، تمرکز بر کنترل افکار فاجعه آفرین را پیشنهاد کرد.

کلید واژه ها: درد مزمن، افکار خودکشی، شدت درد، فاجعه آفرینی

روان شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
وشتار

• دریافت مقاله: ۹۱/۱۰/۱۳

• پذیرش مقاله: ۹۲/۱۱/۲۶

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014

Clinical Psy. & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیست و یکم - دوره

جدید شماره ۱۰

بهار و تابستان ۱۳۹۳

مقدمه

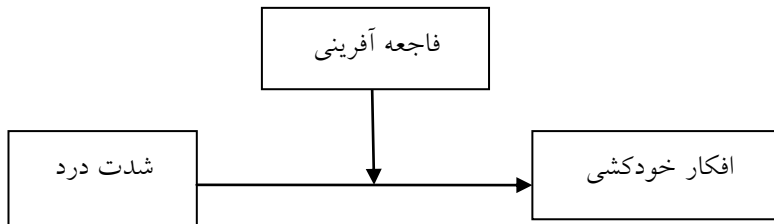
پیچیده است و بیماران بر اساس میزان تأثیری که از آن می‌پذیرند از شدت آن برداشتی ذهنی داشته و آن را به شیوه خاص خود درمی‌یابند امکان وجود افکار خودکشی مستقل از شدت درد مطرح شده است [۷ و ۸].

در تبیین رابطه بین درد مزمن و افکار و رفتارهای خودکشی از عوامل دیگری مانند فاجعه آمیز کردن درد یاری گرفته شده است. فاجعه آفرینی با ساختاری متشکل از بزرگ نمایی مربوط به درد، نشخوار فکری درباره درد، احساس ناامیدی و بدبینی درباره نتایج مربوط به درد به عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده مهم وجود افکار خودکشی و شدت این افکار مورد شناسایی قرار گرفته است [۵]. در پژوهشی که به منظور شناسایی عوامل خطر مربوط به افکار خودکشی در بیماران درد مزمن بر روی ۱۵۱۲ بیمار درد مزمن انجام گرفت، یافته‌ها نشان دادند ۳۰ درصد نمونه افکار و رفتار خودکشی را به شکلی گزارش کرده‌اند و از عوامل پیش‌بینی‌کننده طرح و نقشه خودکشی، فاجعه‌سازی مربوط به درد است [۵]. در این مطالعه دیده شد فاجعه آفرینی حتی بعد از کنترل میزان افسردگی و شدت درد نیز می‌تواند افکار خودکشی را پیش‌بینی کند. پژوهشگران دیگر نیز در مطالعه‌ای بر روی گروهی از بیماران درد مزمن نشان داده‌اند که تمایلات خودکشی با استفاده کمتر از راهکارهای مقابله‌ای فعال و استفاده بیشتر از فاجعه آمیزی به عنوان یک پاسخ شناختی و عاطفی به درد مرتبط است [۹].

بررسی ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد علی‌رغم اهمیت و شیوع نسبتاً بالای افکار خودکشی در بیماران درد مزمن تاکنون عوامل پیش‌بینی‌کننده و تعدیل‌کننده این افکار بطور گسترده مورد مطالعه قرار نگرفته است. با توجه به آنچه که گذشت هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین شدت درد، فاجعه آفرینی و افکار خودکشی در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به درد مزمن و نیز واریاسی نقش احتمالی تعدیل‌کننده فاجعه آفرینی بر رابطه شدت درد و خودکشی در نمونه مورد مطالعه است. در این مطالعه، شدت درد و میزان فاجعه آفرینی به عنوان عوامل

به دنبال اثرات مخرب درد مزمن بر زندگی بیمار و بخصوص پس از شکست‌ها و عدم موفقیت‌های پی‌درپی درمان‌های مرسوم، برخی از بیماران درد مزمن به فکر خودکشی می‌افتند [۱]. هرچند ارتباط خودکشی و دردهای مزمن به اندازه ارتباط بین خودکشی و اختلالات روان‌پزشکی مورد توجه قرار نگرفته است [۲] شواهد زیادی نشان می‌دهد درد مزمن با افزایش افکار خودکشی و اعمال آسیب‌رسان به خود مرتبط است [۳]. براساس اطلاعات به دست آمده از مطالعه بر روی گروهی از بیماران درد مزمن، ۲۵ درصد نمونه مورد مطالعه وجود افکار خودکشی و ۵ درصد طرح و نقشه فعلی برای خودکشی را گزارش کرده‌اند. مطالعه دیگری میزان شیوع افکار فعلی خودکشی را بین ۵ تا ۲۴ درصد و شیوع افکار خودکشی در طول زندگی را بین ۵ تا ۵۰ درصد گزارش کرده است [۴]. پژوهش دیگری نیز نشان می‌دهد ۳۰ درصد کسانی که به دنبال درمان درد مزمن هستند به شکلی افکار خودکشی را گزارش می‌کنند [۵]. در پژوهشی که به منظور بررسی میزان افکار خودکشی بیماران ایرانی مبتلا به درد مزمن انجام گرفته است میانگین افکار خودکشی در بیماران مبتلا به درد مزمن تقریباً دو برابر میانگین افکار خودکشی در جمعیت عمومی جامعه بوده است (میانگین انحراف معیار) افکار خودکشی در گروه بیماران (۱۱/۷۶) و در جمعیت عمومی جامعه (۱۳/۰۹) (۲۲/۱۷ بوده است) [۶].

بر اساس مطالعاتی که به منظور شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکشی در بیماران درد مزمن انجام گرفته است، میزان افکار و رفتار خودکشی متناسب با شدت دردی است که فرد از آن رنج می‌برد. در بررسی رابطه شدت درد و خودکشی، برخی مطالعات همبستگی مثبت بین این دو را گزارش کرده‌اند [۷]. یکی از پژوهش‌های انجام شده نیز نشان داد از میان متغیرهای مربوط به درد، شدت درد با افکار خودکشی ارتباط دارد [۵] اما از آنجا که شدت درد پدیده‌ای ذهنی و



شکل ۱: مدل فرضی فاجعه آفرینی به عنوان متغیر تعدیل کننده رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر پیرو طرحی از نوع همبستگی است.

شرکت کنندگان و شیوه نمونه گیری

در این پژوهش، ۲۶۴ بیمار مبتلا به درد مزمن که در طی بهار تا تابستان ۱۳۸۹ به چند درمانگاه و مرکز خصوصی و دولتی درمان درد در شهر تهران مراجعه کرده بودند، با استفاده از شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. یکی از پژوهشگران به طور انفرادی با بیماران صحبت می کرد و پس از احراز ملاک های شمول مطالعه، گفته می شد مطالعه ای در حال انجام است و آن ها در صورت تمایل می توانند در این مطالعه که مستلزم تکمیل گروهی پرسشنامه است، شرکت کنند. به بیماران گفته می شده که شرکت یا عدم شرکت آن ها و نیز کناره گیری شان از مطالعه پس از اعلام موافقت اولیه، تاثیری بر نوع و کیفیت درمانی که قرار است به آن ها ارایه شود، نخواهد داشت و اطلاعات ارایه شده از جانب آن ها محرمانه خواهد ماند و در صورت انتشار نتایج مطالعه، نام و مشخصات بیماران اعلام عمومی نخواهد شد. پس از موافقت بیمار از وی خواسته می شد تا پرسشنامه ها را در درمانگاه کامل کند.

ملاک های شمول مطالعه شامل سابقه شکایت از درد مزمن (دردی که دست کم ۶ ماه از شروع آن گذشته و

پیش بینی کننده افکار خودکشی در بیماران درد مزمن در نظر گرفته شدند.

بطور کلی یک متغیر تعدیل کننده^۱ متغیری است کیفی (مثل جنسیت) یا کمی (مثل فاجعه آفرینی) که جهت یا قدرت رابطه بین متغیر پیش بین (متغیر مستقل) با متغیر ملاک (متغیر وابسته) را تحت تاثیر قرار می دهد. متغیر تعدیل کننده خود را بیشتر در مطالعات همبستگی نشان می دهد [۱۰]. مدل فرضی که مطالعه حاضر در پی آزمون آن است در شکل ۱ نشان داده شده است. انجام چنین پژوهشی علاوه بر افزایش دانش روان شناختی ما در زمینه عوامل پیش بینی کننده افکار خودکشی، اطلاعات باارزشی نیز در زمینه اقدامات پیشگیرانه فراهم می آورد.

به طور کلی، همسو با منابع پژوهشی که در این مقاله مورد بررسی قرار گرفت در این مطالعه سه فرضیه زیر مورد آزمون قرار گرفت:

۱ - بین شدت درد و افکار خودکشی رابطه ای مثبت وجود دارد.

۲ - بین میزان فاجعه آفرینی و افکار خودکشی رابطه ای مثبت وجود دارد.

۳ - فاجعه آفرینی رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی را تعدیل می کند.

1. Moderator.

نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین نمره‌های این مقیاس می‌تواند بین ۳۸ تا ۱۱۴ باشد. بر اساس نقاط برش تعیین شده (با میانگین ۵۰ و انحراف استاندارد ۱۰)، نمرات ۳۸ تا ۴۴ دارای خطر خودکشی پایین، نمرات ۵۴ تا ۵۵ دارای خطر خودکشی متوسط، نمرات ۶۴ تا ۵۵ دارای خطر خودکشی بالا، نمرات ۷۵ تا ۶۵ دارای خطر خودکشی خیلی بالا و نمرات بالای ۷۵ در ناحیه بحرانی قرار می‌گیرد.

ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌های احساس گناه و خودتخریب‌گری، ناامیدی و احساس حقارت، انزوای طلبی و فقدان رابطه، رکود و ایستایی و افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۹۳، ۰/۸۳۶، ۰/۸۴، ۰/۸۰، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ محاسبه شده است که نشانگر همسانی درونی خوب مقیاس است [۱۲].

ضرایب همبستگی بین نمرات ۴۰ آزمودنی در دو نوبت با فاصله ۱۴ الی ۲۰ روز برای سنجش اعتبار بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای نمره کل افکار خودکشی گرا و زیر مقیاس‌ها احساس گناه و خودتخریبی، ناامیدی و احساس حقارت، انزوای طلبی و فقدان رابطه، رکود و ایستایی و افسردگی به ترتیب: $r = 0/89$ ، $r = 0/85$ ، $r = 0/84$ ، $r = 0/81$ ، $r = 0/82$ بودند. تمام این ضرایب همبستگی در سطح $p = 0/001$ معنادار بودند. این یافته‌ها نشانه اعتبار باز آزمایی رضایت بخش مقیاس است.

روایی همزمان مقیاس افکار خودکشی از طریق اجرای هم‌زمان پرسشنامه بک روی کل نمونه اصلی محاسبه شد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کل آزمودنی‌ها در پرسشنامه ناکامی بک با نمره کل افکار خودکشی گرا همبستگی مثبت معنادار ($P \leq 0/01$ ، $r = 0/21$)، با زیر مقیاس احساس گناه و خودتخریبی همبستگی معنادار ($P \leq 0/01$ ، $r = 0/21$)، با زیر مقیاس احساس ناامیدی و احساس حقارت همبستگی معنادار ($P \leq 0/01$)، با زیر مقیاس انزوای طلبی و فقدان رابطه همبستگی معنادار ($P \leq 0/01$ ، $r = 0/19$)، با زیر مقیاس رکود و ایستایی همبستگی معنادار ($P \leq 0/01$ ، $r = 0/13$)

علی‌رغم درمان‌های انجام شده طی سه ماه گذشته هر روز ادامه داشته است) [۱۱]، سن بالای ۱۸ سال و داشتن حداقل تحصیلات سوم راهنمایی است.

با توجه به اینکه سابقه منتشر شده‌ای از مطالعه‌ای داخلی یا خارجی که در آن رابطه بین افکار خودکشی، شدت درد و فاجعه آمیز کردن درد مورد بررسی قرار گرفته باشد وجود نداشت، برای محاسبه حجم نمونه از میانگین حجم نمونه مطالعاتی که افکار خودکشی را در بیماران مبتلا به درد مزمن مورد بررسی قرار داده بودند استفاده شد. بر اساس بررسی‌های انجام شده در این زمینه، حجم نمونه‌هایی برابر با ۲۸۹ نفر [۱]، ۲۴۱ نفر [۷] و ۲۰۰ نفر [۹] مشخص شدند. میانگین حجم این مطالعات ۲۵۰ نفر است که در این مطالعه نیز حجم نمونه ۲۶۴ نفر در نظر گرفته شد.

ابزارهای پژوهش

الف) مقیاس افکار خودکشی^۱

در این پژوهش جهت سنجش میزان افکار خودکشی از مقیاس افکار خودکشی ساخته شده در ایران استفاده شده است [۱۲]. این مقیاس شامل ۳۸ سؤال است که پنج خرده مقیاس احساس گناه و خودتخریبی، ناامیدی و احساس حقارت، انزوای طلبی و فقدان رابطه، رکود و ایستایی و افسردگی را در برمی‌گیرد. مقیاس مذکور در یک نمونه ۴۵۷ نفری از دانشجویان دانشگاه‌های تهران شامل ۲۵۷ دختر و ۱۶۵ پسر، هنجاریابی^۲ شده است.

نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس یک لیکرت ۳ درجه‌ای به صورت هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲) و اکثر اوقات (۳) انجام می‌گیرد. خرده مقیاس احساس گناه و خودتخریبی شامل ۹ سؤال، خرده مقیاس ناامیدی و احساس حقارت شامل ۱۱ سؤال، خرده مقیاس انزوای طلبی و فقدان رابطه شامل ۷ سؤال، خرده مقیاس رکود و ایستایی شامل ۶ سؤال و خرده مقیاس افسردگی شامل ۵ سؤال است. سؤال‌های ۳۱ و ۳۳ به صورت معکوس

1. Suicidal Ideation Scale

2. normalization

شد و ضرایب همسانی درونی^۲ هفت خرده مقیاس آن بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ گزارش شد [۱۳]. از آن به بعد در مطالعات بسیاری هم با بیماران مبتلا به درد حاد و هم بیماران درد مزمن، به کار گرفته شده و پایایی و اعتبار آن تایید شده است [۱۴]. در ایران بر اساس یافته‌های مطالعه انجام شده پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای در میان جمعیت ایرانی دارای درد مزمن پایایی و اعتبار قابل قبولی دارد [۱۵]. ضرایب همسانی درونی هفت خرده مقیاس آن بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۳ متغیر است و این ضرایب در دامنه قابل قبولی قرار می‌گیرند [۱۶]. همچنین این مطالعه اعتبار ملاک^۳ و اعتبار پیش بین^۴ پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای تأیید کرد [۱۵]. در این پژوهش از ۶ عبارت مربوط به راهبرد مقابله‌ای شناختی فاجعه آفرینی CSQ استفاده خواهد شد و نمرات آزمودنی‌ها در دامنه صفر تا ۳۶ قرار می‌گیرد و نمرات بالاتر نشان می‌دهد آزمودنی در مواجهه با درد بیشتر فاجعه آفرینی می‌کند.

ج) پرسشنامه چند وجهی درد^۵

شدت درد در این مطالعه با استفاده از مقیاس شدت درد پرسشنامه چند وجهی درد مورد ارزیابی قرار گرفت [۱۷]. این خرده مقیاس دارای سه عبارت است و امکان ارزیابی چند وجهی از شدت درد را فراهم می‌آورد. سازندگان این مقیاس اعتبار و پایایی خرده مقیاس‌های پرسشنامه چند وجهی درد از جمله خرده مقیاس شدت درد را در بیماران مبتلا به درد مزمن مورد واری و تایید قرار داده‌اند. در پژوهشی که در سال ۱۳۷۸ انجام شده است نیز در مطالعه‌ای با نمونه‌ای از بیماران ایرانی درد مزمن، ضرایب آلفای کرونباخ و نیز اعتبار افتراقی و اعتبار ملاکی این خرده مقیاس را مورد واری و تایید قرار داده است [۱۸].

همچنین در این پژوهش بیماران با تکمیل برخی از سئوالات پرسشنامه محقق ساخته اطلاعاتی را در باره خصوصیات مردم شناختی خود فراهم آوردند.

و با زیر مقیاس افسردگی رابطه همبستگی معنادار ($r = 0/13, P \leq 0/01$) وجود دارد.

روایی تفکیکی افکار خودکشی از طریق مقایسه نمرات در گروه معتاد ($n=50$) و دانشجوی ($n=457$) در نمره کل افکار خودکشی ($t(50.5) = 3/50, P \leq 0/01$)، زیر مقیاس احساس گناه و خود تخریبی ($P \leq 0/01$)، ناامیدی و احساس حقارت ($t(50.5) = 2/72, P \leq 0/01$)، انزوای و فقدان رابطه ($t(50.5) = 2/03, P \leq 0/01$)، رکود و ایستایی ($t(50.5) = 3/08, P \leq 0/01$) و افسردگی ($t(50.5) = 3/06, P \leq 0/01$) نشان داد که متوسط افکار خودکشی در نمره کل و همه زیر مقیاس‌ها در گروه معتاد به طور معنی‌داری بیشتر از گروه دانشجوی بوده است. قابل ذکر است آلفای کرونباخ مربوط به پرسشنامه حاضر، در مورد آزمودنی‌های این تحقیق برابر ۰/۷۴ است که بالاتر از نقطه برش ۰/۷۰ می‌باشد، بنابراین ضریب همسانی یاد شده مطلوب می‌باشد.

ب) مقیاس راهبردهای مقابله‌ای^۱

این مقیاس توسط گروهی از پژوهشگران برای اندازه‌گیری راهبرد هایی که افراد مبتلا به درد مزمن از آن‌ها برای مواجهه با درد خود استفاده می‌کنند، ساخته شد [۱۳]. این پرسشنامه خودسنجی با استفاده از ۴۲ عبارت، شش راهبرد مقابله‌ای شناختی (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشتن درد، فاجعه آفرینی و دعا-امیدواری) و یک راهبرد مقابله‌ای رفتاری (افزایش فعالیت رفتاری) را می‌سنجد. هر یک از راهبردهای مقابله‌ای ۷ گانه از ۶ عبارت تشکیل شده است؛ از آزمودنی خواسته می‌شود تا هر عبارت را به دقت خوانده و با استفاده از یک مقیاس ۷ درجه‌ای (صفر تا شش) مشخص نماید که به هنگام مواجهه با درد تا چه میزان از هر یک از راهبردهای مذکور استفاده کرده است (صفر=هیچ، شش=همیشه). پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای اول بار در میان گروهی از بیماران مبتلا به کمر درد مزمن هنجاریابی

2. Internal consistency.

3. Criterion validity.

4. Predictive validity.

5 Multidimensional pain inventory.

1. Coping Strategies Questionnaire (CSQ).

جدول ۱: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	شدت درد	افکار خودکشی	فاجعه آفرینی	سن	تحصیلات	سابقه درد
شدت درد	-					
افکار خودکشی	*۰/۳۰	-				
فاجعه آفرینی	*۰/۳۹	*۰/۴۸	-			
سن (سال)	۰/۱۱	۰/۰۲	۰/۰۳	-		
تحصیلات (سال)	۰/۱۰	-۰/۱۴	*۰/۲۴	*۰/۳۱	-	
سابقه درد (ماه)	۰/۱۴	۰/۰۴	۰/۱۰	*۰/۳۶	۰/۰۲	-

*P<۰/۰۱

روش تحلیل داده ها

قبل از انجام تحلیل‌های اصلی، اطلاعات جمع‌آوری شده از نظر رعایت پیش‌فرض‌های آماری روش‌های محاسبه همبستگی پیرسون و رگرسیون سلسله‌مراتبی مورد واریسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که داده‌های جمع‌آوری شده برای انجام این دو تحلیل آماری مناسب هستند.

ابتدا با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون رابطه خطی بین سن، سال‌های تحصیل، طول مدت درد، شدت درد، افسردگی و افکار خودکشی مورد واریسی قرار گرفت. برای بررسی نقش تعدیل‌کننده فاجعه آفرینی در رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی از روش بارون و کینی که مبتنی بر انجام رگرسیون سلسله‌مراتبی^۱ است، استفاده شد [۱۰].

در این تحلیل افکار خودکشی به عنوان متغیر ملاک (وابسته) و متغیرهای شدت درد، فاجعه آفرینی و تعامل بین شدت درد و فاجعه آفرینی به عنوان متغیرهای مستقل مورد استفاده قرار گرفت. در این تحلیل‌ها در گام نخست متغیر شدت درد، در گام دوم متغیر شدت درد و متغیر فاجعه آفرینی و در گام سوم متغیر شدت درد، متغیر فاجعه آفرینی و تعامل بین متغیر شدت درد و متغیر فاجعه آفرینی وارد تحلیل رگرسیون شدند.

متغیر تعاملی که در گام سوم وارد تحلیل شده است از حاصل ضرب دو متغیر شدت درد و فاجعه آفرینی به وجود آمده است؛ به همین دلیل همبستگی قدرتمندی بین این متغیر با دو متغیر شدت درد و فاجعه آفرینی وجود خواهد داشت [۱۹]^۲ و اگر این سه متغیر با یکدیگر وارد تحلیل رگرسیون گردند مشکل هم خطی بودن چندگانه^۳ پیش می‌آید [۲۰]. برای حل این مشکل راه‌های مختلفی پیش‌نهاد شده است که یکی از آنها تفریق نمره هر بیمار از میانگین گروه خود در هر یک از دو متغیر مستقل و تعدیل‌کننده و سپس ضرب این دو متغیر جدید برای دست‌یابی به متغیر ترکیبی است [۲۱ و ۲۲]. در این مطالعه نیز ابتدا نمره هر بیمار در دو متغیر شدت درد و فاجعه آفرینی از میانگین کسر شد و بدنبال آن متغیر تعاملی از ضرب دو متغیر جدید به دست آمد.^۴ معنادارای

۲. محاسبه همبستگی بین سه متغیر گام سوم تحلیل رگرسیون (شدت درد، فاجعه آفرینی و تعامل بین شدت درد و فاجعه آفرینی) نشان داد که ضرایب همبستگی فاجعه آفرینی و شدت درد با نمره‌های متغیر تعاملی به ترتیب برابر با ۰/۹۰ و ۰/۷۱ است. از آنجا که همبستگی‌های بالاتر از ۰/۷۰ بین دو متغیری که قرار است در یک گام وارد تحلیل رگرسیون شوند حاکی از وجود مشکل هم خطی بودن چندگانه است [۱۹] این دو متغیر نباید در یک گام وارد تحلیل رگرسیون شوند.

3. Multicollinearity

۴. بعد از کسر کردن نمره هر بیمار از میانگین و به وجود آوردن متغیر تعاملی، همبستگی‌های بین متغیر فاجعه آفرینی و متغیر شدت درد با متغیر تعاملی به ترتیب به ۰/۱۵ و ۰/۰۴ کاهش یافت.

1. Hierarchical regression analysis.

یک اثر تعدیل کننده با توجه میزان F همراه با میزان تغییر در واریانس بعد از وارد شدن متغیر تعدیل کننده به معادله مورد قضاوت قرار گرفت [۲۳].

نتایج

یافته های همبستگی مرتبط با متغیرهای پژوهش جدول ۱ ماتریس همبستگی سن، سطح تحصیلات، مدت درد، افکار خودکشی، شدت درد و فاجعه آفرینی را نشان می دهد؛ در حالی که سن، تحصیلات و مدت درد رابطه معناداری با شدت درد، فاجعه آفرینی و افکار خودکشی ندارند، روابطی مثبت و معنادار بین افکار خودکشی با شدت درد و فاجعه آفرینی وجود دارد ($P < 0/01$).

از آنجا که رابطه معناداری بین سن، سطح تحصیلات و مدت درد با شدت درد، افکار خودکشی و فاجعه آفرینی وجود ندارد، این سه متغیر از تحلیل های بعدی حذف شدند (جدول ۱). واریانس نقش تعدیل کننده فاجعه آفرینی در رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی نتایج رگرسیون سلسله مراتبی که نقش تعدیل کننده

فاجعه آفرینی را در رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی مورد واریانس قرار داده بود در جدول ۲ منعکس است. در گام نخست، متغیر شدت درد توانست بطور معناداری ۹ درصد واریانس نمره های متغیر خودکشی را پیش بینی کند ($F_{\text{Change}}=26.45, p<0.01$). علامت مثبت همراه با ضریب رگرسیون استاندارد متغیر شدت درد حاکی از وجود رابطه مثبت بین شدت درد و افکار خودکشی است. به این ترتیب فرضیه نخست این پژوهش تایید شد. در گام دوم هنگامی که متغیر فاجعه آفرینی به معادله اضافه شد، میزان واریانس تبیین شده در متغیر ملاک به طور معناداری ($F_{\text{change}}=44.33, p<0.01$) افزایش یافت و به ۲۵ درصد رسید. نتایج نشان می دهد که فاجعه آفرینی توانسته است ۱۶٪ واریانس نمره های متغیر خودکشی را پس از کنترل اثر شدت درد بر افکار خودکشی، تبیین کند. علامت مثبت همراه با ضریب رگرسیون استاندارد متغیر فاجعه آفرینی حاکی از وجود رابطه مثبت بین فاجعه آفرینی با افکار خودکشی است. این نتایج تایید کننده فرضیه دوم پژوهش است.

جدول ۲: تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی برای آزمون نقش تعدیل کننده فاجعه آفرینی در رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی

متغیرهای پیش بین:	Total R ²	R ² Change	F Change	B ^a	SEB ^b	Beta ^c
گام اول					۰/۶۰	
شدت درد	۰/۰۹	۰/۰۹	۲۶/۴۵*	۳/۱۲	۰/۵۹	۰/۳۰*
گام دوم:						
شدت درد				۰/۷۲	۰/۰۹	۰/۱۳*
فاجعه آفرینی	۰/۲۵	۰/۱۶	۴۴/۳۳*			۰/۴۳*
گام سوم						
شدت درد				۱/۵۶	۰/۶	۰/۱۵*
فاجعه آفرینی				۰/۷۲	۰/۰۹	۰/۴۳*
شدت درد × فاجعه آفرینی	۰/۲۷	۰/۰۲	۳۲/۳۸*	۰/۲۰	۰/۰۷	۰/۱۳*

B^a= ضریب رگرسیون غیر استاندارد

SEB^b= انحراف استاندارد ضریب رگرسیون غیر استاندارد

Beta^a= ضریب رگرسیون استاندارد

*P < 0/01

شدت درد احتمال وقوع افکار خودکشی نیز افزایش می‌یابد. مطالعات انجام شده نیز رابطه مستقیم بین شدت درد و افکار خودکشی را در بیماران درد مزمن نشان داده است [۷ و ۵]. علاوه بر این، بر اساس پژوهش‌های انجام شده شدت درد با ایجاد اثرات منفی بر وضعیت شناختی (احساس خودکارآمدی پایین) و خلقی بیمار (افسردگی بیشتر) [۲۴] می‌تواند با خطر بروز افکار خودکشی همراه باشد [۲۵ و ۲۶].

در رابطه با فرضیه دوم مبنی بر وجود رابطه بین فاجعه آفرینی درد و افکار خودکشی باید گفت که نتایج این پژوهش حاکی از رابطه مثبت و معنادار بین فاجعه آفرینی درد و افکار خودکشی است. به این معنا، بیماران درد مزمنی که فاجعه آفرینی بالاتری را در مواجهه با درد گزارش کرده اند در معرض خطر بیشتری از تجربه افکار خودکشی هستند. این نتایج با نتایج مطالعات دیگر همسو است [۵، ۹، ۲۷ و ۲۸]. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت فاجعه آفرینی به واسطه پیامدهای مخربی که برای بیمار به دنبال دارد و اثراتی که در چهارچوب وضعیت فردی و بین فردی اعمال می‌کند، پیش‌بینی کننده افکار خودکشی است. فاجعه آفرینی با ایجاد انتظار نتایج منفی در فرد، بروز عواطف منفی و احساس ناامیدی را به دنبال دارد که خود باعث می‌شود فرد در رویارویی با مسایل به جای مقابله فعال و حل آن‌ها، به شکل منفعلانه و اجتنابی عمل کند، در نتیجه در بلند مدت چرخه‌ای معیوب اجتناب از درد، ترس از درد، اجتناب از فعالیت‌های روزمره و افزایش ناتوانی و افسردگی به وجود می‌آید [۲۹ و ۳۰ و ۳۱]. در این راستا با توجه به شواهدی که نشان داده اند افسردگی قوی‌ترین پیش‌بینی کننده تمایل به مرگ است و می‌تواند ۲۰ تا ۳۰ درصد واریانس اقدام به خودکشی‌ها را پیش‌بینی کند، رابطه فاجعه آفرینی و خودکشی قابل پیش‌بینی است [۳۲].

سطوح بالای فاجعه آفرینی با کاهش اثرات درمان نیز مرتبط است [۳۳]. براساس این دیدگاه، فرد فاجعه آمیز کننده نه تنها نشانگان بی‌خطر را تهدید آمیز ادراک

سرانجام، در گام سوم و هنگامی که تعامل بین متغیر فاجعه آفرینی و شدت درد به معادله اضافه شد، میزان واریانس تبیین شده در متغیر ملاک به طور معناداری ($F_{\text{change}}=32.38, p<0.01$) افزایش یافت و به ۲۷ درصد رسید. این نتایج نشان می‌دهد که تعامل بین فاجعه آفرینی و شدت درد توانسته است ۲ درصد واریانس نمره‌های متغیر خودکشی را پس از کنترل اثر شدت درد و فاجعه آفرینی بر افکار خودکشی، تبیین کند. علامت مثبت همراه با ضریب رگرسیون استاندارد متغیر تعاملی شدت درد و فاجعه آفرینی حاکی از وجود رابطه مثبت بین تعامل شدت درد و فاجعه آفرینی با افکار خودکشی است. نتایج این رگرسیون از نقش تعدیل کننده متغیر فاجعه آفرینی در رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی حمایت کرد و به این ترتیب فرضیه سوم پژوهش حاضر تایید شد.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این مطالعه نشان دهنده رابطه شدت درد و فاجعه آفرینی با افکار خودکشی و نیز نقش تعدیل کننده فاجعه آفرینی در رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به درد مزمن است. در اینجا ابتدا به محدودیت‌های این مطالعه اشاره خواهد شد و سپس یافته‌های این مطالعه با توجه به منابع موجود مورد بحث قرار خواهند گرفت. نمونه این مطالعه با شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده است و اکثریت افراد مورد مطالعه (۷۷٪) را زنان تشکیل می‌دهند. بدیهی است با توجه به این دو مورد تعمیم یافته‌های این مطالعه به جامعه بیماران درد مزمن مستلزم مطالعات بیشتری است. با در نظر داشتن این محدودیت‌ها، اکنون به بحث پیرامون یافته‌های این مطالعه می‌پردازیم.

در رابطه با فرضیه نخست، یافته‌های این پژوهش تایید کننده رابطه مثبت بین شدت درد و افکار خودکشی است. این یافته به این معنا است که شدت درد پیش‌بینی کننده افکار خودکشی در بیماران درد مزمن است و با افزایش

تعدیل کننده فاجعه آفرینی بر رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی مورد بررسی قرار گرفته باشد، وجود ندارد. اما به نظر می‌رسد با توجه به مکانیسم اثر فاجعه آفرینی در تبیین این فرضیه بتوان چنین گفت که فاجعه آمیزی از طریق تاثیر بر فرآیندهای توجهی بیمار اثراتش را بر تجربه درد اعمال می‌کند [۳۷، ۳۸ و ۳۹]. در واقع فاجعه آفرینی مانع انحراف توجه از محرک‌های درد آور می‌شود و بیمار به گونه‌ای انتخابی بیشتر به محرک‌های مربوط به درد توجه می‌کند و در نتیجه کنترل و سرکوبی افکار مربوط به درد مشکل گردیده و نشخوار فکری درباره درد افزایش می‌یابد. در این حالت چون فرد نمی‌تواند از درد فرار کند یا توجهش را بر روی دیگر فعالیت‌ها متمرکز کند احساس ناتوانی و نشانگان افسردگی ظاهری شود [۱۳، ۴۰ و ۴۱].

با توجه به یافته‌های به دست آمده ذکر این نکته حائز اهمیت است که در تشخیص، پیش‌آگهی و درمان دردهای مزمن باید به ارزیابی جنبه‌های روانشناختی همراه با درد توجه کافی مبذول نمود و غربالگری مبتلایان به دردهای مزمن را از جهت احتمال وجود افکار و رفتارهای خودکشی مد نظر داشت. به علاوه یافته‌های حاصل از این مطالعه می‌تواند بینش‌های ارزشمندی را برای شکل‌گیری تحقیقات مداخله‌ای در بستر رویکردهای شناختی-رفتاری ارائه نماید. برای مثال شناخت آسیب‌شناسی‌های شناختی از جمله وجود افکار فاجعه آفرین و آموزش‌های روان‌شناختی و تغییر شناخت در جهت کاهش این افکار می‌تواند موثر باشد و به عنوان بخشی از پروتکل درمانی بیماران درد مزمن در نظر گرفته شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود علاوه بر اینکه احتمال خطر خودکشی به عنوان یک اقدام پیشگیری کننده از همان مراحل ارزیابی نخستین بیماران درد مزمن، مورد توجه قرار گیرد و در کنار برنامه‌های درمانی پزشکی-دارویی بیماران درد مزمن آموزش‌های روان‌شناختی لازم در جهت جلوگیری از فاجعه‌انگاری حوادث به این بیماران ارائه گردد.

می‌کند بلکه حالات و احساساتی را هم که ناشی از شروع اثرات درمان است سوء تعبیر کرده و نتیجه می‌گیرد که درمان ناکارآمد است. بر اساس شواهد موجود احساس ناامیدی ناشی از ناکارآمدی درمان و شکست‌های مکرر درمانی می‌تواند منجر به ایجاد افکار خودکشی یا تشدید آن‌ها در این بیماران شود [۱ و ۵].

به علاوه اخیراً نشان داده شده است اثراتی که مکانیسم مقابله‌ای فاجعه آمیزی بر محیط اجتماعی اعمال می‌کند ممکن است نقش مهمی را در ارتباط با افکار خودکشی بازی کند. بر اساس رویکرد روش‌های مقابله‌ای اجتماعی، فاجعه آفرینی یک سبک بین فردی است که بیمار از آن برای به حداکثر رساندن مجاورت یا درخواست کمک و یا دریافت پاسخ همدردی از دیگران استفاده می‌کند و به این طریق اهداف و منافع بین فردی خود را به شبکه اجتماعی تحمیل می‌کند [۳۴] از سوی دیگر، نتایج برخی از مطالعات حاکی از آن است که میزان بالای فاجعه آمیزی به ویژه در دردهای طولانی مدت، از طریق ایجاد آشفتگی در دیگران و جدایی و بیگانگی تدریجی از آن‌ها دسترسی کلی به حمایت اجتماعی را کاهش می‌دهد [۳۵]. این در حالی است که وجود حمایت اجتماعی با ایجاد یک جایگاه امن برای فرد، ارزیابی مثبت از منابع استرس‌زا را به دنبال دارد و با کاهش استرس و افزایش سلامت روان و احساس رضایت از زندگی و تحمل سختی‌ها احتمال رفتارهای مخاطره آمیز مانند خودکشی را کاهش می‌دهد [۳۶].

فرضیه سوم این پژوهش که نشان دهنده نقش تعدیل کننده فاجعه آفرینی بر رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی است، یافته جدیدی را به دانش موجود در قلمر درد مزمن اضافه می‌کند. بر اساس این یافته، در آن گروه از بیماران درد مزمنی که به هنگام تجربه درد از راهبرد مقابله‌ای فاجعه آمیز کردن درد بیشتر استفاده می‌کنند، رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی قوی‌تر است.

تا آنجا که دانش نگارنده اجازه می‌دهد سایقه منتشر شده‌ای از مطالعه‌ای داخلی یا خارجی که در آن نقش

- 11- Crombie, I. K., Oakley Davies, H. T. (1999). Requirements for epidemiological studies. In: IK Crombie, PR; Croft, SJ; Linton, L; LeResche, M. Von Korff, Editors, *Epidemiology of Pain*; Seattle: IASP Press, p.p.17-24.
- 12- محمدی فر، محمد علی؛ حبیبی عسکرآبادی، مجتبی؛ و بشارت، محمد علی. (۱۳۸۴). ساخت و هنجاریابی مقیاس اندیشه خودکشی در میان دانشجویان. *مجله علوم روانشناختی*، دوره ۴، شماره ۱۶.
- 13- Rosenstiel, A. K., Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patients characteristics and current adjustment. *Pain*; 17: 33-44.
- 14- De Good, D. E., Taite, R. C. (2001). Assessment of pain beliefs and pain coping. In: Turk, D. C., Melzack, R (Eds). *Hand book of pain assessment*. Second Edition. New York: Guilford press.
- ۱۵- اصغری مقدم، محمد علی و گلک، ناصر (۱۳۸۴). نقش راهبردهای مقابله با درد در سازگاری با درد مزمن. *دانشور رفتار*، سال دوازدهم، شماره ۱۰، صص ۲۲-۱
- 16- Nunnally, J. C., Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. (3ed). New York: McGraw-Hill.
- 17- Kerns, R. D., Turk, D. C., Rudy, T. E. (1985). The West Haven- Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*; 23: 345-356.
- ۱۸- اصغری مقدم، محمد علی؛ گلک، ناصر (۱۳۸۷). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه چند وجهی درد در میان جمعیت ایرانی مبتلا به درد مزمن، *مجله روانشناسی*، شماره ۴۵، صص ۵۰-۷۲
- 19- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistic*. New York: Allyn and Basco; 2001: 159.
- 20 Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistic* (4th ed) New York, NY: Harper and Row.
- 1- Magni, G., Rigatti-Luchini, S., Fracca, F. & Merskey, H. (1998). Suicidality in chronic abdominal pain: an analysis of the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey (HHANES). *Pain*; 76:137-44.
- 2- "WHO Traditional medicine strategy". Geneva, 1994: 1-3, 43-47.
- 3- Bair, M. J., Robinson, R. L., Kton, W., Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: A literature review. *Arch Intern Med*; 163: 2433-2445.
- 4- Tang, N.K. & Cran, C. (2006). Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factor and psychological link. *Psychological Medicine*; 36:1-12.
- 5- Edwards, R. R., Smith, M. T., Kudel, I., Haythornthwaite, J. (2006). Pain related catastrophizing as a risk factor for suicide ideation in chronic pain.; 126: 272-279.
- ۶- پرومند، اکرم (۱۳۸۹). بررسی رابطه ساده و چندگانه خشم، خودکارآمدی، فاجعه آمیز کردن و شدت درد با افکار خودکشی در نمونه‌های ایرانی مبتلا به درد مزمن. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه شاهد.
- 7- Smith, M.T., Edwards, R.R., Robinson, R.C. & Dworkin, R.H. (2004a). Suicidal ideation, plan, and attempts in chronic pain patients: Factors associated with increased risk. *Pain*; 111:204-8.
- 8- Williams, AC. & et al. (1997). Inpatient vs outpatient pain management: results of a randomized controlled trial *Pain*, 66: 13-22.
- 9- Fisher, B.J., Haythornthwaite, J.A., Heinberg, L.J., Clark, M. & Reed, J. (2001). Suicidal intent in patients with chronic pain. *Pain*; 89:199-206.
- 10- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*; 51:1173-1182.

- 30- Spanos, N. P., Radtke-Bodorik, H. L., Ferguson, J. D., & Johen, B. (1979). The effect of hypnotic susceptibility, suggestions for analgesia and the utilization of cognitive strategies on the reduction of pain. *Journal of Abnormal Psychology*; 88: 282-292.
- 31- Sharp, L., Sensky, T., Allard, S. (2001). The course of depression in recent onset Rheumatoid Arthritis. The predictive role of disability: Illness perception, pain and coping. *J Psychosom Res*; 55: 325-332.
- 32- Angst, J., Angst, F., Stassen, H. H. (1999). Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*; 60: 57-62.
- 33- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M. (2001). Change in beliefs, catastrophizing and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 69: 655-662.
- 34- Sullivan, M. J. L., Thiorn, B., Haythornthwait, J. A., Keff, F., et al. (2001). Theoretical perspective on the relationship between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain*; 7: 52-64.
- 35- Rothrock, N. E., Lutgendorf, S. K., Kreder, K. G. (2003). Coping strategies in patients with interstitial cystitis: relationship with quality of life and depression. *Journal Urol*; 169: 233-236.
- 36- Helgeson, V. S., Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychol*; 15 : 135-148.
- 37- Crombez, G., Eccleston, C., Beayens, F., Eelen, P. (1998). When somatic information threatens, catastrophizing thinking enhancement attentional interference. *Pain*; 75: 187-198.
- 38- Van Damme, S., Crombez, G., Eccleston, C. (2002). Related disengagement from pain cue: The effects of pain catastrophizing and pain expectancy. *Pain*; 100: 11-118.
- 39- Van Damme, S., Crombez, G., Eccleston, C. (2004). Disengagement from pain: The role of catastrophic thinking about pain. *Pain*; 107: 70-76.
- 21- Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park, CA: Sage.
- 22- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (3rd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- 23- Richardson EJ, Ness TJ, Doleys DM, Banos JH, Cianfrini L. (2010). Catastrophizing, Acceptance, and Interference: Laboratory Findings, Subjective Report, and Pain Willingness as a Moderator. *Health Psychology*, 29: 299-306.
- 24- Arnstein, P. M., Wells-Federman, C., Alter, G, and Caudill, M. (1999). The Effect of an Integrated Cognitive- Behavioral Pain Management Program on Self-Efficacy Beliefs, Pain, Intensity, Disability and Depression in Chronic Pain Patients. 16th Annual Scientific Meeting, New Orleans, LA, 1997.
- 25- Chen, C.S., Yang, M. S., Yang, M. J., Chang, S. J., Chueh, K. H., Su, Y.C., et al. (2008). Suicidal thoughts among elderly Taiwanese aboriginal women. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 23: 1001-1006.
- 26- Carson, A., Best, S., Warlow, C., Sharpe, M. (2000). Suicidal ideation among out patients at general neurology clinics: Prospective study. *BMJ*; 320: 1311-1312.
- 27- Amir, M., Neumann, L., Bor, O., Shir, Y., Rubinow, A., Buskila, D. (2000). Coping Styles, Anger, Social Support, and Suicide Risk of Women with Fibromyalgia Syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain*; 8: 7-20.
- 28- Edwards, P. R., Haythornthwaite, J. A., Sullivan, M. J., Fillingim, R. B. (2004). Catastrophizing as mediator of sex difference in the pain: Differential effects for daily pain versus laboratory-induced pain. *Pain*; 111: 335-341.
- 29- Chaves, J. F., & Brown, J. M. (1987). Spontaneous cognitive strategies for the chronic clinical pain and stress. *Journal of Behavioral Medicine*; 10: 263-276.

- 41- Keefe, F.J., Caldwell, D.S., Williams, D.A., Gill, K.M., Mitchell, D., Robertson, M. S., Nunley, J., Beckham, J.C., Crissoon, J.E., Helms, M. (1990). Pain coping skill training in the management of O.A.Knee. *Pain Behaviour Therapy*; 21:433-447.
- 40- Treharn, G., Lyons, A.C., Kitas, G.D. (2000). Suicidal ideation in patients with rheumatoid. *research may help identify patients at high risk [Commen]. British Medical Journal*: 321.18.

اثر بخشی آموزش تیپ‌های شخصیت انیه گرم بر سازگاری تحصیلی دانشجویان

نویسندگان: فیروزه سپهریان آذر^{۱*} و امید فتاحی^۲

۱- دانشیار روانشناسی دانشگاه ارومیه.

۲- کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه ارومیه.

*Email: f.sepehrianazar@urmia.ac.ir

چکیده

مطالعه حاضر در صدد بر آمده است تا تاثیر آموزش تیپ‌های شخصیت انیه گرم را بر سازگاری تحصیلی دانشجویان مورد مطالعه قرار دهد. بدین منظور ۱۲۰ دانشجو با استفاده از نمونه‌های در دسترس انتخاب شدند و به شیوه کاملاً تصادفی در گروه‌های آزمایشی (۶۰ دانشجو) و کنترل (۶۰ دانشجو) قرار گرفتند و به آزمون سازگاری تحصیلی بیکر و سیریاک قبل و بعد از مداخله پاسخ دادند. گروه آزمایش به مدت شش جلسه یک و نیم ساعته آموزش تیپ‌های شخصیت انیه گرم را دریافت کردند. این طرح از نوع مطالعه نیمه آزمایشی پیش-پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. داده‌های پژوهش به کمک آزمون‌های توصیفی و استنباطی از جمله میانگین، انحراف استاندارد، آلفای کرانباخ، تی برای گروه‌های مستقل و تحلیل کواریانس تحلیل گردیدند. نتایج تحلیل آزمون تی بر تفاضل نمرات پیش و پس آزمون و تحلیل کواریانس نشان داد، بین گروه آزمایش و کنترل در میزان سازگاری تحصیلی تفاوت معنی داری وجود دارد. یافته‌های به دست آمده نشان داد که آموزش تیپ‌های شخصیت در انیه گرم بر سازگاری تحصیلی دانشجویان موثر می‌باشد.

کلید واژه‌ها: انیه گرم، تیپ‌های شخصیت، سازگاری تحصیلی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
و نشر

• دریافت مقاله: ۹۱/۱۰/۲

• پذیرش مقاله: ۹۲/۸/۲۵

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

Clinical Psy. & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیست و یکم - دوره

جدید شماره ۱۰

بهار و تابستان ۱۳۹۳

مقدمه

ورود به دانشگاه مقطعی بسیار حساس به شمار می‌رود که تغییر عمده‌ای در زندگی اجتماعی و فردی به وجود می‌آورد. در این دوره فرد با تغییرات زیادی در روابط انسانی و اجتماعی روبرو می‌شود [۱]. از آن جمله می‌توان به ایجاد روابط جدید، دوری از خانواده، مدیریت مسایل تحصیلی، معیشتی و عاطفی، تغییر در عادات مطالعه، زندگی در شرایط خوابگاه دانشجویی، کافی نبودن امکانات رفاهی و اقتصادی، منابع درسی متعدد اشاره کرد. ناتوانی در رویارویی موفقیت‌آمیز با مسائل یاد شده از عوامل مهم در ناسازگاری و افت تحصیلی دانشجویان می‌باشد [۲]. برخی از محققین معتقدند ورود به دوره دانشگاه یکی از مهم‌ترین دوره‌های گذر در زندگی یک نوجوان یا جوان است [۳]. دانشجویان با چالش‌های جدیدی در تحصیلات، ارتباطات اجتماعی مواجه می‌شوند که به وسیله یک محیط کاملاً جدید به آن‌ها تحمیل می‌گردد. این تغییر و تحولات، منجر به افزایش سطح تنیدگی و شیوع مشکلات سازش یافتگی در بین دانشجویان، به خصوص در سال‌های اول و دوم می‌شود [۴ و ۵]. عده‌ای نیز اشاره کردند که این تنیدگی‌ها عملکرد افراد را متاثر می‌سازند [۶]. اگر چه اغلب دانشجویان با محیط جدید به سرعت خو می‌گیرند، اما برای برخی این دوره گذر، استرس‌های شخصی و ناسازگاری‌های هیجانی به دنبال دارد. پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد فشار و استرس‌های مفرط بین دانشجویان اغلب به شکست تحصیلی، ترک تحصیل، افت عملکرد تحصیلی و مشکلات سازگاری منجر می‌شود [۷ و ۸].

دستیابی به موفقیت تحصیلی در دانشگاه نیاز به چالش و سازگاری با شرایط جدید آموزشی دارد و تاثیر این سازگاری برای پیشرفت و تکمیل برنامه‌های آموزشی بسیار مهم می‌باشد. از جمله چالش‌هایی که دانشجویان هنگام ورود به دانشگاه پیش‌رو دارند، تفکر آن‌ها در ارتباط با توانایی کنار آمدن با الزاماتی است که بر سازگاری‌شان تاثیرگذار می‌باشد [۹]. از این رو می‌توان گفت کنار آمدن

با چنین تغییراتی مستلزم آن است که فرد از توانایی سازگاری مناسبی برخوردار باشد [۱۰]. سازگاری عبارت است از برقراری رابطه‌ی رضایت‌بخش بین فرد و محیطی زندگی او که نشانه‌ی آگاهی و توانایی فرد می‌باشد [۱۱]. برخی سازگاری را جریانی می‌دانند که در آن فرد برای وفق دادن خود با فشارهای درونی و بایدهای بیرونی تلاش می‌کند [۱۲]. سازگاری انعکاسی از تعامل شخص با دیگران، رضایت از نقش‌های خود و نحوه عملکرد در نقش‌هاست که به احتمال زیاد تحت تاثیر شخصیت قبلی، فرهنگ و انتظار خانواده قرار دارد. همچنین سازگاری مجموعه کنش‌ها و رفتارهایی است که فرد در موقعیت‌ها و شرایط جدید به منظور ارائه پاسخ‌های مناسب به محرک‌های موجود از خود بروز می‌دهد [۱۳].

از دیدگاه روان‌پویایی فروید، هرگاه بین نهاد، خود و فراخود تعادل برقرار شود، شخص سازگار می‌باشد [۱۴]. تئوری تحلیل ارتباط متقابل فرد سازگار را کسی می‌داند که در او سه ساخت شخصیت با یکدیگر هماهنگ و دم‌سازند و مرزهای شخصیت مشخص و نفوذپذیر می‌باشند [۱۵]. راجرز معتقد است زمانی که ارگانیزم تجارب حسی و درونی خود را به صورت منظم و کامل جزء ساخت «خود» قرار دهد و بپذیرد، سازگاری روانی حاصل می‌شود و از نظر ویلیام گلاسر^۱ شخصیت سازگار برابر است با هویت موفق [۱۲].

نتایج تحقیقات در ایران و خارج از ایران نشان داد که بین سازگاری و پیشرفت تحصیلی رابطه معنادار وجود دارد. [۱۶، ۱۷، ۱۸]. یکی از زیر مجموعه‌های سازگاری، سازگاری تحصیلی می‌باشد. سازگاری تحصیلی ناظر بر توانمندی فراگیران در انطباق با شرایط و الزامات تحصیل و نقش‌هایی است که محیط آموزشی، به عنوان یک نهاد اجتماعی فرا روی آن‌ها قرار می‌دهد [۱۹]. امروزه سازگاری تحصیلی تنها بر پیشرفت تحصیلی دانشجویان تاکید نمی‌کند بلکه مفهوم آن گسترش یافته و شامل انگیزه یادگیری، توانایی برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های

1. William Glasser

مزاجی متفاوتی هستند، مایل‌اند که خود را با افراد و موضوعات مخصوصی احاطه کنند و در جستجوی مسائلی هستند که با علائق، صلاحیت‌ها و طرز تفکرشان نسبت به جهان متجانس باشد [۲۹]. مدلی که در مطالعه حاضر برای تعیین تیپ‌های شخصیتی به کار گرفته شده و راهبردهای مرتبط با آن، انیه گرم نامیده می‌شود. در زبان یونانی کلمه "انیه"^۳ به معنای «نُه» و "گرم"^۴ به معنای «کشیدن» است [۳۰]. انیه گرم سیستمی از نه تیپ شخصیتی است که قدرت‌ها و استعدادها و به همان اندازه مشکلات هر تیپ شخصیت را توصیف می‌کند و یک زبان جهانی فراهم می‌کند که کمک می‌کند تا خود و دیگران سریع تر درک شوند. هر کدام از نه تیپ شخصیتی انیه گرم تفاوت، راهبردهای مقابله‌ای خوب رشد یافته برای ارتباط با خود، دیگران و محیط دارد [۳۱]. برتری‌ها و ضعف‌های رشد انسان می‌تواند در هر تیپ یافت شود. به علت شرایط بیوشیمیایی، ژنتیکی، فیزیولوژیکی و محیطی هر فرد در یکی از این تیپ‌ها قرار می‌گیرد. انیه گرم توسط یک شخص یا موسسه پویا نیافته بلکه نتیجه تحقیقات و تحلیل‌های فراوانی است از ترکیب روش‌های متعدد اسطوره‌ای و روانشناسی امروزی سرچشمه گرفته است. برخی معتقدند ریشه در صوفی‌گری دارد و برخی دیگر زیر مبنای آن را ایدئولوژی فیثاغورثی، افلاطونی و نئوافلاطونی می‌دانند [۳۲]. علاقه اولیه به انیه گرم از درک و استنباط عدد سوتیک^۵ به وجود آمده است. در مشاهده طرح انیه گرم (شکل ۱)، نکته‌ای که بلافاصله مورد توجه قرار می‌گیرد، مثلثی است که از سه عدد ۹،۶،۳ تشکیل شده و نماد واحدی که از اعداد ۱،۴،۲،۸،۵،۷ شکل گرفته است [۳۳]. معرفی انیه گرم به جامعه غرب به گرجیف^۶

علمی، احساس تعهد، پشتکار در امور آموزشی و یادگیری، رضایت از فضا و محیطی آموزشی می‌باشد. بنابراین سازگاری تحصیلی شامل عوامل شناختی مانند شیوه‌های یادگیری، فرایند حافظه و عوامل روانی مانند اضطراب، افسردگی می‌باشد که می‌تواند بر سلامت روان، مهارت‌های اجتماعی، سازگاری تحصیلی، شخصی، اجتماعی و تصمیم‌گیری تاثیر منفی داشته باشد [۲۰ و ۲۱]. برخی از مطالعات نشان دادند که دانشجویان برخوردار از سازگاری تحصیلی انگیزه پیشرفت و پشتکار بالایی دارند [۲۲]. و برخی نیز معتقدند دانشجویانی که در امر سازگاری تحصیلی با مشکل روبه‌رو می‌شوند، به احتمال زیاد در سایر ابعاد زندگی نیز دچار مشکل خواهند شد [۲۳]. سازگاری تحصیلی با ورود نوجوان به دانشگاه اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. عوامل زیادی به عنوان فاکتورهای تاثیرگذار بر سازگاری تحصیلی پیشنهاد شده است. که می‌توان به رابطه بین معلم و دانش‌آموز و تعداد دوستان هم‌سال در آغاز سال تحصیلی جنس و پایگاه اجتماعی شخصیت و خصوصیات فردی مانند: شناخت، توانش کلامی، هماهنگی دیداری-حرکتی^۱ و خلق و خو^۲ روابط خانوادگی اشاره کرد [۲۴، ۲۵، ۲۶ و ۲۷].

یکی از راه‌هایی که به سازگاری انسان کمک می‌کند "خودشناسی است" و در این مسیر یکی از مهمترین ابزارهایی که انسان را به این هدف می‌رساند، شناخت "تیپ شخصیتی" اوست. زیرا بدین وسیله، فرد به توانایی‌ها و نقصان‌های خود پی می‌برد و می‌تواند با محیط و دیگران بیشتر سازگار شود. مشاهده می‌شود افراد هرچه به خودآگاهی بالاتری می‌رسند با نقاط ضعف و قوت خود بیشتر آشنا شده و با توجه به نقاط قوت، نقاط ضعف خود را در محدوده تیپ شخصیتی تعدیل داده سازگاری بالاتری هم نشان می‌دهند [۲۸]. هر تیپ شخصیتی، ذخایر خاصی از نگرش‌ها و مهارت‌هایی در جهت غلبه بر مشکلات و وظایف محیطی دارد. تیپ‌های شخصیت مختلف دارای علائق، صلاحیت‌ها و حالات

3. Ennea

4. Gram

5. Sothic number

تقویم سوتیک، سالنمایی است که با استفاده از حرکت سیارگان در

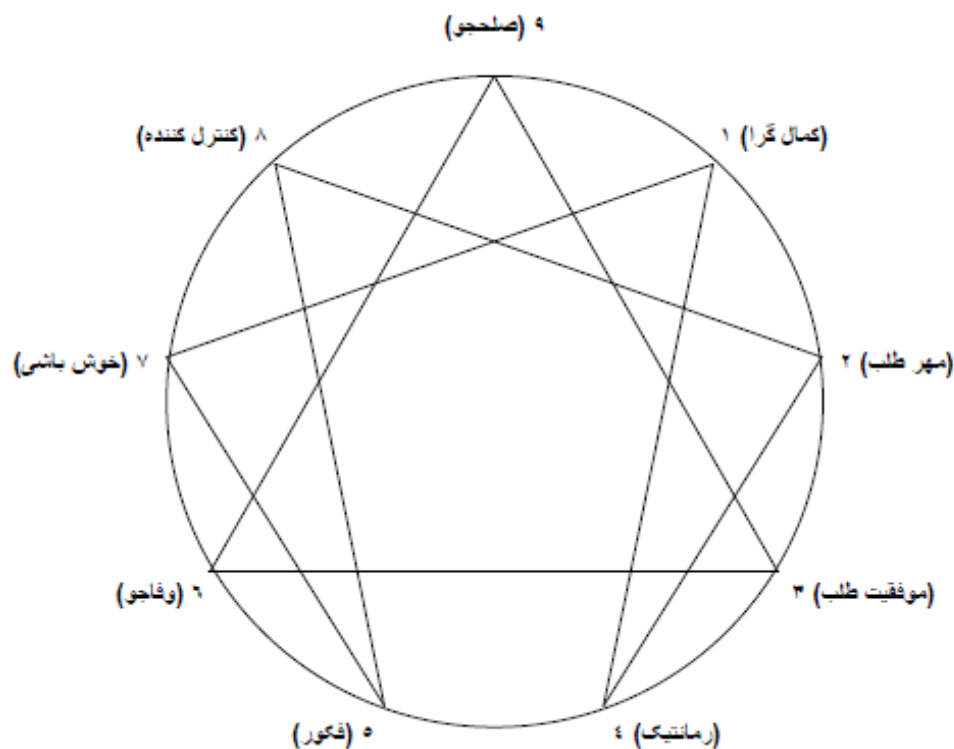
آسمان تنظیم می‌شود. مصریان باستان برای پیش بینی طغیان رود نیل از

این سالنامه استفاده می‌کردند.

6 Gurdijeff

1. visual-motor coordination

2. temperament



شکل ۱: طرح تیپ‌های نه گانه شخصیت در انیه گرم [۲۸]

گسترش داد [۲۸].
 یک روانشناس شناختی اشاره می‌کند که از دیدگاه شناختی، نه تیپ شخصیت، نه فیلتر ادراکی شناختی هستند که تصویر ذهنی بلند مدت از جهان، ادراک جاری از محیط و ثبات احساسی را شکل می‌دهد. بر اساس این دیدگاه، تیپ‌های شخصیت انیه گرم کمک می‌کند تا بالقوه به درک بهتر فرآیند های احساس، ادراک، شناخت و تصمیم‌گیری دست یابیم [۲۸].
 عده ای از محققین رابطه بین سطوح سازگاری و رگه‌های شخصیتی را در ۴۵۶ دانش آموز سوم متوسطه مطالعه کردند و گزارش کردند که هویت جنسی، اشتراک، انعطاف پذیری، اجتماعی شدن و سلطه‌گری در مقایسه با سایر ترکیب‌ها بیشترین توان را در پیش‌بینی سطوح سازگاری دارند [۳۵]. مطالعه‌ای جهت بررسی اثربخشی آموزش تیپ‌های شخصیت انیه گرم بر کاهش تعارضات

نسبت داده می‌شود [۳۴]. گفته می‌شود، اُسکار ایچازو^۱ اولین نویسنده معاصر است که متوجه رابطه بین شکل هندسی و تیپ‌های شخصیت انیه گرم شد و در سال ۱۹۵۰ نماد انیه گرم را با آموزش تیپ‌های نه گانه متحد کرد و در سال ۱۹۶۰ موسسه اریکا را در کشور شیلی تاسیس نمود، که طی دوره‌های فشرده چهار روزه، خودشناسی شخصیتی را به شاگردانش که اکثراً روانشناسان و روانپزشکان و پژوهشگران کنجکاو بودند، آموخت. یکی از شاگردان او به نام کلودیو نارانجو^۲ نویسنده و روانشناس آمریکایی بعد از آموزش از شیلی به کالیفرنیا بازگشت و به تدریس انیه گرم پرداخت و سپس با همکاری دان ریچارد ریزو^۳ و راس هادسون^۴ این کار را

1. Oscar Ichazo
2. Claudio Naranjo
3. Don Richard Riso
4. Russ Hadson

منظور ۱۲۰ دانشجو به عنوان نمونه‌های مورد مطالعه انتخاب شدند و صورت کاملاً تصادفی در گروه‌های آزمایش (۶۰ نفر) و کنترل (۶۰ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، در کلاس‌های آموزش انیه گرم شرکت کردند. آزمودنی‌ها با خصوصیات و راهبردهای حمایتی، برگزیده و مورد غفلت قرار گرفته مربوط به هر تیپ و خصوصیتی که در محدوده تیپ شخصیت قابل تغییر است، آگاهی یافتند.

ابزار پژوهش

به منظور گردآوری داده‌های مورد نیاز از پرسشنامه سازگاری دانشجویان با دانشگاه سربیک و بیکر (SACQ) استفاده شد. این آزمون در دانشگاه کلارک آمریکا ساخته شده و به شکل گسترده‌ای در آمریکا، اروپا، چین و ژاپن به کار گرفته شده است [۳۹] [۴۰]. پرسشنامه مذکور دارای چهار زیر مقیاس سازگاری تحصیلی (۲۴ سوال)، سازگاری اجتماعی (۲۰ سوال)، سازگاری شخصی-هیجانی (۱۵ سوال) و دلبستگی به موسسه/دانشگاه (۸ سوال) می‌باشد. آزمودنی در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از "کاملاً درباره من صدق می‌کند" تا "اصلاً درباره من صدق نمی‌کند" به سوال‌های آزمون پاسخ می‌دهد. ۴ نمره برای خرده مقیاس‌ها و یک نمره کل محاسبه می‌شود. در مطالعات سازندگان آزمون ضریب آلفای کراباخ تمام خرده مولفه‌ها و نمره کل، بالای ۰/۸۰ بود [۳۹]. در ایران نیز پایایی آزمون به تفکیک جنسیت پسر و دختر به ترتیب ۰/۸۴۷ و ۰/۸۹۵. گزارش شده است [۴۱]. محققین دیگر نیز در مطالعه خود ضرایب ثبات درونی برای مولفه‌ها را بین ۰/۸۶۰ تا ۰/۹۵ محاسبه کرده‌اند [۴۲]. در مطالعه حاضر آلفای کراباخ برای زیر مقیاس‌های آزمون سازگاری با دانشگاه از ۰/۸۹ تا ۰/۹۲ به دست آمد.

شیوه انجام پژوهش

مبنای آموزش کلاس‌ها، برنامه‌های آموزش تخصصی

زناشویی زوجین در شهرستان ارومیه انجام گرفت، نتایج این مطالعه نشان داد که میزان تعارضات زناشویی زوجینی که در کلاس‌های آشنایی با تیپ‌های شخصیت انیه گرم شرکت کرده بودند، در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری کاهش داشت [۳۶]. برخی مطالعات نیز گزارش کردند که آموزش تیپ‌های شخصیت انیه گرم بر افزایش عزت نفس دانشجویان تاثیر معناداری داشته است [۲۹]. محقق کره‌ای نیز کلاس‌های آموزش انیه گرم را برای گروهی از پرستاران کره‌ای برگذار کرد، نتایج مطالعه او نشان داد که آموزشی تیپ‌های شخصیت انیه گرم تاثیر معناداری بر عزت نفس نمونه‌های مورد مطالعه او داشته است [۳۷].

سازگاری و ابعاد مختلف آن از مباحث بنیادی و بسیار گسترده در روان‌شناسی محسوب می‌شود. به همین جهت شناسایی عوامل تاثیر گذار بر آن، ضمن افزایش حیطه دانش، می‌تواند کاربردهای زیادی در کاهش مشکلات فردی و بین فردی داشته باشد. آموزش انیه گرم را نیز می‌توان مسیری مطمئن برای خود شناسی و افزایش سازگاری دانشجویان دانست. در این راستا، هدف پژوهش حاضر تعیین تاثیر آموزش تیپ‌های شخصیت انیه گرم بر سازگاری تحصیلی دانشجویان می‌باشد.

با توجه به هدف و پیشینه پژوهش، مساله اساسی تحقیق اینست که آیا دانشجویانی که دوره‌های آموزش تیپ شناسی انیه گرم را می‌گذرانند در مقایسه با دانشجویانی که چنین دوره‌ای را نمی‌گذرانند، سازگاری تحصیلی بالاتری دارند.

روش

نوع تحقیق: طرح تحقیق حاضر از نوع مطالعه شبه آزمایشی پیش-پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد.
 آزمودنی: جامعه آماری مورد مطالعه، کلیه دانشجویان رشته مقطع کارشناسی دانشگاه‌های ارومیه در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ بودند. جهت اطمینان از این که نمونه‌های مورد مطالعه قبلاً هیچ گونه آشنایی با تیپ‌شناسی انیه گرم نداشته باشند از نمونه‌های در دسترس استفاده شد. بدین

شبهه تحلیل داده ها

در این تحقیق علاوه بر آمار توصیفی، از تحلیل کواریانس استفاده شده است.

نتایج

یافته توصیفی نمرات زیر مقیاس‌های سازگاری تحصیلی به تفکیک برای گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۱ آمده است.

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین کل پس آزمون در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل می‌باشد. جهت کنترل اثر پیش آزمون و بررسی دقیق تر تاثیر متغیر مستقل بر گروه آزمایشی و کنترل از تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل مقدماتی برای ارزیابی همگنی بین شیب‌های رگرسیون نشان داد که اثر متقابل بین متغیر کواریانس (پیش آزمون) و عامل معنادار نمی باشد ($p = 0/06$ ، $F = 1116/25$ ، $MSE = 3/76$) و بر اساس نتایج آزمون لوین ($F = 1/47$) ($p = 0/23$) مبنی بر برقراری پیش فرض‌های مربوط به نرمال بودن تقریبی و همسانی واریانس‌ها، تحلیل کواریانس دنبال شد (جدول ۲).

با توجه به نتایج جدول ۲، تحلیل کواریانس ($F(1, 117) = 34/97$ ، $MSE = 34/97$ ، $p = 0/001$ ، $\eta^2 = 0/23$) معنی دار بود. با توجه به ضریب آتا ارزیابی شده، دخالت‌های آموزشی موجب ۲۳ درصد تغییرات متغیر وابسته شده است و این به معنای آن است که آشنایی دانشجویان با خصوصیات مربوط به تیپ خود و دیگران در سازگاری آنان موثر بوده است. نتایج نشانگر آن است که عوامل دیگری نیز در سازگاری تحصیلی دخالت دارند که مطالعه حاضر به آن‌ها نپرداخته است. میانگین‌های اصلاح شده (جدول ۳) نشان می‌دهد که میانگین سازگاری گروه آزمایش بیشتر از گروه میانگین می‌باشد.

اینه گرم هلن پالمر^۱ بود، که توسط نویسنده مقاله حاضر اجرا گردید. [۳۸].

در جلسه اول بعد از اجرای پیش آزمون، در مورد تیپ‌های شخصیت و به خصوص تیپ شخصیت در اینه گرم، تیپ اصلی، بال قوی و ضعیف تیپ‌های شخصیت اینه گرم توضیح داده شد. جلسه دوم با مثالی از یک فرد با تیپ شخصیت کمال‌گرا (تیپ ۱) و یک شخصیت مهرطلب (تیپ ۲) شروع شد و افراد مشهور در جهان که دارای تیپ ۱ و ۲ بودند، معرفی گردیدند. در ادامه به ویژگی اصلی تیپ ۱ و ۲ و راهبرد برگزیده آن‌ها اشاره شد و سپس در مورد راهبردهای حمایتی و مورد غفلت قرار گرفته مربوط تیپ‌های ۱ و ۲ توضیحاتی داده شد. دانشجویان در مورد سبک صحبت، سبک کار، رویکرد به حل مسئله، نوع سالم و بیمار هر تیپ، نقطه کور این دو تیپ، خصوصیات که آن‌ها در دیگران می‌پسندند، نگاه دیگران به آن‌ها و خصوصیات افراد کمال‌گرا با بال قوی تیپ ۹ یا تیپ ۲ و خصوصیات افراد مهرطلب با بال قوی تیپ ۳ یا تیپ ۱ مطالبی را آموختند. جلسه سوم نیز کاملاً مشابه جلسه دوم، برای تیپ‌های ۳ و ۴ اجرا گردید، اشاره می‌شود که بال قوی تیپ موفقیت طلب (تیپ ۳)، تیپ ۲ و یا تیپ ۴ می‌باشد و بال قوی تیپ رمانتیک (تیپ ۴) تیپ ۳ و یا ۵ است. در جلسه چهارم نیز کاملاً مشابه جلسات قبل، برای تیپ‌های شماره ۵ یعنی شخصیت فکور (با بال قوی تیپ ۴ و یا تیپ ۶) و تیپ شخصیت شماره ۶ (وفاجو) با بال قوی تیپ ۵ و یا تیپ ۷، اجرا گردید. جلسه پنجم به تیپ‌های خوش‌خو (شماره ۷) و کنترل‌کننده (شماره ۸) و بال‌های قوی آن‌ها و جلسه ششم به تیپ شخصیت صلحجو (شماره ۹) اختصاص یافت. و در ادامه جلسه ششم به سوالات آزمودنی‌ها در مورد تیپ خودشان، پاسخ داده شد.

آزمون سازگاری تحصیلی قبل و بعد از اتمام کلاس‌های آموزشی برای هر دو گروه مورد مطالعه اجرا شد.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی زیر مقیاس‌های سازگاری با دانشگاه در گروه‌های آزمایش و کنترل

تعداد	پس آزمون				پیش آزمون				گروه‌ها	شاخص متغیر
	بیشترین	کمترین	انحراف استاندارد	میانگین	بیشترین	کمترین	انحراف استاندارد	میانگین		
۶۰	۱۰۹	۴۹	۹/۴۹	۷۷/۳۲	۱۰۹	۴۹	۱۳/۶۵	۸۰/۸۷	کنترل	سازگاری تحصیلی
۶۰	۱۱۶	۶۱	۱۰/۷۵	۸۳/۰۵	۱۱۲	۵۷	۱۰/۴۳	۸۰/۳۷	آزمایش	
۱۲۰	۱۱۶	۵۳	۱۰/۵۰	۸۰/۱۸	۱۱۲	۴۹	۱۲/۱۰	۸۰/۶۲	کل	
۶۰	۸۸	۴۵	۸/۶۸	۶۴/۸۵	۸۸	۴۵	۱۰/۷۹	۶۸/۰۷	کنترل	سازگاری اجتماعی
۶۰	۸۹	۵۰	۹/۳۲	۶۹/۲۷	۸۹	۳۹	۱۰/۴۶	۶۷/۱۲	آزمایش	
۱۲۰	۸۹	۴۵	۹/۲۴	۶۷/۰۶	۸۹	۳۹	۱۰/۵۹	۶۷/۵۹	کل	
۶۰	۶۵	۳۲	۷/۸۱	۵۰/۳۰	۷۵	۳۲	۱۰/۳۳	۵۳/۸۷	کنترل	سازگاری عاطفی-شخصی
۶۰	۷۲	۳۳	۸/۷۴	۵۳/۴۲	۷۲	۳۳	۸/۹۴	۵۳/۱۵	آزمایش	
۱۲۰	۳۷	۳۲	۸/۴۰	۵۱/۸۶	۷۲	۳۲	۹/۶۳	۵۳/۵۱	کل	
۶۰	۴۰	۱۶	۶/۱۳	۲۸/۳۸	۴۰	۲۰	۴/۷۳	۳۲/۶۲	کنترل	دلبستگی به-دانشگاه
۶۰	۴۰	۲۴	۴/۵۰	۳۱/۹۸	۴۰	۱۹	۴/۴۷	۳۱/۷۸	آزمایش	
۱۲۰	۴۰	۱۶	۵/۶۵	۳۰/۱۸	۴۰	۱۶	۴/۶۰	۳۲/۲۰	کل	
۶۰	۲۷۵	۱۵۵	۲۵/۹۴	۲۲۰/۸۵	۲۹۹	۱۵۵	۳۰/۹۷	۲۳۵/۴۱	کنترل	نمره کل سازگاری تحصیلی
۶۰	۳۰۳	۱۸۷	۲۶/۴۱	۲۳۷/۷۲	۳۰۶	۱۷۵	۲۸/۱۸	۲۳۲/۴۲	آزمایش	

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس گروه‌های مورد مطالعه در نمره کل سازگاری با دانشگاه

شاخص	SS	df	MS	F	P	n
منبع تغییر						
مقدار ثابت	۱۰۳۲۳/۴۷۹	۱	۱۰۳۲۳/۴۷۹	۳۳/۵۹۵	۰/۰۰۰	۰/۲۲۵
گروه	۱۰۶۳۴/۰۷	۱	۱۰۶۳۴/۰۷	۳۴/۹۷	۰/۰۰۰	۰/۲۳۰
هم متغیر	۴۵۲۸۳/۹۸	۱	۴۵۲۸۳/۹۸	۱۴۸/۹۰	۰/۰۰۰	۰/۵۶۰
مقدار خطا	۳۵۵۸۱/۸۵	۱۱۷	۳۰۴/۱۲			
جمع	۶۳۹۷۹۰۲	۱۲۰				

$$R = ۰/۶۰۲, R^2 = ۰/۵۹۵$$

جدول ۳: میانگین تعدیل شده متغیر سازگاری در پس آزمون

گروه	میانگین	خطای استاندارد	حد پایین	حد بالا
آزمایش	۲۳۸/۷۱	۲/۲۵	۲۳۴/۲۵	۲۳۴/۱۷
کنترل	۲۱۹/۸۶	۲/۲۵	۲۱۵/۴۰	۲۲۴/۳۲

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس دو گروه کنترل و آزمایش در زیر مقیاس‌های سازگاری با دانشگاه

مجدور انا	معنی داری	F	میانگین مجدورات	مجموع مجدورات	شاخص منبع تغییر	زیر مقیاس
۰/۱۲۳	۰/۰۰۰	۱۶/۴۰	۱۰۷۴/۶۹	۱۰۷۴/۶۹	گروه	سازگاری تحصیلی*
۰/۳۶۸	۰/۰۰۰	۶۸/۱۵	۴۴۶۴/۹۲	۴۴۶۴/۹۲	هم متغیر	
۰/۱۰۵	۰/۰۰۰	۱۳/۷۹	۷۱۹/۲۱	۷۱۹/۲۱	گروه	سازگاری اجتماعی**
۰/۳۶۲	۰/۰۰۰	۶۶/۵۰	۳۴۶۸/۶۲	۳۴۶۸/۶۲	هم متغیر	
۰/۰۶	۰/۰۰۷	۷/۴۷	۳۵۸/۱۲	۳۵۸/۱۲	گروه	سازگاری عاطفی- شخصی***
۰/۳۰۷	۰/۰۰۰	۵۱/۹۴	۲۴۹۰/۱۱	۲۴۹۰/۱۱	هم متغیر	
۰/۱۳۶	۰/۰۰۰	۱۸/۴۰	۴۶۵/۴۲	۴۶۵/۴۲	گروه	دلبستگی به دانشگاه****
۰/۱۳۳	۰/۰۰۰	۱۷/۹۷	۴۵۴/۱۴	۴۵۴/۱۴	هم متغیر	

* $R = ۰/۴۱۶$ ، $R^2 = ۰/۴۰۶$ ، $R = ۰/۳۹۹$ ، $R^2 = ۰/۳۸۹$

*** $R = ۰/۳۳۲$ ، $R^2 = ۰/۳۲۰$ ، $R = ۰/۲۲۲$ ، $R^2 = ۰/۲۰۲$

تحقیق مبادرت شد که در این قسمت به بحث و تحلیل یافته‌های مطالعه حاضر پرداخته می‌شود. با توجه به یافته‌های آماری حاصل از تحلیل کواریانس مشخص شد که آشنایی با تیپ‌های شخصیتی انیه گرم راهبرد کمکی نسبتاً موثر در زمینه سازگاری تحصیلی می‌باشد. یافته‌های مطالعه حاضر با تحقیقات یاد شده همسو می‌باشد [۳۷، ۳۶، ۲۹]. در مطالعات ذکر شده آموزش انیه گرم بر سازگاری زوجین و افزایش عزت نفس تاثیر داشته است [۳۳] [۳۷، ۳۸]. و در مطالعه حاضر نیز آشنایی با تیپ‌های نه گانه انیه گرم در افزایش سازگاری تحصیلی آزمودنی‌های مورد مطالعه موثر بوده است.

در تبیین این یافته می‌توان اشاره کرد که اگر فردی با خصوصیات، نقاط ضعف و قوت تیپ شخصیت خود آشنا می‌شود می‌تواند با تکیه بر نقاط قوت، نقاط ضعف خود را تعدیل دهد، و در مورد سختی‌ها و ناهمواری‌های زندگی واقع‌گرا شود. هدف از خودشناسی این است که افراد تیپ خود را تشخیص دهند، ابعاد سالم و ناسالم تیپ خود را بشناسند و به قسمت میانه و بالاخره به بعد سالم نزدیک شوند. زمانی که شخص درک می‌کند که دیگران چگونه فکر و احساس می‌کنند، بیشتر صبور می‌شود و نیز تحمل، پذیرش و درک دیگران برای او

در نهایت تحلیل کواریانس برای زیر مقیاس‌های آزمون سازگاری تحصیلی محاسبه شد. نتایج در جدول شماره ۴ آمده است.

با توجه به نتایج حاصل از آماره‌های توصیفی، معناداری ضریب F، و در نهایت آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که شرکت در کلاس‌های انیه گرم بر گروه آزمایش موثر بوده و تفاوت معنی‌داری بین میانگین‌های دو گروه وجود دارد. شرکت در کلاس‌های آشنایی با تیپ‌های شخصیت انیه گرم توانست باعث افزایش میانگین در همه زیرمقیاس‌های سازگاری با دانشگاه در گروه آزمایش شود.

در مطالعه حاضر، سازگاری با دانشگاه در دانشجویان دختر و پسر مورد مقایسه قرار گرفت. یافته‌های حاصل از آزمون t بر اساس تفاضل نمرات پیش‌آزمون از پس آزمون نشان داد که در هیچ یک از زیر مقیاس‌های آزمون سازگاری با دانشگاه تفاوت معناداری بین دو گروه دانشجویان دختر و پسر وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

برای دست یابی به اهداف پژوهش و پاسخ علمی به سوالی که برای پژوهشگر مطرح بود به آزمون فرضیه

امکان پیگیری تاثیر آموزش بعد از چند ماه مقدور نشد، که محدودیت دیگر مطالعه حاضر بود. علی‌رغم محدودیت ذکر شده، با عنایت به نتایج تحقیق، پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آینده رابطه متغیرهای دیگر با تیپ‌های شخصیتی انیه گرم بررسی شود. همچنین با توجه به این که در نتیجه آشنایی دانشجویان با تیپ‌های انیه گرم، سازگاری تحصیلی در گروه آزمایش افزایش یافت. لذا پیشنهاد می‌شود برنامه‌هایی جهت آموزش تیپ‌های انیه گرم برای دانشجویان طرح‌ریزی و اجرا شود. چرا که جوانان امروز سرمایه و سازندگان آینده کشور هستند. بنابراین توانمندساختن آنان برای زندگی آینده گامی مهم خواهد بود.

منابع

- 1-Schmidt C K, Welsh A C. (2011). College Adjustment and Subjective Well-Being When Coping With a Family Member's Illness. *Journal of Counseling & Development*. Volume 88, Issue 4, pp 397-406.
- ۲- خجسته مهر، رضا. (۱۳۸۷). بررسی روابط مهارت‌های اجتماعی با سازگاری تحصیلی دانشجویان دانشگاهی در دانشجویان دختر دانشگاه شهید بهشتی. چمران. چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. صص ۱۴-۱۶
- 3- Tao, S., Dong, Q., Pratt, M. W., Hunsberger, B., & Pancer, S. M. (2000). Social support: Relations to coping and adjustment during the transition to university in the Peoples' Republic of China. *Journal of Adolescent Research*, 15, 123-144.
- 4- Scher, K. J., Wood, P" K., & Gotham, H. J. (1996). The course of psychological distress in college: A prospective high-risk study. *Journal of College student Development*. 37, 42- 50.
- 5- Mccarthy, c. J.. Brack, c. J., Hsin-tine, T. L., & carlson, M. H. (1998). Relationship of college students-' current attachment to appraisals of parental conflict. *Journal of College Counseling*, 1, 135-154.

آسانتر می‌شود. بنابراین با تشخیص دفاع‌های روانی و هیجانی مخصوص هر تیپ، شرکت کنندگان فرصت‌هایی را برای رشد و سلامت شخصی به دست می‌آورند [۳۱]. در مطالعه حاضر پس از اتمام جلسات آموزشی، افراد شرکت کننده اظهار کردند که با شناخت هرچه بیشتر خود و خواسته‌هایشان بهتر می‌توانند فشارها و استرس‌های محیط آموزشی را تحمل کنند که این خود می‌تواند به عنوان نوعی بهبود در سازگاری با دانشگاه مدنظر قرار گیرد. از آنجاییکه سازگاری با محیط و کنار آمدن با واقعیت‌های زندگی از مهمترین دغدغه‌های انسان امروزی است و روند فعلی آموزش عالی در ایران بر اهمیت چگونگی سازگاری دانشجویان با محیط دانشگاه تأکید دارد. لذا نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آشنا شدن دانشجویان با لایه‌های رشد فردی در تیپ خود به آنان کمک می‌کند تا انتظارات و باورهای ناسازگار خود را تغییر دهند و به جای سرزنش خود و دیگران در جهت رشد خود و چگونگی سازگاری با محیط قدم بردارند. نتایج مطالعه حاضر برای مشاوران آموزشی اهمیت زیادی دارد و در مداخلاتی که برای سازگاری دانشجویان صورت می‌گیرد باید اهمیت متغیر خودشناسی در نظر گرفته شود.

لازم به ذکر است که پژوهش‌های مداخله‌ای اندکی در رابطه با سازگاری تحصیلی انجام شده است. با وجود توجه به جایگاه تیپ‌شناسی انیه گرم در جهان، و اهمیتی که در جهان به برگزاری کلاس‌ها و ایجاد انیسیتوهای خودشناسی داده می‌شود، در ایران هنوز این تیپ‌شناسی جایگاه خود را در تحقیقات پیدا نکرده است. مطالعات اندکی در ارتباط با تیپ‌های شخصیتی انیه گرم در فرهنگ ایرانی وجود دارد. مطالعه ای حاضر، برای نخستین بار در ایران به بررسی تاثیر آموزش انیه گرم بر افزایش سازگاری تحصیلی پرداخته است. بنابراین امکان مقایسه نتایج با سایر مطالعات در فرهنگ ایران وجود نداشت، که این مسئله از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌باشد. از آنجاییکه اتمام جلسات با تعطیلی دانشگاه برای امتحانات و سپس تعطیلات تابستان مصادف بود، لذا

- ۱۵- شفیق آبادی، عبدالله؛ ناصری، غلامرضا. (۱۳۸۸). نظریه های مشاوره و روان درمانی. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- ۱۶- شکری، امید؛ کدیور، پروین؛ غنایی، زهرا؛ دانشورپور، زیبا؛ مولایی، محمد. (۱۳۸۶). تاثیر صفات شخصیت، استرس تحصیلی را بر عملکرد تحصیلی دانشجویان. مجله‌ی مطالعات روانشناختی. دوره‌ی ۳ شماره‌ی ۳، صص ۳۶-۴۶.
- ۱۷- عیدیان، مریم. (۱۳۸۴). بررسی و مقایسه رابطه بین سازگاری و عزت نفس و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دختر و پسر دبیرستانهای دولتی شهرستان اسفراین در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴. پایان نامه دروه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه شهید بهشتی.
- 18- Joussemet, M., Koestner, R., Lokes, N., Landry, R. (2005). A Longitudinal Study of the Relationship of Maternal Autonomy Support to Children's Adjustment and Achievement in School. *Journal of Personality*. 73:5, 1215-1236.
- 19- Bart, O., Hajami, D., & Bar-Haim, Y. (2007). Predicting school adjustment from motor abilities in kindergarten. *Journal of Infant and Child Development*, 16, 597-615.
- 20- Blustein, D.L., Judd, T. P., Krom, J., Viniar, B. (1986). Identifying predictors of academic performance of community college students. *Journal of college student personal*. 27, 242-249.
- 21- Gerdes, H.; Mallinckrodt, B. (1994). Emotional, social, and academic adjustment of college student: A longitudinal study of retention. *Journal of counseling and development*, 72, 281- 288.
- ۲۲- کافی، موسی. (۱۳۸۷). بررسی تطبیقی سازگاری تحصیلی در دانشجویان روزانه و شبانه دانشگاه گیلان. چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. شیراز: معاونت فرهنگی و مشاوره دانشگاه شیراز.
- ۶- روشن، رسول؛ شعیری، محمد رضا؛ یعقوبی، حمید. (۱۳۸۲). تاثیر رابط مشاوران همسان در ارتقای سلامت روانی و سازگاری دانشجویان جدیدالورود غیر بومی. دانشور رفتار (روانشناسی بالینی و شخصیت). سال ۱۲، شماره ۱۰، ص ۳۵.
- 7- Hwang, K., & Wang, M. K. (2011). The effect of Stressors, Living Support, and Adjustment on Learning Performance of International Students in Taiwan. *The journal of social Behavior and Personality*. 6, 51-63.
- 8- Hibbard, D. R. & Davies K. L. (2011). Perfectionism and Psychological Adjustment among College Students: Does Educational Context Matter? *North American Journal of Psychology*, Vol. 13, No. 2, 187-200.
- 9- Dilekmen M. (2007). Orientation program and adaptation of university students. *Journal of Psychological Report*. 101(3 Pt 2):1141-4.
- 10- Spear, L.P. (2000). The adolescent brain and age related behavioral manifestations. *Journal of Neuroscience and behavioral Reviews*, 24, 417 - 463.
- 11- Berzonsky, M. D., & Kuk, L. (2005). Identity style, psychosocial maturity and academic Performance, personality and individual different, *European Journal of Personality*. 39 (1), 235-247.
- 12- Shah K J, Jambheshwar G. (2012). A study on social maturity, school adjustment and academic achievement among residential school girls. *Journal of Education and Practice*. Vol: 3, No 7, 2012. www.iiste.org
- ۱۳- امامی، رزیتا؛ اعتمادی، عذرا. (۱۳۹۱). رابطه میان سبک دلبستگی و سازگاری اجتماعی. *دوفصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت*. سال ۱۹، شماره ۶، ص ۱۶.
- ۱۴- شولتز، دوان پی. (۱۳۸۱). نظریه های شخصیت. [ترجمه: یوسف کریمی، فرهاد جمهری، سیامک نقشبندی، بهزاد گودرزی، هادی بحیرایی، محمدرضا نیکخوا]. تهران: انتشارات ارسباران.

- 33- Jahnson. C.W. (2004). The Enneagram. Science in ancient artwork. www.earthmatrix.com. P,1-22.
- 34- Sudhir H. Kale.& Sangita, De.(2006). Using the enneagram for internal marketing in service establishments. Jornal of business papers. http://works.bepress.com/sudhir_kale.
- ۳۵- حسین پور، شهریار؛ رسول‌زاده طباطبایی، کاظم؛ خداپناهی، محمدکریم؛ کاظم‌نژاد، انوشیروان؛ خصری، ثریا.(۱۳۸۷). رابطه بین سطوح سازگاری و رگه‌های شخصیتی نوجوانان دانش‌آموز پایه‌ی سوم متوسطه‌ی منطقه ۳ شهر تهران. مجله علوم رفتاری. دوره ۲، شماره ۲، صص ۶۳-۷۴.
- ۳۶- سپهریان، فیروزه؛ قلاوندی، حسن. (۱۳۹۰). تاثیر آموزش تیپ‌های شخصیت انیه گرم بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده. سال اول، شماره ۲، صص ۱۶۱-۱۷۰.
- 37- K J L. (2002). The application of enneagram on psychological dimension in nursing Korean medical database. Retrieved from http://: www.kmbase,medric.or.kr.
- 38- Palmer H. (2011). Enneagram professional training program. Public workshops with Helen Palmer.
- 39- Beyers, W & Goossens, L, (2003). Psychological separation and adjustment to university: Moderating effects of gender, age, and perceived parenting style, Journal of Adolescent Research, 18, 363-382.
- 40- Brook, Judith S.; Balka, Elinor S.; Zhang, Chenshu S.; Pahl, Kerstin S.; Brook, David W. (2011). Adolescent academic adjustment factors and the trajectories of cigarette smoking from adolescence to the mid-thirties. International Journal of Mental Health, Volume 40 (1). P7
- 23- Pettas , K.R .(2006) . The relationship of parental monitoring to community college student adjustment and achievement Differences by gender, ethnicity, parental education level and student residence unpublished PN.D. Thesis, Carolina University.
- 24- Goodman, S. H., Brumley, H., Schwartz, K. R., & Purcell, D. W. (1993). Gender and age in the relation between stress and children's school adjustment. Journal of Early Adolescence .13, 329-345.
- 25- Alexander, K. L., Entwisle, D. R., & Olson, L. S. (2001). Schools, achievement, and inequality: A seasonal perspective. Journal of Educational Evaluation and Policy Analysis, 23, 171-191.
- 26- Pianta, R. C., & Stuhlman, M. W. (2004). Teacher – child relationships and children's success in the first years of school. Journal of School Psychology Review, 33, 444-458.
- 27- McDermott, P. A. (1995). Sex, race, class, and other demographics as explanations for children's ability and adjustment: A national appraisal. Journal of School Psychology, 33, 75-91.
- ۲۸- سپهریان آذر، فیروزه. (۱۳۹۱). روانشناسی تیپ‌های شخصیت انیه گرم: هوش هیجانی در تیپ‌های نه گانه انیه گرم. تهران: انتشارات رشد فرهنگ.
- ۲۹- عظیمی پور، پریسا؛ حسینیان، سیمین.(۱۳۸۹). توانمندسازی دانشجویان نسبت به شناخت ویژگی‌های شخصیتی خود و اثر آن بر حرمت نفس. پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. تهران: دانشگاه شاهد. ص ۲۳۸.
- 30- Tallon R.& Sikora, M. (2006).Awareness to action. Chicago: The university of Scranton center.
- 31- Palmer, H. (1995). Enneagram in love and work. USA: Harper San Francisco.
- ۳۲- دقیقیان، پروین. (۱۳۸۷). روانشناسی تیپ‌های شخصیتی نه گانه انیه گرم. تهران: انتشارات آشیانه کتاب.

42- Lanthier, R. P & Windham, R. C. (2004).
Internet use and college adjustment: The
moderating role of gender, Computers in
Human Behavior, 20(5), p 591-606.

۴۱- زکی، محمدعلی. (۱۳۸۹). سازگاری جوانان با
دانشگاه و رابطه آن با حمایت اجتماعی و بررسی
موردی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه اصفهان .
پژوهش جوانان، فرهنگ و جامعه. شماره ۴، ص
۱۰۷-۱۳۰.

اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر افسردگی والدین فرزندان مبتلا به سرطان

نویسندگان: مهدی اسکندری^۱، بهمن بهمنی^{۲*}، فریبا حسنی^۳،
علی اصغر دادخواه^۴ و مائده نقیبایی^۵

- ۱- کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.
- ۲- استادیار گروه مشاوره دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ۳- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
- ۴- استاد گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ۵- کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

*Email: bbahmani43@yahoo.com

چکیده

این مطالعه به منظور بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر افسردگی والدین فرزندان مبتلا به سرطان با استفاده از شیوه نیمه آزمایشی با پیش - پس آزمون و گروه گواه انجام گردید. برای این منظور ۳۰ والد (۲۴ تا ۵۴ ساله) که فرزندشان به دلیل ابتلا به بیماری سرطان در بیمارستان محک تحت درمان پزشکی قرار داشته و داوطلب شرکت در برنامه مشاوره بودند به تصادف در دو گروه آزمایشی و شاهد گمارده شدند. قبل از مداخله درمانی، هر دو گروه با آزمون افسردگی بک-II مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایشی در دوازده جلسه ۹۰ دقیقه ای گروه درمانی شناختی وجودگرا که به صورت ۲ جلسه در هفته اجرا گردید شرکت نمودند، در حالی که گروه شاهد در این مدت از هیچ گونه مداخله رسمی روانشناختی استفاده نکردند. در پایان مداخله، هر دو گروه مجدداً با آزمون مذکور مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-16 برای اجرای آزمون آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاکی از وجود تفاوت معنی دار در میزان افسردگی دو گروه به نفع گروه آزمایش ($p < 0/01$) بود و نشان داد که گروه درمانی شناختی وجودگرا می‌تواند در کاهش افسردگی والدین فرزندان مبتلا به سرطان موثر باشد.

کلید واژه‌ها: گروه درمانی شناختی وجودگرا، افسردگی، والدین فرزندان مبتلا به سرطان

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

داشخور
و هتار

• دریافت مقاله: ۹۱/۴/۵

• پذیرش مقاله: ۹۲/۲/۲۴

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

Clinical Psy. & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیست و یکم - دوره

جدید شماره ۱۰

بهار و تابستان ۱۳۹۳

مقدمه

در سایه پیشرفت‌های اخیر در علوم پزشکی، بیماری سرطان^۱ دیگر یک بیماری غیر قابل علاج محسوب نمی‌شود. شواهد حاکی از آن است که امروزه طول عمر بیماران مبتلا به انواع سرطان (حتی وقتی بیماری در موقعیتی بوده است که غیر قابل تشخیص داده شده) از هر زمان دیگری پیش تر است. این بدان معنی است که بیماری سرطان هر روز بیش از قبل در جرگه بیماری‌های مزمن قرار می‌گیرد [۱].

بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن^۲ و نیازمند به درمان و مراقبت همیشگی و خانواده‌های آنها، از یک سو آمیدی به درمان ندارند و از سوی دیگر این بیماریها به دلیل طبیعت شان، آرام آرام بر فعالیت عادی تمام دستگاه‌های بدن اثرات مخرب گذاشته و به تدریج افراد را در معرض عوارض روانشناختی قرار خواهند داد [۲].

اگرچه سرطان‌های دوران کودکی امروزه عموماً جزو بیماری‌های مزمن قرار گرفته اند اما تلاش‌هایی که برای درمان صورت می‌گیرد، همیشه موفقیت آمیز نبوده و کودک مبتلا به سرطان و خانواده اش ممکن است زندگی توأم با عدم اطمینان درباره آینده و ترس از مرگ را در پیش رو داشته باشند. خانواده‌ها باید در حفاظت از کودک بیمار خود، بر ترس غلبه کرده و تلاش نمایند تا در شرایط غیر طبیعی، تا جایی که امکان دارد زندگی را به طور طبیعی ادامه دهند [۳].

تقریباً تمامی شواهد موجود حکایت از آن دارد که تشخیص وجود بیماری سرطان در هر عضوی از خانواده با ایجاد نوعی بحران جدی و شدید برای سایر اعضای آن همراه است [۴].

در مواجهه با بیماری سرطان در بسیاری از موارد اعضاء خانواده علاوه بر ضربه روانی ناشی از احتمال مرگ عزیز با تجربیات جدید و نگران کننده دیگری که به درمان بیمار مربوط است- نظیر حضور مستمر در

بیمارستان، پرستاری از بیمار در منزل، مشاهده رنج و درد او و سایر بیماران، خستگی ناشی از بهم ریختن نظم زندگی و یا پذیرش مسئولیت‌های جدید- روبرو می‌شوند که ممکن است حداقل در ابتدا از حد توان مدیریت آنها خارج باشد. اگر چه احتمال مرگ یک عزیز، رویدادی بسیار دردناک برای اطرافیان او محسوب می‌شود اما وقتی مساله به از دست دادن فرزند مربوط شود می‌توان انتظار شرایط دشوار تری را برای والدین داشت [۵].

از یک منظر شاید بتوان واکنش روانی والدین به ابتلا فرزند به یک بیماری بالقوه مهلک را در دو گروه کلی دسته بندی کرد. نخست واکنش‌های عاطفی حاد و فوری مربوط به آگاهی از احتمال مرگ قریب الوقوع فرزند است که عموماً با درجات بالای آزرده‌گی روانی^۳ همراه است و بلافاصله بعد از اطلاع از تشخیص در افراد ایجاد می‌شود. دوم واکنش به فشارهای روانی مزمن است که در پی مواجه شدن با پیامدهای متعدد اقتصادی، خانوادگی، اجتماعی و فردی مراقبت از اینگونه بیماران ایجاد می‌شود [۶].

ماهیت تهدید کننده سرطان، استرس زیادی را برای خانواده مبتلایان به بار می‌آورد. مقابله با ترس‌های گوناگونی از قبیل ترس از مرگ، ترس از ناشناخته‌ها و مجهولات، ترس از عدم توانایی‌ها و محدودیت‌های خود، اجتناب ناپذیر است. افراد مجبور به ایجاد تغییرات قابل ملاحظه ای در زندگی روزانه خود هستند. وقتی خانواده با این واقعیت جدید (تشخیص سرطان در یکی از فرزندان) مواجه می‌گردد، ناگزیر به تغییر نقش هر یک از افراد در واحد خانواده می‌شود [۷].

پس از تشخیص سرطان در کودکان، والدین با خواسته‌ها و تقاضاهای جدیدی رو به رو می‌شوند. آنها نه تنها باید با خطر مرگ فرزند خود سازگار شوند و برای فرزند خود حمایت لازم را فراهم کنند، بلکه باید با مشکلات روزانه ای نیز که از برنامه درمانی شدید و

1. cancer
2. chronic diseases

3. distress reaction

وجود گرای یالوم^۵ در قالب فنون مشاوره گروهی که به نظر می‌رسیده در کاهش میزان افسردگی و افزایش امیدواری خاص بیماران سرطانی بیشترین اثر را داشته‌اند، عرضه شده است [۱۲].

کی سان مضامین وجودی نظیر نگرانی درباره مرگ، از دست دادن معنی، اندوه، تنهایی، آزادی و ارزشمندی را به عنوان چالش‌های کلیدی وجودی در مبتلایان به بیماری‌های صعب‌العلاجی که مردم تصور می‌کنند احتمال مرگ در آنها بالاست، در نظر می‌گیرد. علاوه بر این او تصور می‌کند که بیماران ممکن است در اثر تجربه هیجان‌های منفی مرتبط با مضامین وجودی فوق دچار افت شدید روحیه یا آنچه که او آزرده‌گی وجودی نیز نامیده است، شده و احساس بی‌کفایتی کنند [۱۳].

فتوکیان و همکاران در تحقیقی به منظور تعیین کیفیت زندگی بستگان درجه یک مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به سرطان در مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران؛ عنوان نمودند که تنها ۱/۷ درصد از آنها در وضعیت روانی مطلوب قرار داشتند [۱۴].

یه^۶ نشان داد گسترش معنی زندگی از طریق باورهای معنوی به انطباق والدین کودکان سرطانی با شرایط پیش‌آمده کمک شایانی می‌کند [۱۵].

بهمنی و همکاران در تحقیقی نشان دادند گروه درمانگری شناختی - هستی‌نگر، به رغم اینکه کی سان و همکاران آنرا روشی به ذات شناختی می‌دانند، لیکن تلفیق آن با مضامین هستی‌نگر و همچنین در قالب گروهی برای فراهم سازی حمایت اجتماعی و تسهیل ابراز هیجان‌ها باعث گردیده تا اثربخشی قابل توجهی داشته باشد. در این روش افراد مسئولیت بیشتری را نسبت به تغییر خود و دیگران می‌پذیرند. در مورد کاهش افسردگی بیماران نیز به نظر می‌رسد حضور در گروه، دیدن و الگو گرفتن از سایر افرادی که در موقعیت مشابه کنش‌وری خوبی داشته‌اند، سهیم کردن یکدیگر در غم و رنج و مشکلات

ناخوشایند و احتمالاً بستری شدن در بیمارستان فرزندشان ناشی می‌گردد، سازگار گردند. والدین مجبورند به فرزند خود کمک کنند تا با فرایندهای درمانی ناخوشایند و دردناک مقابله کند و هم‌زمان نیز، قرارهای درمان با بیمارستان را برنامه‌ریزی و مدیریت نمایند. از طرف دیگر آن‌ها مجبورند وظایف شغلی خود را در حالی که تغییرات اساسی در برنامه شخصی و خانوادگی‌شان ایجاد شده، انجام دهند. بنابراین جای تعجبی نیست که بسیاری از والدین پریشانی قابل توجه از جمله افسردگی را در این دوره تجربه می‌کنند [۸].

رجاجی^۱ و همکاران در تحقیقی به منظور بررسی مشکلات روانی - اجتماعی خانواده‌های دارای کودکان سرطانی عنوان کردند که ساختار خانواده به شدت نیازمند حمایت‌های روانشناختی و هیجانی می‌باشد. وی بهترین راه ارائه و ایجاد حمایت‌های روانشناختی شرکت در جلسات گروه درمانی معرفی می‌کند [۹].

وارنر^۲ و همکاران در پژوهشی با عنوان درمان اضطراب و آزرده‌گی‌های روانی در والدین کودکان سرطانی؛ نشان داد برای درمان این اضطرابها که والدین به علت بیماری فرزندان دچار آن گردیده‌اند می‌توان از رویکرد شناختی استفاده نمود [۱۰].

بریتبارت^۳ پس از بررسی اثربخشی گروه درمانی وجودی در مداخلات درمانی افراد مبتلا به سرطان، در مطالعه خود گزارش کرده است که افراد درگیر با بیماریهای مزمن به مرور زمان معنا و امید خود را از دست داده و دچار افسردگی می‌گردند. لذا درمانهای وجودی برای کاهش افسردگی و افزایش امید این دسته از بیماران یکی از مناسب‌ترین شیوه‌های درمانی است [۱۱].

گروه درمانی شناختی - وجودگرا نخستین بار توسط کی سان^۴ برای استفاده از مزایای حاصل از تلفیق آن جنبه‌هایی از دو رویکرد روان‌درمانی شناختی بک و

5. Yalom, E.
6. Yeh, CH.

1. Rajajee, S.
2. Warner, C.M.
3. Breitbart, W.
4. Kissane, D.W.

فرزندان مبتلا به سرطان آنها وجود دارد، طراحی شده است. مهمترین کاربرد یافته‌های این پژوهش در ارائه کمک‌های حمایتی به والدین این بیماران به عنوان افراد دردمندی است که گاه بیش از خود بیمار در معرض آسیب‌های روانی قرار دارند.

اینکه کدام یک از شیوه‌های مداخله در کاهش روان‌آزردگی‌های متعاقب سرطان، برای بیماران و خانواده‌های آنها موثر و بیش‌ترین کارآمدی را دارد، سئوالی است که پاسخ به آن می‌تواند علاوه بر ضرورت رعایت حقوق انسانی بیماران و خانواده‌ها، در استفاده از موثرترین روش‌های مداخله، کمک موثری نیز به صرفه‌جویی در زمان، نیرو و امکانات مراکز بهداشتی در پی داشته باشد. با توجه به مواجه شدن والدین با احتمال جدی مرگ قریب‌الوقوع فرزند خود و احساس فقدان و پوچی حاصل از آن، و همچنین اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر کاهش افسردگی بیماران سرطانی؛ مساله اساسی پژوهش حاضر این بوده که آیا گروه درمانی شناختی وجودگرا بر کاهش میزان افسردگی والدین کودکان مبتلا به سرطان اثرگذار است؟

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی مبتنی بر پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

آزمودنی

از بین جامعه آماری والدین کودکان مبتلا به سرطان مرتبط با بیمارستان خیریه حمایت از کودکان سرطانی (محک) (در سال ۱۳۹۰) که فرزندانشان به دلیل ابتلا به این بیماری تحت درمان پزشکی قرار داشتند، یک نمونه به حجم ۲۴ نفر برای دو گروه آزمایش و گواه؛ و با در نظر گرفتن دارا نبودن شرایط زیر بصورت غیر تصادفی انتخاب شدند (۱) کودکان مبتلا به سرطان مغز نبوده و یا مرگ قریب‌الوقوع آنها را تهدید نمی‌کرد، (۲) والدین

خود با دیگران و کاهش احساس تنهایی و قربانی شدن بر کاهش اضطراب‌های مرضی می‌تواند اثرگذار بوده و از آن طریق بر افزایش امیدواری موثر واقع شده باشد [۱۶].

کی سان و همکاران در تحقیقی که با عنوان گروه درمانی شناختی وجودگرا در بیماران دارای سرطان سینه انجام دادند؛ نشان دادند که با توجه به رویکردهای درمانی این شیوه درمانی می‌توان از میزان غم و اندوه بیماران کاسته، قدرت حل مساله آنان را افزایش داده و همچنین راهبردهای شناختی را در آنان ایجاد نمود [۱۲].

کی سان و همکاران در پژوهشی که با استفاده از طرح کوشش‌های کنترل شده تصادفی انجام دادند، نتیجه گرفته‌اند که شناخت درمانگری وجودی بر کاهش نشانه‌های کلی درماندگی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان غیر منتشر تاثیر مثبت دارد [۱۷].

کی سان و همکاران در مطالعه دیگری که مستقیماً به منظور بررسی احتمال تاثیر شناخت درمانگری وجودی بر افزایش طول عمر بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام داده‌اند، نتیجه گرفتند که گرچه گروه درمانگری شناختی وجودی بر افزایش طول عمر این بیماران موثر نیست، اما این روش گروه درمانی باعث کاهش شدید درماندگی روان‌شناختی، اضطراب و همچنین بهبود روابط خانوادگی می‌گردد [۱۸].

کی سان در تحقیقی دیگر با عنوان فراتر از بحث‌های درمانی: چالش‌های اجتماعی، افسردگی و راهبردهای درمانی برای آن در بیماران سرطانی؛ مجدداً یافته‌های قبلی خود را تائید کرده و نشان داد گروه درمانی شناختی وجودگرا بر روی طولانی‌تر شدن عمر بیماران مبتلا به سرطان تاثیری نمی‌گذارد؛ اما یافته‌ها حاکی از آن است که به شدت باعث افت میزان افسردگی بیماران می‌گردد [۱۹].

این طرح پژوهشی با توجه به کاستی‌های موجود در یافته‌های مبتنی بر طرح‌های آزمایشی یا شبه‌آزمایشی معتبر در مورد اثر بخشی روش‌های مداخله روان‌شناختی گوناگونی که با هدف کاهش درد و رنج روانی والدین

همبستگی با پرسشنامه اختصاری نشانه مرضی^۳ مطلوب بوده است [۲۲].

برنامه درمانی

در این پژوهش پروتکل اجرایی کی سان که توسط بهمنی اجرا شده بود با تعدیل و تطبیق خاص این پژوهش و بر اساس ویژگی‌های این گروه مورد استفاده قرار گرفت که شامل موارد زیر می‌باشد: (۱) جلسه مقدماتی: زمینه سازی استقرار عوامل اصلی و ضروری برای ایجاد فضای گروهی در کار با اعضا. معرفی کلی فرایند گروه درمانی شناختی وجودگرا، آشنایی مقدماتی اعضا با یکدیگر و اجرای پیش‌آزمون در ابتدا جلسه که تاثیر مداخله را به حداقل خود برساند. (۲) مشخص کردن اهداف و فرایند گروه درمانی شناختی وجودگرا. توضیح خطوط کلی جلسات که رعایت آنها برای شکل‌گیری فضای گروهی الزامی است. (۳) استقرار مطلوب سنت‌های شکل دهنده گروه از قبیل مسئولیت‌پذیری در قبال خود و دیگری، مشارکت فعال، تعبیر و تفسیر، رعایت حقوق دیگران و ... معرفی مفهوم اضطراب‌های وجودی و تفاوت آن با اضطراب‌های نوروتیک (۴) بدنه اصلی مداخله از این مرحله آغاز و تا مرحله ۱۰ ادامه خواهد داشت. هدف اصلی در این جلسه آشنا شدن با اضطراب مرگ به عنوان یک مضمون وجودی است که فرد نسبت به آن آگاهی یافته و به جای انکار و یا تحریف آنرا بپذیرد. (۵) آشنایی با مفهوم اضطراب تنهایی به عنوان یک مضمون وجودی. (۶) به چالش کشیدن باورهای غلط نظیر نحوست سرنوشت، تقدیر منفی، طالع نحس و تاوان گناه (۷) ادامه روند به چالش کشیدن باورهای غلط به عنوان منابع مهم اضطراب‌های نوروتیک (۸) کاهش ترس از عود بیماری کودکان به عنوان یک منبع مهم اضطراب (۹) کاهش اضطراب‌های ناشی از بهم خوردن تصویر تن و تصور از خویشتن کودکان (۱۰) چالش از دست دادن معنا زندگی (۱۱) بر اساس طرح کلی فرایند درمان، درمانگر از این

کودکان یا هر یک از اعضا خانواده، مبتلا به بیماری بسیار شدید دیگری نبودند، (۳) والدین کودکان یا هر یک از اعضا خانواده سابقه اختلال روان پزشکی شدید را نداشتند و (۴) والدینی که از تشخیص بیماری فرزندشان کم‌تر از یک ماه گذشته باشد (۵) والدینی که فرزند آنها در زمان تشخیص بیماری، بیش‌تر از ۱۸ سال نداشته باشد. شایان ذکر است با هدف پیشگیری از تاثیر منفی ریزش احتمالی آزمودنی‌ها، ۳۰ نمونه انتخاب گردید تا در صورت لزوم بتوان آنها را جایگزین نمود.

در جلسه دوم پرسشنامه‌های افسردگی بک - II بین افراد توزیع و پس از تکمیل جمع‌آوری گردید. سپس افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. برنامه بصورت هفته‌ای ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه با یک تنفس ۱۵ دقیقه‌ای در بین آن و در مجموع ۱۲ جلسه برای گروه آزمایشی برگزار گردید. همچنین به منظور رعایت حقوق انسانی و اخلاق حرفه‌ای؛ از آزمودنی‌های عضو گروه گواه دعوت گردید تا پس از اجرای پیش‌آزمون، در گروه درمانی شناختی وجودگرا شرکت کنند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه افسردگی تجدید نظر شده بک^۱: این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال در مورد افسردگی است که هر کدام از آنها دارای چهار گزینه و هر گزینه نمره‌ای بین ۰ تا ۳ را دارا می‌باشد. نمره کمتر از ۱۴ بیانگر حداقل نشانه‌ها، نمره ۱۴ تا ۱۹ بیانگر افسردگی خفیف، نمره ۲۰ تا ۲۸ بیانگر افسردگی متوسط و نمره ۲۹ تا ۶۳ بیانگر سطوح بالای افسردگی است [۲۰] و [۲۱]. دابسون^۲ و محمدخانی اعتبار کل این آزمون را برابر با ۰/۹۱ و دامنه ضرایب همبستگی هر ماده را با کل پرسشنامه (قدرت تشخیص سؤال) بین ۰/۶۸۱ و ۰/۴۵۴ گزارش کرده‌اند. روایی همگرای این مقیاس نیز از طریق محاسبه

3. brief symptom inventory (BSI)

1. beck depression inventory (BDI-II)

2. Dobson, S.

با توجه به اینکه معنی دار نبودن آزمون لوین به معنی تأیید فرض صفر می‌باشد، با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان نتیجه گرفت که واریانس‌های دو گروه آزمایش و شاهد در نمرات «افسردگی» یکسان بوده است.

نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیون متغییر افسردگی به عنوان پیش فرض تحلیل کوواریانس بررسی شده، سطح معنی داری اثر تقابل بزرگتر از $\alpha = 0/05$ می‌باشد، بنابراین فرضیه همگنی شیب خط رگرسیون نیز پذیرفته می‌شود؛ و می‌توان نتیجه گرفت که با توجه به نتایج آزمون لوین و یکسان بودن شیب خط رگرسیون می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده نمود.

در جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار F محاسبه شده (۳۲/۳۴) با درجه آزادی ۱ و ۲۱ از مقدار F جدول بزرگتر است. همچنین بر اساس نتایج جدول ۱ میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد کاهش یافته است که این تفاوت معنی دار است. شاخص اثر به دست آمده حاکی از این است که ۶۰ درصد کاهش افسردگی آزمودنی‌های شرکت کننده در گروه آزمایش را می‌توان به گروه درمانی شناختی- وجودگرا نسبت داد. بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه گروه درمانی شناختی- وجودگرا بر افسردگی والدین کودکان مبتلا به سرطان اثر دارد؛ با اطمینان ۰/۹۹ تأیید می‌گردد.

جلسه به بعد می‌کوشد تا ضمن روال عادی کار گروه برای بررسی منابع اضطراب غیر کارکردی و رفع آنها بتدریج گروه را آماده پایان دادن به دوره مداخله کند. هدف این مرحله استمرار فرایند بازبینی اهداف و برقراری جهت گیری‌های تازه در زندگی است (۱۲) زمینه سازی تعهد لازم برای کار مستمر و پیگیر برای رسیدن به اهداف جدید (۱۳) مطرح کردن احساس در مورد کلیت درمان، پیگیری نحوه ادامه تعامل با یکدیگر و سنجش پایانی.

روش تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس برای حذف اثر پیش آزمون و پس آزمون و همچنین مقایسه گروه‌ها استفاده شده است.

نتایج

توصیف آماری نمرات پیش آزمون و پس آزمون افسردگی آزمودنی‌های مورد مطالعه در جدول ۱ آمده است و نشان می‌دهد که میانگین نمره افسردگی و انحراف استاندارد در گروه آزمایشی در مرحله پیش آزمون به ترتیب برابر با ۲۲/۷۵ و ۷/۳۰ بوده و در مرحله پس آزمون به ترتیب به ۱۶/۴۱ با انحراف استاندارد ۶/۳۸ کاهش یافته است.

برای بررسی همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده گردید. بر اساس نتایج بدست آمده، همسانی واریانس‌های دو گروه در نمرات «افسردگی» در سطح ۹۵ درصد ($\alpha = 0/05$) معنی دار نمی‌باشد. به عبارت دیگر،

جدول ۱: توصیف آماری نمرات پیش آزمون و پس آزمون نمرات «افسردگی» افراد مورد مطالعه

افسردگی	آمار توصیفی			شاخص‌های مرکزی		شاخص‌های پراکندگی	
	تعداد	کمترین	بیشترین	میانه	میانگین	دامنه تغییرات	واریانس
آزمایش	پیش آزمون	۱۲	۱۴	۴۰	۲۷/۷۵	۲۶	۵۳/۲۹
	پس آزمون	۱۲	۶	۲۹	۱۶/۴۱	۲۳	۴۰/۸۱
شاهد	پیش آزمون	۱۲	۱۷	۴۱	۲۳/۹۱	۲۴	۵۴/۰۸
	پس آزمون	۱۲	۱۵	۳۸	۲۳/۴۱	۲۳	۴۳/۷۲

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمرات درمان شناختی-وجودگرا بر افسردگی والدین کودکان مبتلا به سرطان در گروه آزمایش و شاهد

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر
پیش آزمون	۵۸۸/۴۰	۱	۵۸۸/۴۰	۳۶/۱۹	۰/۰۰	۰/۶۳
گروه‌ها (مستقل)	۵۲۵/۹۳	۱	۵۲۵/۹۳	۳۲/۳۴	۰/۰۰	۰/۶۰
واریانس خطا	۳۴۱/۴۳	۲۱	۲۵/۱۶	-	-	-
مجموع	۱۰۷۴۴	۲۴	-	-	-	-

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها حاکی از آن هستند که گروه درمانگری شناختی وجودگرا در کاهش میانگین افسردگی والدین فرزندان مبتلا به سرطان موثر بوده و این تفاوت به لحاظ آماری معنا دار هستند.

یافته‌های پژوهش در مورد میانگین افسردگی گروه‌ها و همچنین امیدواری آنها، فرض عدم اختلاف معنی دار میانگین گروه‌ها را تأیید و شرط همسانی گروه‌ها را برقرار نشان می‌دهد. به این ترتیب با اطمینان کافی می‌توان به بررسی و بحث در مورد نتایج بدست آمده از آزمون فرض‌ها پرداخت.

کی سان معتقد است در گروههایی که افراد درگیر بیماری‌های مزمن می‌گردند، به مرور زمان معنا و امید خود را از دست داده و دچار افسردگی می‌گردند. لذا درمانهای وجودی با تلفیقی از راهبردهای شناختی برای کاهش افسردگی و افزایش امید این دسته از بیماران یکی از مناسب ترین شیوه‌های درمانی است. پژوهش‌های گذشته تا زمان تهیه این گزارش، با نتایج این پژوهش همخوان بوده اند [۲۳].

اینکه چگونه می‌توان تفاوت مشاهده شده در میزان اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا در این دو گروه را تبیین کرد، سوالی است که جواب آن می‌تواند با توجه به تأیید فرض وجود همسانی گروه‌ها، در محتوا و شیوه عمل این رویکرد درمانی در ایجاد تغییرات گروه آزمایش دانست.

به نظر می‌رسد عناصر مطرح شده در پروتکل درمانی و همچنین شیوه خاص گروهی اجرای مداخله، توانسته است تغییر مثبت و معنی داری را در کاهش افسردگی گروه آزمایش ایجاد کند. باید در نظر داشت که فضای درمان در مداخله شناختی وجودگرا، بر مبنای یک تعامل گروهی فعال پایه ریزی گردیده است؛ که خود می‌تواند یکی از دلایل مفید بودن این رویکرد محسوب گردد. در این روش افراد به صورت دایره وار، رو در روی یکدیگر نشسته و مسئولیت متقابل تسهیل ابراز هیجان و افکار یکدیگر را می‌پذیرند. بخشی از محتوای شیوه مداخله گروه درمانی شناختی وجودگرا که با استفاده از مفاهیم وجودی تهیه شده، به درک دنیای پدیداری مراجع و نوع مفهوم فرد از معنای زندگی توجه می‌کند. مهمترین دغدغه‌های والدین بیماران مبتلا به سرطان، ترس آنها از مرگ، تنهایی، بی اعتمادی به آینده و از دست دادن معنا است. این افراد ممکن است در اثر ترس از مواجه شدن با اضطراب‌های فوق روحیه خود را از دست داده و احساس خمودگی و افسردگی نمایند. به نظر کی سان روش مداخله ای مفید است که بتواند با سرعت و صراحت کافی به این ترس‌ها بپردازد و قابلیت کمک به کاهش آزدگی‌های روانی از جمله افسردگی را داشته باشد. علاوه بر اینها به منظور شناسایی خطاهای شناختی، آموزش‌هایی از طرف درمانگر در اختیار افراد قرار گرفته و اعضا در این خصوص نیز به یکدیگر کمک می‌کنند [۲۳].

و زمان بر است، والدین این کودکان نیز برای شرکت در پژوهش دارای محدودیت‌هایی بودند. محدود بودن اجرای مداخله در یک بیمارستان خیریه (محک) که اغلب مراجعه کنندگان آنها از قشر اقتصادی-اجتماعی متوسط به پایین جامعه بودند و فقدان سنجش پیگیری در مطالعه انجام شده از دیگر محدودیت‌های این طرح پژوهشی می‌باشد.

با توجه به موثر بودن این روش در کاهش افسردگی والدین کودکان مبتلا به سرطان، پیشنهاد می‌شود این روش بر روی والدین کودکان بیماریهای مزمن دیگر نیز اجرا گردد. پیشنهاد می‌شود اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا با انواع درمانهای شناختی دیگر در کاهش مشکلات روانشناختی بیماران مزمن و صعب‌العلاج مقایسه شود تا بتوان به موثرترین روش درمان این گروه دست یافت.

منابع

1- White, Craig A.(2001). Cognitive behavior therapy for chronic medical problems: a guide to assessment and treatment in practice. John Willy & Sons, LTD.

۲- جیمسون، لری، کاسپر، دنیس، فاوسی، آنتونی. (۱۳۸۸). اصول طب داخلی هاریسون: بیماریهای غدد و متابولیسم. ترجمه خ. سبحانیان. تهران: انتشارات ارجمند.

۳- انجمن سرطان آمریکا. (۱۳۸۸). سرطان‌های شایع کودکان و نوجوانان. ترجمه مانا بازی برون. بابل: انتشارات آویشن.

4- Schneider, M. (2000). Beacon in the storm: an explosion of the spirituality and faith of parents whose children have cancer. Journal of comprehensive pediatric nursing.

۵- برآبادی، حامد. (۱۳۸۳). بررسی میزان اثربخشی روان‌درمانی حمایتی به شیوه گروهی بر کاهش اختلالات روانی افراد مبتلا به سرطان. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.

کی سان و همکاران در تحقیقی که با عنوان گروه درمانی شناختی وجودگرا در بیماران دارای سرطان سینه انجام دادند؛ نشان دادند که این شیوه درمانی می‌تواند از میزان غم و اندوه بیماران کاسته، قدرت حل مساله آنان را افزایش داده و همچنین راهبردهای شناختی را در آنان ایجاد نمود [۱۲].

به نظر تورن^۱ درمان شناختی برای بیماران دارای دردهای مزمن یکی از موثرترین رویکردها می‌باشد؛ این شیوه درمانی می‌تواند باعث کاهش خشم، اضطراب، ترس و افسردگی این دسته از بیماران گردد. نتایج تحقیقات قبلی نشان می‌دهد که این رویکرد به صورت گروهی موثرتر و از لحاظ اقتصادی نیز مقرون به صرفه تر می‌باشد. افراد در گروههای درمانی مسایل زیادی را در بازخوردهایی که از هم دریافت می‌کنند یاد خواهند گرفت [۲۴].

کی سان در تحقیقی دیگر با عنوان فراتر از بحث‌های درمانی: چالش‌های اجتماعی، افسردگی و راهبردهای درمانی برای آن در بیماران سرطانی؛ مجددا یافته‌های قبلی خود را تأیید کرده و نشان داد گروه درمانی شناختی وجودگرا بر روی طولانی تر شدن عمر بیماران مبتلا به سرطان تأثیری نمی‌گذارد؛ اما یافته‌ها حاکی از آن است که به شدت باعث افت میزان افسردگی بیماران می‌گردد [۲۵].

کاهش افسردگی بر اثر مداخله گروه درمانی شناختی وجودگرا نشان دهنده این است که برنامه مداخله با حوزه نیازهای والدین فرزندان مبتلا به سرطان؛ از قبیل میزان تنش درمان، احتمال از دست دادن فرزند و بارز شدن اضطراب‌های وجودی؛ رابطه دارد.

پژوهش حاضر نیز مانند هر پژوهش دیگر با محدودیتهایی روبرو بوده‌است که از آن میان می‌توان به محدود بودن حجم نمونه که تعمیم یافته‌ها را با موانعی مواجه می‌کند، اشاره کرد. با توجه به اینکه پرستاری از کودک مبتلا به سرطان شرایط خاص و ویژه‌ای را می‌طلبد و برای خانواده بسیار هزینه‌بر

1. Thorn, B.E.

- ۱۴- فتوکیان، زهرا، عالیخانی، مریم، سلمان یزدی، ناهید، جمشیدی، روح انگیز. (۱۳۸۳). بررسی کیفیت زندگی بستگان درجه یک مراقبت کننده از بیماران مبتلا به سرطان. فصلنامه پرستاری ایران. سال هفدهم. شماره ۳۸. ص ۹۳ - ۱۰۲.
15. Yeh, Ch. (2001). Development and testing of the parental coping strategy inventory (PCSI) with children with cancer in Taiwan. *J Advanced Nurse*. 36(1):78-88.
- ۱۶- بهمنی، بهمن، اعتمادی، احمد، شفیع آبادی، عبدالله، دلاور، علی، قنبری مطلق، علی. (۱۳۸۹). گروه درمانگری شناختی - هستی نگر و شناخت درمانگری آموزش محور در بیماران مبتلا به سرطان سینه. فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، سال ۶، شماره ۲۳، ص ۲۱۴-۲۰۱.
- 17- Kissane, D.W., Bloch, S., Smith, G., Miach, P., Clarke, D., Ikin, J., Love, A., Ranieri, N., & Mckenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 12, 532-546.
- 18- Kissane, D.W., Love, A., Hatton, A., Bloch, S., Smith, G., Clarke, D.M., Miach, P., Ikin, J., Ranieri, N. and Snyder, R.D. (2004). Effect of Cognitive-Existential Group Therapy on Survival in Early-Stage Breast Cancer. *Journal of clinical oncology*. Vol:22:4255-4260.
- 19- Kissane, D. (2009). Beyond the psychotherapy and survival debate: the challenge of social disparity, depression and treatment adherence in psychosocial cancer care. *Psycho oncology Journal*. Vol.18, Iss.1, 1-5.
- ۲۰- عبدالکریمی، ماندانا؛ موسوی، سید ولی اله؛ کوشا، مریم و خسرو جاوید، مهناز. (۱۳۹۱). تاثیر آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار بر میزان افسردگی و اضطراب مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - کمبود توجه. دو فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت. سال نوزدهم. شماره ۶. ص ۴۵-۵۶.
- 6- Pirl, W.F.(2004). Evidence report on the occurrence, assessment and treatment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer institute Monographs*.
- 7- Meitar, D. (2004). The Family of the Child with cancer. Inm Kreitler, S., & Weyl Ben Arush, M. (Eds), *Psychosocial aspects of pediatric oncology*. England : John Wiley & Sons.
- ۸- بانکی، یاسمن، فاتحی، مریم، و مداحی، پروین. (۱۳۸۹). بررسی شاخص‌های سلامت روانی والدین کودکان مبتلا به سرطان. تهران: موسسه خیریه حمایت از کودکان مبتلا به سرطان (محک)، گزارش چاپ نشده.
- 9- Rajajee, S., Ezhilarasi, S., Indumathi, D. (2007). Psychosocial problems in families of children with cancer. *Indian journal of pediatrics*. Vol 74:837-839.
- 10- Warner, C.M., Ludwig, K., Sweeney, C., Hogan, L., Ryan, J., Carroll, W. (2011). Treating persistent distress and anxiety in parents of children with cancer. *Journal of pediatric oncology nursing*. Vol.28, No.4, 224-230.
- 11- Breitbart, W. (2001). Spirituality and meaning in supportive care. *Supportive care in cancer*. Vol.10, No.4, 272-280.
- 12- Kissane, D.W., Bloch, S., Miach, P., Smith, G.C., Seddon, A. & Keks, N. (1997). Cognitive existential group therapy for patients with primary breast cancer. *Psycho Oncology Journal*. Vol.6, Iss.1, 25-33.
- ۱۳- بهمنی، بهمن. (۱۳۸۹). مقایسه اثر بخشی دو روش مداخله شناخت درمانی آموزش محور به سبک مایکل فری و گروه درمانی شناختی وجود گرا بر امیدواری، عزت نفس و کیفیت زندگی زنانی که پس از شروع درمان سرطان غیر منتشر سینه علائم افسردگی از خود بروز داده اند. پایان نامه دکتری، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.

- 23- Kissane, D., Bultz, B., Butow, P. & Finlay, I. (2011). Handbook of Communication in oncology and palliative care. Oxford University Press.
- 24- Thorn, B.E. (2005). Cognitive Therapy for Chronic Pain. National Register of health service providers in psychology. Washington DC.
- 25- Kissane, D., Maj, M. & Sartorius, N. (2011). Depression and Cancer. Wiley; 2 edition.
- ۲۱- آقایی، الهام؛ عابدی، احمد و پاقلعه، سمیه جمالی. (۱۳۹۱). فراتحلیل اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری بر میزان نشانه‌های افسردگی. دو فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت. سال نوزدهم. شماره ۶. ص ۶۹-۸۰.
- ۲۲- دابسون، کیت استفان و محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۶). مختصات روان سنجی پرسشنامه افسردگی بک ۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. توانبخشی. فصلنامه توانبخشی. دوره هشتم. ویژه نامه توانبخشی در بیماریها و اختلالات روانی. ص ۸۰-۸۶.

رابطه علی ادراک بیماری، پیروی دارویی و کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به پارکینسون

نویسندگان: زیبا برقی ایرانی^{۱*}، مهناز علی اکبری دهکردی^۲، حسین زارع^۳، احمد علی پور^۴ و غلامعلی شهیدی^۵

- ۱- استادیار روانشناسی دانشگاه پیام نور.
- ۲- دانشیار روانشناسی دانشگاه پیام نور.
- ۳- استاد روانشناسی دانشگاه پیام نور.
- ۴- استاد روانشناسی دانشگاه پیام نور.
- ۵- استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران.

*Email: z_irani@pnu.ac.ir

چکیده

بیماری پارکینسون نوعی اختلال تحلیل برنده سیستم عصبی مرکزی در سالمندان است پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه علی ادراک بیماری، پیروی دارویی و کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به بیماری پارکینسون اجرا شد. روش پژوهش در این مطالعه علی-همبستگی، جامعه آماری را کلیه بیماران سالمند مبتلا به پارکینسون تشکیل می دادند که ۱۰۰ نفر از بیماران به عنوان نمونه با روش نمونه گیری در دسترس، از میان آنها انتخاب شدند. ابزارهای اندازه گیری مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از: (۱) پرسشنامه دموگرافیک (محقق ساخته) (۲) مقیاس کیفیت زندگی (۳) پرسشنامه ادراک بیماری (Brief IPQ) (۴) پرسشنامه پیروی دارویی. نتایج حاکی از ارزیابی الگوی رابطه پیشنهادی با استفاده از الگویابی معادلات ساختاری است و تحلیل‌ها نشان دادند که داده‌ها به خوبی با مدل از لحاظ شاخص‌های برازندگی، برازش دارند ($CFI=0/91$ و $IFI=0/91$). تحلیل نشان داد که ادراک بیماری ($r=0/95$) و پیروی دارویی ($r=0/86$) با کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به پارکینسون رابطه مستقیم دارد ولی بین ادراک بیماری و پیروی دارویی رابطه مستقیمی وجود ندارد. بنابراین می توان نتیجه گیری کرد سلامتی دارای ابعاد متعددی است که بر کیفیت زندگی مؤثر می باشد و از طرفی عوامل روانشناختی چون ادراک بیماری و پیروی دارویی و کیفیت زندگی با هم رابطه دارند. به طوری که عوامل روان شناختی روی کیفیت زندگی اثر می گذارند که می توانند موجب مشکلات بهداشتی و بیماری در سالمندان مبتلا به پارکینسون گردد.

کلیدواژه‌ها: ادراک بیماری، پیروی دارویی، کیفیت زندگی، بیماری پارکینسون

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
رشتاد

• دریافت مقاله: ۹۲/۵/۹

• پذیرش مقاله: ۹۳/۲/۲۴

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

Clinical Psy. & Personality

دوفصلنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و یکم - دوره
جدید شماره ۱۰
بهار و تابستان ۱۳۹۳

مقدمه

کیفیت زندگی عبارتست از باورهای فرد در وضعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این باورها با انتظارات، معیارها و اولویت‌های در نظر افراد [۱]. عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی، بسته به دوره زمانی و شرایط فرهنگی متفاوت است ولی بطور کلی مؤلفه‌های کیفیت زندگی را می‌توان بر اساس ارزش‌های فردی و اجتماعی و فرهنگ ملی خاص تعریف کرد [۲]. البته بدون شک و تردید شرایط حاکم بر جامعه و وضعیت اقتصادی فرد نیز در کیفیت زندگی نقشی تعیین‌کننده دارند و یکی از این شرایط سالمندی و بخصوص ابتلا به بیماریهای مزمن دوره سالمندی است.

در جهان توسعه یافته و در حال توسعه، افراد عمر طولانی دارند و افزایش طول عمر در سراسر جوامع، هم یک دستاورد اجتماعی به شمار می‌آید و هم چالش فرا روی این جوامع است. طبق آمارهای جدید سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۱ برآورد شده که جمعیت سالمندان جهان در ۵۰ سال سه برابر افزایش خواهد داشت یعنی جمعیت ۶۰۶ میلیون نفری فعلی به دو میلیارد نفر در سال ۲۰۵۰ می‌رسد [۳].

سالمندان از تمام گروه‌های سنی ناهمگن‌ترند و غالباً تفاوت‌های آنها بیشتر از شباهت‌هایشان است [۴ و ۵]. در سالمندان احتمال شکل‌گیری یک بیماری مزمن جسمی با افزایش سن فرد بیشتر می‌شود. براساس زمینه‌یابی عمومی مربوط به خانواده که در سال ۱۹۹۸ در بریتانیا صورت گرفت، ۵۹ درصد افراد بین ۶۵ تا ۷۴ ساله و ۶۶ درصد افراد ۷۵ ساله و بالاتر تجربه ابتلا به یک بیماری و ناتوانی دیرپا معلولیت را گزارش کردند. رایج‌ترین بیماریهای مزمن بیماریهای عضلانی-اسکلتی، بیماریهای مربوط به گردش خون، بیماریهای قلبی و بیماریهای نورولوژیک هستند که با افزایش سن بیشتر می‌شود [۶].

بیماری پارکینسون نیز نوعی اختلال تحلیل‌برنده سیستم عصبی مرکزی در سالمندان است. علائم حرکتی این

بیماری در نتیجه مرگ سلول‌های تولیدکننده دوپامین در منطقه‌ای از مغز میانی به نام جسم خاکستری^۲ ایجاد می‌شود. که علت این مرگ سلولی هنوز مشخص نیست [۷].

اکثر این بیماران به نوع ایدیوپاتیک^۳ (بدون هیچ علت شناخته شده) به پارکینسون مبتلا می‌شوند. پارکینسون بطور معمول به عنوان یک بیماری غیر ژنتیکی در نظر گرفته می‌شود [۸].

بیماری پارکینسون دومین اختلال تحلیل‌برنده سیستم عصبی^۴ شایع بعد از بیماری آلزایمر است. میانگین سن شروع این بیماری ۶۰ سالگی است، اگرچه در ۵ تا ۱۰ درصد موارد که به عنوان پارکینسون با شروع در دوره جوانی اطلاق می‌شود، در سنین ۲۰ تا ۵۰ سالگی آغاز می‌گردد. شیوع این بیماری در میان کشورهای اروپایی در حدود ۱۰۸ تا ۲۵۷ مورد در هر صد هزار نفر (۱/۰ تا ۲۵/۰ درصد) گزارش شده است [۹]. پارکینسون در میان سالمندان بسیار شایع بوده و شیوع آن از ۱ درصد در افراد بیش از ۶۰ سال به ۴ درصد در افراد بالای ۸۰ سال افزایش پیدا می‌کند [۱۰]. شیوع پارکینسون در جمعیت عمومی ایران ۲ در صد هزار نفر است که این میزان در افراد بالای ۶۵ سال به ۲ در صد هزار نفر (۱۰ برابر) افزایش می‌یابد. بر همین اساس و با احتساب جمعیت ۷۵۱۴۹۶۶۹ میلیون نفری کشور در سال ۱۳۹۰، پیش بینی می‌شود بین ۱۵۰ تا ۱۶۰ هزار نفر بیمار مبتلا به پارکینسون در کشور وجود داشته باشد [۱۱].

بیماری پارکینسون حرکات افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سبب ایجاد اختلالات حرکتی می‌شود. بارزترین علائم حرکتی در شروع بیماری عبارتند از لرزش یا ترمور^۵، سفتی^۶، برادی کینزی^۷ یا کندی حرکت و اختلال در راه رفتن یا عدم تعادل وضعیتی^۸. علائم غیر حرکتی

2. Substantia Nigra
3. Idiopathic
4. Neurodegenerative
5. Tremor
6. Rigidity
7. Slowness of Movement
8. Postural Instability

1. Parkinson's Disease

ارزیابی نگرش فرد درباره عملکردش در چندین بعد از زندگی [۱۴] و ارزیابی اینکه به اعتقاد شخص کدام عوامل نقش بیشتری در کیفیت زندگی وی دارند از اهمیت اساسی برخوردار است. در اغلب مطالعات این ابعاد شامل سلامت جسمانی، روانی، هیجانی، اجتماعی، احساس ذهنی سلامتی، توانایی کارکردن است [۱۵].

بنابراین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ارزشی است که فرد علی رغم تأثیری که بیماری، جراحت یا درمان بر کنش وی، ادراکات و فرصت‌های اجتماعی او دارند، برای زندگی قایل است. کیفیت زندگی شرایطی است که خوب زیستن را امکان‌پذیر می‌سازد به نحوی که فرد در یک وضعیت مناسب جسمی، روانی و اجتماعی قادر به انجام فعالیتهای روزمره باشد و بیمار نیز از کارایی درمان، کنترل بیماری و یا بازتوانی احساس رضایت نماید. کیفیت زندگی شامل تمام عملکردهای زندگی مانند عملکرد احساسی، فیزیکی، شیمیایی، درد، خستگی و غیره می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به عنوان «ادراک فرد از موقعیت زندگی خود در زمینه فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در رابطه با اهداف، انتظارات، معیارها و دل مشغولی‌ها» تعریف کرده است. کیفیت زندگی به مثابه رضایت فرد از زندگی و محیط پیرامونی تعریف می‌شود که نیازها و سایر عوامل ملموس و غیرملموس را که بر بهزیستی همه جانبه‌ی فرد تأکید دارند، دربرمی‌گیرد [۱۶].

اخیراً نقش ادراک بیماری بر کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن مورد توجه قرار گرفته است. منظور از ادراک بیماری بازنمایی شناختی سازمان یافته بیمار از بیماری خود می‌باشد. بر اساس نظریه لونتال^۵ و همکاران (۱۹۹۸) بیمار رفتار و واکنش هیجانی خود نسبت به بیماری را بر اساس ادراکات خود از ماهیت، علل، پیامد، کنترل پذیری و درمان پذیری و مدت زمان بیماری تنظیم می‌نمایند. ادراک بیماری^۶ شامل اطلاعاتی در پنج بعد است: یعنی پرچسب و علائم مربوط به بیماری (مانند،

شامل اختلال عملکرد اتونومیک، مشکلات عصبی - روانی (خلق، شناخت، رفتار یا تغییرات فکری) و مشکلات حسی، کیفیت زندگی و خواب می‌باشد [۷]

مشکلات پیش روی مبتلایان به پارکینسون با کاهش کیفیت زندگی در مبتلایان و مراقبین آنها، افزایش مرگ و میر و افزایش احتمال نیاز به پرستار در منزل همراه است [۱۱].

رفتارهای برانگیزشی از قبیل مصرف و تمایل^۱ بیش از حد دارو، شرابخواری^۲، تمایل جنسی بیش از حد^۳ و قماربازی مرضی^۴ می‌تواند در بیماران مبتلا به پارکینسون دیده شود و با مصرف داروهایی که برای کنترل این بیماری مورد استفاده قرار می‌گیرند، ارتباط دارند [۷].

کیفیت زندگی مربوط به سلامت، جنبه‌هایی از زندگی را مدنظر قرار می‌دهد که بیشتر تحت تأثیر بیماری یا سلامت می‌باشند [۱۲] در یک تعریف کلی می‌توان گفت که کیفیت زندگی مربوط به سلامت بستگی به میزان تأثیر پذیری سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی فرد از یک بیماری یا درمان آن دارد. در این تعریف بر ذهنیت فرد و چند بعدی بودن کیفیت زندگی تأکید می‌شود. کیفیت زندگی مربوط به سلامت معرف نوعی برداشت ذهنی از بیماری یا درمان آن است. به همین دلیل، بیماران با وضعیت سلامت مشابه، به علت تفاوت‌های فردی مربوط به توقعات و راهبردهای مقابله‌ای، ممکن است کیفیت زندگی همسان نداشته باشند. حیطة جسمانی به درک بیمار به توانایی انجام فعالیت‌های روزانه و انرژی بیمار بستگی دارد. حیطة اجتماعی به انزوا، وابستگی، سطح روابط با خانواده و بستگان و شرایط دیگر محیط‌های اجتماعی دیگر وابسته است و بالاخره حیطة روانی آن در اشتراک با مفاهیم روانی و هیجان است و مسائلی چون ترس، خشم، سعادت، خوشی و اضطراب مطرح می‌شود [۱۳].

ذکر این نکته لازم است که در بررسی کیفیت زندگی،

1. Craving
2. Binge Eating
3. Hypersexuality
4. Pathological Gambling

5. Levental

6. Illness Perception

می دهد که گرچه برخی مطالعات بر نقش ادراک بیماری به عنوان پیش بینی کننده پیامدهای بیماری تأکید نموده اند اما مطالعات کافی در مورد ارتباط بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پارکینسون انجام نگرفته است یا این ارتباط به خوبی روشن نیست.

یکی از اساسی ترین نمونه‌ها و دل مشغولی‌های اغلب سالمندان مبتلا به پارکینسون و خانواده‌های آنان رسیدن به حد مطلوب زندگی که ممکن است ناشی از ادراک بیماری، کیفیت زندگی، پیروی دارویی، باشد در مجموع با توجه به پژوهش‌های انجام شده و با در نظر گرفتن ارتباط تنگاتنگ عوامل روانشناختی و تأثیر آن در بهبود عملکرد بیماری پارکینسون و با توجه به نقش عوامل و اهمیت روان‌شناختی در بروز این بیماری‌ها به منظور کاهش و به حداقل رساندن بروز این بیماری و یا ایجاد شرایط مناسب زندگی برای مبتلایان به پارکینسون این پژوهش دارای اهمیت ویژه‌ای خواهد بود.

بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین برآزش مدلی برای رابطه علی ادراک بیماری، پیروی دارویی و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری پارکینسون می باشد.

روش

آزمودنی

باتوجه به اینکه سالمندان از تمام گروه‌های سنی ناهمگن‌ترند و غالباً تفاوت‌هایشان بیشتر از شباهت‌هایشان است [۲ و ۳]. جامعه مطالعه حاضر افراد ۵۰ تا ۷۰ سال مبتلا به پارکینسون بود، که تعداد ۱۰۰ نفر را که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند و می‌توانستند تجربیات خود را در اختیار پژوهشگر قرار داده و در روند درمان مداخله ای قرار گیرند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرایط ورود به نمونه پژوهش عبارت بودند از:
۱- طبق نظر متخصص مغز و اعصاب مبتلا به بیماری پارکینسون تشخیص داده شده باشند؛ ۲- بیشتر از یک ماه تحت درمان دارویی لوودوپا، آگونیست‌های دوپامین قرار داشته باشند؛ ۳- پیشرفت بیماری به مرحله دمانس نرسیده باشد؛ ۴- تا ۵ سال قبل از تشخیص ابتلا به پارکینسون

ماهیت^۱ یا باور در مورد علل مسبب آغاز خستگی و ضعف)، علت^۲ یا ادراک فرد در مورد طول مدت بیماری^۳، مدت زمان بیماری بر حسب این که حاد، دوره ای یا مزمن است، پیامدها و یافته‌های مورد انتظار فرد از بیماری بر حسب اثرهای کنترل، اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی، و مؤثر بودن^۴ درمان و بهبود. ارتباط بین ادراک بیماری و پیامدهای بیماری های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. یافته‌ها بیانگر نقش قابل توجه ادراک بیماری در تعیین پیامدها و انطباق با بیماری‌ها نظیر آرتروز روماتوئید، بیماری هانتینگتون [۱۷]، دیابت [۱۸]، سکته قلبی [۱۹]، کلیوی [۲۰] و سرطان سر و گردن [۲۱] است.

از سویی دیگر عدم پیروی از رژیم درمانی که بصورت میزان عدم مطابقت رفتار افراد با توصیه‌های سلامتی یا درمانی تعریف می‌شود یک فرایند رفتاری پیچیده بوده و عوامل متعددی مانند خصوصیات فردی بیماران، رابطه متقابل پزشک و بیمار و سیستم مراقبت از سلامتی روی آن تأثیر می‌گذارد [۲۲ و ۲۳].

مطالعات اکارنوراک^۵ و همکاران در تایلدن نشان داد که که بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن با پذیرش درمان بهتر از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند [۲۴]. عدم پذیرش درمان از سوی بیماران یک مشکل مهم در کنترل بیماری و پیشگیری از مقاومت دارویی است [۲۵].

مطالعات فراوانی درباره عدم پیروی از رژیم درمان در سایر کشورها انجام گرفته است اما تحقیقات در این زمینه در کشور ما اندک بوده و با توجه به بار ارزشی ناشی از بیماری پارکینسون بر سلامت و کیفیت زندگی سالمندان جامعه لزوم انجام مطالعات در این زمینه محسوس می‌باشد.

نظر به اینکه جمعیت سالمندان کشور تا ۳۰ سال آینده رشد چشمگیری خواهد داشت، بنابراین تعداد بیماران مبتلا به پارکینسون نیز رشد فزاینده‌ای خواهد یافت.

جمع‌بندی کلی از مرور متون مربوط به موضوع نشان

1. Identity
2. Cause
3. Timeline
4. Consequences
5. Okanurak

زیرمقیاس‌ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ است. همچنین همبستگی نمرات زیرمقیاس‌های مقیاس مذکور با خودکارآمدی خاص بیماران مبتلا به آسم ۰/۴۷ تا ۰/۵۳ به دست آمد. روایی تفکیکی پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری از طریق مقایسه نمره‌های بیماران مبتلا به دیابت، آسم، درد قفسه سینه و سرماخوردگی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت [۲۸].

ج) پرسشنامه جهت ارزیابی پیروی دارویی: پرسشنامه پیروی ماریسکی^۱ در ۱۹۹۲ که شامل ۵ سوال می‌باشد که هر سوال دارای پاسخ مثبت و منفی است. به هر پاسخ مثبت یک امتیاز و به هر پاسخ منفی نمره صفر داده می‌شود. در این ابزار سوالات بگونه‌ای طراحی شده‌اند که امتیازات بالاتر به معنی پیروی بیشتر می‌باشد، به این ترتیب امتیازات ۱-۰ نشان دهنده پیروی خوب و ۵-۲ موید پیروی ضعیف می‌باشد [۲۹].

نتایج

از ۱۰۰ نفر نمونه پژوهش، ۵۰ نفر بیمار زن و ۵۰ نفر بیمار مرد مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی زنان، ۵۷/۸ سال و میانگین سنی مردان ۵۳/۷ سال و میانگین زمان ابتلا به بیماری ۳/۲ سال بوده است. میانگین انحراف معیار و ضرایب همبستگی نمرات پیروی دارویی، ادراک بیماری و کیفیت زندگی در جدول ۱ آمده است.

تحلیل داده‌ها در جدول ۱ نشان داد که ادراک بیماری ($r=0/95$) و پیروی دارویی ($r=0/86$) با کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به پارکینسون در سطح $p<0/001$ رابطه مستقیم دارد ولی بین ادراک بیماری و پیروی دارویی رابطه مستقیمی وجود ندارد.

جدول ۲، شاخص‌های برازندگی الگوی پیشنهادی پژوهش را نشان می‌دهد. مطابق با مندرجات جدول ۲ برای تعیین کفایت برازندگی الگوی پیشنهادی با داده‌ها از چند شاخص برازندگی استفاده شد.

دچار اختلالات عمده محور I روانپزشکی نبوده باشند؛
۵- عدم ابتلا به بیماری مزمن و یا معلولیت جسمانی جدی تا قبل از ابتلا به پارکینسون؛ ۶- سن بیشتر از ۵۰ سال و کمتر از ۷۰ سال؛ ۷- عدم سوء مصرف مواد؛
۸- مدت زمان ابتلا به بیماری بین ۱ تا ۵ سال باشند.

ابزارهای پژوهش

به منظور گردآوری اطلاعات لازم علاوه بر پرسشنامه دموگرافیک ۲، پرسشنامه‌های زیر نیز استفاده شده است:

الف) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جمعی (WHO): این پرسشنامه دارای ۲۶ عنوان است و ۴ بعد سلامت بدنی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی را می‌سنجد. در ایران نیز نصیری و همکاران در ۱۳۸۵ این مقیاس را به فارسی ترجمه و اعتبار و پایایی آن را گزارش کرده است [۲۶]. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس که نشان دهنده همسانی درونی است ۰/۸۴ به دست آمده است. در ایران همسانی درونی مقیاس در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ بدست آمده است. همچنین آزمون پایایی به روش بازآزمایی با فاصله زمانی دو هفته، ۰/۷۵ گزارش شده است [۲۷].

ب) پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری: پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری (brief IPQ) یک پرسشنامه ۹ سؤالی است که برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شده است [۲۷]. سؤال‌ها به ترتیب پی آمده‌ها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می‌سنجد. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۱ تا ۱۰ است. سؤال ۹ پاسخ باز بوده و سه علت عمده ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد سؤال قرار می‌دهد. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سؤالات مختلف، از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. روایی همزمان مقیاس با پرسشنامه ادراک بیماری تجدیدنظر شده در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی، نشان‌دهنده همبستگی

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	۱	۲
۱. کیفیت زندگی	۶۷/۷۴	۱۹/۲۲		
۲. پیروی دارویی	۱۱۹/۳۶	۱۶/۸۶	*۰/۸۵۷	
۳. سادراک بیماری	۶۸/۴۵	۱۹/۱۳	*۰/۹۵۳	*۰/۰۷۳

* (p<۰/۰۰۰۱) و ** (p<۰/۰۰۱) و NS عدم معنی‌داری

جدول ۲: برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها براساس شاخص‌های برازندگی

شاخص	2χ	Df	χ ² /df	IFI	CFI	RMSEA
الگوی اولیه پیشنهادی	۴۸۹/۳۴	۲۶	۱۸/۱۵	۰/۶۳۴	۰/۶۲۵	۰/۴۲۴
الگوی اصلاح شده	۱۳۲/۲۵	۲۳	۵/۸۰	۰/۸۷۳	۰/۹۱۳	۰/۲۱۷

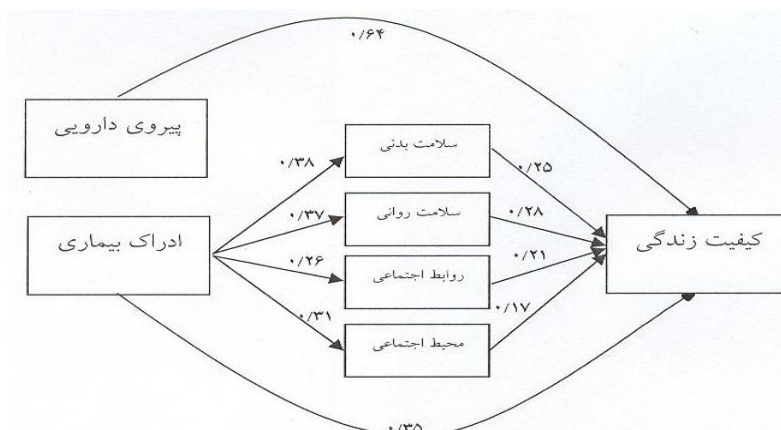
برازندگی مقایسه‌ای^۵ و شاخص برازندگی افزایشی^۶ شاخص‌هایی هستند که برازش یک مدل معین را با مدل پایه نشان می‌دهند [۳۱]. هر چه این شاخص‌ها به یک نزدیک‌تر باشد، برازش مدل بهتر است. براساس مندرجات جدول ۲ مقدار شاخص برازندگی مقایسه‌ای و شاخص برازندگی افزایشی نزدیک به ۱ است که حاکی از برازش خوب مدل پژوهش حاضر است. شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب^۷ یکی دیگر از شاخص‌های برازندگی است، که ریشه دوم میانگین مجذورات باقی مانده می‌باشد که به عنوان تابعی از مقدار کواریانس تفسیر می‌شود [۳۰]. مقادیر شاخص هرچه به یک نزدیک‌تر باشد، برازش بهتری را نشان می‌دهد. براساس مندرجات جدول ۲ این مقدار ۰/۲۱۷ است که باز نشانگر برازش خوب مدل است. شکل ۱ ضرایب مسیر مربوط به رابطه علی ادراک بیماری و پیروی دارویی را با کیفیت زندگی نشان می‌دهد. بر اساس این مدل پیروی دارویی بر کیفیت زندگی اثر مثبت و ادراک بیماری بر آن اثر منفی دارد. هم‌چنین، بین ادراک بیماری و پیروی دارویی رابطه ناچیزی دیده شد.

شاخص مجذور کای، شاخص برازندگی مطلق مدل است که هر چه به صفر نزدیک‌تر باشد و به لحاظ آماری معنی‌دار نباشد، مدل برازنده‌تر خواهد بود. وقتی حجم نمونه برابر ۷۵ تا ۲۰۰ باشد مقدار مجذور کای یک اندازه معقول برازندگی است، اما برای مدل‌های با N بزرگتر، مجذور کای تقریباً همیشه از نظر آماری معنی‌دار است و این موجب می‌شود که آماره مجذور کای تقریباً همیشه برازش مدل را رد کند از این رو بسیاری از پژوهشگران مجذور کای را نسبت به درجه آزادی آن (یعنی، مجذور کای نسبی) می‌سنجند (جورسکوک و سوربوم^۱، ۲۰۰۴). برخی پژوهشگران بیان کرده‌اند، چنانچه این شاخص کمتر از ۲ باشد برازندگی عالی^۲ و بین ۲ تا ۵ برازندگی خوب^۳ و بزرگ‌تر از ۵ برازندگی ضعیف^۴ و نامقبول الگو را نشان می‌دهد. [۳۰]

در مدل پیشنهادی اولیه مقدار مجذور کای نسبی ۱۸/۱۵ به دست آمد، لذا از اصلاحات پیشنهاد شده در الگو استفاده شد و مدل بازسازی گردید و سپس برازش مدل جدید مورد تحلیل قرار گرفت، مندرجات جدول ۲ مقدار مجذور کای نسبی مدل اصلاح شده را ۵ نشان می‌دهد که حاکی از برازش خوب مدل است. شاخص

5. Comparative Fit Index (CFI)
 6. Incremental Fit Index (IFI)
 7. Root Mean Squared Error of Approximation (RMSEA)

1. Joreskog & Sorbom
 2. Excellent fit
 3. Okay fit
 4. Poor fit



بحث و نتیجه گیری

نتایج تحقیق حاضر مبنایی برای گسترش مبنای نظری و همچنین تعیین رابطه علی ادراک بیماری، پیروی دارویی و کیفیت زندگی بر سالمندان مبتلا به پارکینسون در قالب یک مدل معادلات ساختاری بود. نتایج نشان داد ادراک بیماری، پیروی دارویی با کیفیت زندگی بیماران رابطه دارند. این نتایج با یافته‌های برخی پژوهش‌ها [۲۵، ۲۴، ۲۳، ۲۰، ۱۸، ۱۷، ۱۲، ۷] همسو است.

از یکسو نظر به اینکه علائم بیماری پارکینسون در سالهای اولیه ابتلا از نوع ایدیوپاتیک می‌باشد مبتلایان به بیماری خود اهمیت چندانی نداده و آن را غیر حاد در نظر می‌گیرند و این امر موجب ادراک نادرست و برآورد کم از وخامت بیماری شده و عدم پیروی دارویی را بدنبال دارد که این موجب کاهش کیفیت زندگی مبتلایان به پارکینسون می‌گردد. نتایج حاضر با برخی پژوهش‌ها [۱۲ و ۲۵] همسو می‌باشد.

ازسوی دیگر در این بیماران پیشرفت بیماری در صورت عدم اقدامات درمانی سرعت گرفته و تمام جنبه‌های جسمانی، حرکتی و عصبی روانی را درگیر می‌کند، فرد درمورد ادراک بیماری خود دچار بیش برآورد شده و اقدام به مصرف بیش از حد دارو می‌نماید و هر دو این شرایط موجب کاهش کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پارکینسون می‌گردد. نتایج حاضر با برخی پژوهش‌ها [۲۳، ۲۲ و ۲۴] همسو می‌باشد.

با توجه به این که مشکل در سلامت جسمانی یا عاطفی بر دیگر ابعاد کیفیت زندگی شامل تصور فرد از سلامت

عمومی، انرژی و خستگی، فعالیت اجتماعی، سلامت روانی و محدودیت نقش‌های معمول تأثیر می‌گذارند [۳۰]. بنابراین می‌توان گفت علائم روانی و حرکتی در بیماری پارکینسون من جمله لرزش، سفتی عضلانی، کندی حرکتی و مشکلات روانشناختی چون افسردگی، اضطراب و وحشتزدگی، اختلالات حافظه و شناختی موجب می‌شود که بیمار از بیماری خود برآورد نادرست و ادراک غیر واقعی داشته بیش برآورد یا کم برآورد کند که طبیعتاً عدم درک درست از بیماری موجب مواجهه غیر منطقی با بیماری شده و باعث کاهش سطح کیفیت زندگی و سلامت روانی آنان شود. همچنین گزارش شده است که مشکلات هیجانی-روانشناختی در بیمارانی که کیفیت زندگی پایینی دارند، زیاد است و خود این مشکلات نیز باعث کاهش هر چه بیشتر کیفیت زندگی می‌شود [۳۱]. ازسوی دیگر عدم پیروی دارویی صحیح نتنها موجب بهبود علائم بیماری نمی‌شود بلکه عوارض داروهایی که همگی مشتقاتی از دوپامین هستند موجب عوارض دارویی چون اضطراب، فوبی‌ها و اختلالات وحشتزدگی [۸] می‌شود.

بنابراین می‌توان گفت علائم جسمانی، حرکتی در بیماری پارکینسون و همچنین مشکلات روانشناختی این بیماران مانند اختلالات خلقی و شناخت، اختلالات خواب و مشکلات حسی می‌تواند باعث کاهش سطح کیفیت زندگی شود [۳۰] همانگونه که در پژوهش‌های دیگری نیز نشان داده شده است افرادی که از یک بیماری روانی رنج می‌برند دارای کیفیت زندگی عینی و ذهنی

حاضر نیز حاکی از تأیید این تبیین است.

ازسویی دیگر پژوهش نشان داد پیروی دارویی پیش بین قوی (۰/۶۴) برای کیفیت زندگی است و چون بیماری پارکینسون یک اختلال تحلیل برنده سیستم عصبی است درمانهای دارویی موجب پیشگیری از روند روبه پیشرفت بیماری و بهبود پاره‌ای از علایم بیمار شده و شرایطی را برای بیمار فراهم می‌کند مجدد بتواند به فعالیت‌های روزمره اجتماعی بپردازد و این امر طبیعتاً موجب ارتقاء کیفیت زندگی خواهد شد.

لذا با توجه به شیوع و بروز بیماری پارکینسون در سالمندان و افزایش جمعیت سالمندان در جامعه و با عنایت به ویژگی‌های روانشناختی این بیماران و تاثیر بیماری بر روند زندگی مبتلایان لازم است تا به بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت برای ارزیابی برداشت بیمار از میزان تاثیری که نقص‌های بیماری‌ها و درمان آن‌ها بر کارکردهای روزانه و فرصت‌های اجتماعی وی گذاشته‌اند، پرداخته شود.

با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش و سایر مطالعات صورت گرفته در این زمینه می‌توان نتیجه گرفت که اجرای برنامه‌های مختلف مداخلات روانشناختی همچون آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند با تغییر در سبک زندگی و اصلاح نظام رفتاری و روانشناختی سالمندان مبتلا به پارکینسون گام‌های اساسی در جهت کاهش سرعت پیشرفت بیماری و تسریع روند بهبودی بیماران برداشت.

در راستای پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد عوامل موثر دیگر بر ارتقاء کیفیت سالمندان بخصوص مبتلایان به پارکینسون شناسایی گردد. از آنجایی که جلسات گروه درمانی می‌تواند بر احساس همدردی و افزایش اطلاعات افراد در خصوص بیمارشان منجر شود پیشنهاد می‌گردد غیر از درمانهای دارویی جلسات گروه درمانی شناختی- رفتاری برگزار گردد.

باتوجه به دستاوردهای پژوهش حاضر انجام این گونه پژوهش‌ها در میان بیماران دچار بیماریهای جسمی مزمن دیگری همچون دیابت، ایدز و ... توصیه می‌گردد و سپس بررسی و مقایسه‌ای میان این گروه‌های بیمار،

ضعیفی هستند [۳۲ و ۳۳]. در نتیجه هر عاملی که موارد ذکر شده را تضعیف کند، کیفیت زندگی را نیز پایین می‌آورد و هر عاملی که ابعاد ذکر شده را بهبود بخشد باعث بهبود کیفیت زندگی می‌شود.

از سوی دیگر میزان عملکرد شناختی، سطح فعالیت اجتماعی و حس سلامت عمومی در این بیماران کمتر است و وضعیت سلامت جسمانی مانند میزان بروز نشان‌های جسمانی و روانی در آنها بیشتر می‌باشد [۳۵]. بیماران خلق ضعیف‌تر، نشانه‌های جسمانی بیشتر و رضایت از زندگی کمتری دارند. با توجه به این که کیفیت زندگی به عنوان قضاوت‌های شناختی آگاهانه راجع به رضایت فرد از زندگی تعریف می‌شود، به همین دلیل وقتی که فردی دچار بیماری‌های مزمن می‌شود، علائم فیزیولوژیکی پیش‌آگهی درمان، رژیم غذایی و موضوعات مرتبط می‌توانند اثرات شدیدی بر درک کلی رضایت از زندگی بگذارند.

ادراک بیماری شامل برآورد فرد از شدت و ضعف و تاثیر بیماری در فرد است [۱۳]، لذا اقدامات دارویی انجام شده در راستای کنترل و بهبود بیماری در ابعاد متعدد بر کیفیت زندگی موثر می‌باشد و انسان‌ها از آن رو به سلامتی اهمیت می‌دهند که بر اهداف دیگر زندگی آن‌ها تاثیر می‌گذارد. بطوری که مشکلات اجتماعی که روی کیفیت زندگی اثر می‌گذارند می‌توانند موجب مشکلات بهداشتی شده و همچنین مشکلات و مداخلات بهداشتی نیز بر کیفیت زندگی موثرند.

باتوجه به نتایج تحلیل آماری و برازش مدل که نشانگر تاثیر ادراک بیماری بر تمام ابعاد کیفیت زندگی من جمله سلامت بدنی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی است، چنین نتیجه‌گیری می‌شود که تصور فرد از بیماری که چقدر بیماری خطرناک و ناتوان‌کننده است موجب انزوای فرد از اجتماع و محدود ساختن روابط اجتماعی فرد می‌شود و متعاقباً کناره‌گیری از فعالیت‌های روزمره اجتماعی برا فرد بزرگسالی که تا قبل از ابتلا به این بیماری فردی خبیره و باتجربه در جامعه شناخته شده بود موجبات ناکامی و افسردگی می‌شود و تبعاً افت کیفیت زندگی را در فرد بدنبال دارد، پژوهش

- 4- Steuer, J.L. & Hammen, C.L. (1983). Cognitive-behavioral group therapy for the depressed elderly: Issues and adaptations. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 285-296.
- 5- Futterman, A., Thompson, L.W., Gallagher-Thompson, D. & Ferris, R. (1995). Depression in later life: Epidemiology, assessment, etiology, and treatment. In E.E. Beckham & W.R. Leber (Eds), *Handbook of Depression* (2nd edn). New York: Guilford Press.
- ۶- لایدلوا، کن؛ تامپسون، لاری. (۱۳۸۷). شناخت رفتار درمانگری سالمندان، ترجمه: کافی، سید موسی؛ احمدی ازغندی، علی. تهران: سمت.
- 7- Jankovic, J. (2008). Parkinson's disease: clinical features and diagnosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 79, 368.
- 8- Samii, Nuttg & Ransombr. (2004). Parkinson's disease. *Lancet*, 363, 1783-93.
- 9- Lindgren, P., Von Campenhausen, S., Spottke, E., Siebert, U. & Dodel, R. (2005). Cost of Parkinson's disease in Europe. *European Journal of Neurology*, 12, 68-73.
- 10- Delau, L. M. L. & Breteler, M. (2006). Epidemiology of Parkinson's disease. *The Lancet Neurology*, 5, 525-535
- 11- Shahidi, G. A. (2012). prevalence parkinson's disease in iranian population. Tehran: Iranian Neurological Research Center.
- 12- Caballol, N., Marti, M. J. & Tolosa, E. (2007). Cognitive dysfunction and dementia in Parkinson disease. *Movement Disorders*, 22, S358-S366.
- 13- Jöreskog, K. G. & Sörbom, D. (2004). LISREL 8: Structural Equation Modeling with the SIMPLIS command language. Lincolnwood, IL: Scientific Software International.
- 14- Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. (1992). Quality of life measures in health care. I: Application and issues in assessment. *Bio Med J*; 305: 1074-77.
- 15- Albert, U. S., Koller, M., Wagner, U., & Schulz, K. D. (2004). Survival chances and psychological aspects of quality of life in patients with localized early stage breast cancer. *Inflammation Research*. 53 (Suppl. 2):36-S141.

صورت پذیرد تا میزان تاثیر گذاری روش های مشاوره ای گوناگون در این گونه بیماران نیز مورد بررسی قرار گیرد. گفتنی است که شمار کم آزمودنی ها و روش نمونه گیری در دسترس، برای تعمیم یافته های به دست آمده، لزوم انجام پژوهش های مشابه با نمونه های بزرگتر در پژوهش های گسترده را ضروری می نماید. همچنین بررسی سایر عوامل اجتماعی و روانشناختی موثر بر کیفیت زندگی و استفاده از برنامه های درمانی مبتنی بر شیوه های روانشناختی جهت تغییر و اصلاح نظام رفتاری بیماران از جمله پیشنهادهایی است که می توان در رابطه با پژوهش حاضر ارائه نمود. با توجه به مسأله تعمیم پذیری پیشنهاد می شود، پژوهشگران بعدی روی جمعیت های مختلف با سطح تحصیلات و طبقات اجتماعی مختلف به پژوهش بپردازند. هم چنین، با توجه به این که نتایج پژوهش حاضر نشان داد که پیروی دارویی یکی از عوامل روانشناختی است که نقش مهمی در کیفیت زندگی بیماران ایفا می کند، پیشنهاد می شود که کارگاه های آموزشی برای کلیه افراد بخصوص سالمندان در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با همکاری کلینیک تخصصی پارکینسون دکتر شهیدی در تهران انجام شده است. از کلیه کسانی که در انجام این پژوهش بخصوص سالمندان مبتلا به پارکینسون و اساتید مساعدت ها و راهنمایی های لازم را فراهم کرده اند تشکر و قدردانی می شود.

منابع

- 1- Wimberly, D. (2010). Quality of life trends in the southern black belt, 1980- 2008: A research note. *Journal of Rural Social Sciences* 25(1): 103-118.
- 2- Eack, S.M. &, Newhill, C.E. (2007). Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1225-7.
- 3- World Health Organization. (1983). Health education in self-care: Possibilities and limitations. Report of a scientific consultation. Geneva: World Health Organization, 21-25. Oct;12(10):1160-5

- ۲۷- آقا محمدی، سمیه. کجباف، محمد باقر. نشاط دوست، حمید طاهر. عابدی، احمد. کاظمی، زینب. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر کیفیت زندگی دختران فراری: پژوهش مورد منفرد. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۹، ۶، (۵۷).
- 28- Bardbent, E., petrie, k.J., main, J., & weinman, J.(2006). The brief illness perception questionnaire. Journal of psycho somatic Research, Go, 631-G370
- ۲۹- عباسی، محمد. سالمی، صدیقه. سید فاطمی، نعیمه. حسینی، فاطمه. (۱۳۸۴). بررسی چگونگی پیروی از رژیم دارویی و ارتباط آن با باورهای بهداشتی در مبتلایان به پرفشاری خون. پرستاری ایران. ۴۲، ۴۱، (۶۱).
- ۳۰- هومن حیدری، علی. (۱۳۸۵). مدل سازی ساختاری با نرم افزار لیزرل. انتشارات سمت، تهران.
- 31- Bollen, K. A. (1990). Overall fit in covariance structure models: Two types of sample size effects. Psychological Bulletin. 107(2), 256-259.
- 32- Chao SY, Liu HY, Wu CY, Jin SF, Chu TL, Huang TS, Clark MJ. (2006). The effects of group reminiscence therapy on depression, self esteem, and life satisfaction of elderly nursing home residents. J Nurs Res. 14(1): 36-45.
- ۳۳- نائینیان، رضا. باباپور، جلیل. گروسی فرشی، تقی. شعیری، محمد رضا. رستمی، رضا. (۱۳۹۰). مقایسه تاثیر آموزش نوروفیدبک و دارو درمانی بر کاهش نشانه های اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۹، ۷، (۱).
- 34- Li, R., Yan, B. P., Dong, M., Zhang, Q., Wai-Kwok Yip, G., Chan, C., and et al. (2012). Quality of life after percutaneous coronary intervention in the elderly with acute coronary syndrome. International Journal of Cardiology, in press.
- ۱۶- گشتاسبی، آریتا (۱۳۸۳). بررسی کیفیت زندگی وابسته به سلامت در تهران، خلاصه مقالات اولین همایش سراسری کیفیت زندگی، دانشگاه تربیت مدرس.
- 17- Kaptein AA, Helder DI, Scharloo M, et al. Illness perceptions and coping explain well being in patients with Huntington's disease. Psychol Health (2006); 21(4):431-446.
- 18- Ponzio MG, Gucciardi E, Weiland M, et al. Gender, ethnocultural, and psychosocial barriers to diabetes self-management in Italian women and men with type 2 diabetes. Behav Med (2006); 31(4):153-160.
- 19- Byrne M, Walsh J, Murphy AW. Secondary prevention of coronary heart disease: patient beliefs and health-related behaviour. J Psychosom Res (2005); 58(5):403-415.
- 20- Fowler C, Baas LS. Illness representations in patients with chronic kidney disease on maintenance hemodialysis. Nephro INurs J 2006; 33(2):173-186.
- 21- Scharloo M, Baatenburg de Jong RJ, Langeveld TPM, et al. Quality of life and illness perceptions in patients with recently diagnosed head and neck cancer. Head Neck. (2005); 27(10):857-863
- 22- Black well B, Gutran MC. Compliance In: Bulpitt CJ, editor. Hand Book of Hypertension, Vol G: Epidemiology of Hypertension. Elsevier Science; (1985). p.453.
- 23- Miller NH, Hill M, Kottke T, et al. The multilevel challenge: recommendations for a call to action circulation. (1997); 95: 1085-1090.
- 24- Mirhaghani L, Nasehi M. [National Tuberculosis Program in Iran, Ministry of health]. Tehran: Nashre Seda. (2002); pp: 15-20.
- 25- Khalili H, Dashti-khavidaki S, Sajadi S, Hajiabolbaghi M. Assessment of adherence to tuberculosis drug regimen. DARU. (2008); 16(1): 47-50.
- ۲۶- نصیری، حبیب الله؛ هاشمی، لادن؛ حسینی، سیده مریم (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شیراز بر اساس مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان ۳۶۵-۳۶۸.

رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت با باور به دنیای عادلانه و ناعادلانه و باورهای جبران عدالت

نویسندگان: محسن گل‌پرور^۱، امین برازنده^۲ و زهرا جوادیان^۳

- ۱- دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- ۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- ۳- کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

*Email: drmgolparvar@gmail.com

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت با باور به دنیای عادلانه و ناعادلانه و باورهای جبران عدالت انجام شد. جامعه آماری پژوهش دانش‌آموزان پسر متوسطه بودند که از میان آن‌ها ۱۹۶ نفر به شیوه‌ی تصادفی ساده انتخاب شدند. در این پژوهش از پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت [۳۶]، پرسشنامه باور به دنیای ناعادلانه [۱۰] پرسشنامه باور به دنیای عادلانه [۱۵] و پرسشنامه باورهای جبران عدالت [۱۶] برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به‌کار رفت. یافته‌ها نشان داد روان‌رنجورخویی و وظیفه‌شناسی دارای توان پیش‌بین معنادار برای باور به دنیای عادلانه برای خود، روان‌رنجورخویی دارای توان پیش‌بین معنادار برای باور به دنیای ناعادلانه و باورهای جبران فعال عدالت، و توافق‌پذیری دارای توان پیش‌بین معنادار برای باورهای جبران منفعل عدالت هستند.

کلید واژه‌ها: پنج عامل بزرگ شخصیت، باور به دنیای عادلانه، باور به دنیای ناعادلانه، باورهای جبران عدالت، دانش‌آموزان پسر.

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
و هتار

• دریافت مقاله: ۹۲/۲/۱

• پذیرش مقاله: ۹۲/۸/۲۵

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

Clinical Psy. & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و یکم - دوره
جدید شماره ۱۰
بهار و تابستان ۱۳۹۳

مقدمه

باورها و شناخت‌ها در زندگی فردی و اجتماعی هر یک از انسان‌ها نقش‌های مختلفی ایفاء می‌کنند. باور به دنیای عادلانه^۱ (جهان عادل) دسته‌ای از باورهای انسانی است که ماهیتی پیچیده و تاثیرگذار در زندگی هر یک از ما دارد [۱ و ۲]. محوریت اصلی در باور به دنیای عادلانه نقشی است که تلاش، شایستگی و پشتکار در زندگی انسان‌ها ایفاء می‌کند. بر مبنای نظریه دنیای عادلانه، برای تلقی دنیا به عنوان مکانی عدالت‌محور، لازم است انسان‌های خوب با پیامدهای خوب و انسان‌های بد با پیامدهای بد مواجه شوند، چرا که دستاوردهای مختلف برای انسان حاصل نیکخواهی دنیا نیست، بلکه حاصل تلاش و شایستگی آنها است [۳ و ۴]. پس از لرنر^۲ که این باورها را باورهای مبتنی بر توهم مثبت معرفی نمود [۵]، شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که باور به دنیای عادلانه با عاطفه مثبت و منفی، رضایت از زندگی، افسردگی، اضطراب، نارسایی عملکرد اجتماعی [۶، ۷، ۸ و ۹]، برنامه‌ریزی آینده‌نگرانه در زندگی، انگیزه برای اهداف برنامه‌ریزی شده و تعدیل خشم و پرخاشگری دارای رابطه است [۱۰، ۱۱، ۱۲]. تاکنون اشکال مختلفی از این باورها، نظیر باور به دنیای عادلانه عمومی^۳، باور به دنیای عادلانه شخصی^۴، باور به دنیای عادلانه برای خود، باور به دنیای عادلانه برای دیگران و باور به دنیای ناعادلانه^۵ مطرح شده است [۱۳، ۱۴، ۱۵]. بر خلاف نظریه باور به دنیای عادلانه که دنیای مادی را دنیایی مبتنی بر عدالت فرض می‌کند، باور به دنیای ناعادلانه انعکاسی از دنیای سرشار از بی‌عدالتی است که در آن بی‌گناهان به جای گناهکاران مورد کیفر واقع می‌شوند، شایستگی و استحقاق پاداش داده نمی‌شود و گناهکاران از زیر بار مجازات می‌گریزند [۶]. در کنار باور به دنیای عادلانه و ابعاد و اشکال مختلف آن، به باورهای جبران عدالت^۶ می‌رسیم. مفهوم جبران

عدالت بر مبنای نوعی نظریه انگیزشی پایه‌گذاری و مطرح شده است [۱۶]. به این معنی که افراد هر یک باورهای جبرانی متفاوتی را برای مقابله با مواقعی که اصول عدالت در محیط اطرافشان نقض می‌شوند دارند. گروهی از افراد، عاملان بی‌عدالتی را مستحق مجازات و تنبیه از طریق مراجع قضایی و قانونی می‌دانند (باور به جبران منفعل). گروهی دیگر بر این باورند که در مجازات عاملان بی‌عدالتی کاری از دست آن‌ها ساخته نیست (باور به جبران منفعل)، لذا باید مجازات چنین افرادی را به خداوند واگذار کرد. بالاخره گروهی دیگر نیز بر این باورند که برای مجازات عاملان بی‌عدالتی باید خود آن‌ها به‌طور جدی درگیر مجازات این افراد شوند (باور به جبران فعال). گروه سوم نسبت به دو گروه اول و دوم، اقدامات رفتاری آشکار و نهان را نسبت به مجازات عاملان بی‌عدالتی تجویز می‌کنند. البته گروهی نیز ممکن است در این بین قائل به بخشش و گذشت عاملان بی‌عدالتی باشند [۱۶].

در نگاهی اجمالی به آنچه تا کنون ارائه شد می‌توان گفت که پیشینه پژوهش و نظریه‌پردازی در عرصه باور به دنیای عادلانه و اشکال آن و در حد بسیار کمتری در عرصه باورهای جبران عدالت از نظر همبسته‌ها و پیامدهای مختلف دارای غنای به نسبت قابل توجهی است. اما از این نظر که چه عوامل بنیادینی می‌توانند شکل‌گیری و فعال شدن اشکال خاص این باورها را تحت تاثیر قرار دهند، تاکنون اطلاعات کمی در اقصای مختلف جامعه و به ویژه در میان دانش‌آموزان در دست است. به ویژه تا کنون به نقش ویژگی‌های شخصیتی در تقویت یا تضعیف باور به دنیای عادلانه برای خود و دیگران، باور به دنیای ناعادلانه و باورهای جبران فعال و منفعل عدالت توجه زیادی صورت نگرفته است. این امر در حالی است که شواهد پژوهشی که در زیر مرور خواهد شد حاکی از آن است که پنج عامل بزرگ شخصیت هر یک ممکن است به نوعی با باورهای معطوف به عدالت ارتباط داشته باشند. در واقع افراد در واکنش به موقعیت‌ها و شرایطی که با آن مواجه می‌شوند، به طور همزمان تحت تأثیر

1. Belief in a just world
2. Lerner
3. General
4. Personal
5. Belief in an unjust world
6. Justice compensation

عوامل موقعیتی و شخصیتی قرار می‌گیرند [۱۷].

از بین ویژگی‌های شخصیتی معرفی شده، طی سال‌های اخیر، پنج عامل بزرگ^۱ شخصیت، یعنی روان-رنجورخویی^۲ (N)، برون‌گرایی^۳ (E)، تجربه‌پذیری^۴ (O)، توافق‌پذیری^۵ (A) و وظیفه‌شناسی^۶ (C)، توجهات زیادی را را به خود جلب نموده‌اند. در روان‌رنجورخویی که به آن عصبیت یا بی‌ثباتی هیجانی نیز می‌گویند، احساسات منفی همچون احساس گناه، ترس، غم، برانگیختگی و خشم مهمترین مشخصه‌های مطرح هستند. در عوض برون‌گرایی به عنوان یک ویژگی شخصیتی ارتباط محور و اجتماع‌گرا، مشتمل بر تمایل به شرکت در اجتماعات و میهمانی‌ها، فعالیت و حرافی است. سومین عامل یعنی تجربه‌پذیری معطوف به تصورات فعال، حساسیت به زیبایی، توجه به تجارب عاطفی درونی و داوری مستقل می‌باشد. چهارمین عامل یعنی توافق‌پذیری حول محور نعدوستی، همدردی و یاری‌رسانی دور می‌زند. و بالاخره آخرین عامل، یعنی وظیفه‌شناسی، نیز توانایی کنترل تکانه‌ها و تمایلات را همراه با به کارگیری طرح و برنامه در رفتار برای رسیدن به اهداف را در برمی‌گیرد [۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲ و ۲۳]. هر یک از پنج عامل بزرگ شخصیت مورد اشاره در بالا با سبک‌های توجه، تمرکز و پردازش اطلاعات مشخصی در افراد دارای رابطه هستند، به همین دلیل نیز می‌توانند با باورها و شناخت‌های افراد از جمله با باور به دنیای عادلانه برای خود و در حد کمتری با باور به دنیای عادلانه برای دیگران، با باور به دنیای ناعادلانه و با باورهای جبران فعال و منفعل عدالت ارتباط برقرار نمایند. مولمن و همکاران^۷ در پژوهشی دریافتند که افراد دارای روان‌رنجورخویی پایین، افرای دارای اطمینان به خود و دارای اعتماد نسبت به اهداف و تصمیمات خود هستند [۲۴]. برخی شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که اطمینان به خود، اغلب به تلاش، پشتکار و ارزیابی‌های

مثبت از خود و دنیای اطراف منجر می‌شود. در مقابل وقتی افراد دارای روان‌رنجورخویی بالایی هستند با بدبینی نسبت به خود و دنیای اطراف عرصه را به خود و دیگران تنگ می‌کنند [۲۵، ۲۶، ۲۷ و ۲۸]. با توجه به نکات مورد اشاره، پیش‌بینی می‌شود که روان‌رنجورخویی با باور به دنیای عادلانه برای خود و دیگران و باورهای جبران منفعل عدالت (مبتنی بر مجازات غیرشخصی و قانونی همراه با بخشش و گذشت) دارای رابطه منفی و در مقابل با باور به دنیای ناعادلانه و باورهای جبران فعال عدالت (مبتنی بر خشم، رنجش و مجازات شخصی عاملان بی‌عدالتی) دارای رابطه مثبت باشد. بر خلاف افراد روان‌رنجور، افراد برون‌گرا افرادی اجتماع‌گرا، دوست‌دار دیگران و دارای نگرش‌های مثبت و رفتارهای مثبت نسبت به دیگران و دنیای اطراف خود هستند [۲۹ و ۳۰]. همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد دارای برون‌گرایی بالا، افرادی پرنرزی، دارای نگرش‌های مثبت، متمایل به تجربه حالات مثبت در تعامل با دیگران و دنیای اطراف خود و احساس خود کارآمدی بالا هستند. چنین حالاتی بدون تردید زمینه تعامل موثر، باز و خوش‌بینانه را با دیگران و دنیای اطراف فراهم ساخته و از این طریق باعث ارتباط با باورهای معطوف به عدالت می‌شود [۲۹ و ۳۱]. بر این اساس، پیش‌بینی می‌شود که برون‌گرایی با باورهای جبران فعال عدالت و باور به دنیای ناعادلانه دارای رابطه منفی و در مقابل با باور به دنیای عادلانه برای خود و دیگران و باورهای جبران منفعل عدالت دارای رابطه مثبت باشد.

پس از روان‌رنجورخویی و برون‌گرایی به توافق‌پذیری می‌رسیم. افراد دارای توافق‌پذیری بالا افرادی با تمایلات نعدوستانه، پرخاشگری پایین، تحمل زیاد، بردباری، یاری‌رسانی، غیررقابت‌جو و در مجموع افرادی ملایم هستند [۱۸ و ۲۳]. به طور طبیعی، چنین مشخصه‌هایی نظام پردازش اطلاعات باز و خوش‌بینانه‌ای را بر نظام شناختی افراد تحمیل می‌کند [۳۰]. همین امر باعث می‌شود توافق‌پذیری با باور به دنیای عادلانه برای خود و دیگران رابطه مثبت و در مقابل با باور به دنیای

1. Big five factor
2. Neuroticism
3. Extroversion
4. Openness to experience
5. Agreeableness
6. Conscientiousness
7. Molleman, Nauta & Jehn

پژوهش نیز بر پایه ویژگی‌های مطرح برای هریک از پنج عامل بزرگ شخصیتی، در باره رابطه میان پنج عامل بزرگ شخصیت با باورهای معطوف به عدالت پیش‌بینی‌هایی مطرح گردید. این پیش‌بینی‌ها لازم است از نظر پژوهشی مورد بررسی قرار گیرند. بنابراین اولین ضرورت انجام پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین پنج عامل بزرگ شخصیت با باور به دنیای عادلانه و ناعادلانه و باورهای جبران عدالت است تا مشخص گردد که هر یک از پنج عامل بزرگ شخصیتی، چه ارتباطی با باورهای مختلف معطوف به عدالت در دنیا برقرار می‌کنند. در درجه بعدی ابهاماتی در حوزه دانش مربوط به رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت با باورهای جبران عدالت به ویژه در نوجوانان وجود دارد. این ابهامات تا اندازه‌ای ممکن است با پژوهش‌هایی از نوع پژوهش حاضر برطرف شوند. از طرف دیگر این امکان وجود دارد که نتایج پژوهش حاضر پژوهشگران علاقه‌مند را برانگیزد تا پژوهش‌های دیگری را در عرصه نقش ویژگی‌های شخصیتی بر باورهای معطوف به عدالت صورت‌بندی نموده و از این طریق زمینه گسترش دانش نظری و پژوهشی این حوزه را فراهم آورند. با توجه به همین ضرورت‌ها، این پژوهش در راستای پاسخگویی به سوالات زیر انجام شده است.

سوال اول: آیا بین پنج عامل بزرگ شخصیت (روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، توافق‌پذیری، تجربه‌پذیری و وظیفه‌شناسی) با باور به دنیای عادلانه (برای خود و دیگران) و باور به دنیای ناعادلانه رابطه وجود دارد؟

سوال دوم: آیا بین پنج عامل بزرگ شخصیت (روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، توافق‌پذیری، تجربه‌پذیری و وظیفه‌شناسی) با باورهای جبران عدالت (فعال و منفعل) رابطه وجود دارد؟

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی-همبستگی است.

ناعادلانه رابطه منفی برقرار کند. به دنبال توافق‌پذیری، باب وظیفه‌شناسی می‌توان گفت که این ویژگی شخصیتی به طور جدی با نگرش‌ها و رفتارهای مثبت در محیط‌های مختلف دارای رابطه است [۲۹ و ۳۱]. برای نمونه چو^۱ و اسواران و همکاران^۲ در دو پژوهش کاملاً مستقل نشان دادند که افراد دارای وظیفه‌شناسی بالا تلاش زیادی در راستای اهداف شخصی و گروهی نموده و نعهد قابل توجهی نسبت به اهداف زندگی در عرصه‌های مختلف (به ویژه در عرصه کار و فعالیت‌های شغلی) از خود نشان می‌دهند [۲۵ و ۲۶]. این مشخصه‌ها باعث می‌شود تا افراد دارای وظیفه‌شناسی بالا در زندگی کم و بیش به خواست‌ها و اهداف خود برسند و نگرش مثبتی در باب عدالت در محیط اطراف خود کسب نمایند [۳۰]. بر همین اساس پیش‌بینی می‌شود که وظیفه‌شناسی نیز به سان توافق‌پذیری و برون‌گرایی با باور به دنیای عادلانه برای خود و دیگران دارای رابطه مثبت و در مقابل با باور به دنیای ناعادلانه دارای رابطه منفی باشد. بالاخره به عنوان آخرین ویژگی شخصیتی مطرح در پنج عامل بزرگ شخصیتی به تجربه‌پذیری می‌رسیم. تمایل به امور خلاقانه، باز فکری و تلاش برای آزمودن پدیده‌های جدید از زمره مهمترین مشخصه‌های مطرح برای افراد تجربه‌پذیر است [۱۸]. تمایل نوجویانه و تمایل به تجربه امور جدید خود از خوش‌بینی و نواندیشی تغذیه می‌شوند [۳۰ و ۳۱]، که به طور جدی می‌توانند باعث تقویت باور به دنیای عادلانه برای خود (و در حد کمتری باور به دنیای عادلانه برای دیگران) و در مقابل تضعیف باور به دنیای ناعادلانه شوند. لازم به ذکر است که به دلیل عدم دسترسی به پژوهش و نظریه مشخص در خصوص رابطه بین وظیفه‌شناسی و تجربه‌پذیری با باورهای جبران عدالت پیش‌بینی میسر نگردید.

در جمع‌بندی پایانی می‌توان گفت که پژوهش در باره باور به دنیای عادلانه و ناعادلانه کماکان در کشورهای مختلف در حال انجام است [۳۲، ۳۳ و ۳۴]. در این

1. Chou
2. Eswaran, Aminul Islam & Yusuf

آزمودنی

جامعه آماری پژوهش دانش آموزان پسر یک دبیرستان دولتی به تعداد ۴۰۰ نفر در شهر اصفهان در پاییز ۱۳۹۰ بودند. انتخاب گروه نمونه فقط از میان پسران (و نه هر دو جنس) به دلیل این بوده که جنسیت یک متغیر بالقوه تعدیل کننده برای رابطه بین باور به دنیای عادلانه و ناعادلانه با متغیرهای دیگر است [۳۱]. بنابراین برای کنترل اثرات احتمالی جنسیت بر نتایج، در این پژوهش فقط از نمونه پسران دانش آموز استفاده شد. نمونه پژوهش را ۱۹۶ دانش آموز پسر از سه پایه اول تا سوم تشکیل دادند. دلیل نمونه گیری از یک دبیرستان پسرانه این بوده که امکان اجرای پژوهش در چندین دبیرستان در زمان اجرای پژوهش فراهم نبود. حجم نمونه ۱۹۶ نفر با توجه به نسبت حداقل نفرات به ازای هر متغیر پیش بین (پنج عامل بزرگ شخصیت به عنوان متغیرهای پیش بین مطرح بودند، بنابراین در پژوهش حاضر به ازای هر متغیر پیش بین ۳۹ نفر نمونه وجود داشته است)، مکفی تشخیص داده شد [۳۵]. نمونه پژوهش با استفاده از شیوه نمونه گیری تصادفی طبقه ای به منظور رعایت تعداد دانش آموزان هر یک از پایه های اول تا سوم انتخاب شدند. میانگین سنی اعضای نمونه ۱۵/۹۹ سال (با انحراف معیار ۱/۱۴) بود.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت

برای سنجش پنج عامل بزرگ شخصیت، از فرم پنجاه سؤالی پرسشنامه نشانگرهای پنج عامل بزرگ شخصیت گلدبرگ^۱ استفاده شد [۳۶]. این پرسشنامه که هر ده سؤال آن مربوط به یکی از ویژگی های روان رنجورخویی، برون گرایی، تجربه پذیری، توافق پذیری و وظیفه شناسی است، از شاخص های روانی و پایایی مناسبی برخوردار است و بر مقیاس پنج درجه ای (بسیار غیر دقیق است = ۱ تا کاملاً دقیق است = ۵) پاسخ داده شد [۳۶]. به دلیل عدم دسترسی به نسخه پنجاه سؤالی فارسی، پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش، از زبان انگلیسی طی فرایند دو مرحله ای (ترجمه و تطابق تخصصی دقیق توسط

متخصص) ترجمه و آماده اجرا گردید (یک نمونه سوال آن به این شرح است: می دانم چگونه مردم را مجذوب خود کنم). گلدبرگ آلفای کرونباخ ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ را برای پنج عامل بزرگ شخصیتی در این پرسشنامه گزارش نموده و روایی سازه آن را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی مستند ساخته است [۳۶]. در این پژوهش نیز تحلیل عاملی اکتشافی (طی دو مرحله) و تحلیل عاملی تأییدی روایی سازه این ۵۰ سؤال را مستند ساخت. با این توضیح که در بررسی بارهای عاملی سوالات و نقش سوالات در آلفای کرونباخ، ۸ سؤال برای برون گرایی، ۸ سؤال برای روان رنجورخویی، ۱۰ سؤال برای وظیفه شناسی، ۹ سؤال برای توافق پذیری و ۹ سؤال برای تجربه پذیری حفظ شدند. آلفای کرونباخ برای برون گرایی، روان رنجورخویی، وظیفه شناسی، توافق پذیری و تجربه پذیری به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۷۵، ۰/۷۲، ۰/۷۴ و ۰/۷ به دست آمد.

ب) پرسشنامه باورهای جبران عدالت

برای سنجش باورهای جبران عدالت، پرسشنامه هشت سؤالی ساخت و اعتباریابی شده توسط گل پرور و واثقی که بر مقیاس پاسخگویی هفت درجه ای لیکرت (کاملاً موافقم = ۷ تا کاملاً مخالفم = ۱) پاسخ داده می شود به کار رفت [۱۶]. آنچه که از طریق این پرسشنامه مورد سنجش قرار می گیرد، باورها و نظرات افراد در باب نحوه ی بازگشت عدالت از دست رفته است (یک نمونه سؤال این پرسشنامه به این شرح است: بهترین راه برخورد با بی عدالتی بخشش و گذشت است). گل پرور و واثقی روایی و پایایی این پرسشنامه را مستند ساخته، و برای این پرسشنامه دو خرده مقیاس باور به جبران فعال عدالت و باور به جبران منفعل عدالت را با آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۱ و ۰/۶۳ گزارش نموده اند [۱۶]. تحلیل عاملی اکتشافی مجدد این پرسشنامه در این پژوهش دو عامل چهار سؤالی با آلفای کرونباخ برابر با ۰/۶۵ و ۰/۷ را برای باورهای جبران فعال و منفعل عدالت به دست داد.

ج) پرسشنامه باور به دنیای عادلانه

برای سنجش باور به دنیای عادلانه برای خود و

1. Golgberg

برای شخص پاسخگو) را مورد سنجش قرار داده است (یک نمونه سؤال این پرسشنامه به این شرح است: من در این دنیا از سرنوشتی ناعادلانه رنج می‌برم). گل‌پرور و واثقی آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برابر با ۰/۶۲ گزارش نموده‌اند [۳۸]. به لحاظ متفاوت بودن گروه نمونه این پژوهش، برای بررسی روایی سازه این مقیاس بر روی چهار سؤال آن تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش از نوع واریماکس انجام گرفت. نتایج حاصل از این تحلیل هر چهار سؤال را بر روی یک عامل که همان باور به دنیای ناعادلانه است قرار داد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر، ۰/۷ به دست آمد.

روش تحلیل داده‌ها

زمان اجرای پژوهش برای هر شرکت کننده حدود ۲۰ دقیقه بود و پرسشنامه‌های پژوهش به صورت خود گزارش دهی پاسخ داده شدند. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون از طریق نرم افزار SPSS^۳ نسخه ۱۸ تحلیل شد.

نتایج

در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار و همبستگی درونی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

چنان‌که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، از بین پنج عامل بزرگ شخصیت، برون‌گرایی فقط با باورهای جبران فعال عدالت دارای رابطه منفی و معنادار ($p < 0/05$)، روان‌رنجورخویی با باور به دنیای عادلانه برای دیگران و با باور به دنیای عادلانه برای خود دارای رابطه منفی و معنادار ($p < 0/05$)، ولی در مقابل با باور به دنیای ناعادلانه و باورهای جبران فعال عدالت دارای رابطه مثبت و معنادار ($p < 0/05$) است. مطابق یافته‌های ارائه شده در جدول ۱، وظیفه‌شناسی نیز با باور به دنیای عادلانه برای خود دارای رابطه مثبت و معنادار ($p < 0/05$) و توافق‌پذیری با باور به دنیای عادلانه برای خود و با باورهای جبران منفعل عدالت دارای رابطه مثبت و معنادار ($p < 0/05$) بوده‌اند.

دیگران از دو مجموعه هشت سؤالی (یکی برای خود و دیگری برای دیگران) که توسط ساتون و داگلاس^۱ معرفی شده و بر مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۷) پاسخ داده می‌شود، استفاده شد [۱۵]. مقیاس باور به دنیای عادلانه برای خود، باور فرد پاسخگو را در باب رعایت عدالت در دنیا برای خود فرد و مقیاس باور به دنیای عادلانه برای دیگران، باور فرد پاسخگو را در باب رعایت عدالت در دنیا برای دیگران مورد سنجش قرار می‌دهد (یک نمونه سؤال برای باور به دنیای عادلانه برای خود بدین شرح است: آن‌چه در دنیا نصیب من می‌شود عادلانه است و یک نمونه سؤال برای باور به دنیای عادلانه برای دیگران بدین شرح است: آن‌چه در دنیا نصیب دیگر مردم می‌شود عادلانه است). این دو پرسشنامه در ایران توسط گل‌پرور و عریضی ترجمه و مورد پایایی سنجی و روایی یابی قرار گرفته و در مطالعات بعدی نیز از نظر شواهد روایی و پایایی مورد بررسی مجدد قرار گرفته است [۳ و ۴]. شواهد حاصل از این مطالعات همگی حاکی از مناسب بودن روایی و پایایی این دو مقیاس هشت سؤالی است، به ترتیبی که آلفای کرونباخ برای مقیاس باور به دنیای عادلانه برای خود ۰/۷۵ و برای مقیاس باور به دنیای عادلانه برای دیگران نیز از ۰/۷۵ تا ۰/۸۴ در نوسان بوده است [۳ و ۴]. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای باور به دنیای عادلانه برای خود و باور به دنیای عادلانه برای دیگران و خود به ترتیب برابر با ۰/۷ و ۰/۷ به دست آمد.

د) پرسشنامه باور به دنیای ناعادلانه

برای سنجش باور به دنیای ناعادلانه، مقیاس چهار سؤالی معرفی شده توسط دالبرت و همکاران^۲ که در مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۶) پاسخ داده می‌شود استفاده شد [۳۷]. این پرسشنامه قبلاً در ایران توسط گل‌پرور و واثقی از نظر روایی و پایایی بررسی شده است [۳۸]. چهار سؤال پرسشنامه باور به دنیای ناعادلانه در این پژوهش باور به دنیای ناعادلانه شخصی نه عمومی (یعنی دنیای ناعادلانه

1. Sutton & Douglas
2. Dalbert, Lipkus, Sallay & Goch

3. Statistical Package for Social Science

رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت با باور به دنیای عادلانه و ناعادلانه و باورهای جبران عدالت

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیرهای پژوهش	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱	باور به دنیای عادلانه برای دیگران	۳/۳۸	۰/۸۱	-								
۲	باور به دنیای عادلانه برای خود	۳/۷۹	۰/۸۸	۰/۵۹**	-							
۳	باور به دنیای ناعادلانه	۳/۷	۱/۱۹	-۰/۱۹**	-۰/۲۵**	-						
۴	جبران فعال عدالت	۳/۲	۱/۱	-۰/۰۸	-۰/۰۳	۰/۳۴**	-					
۵	جبران منفعل عدالت	۳/۵۷	۱/۱۴	۰/۴**	۰/۴۵**	-۰/۰۸	-۰/۰۲	-				
۶	برون گرایی	۳/۳۴	۰/۵۸	۰/۱۱	۰/۱۱	-۰/۰۹	-۰/۱۵*	۰/۰۶	-			
۷	روان رنجور خوبی	۲/۵۹	۰/۶۸	-۰/۱۸*	-۰/۲۱**	۰/۲۸**	۰/۲۱**	-۰/۰۵	-۰/۴۵**	-		
۸	وظیفه شناسی	۳/۳	۰/۶۳	۰/۱۳	۰/۲۲**	-۰/۰۵	-۰/۱	۰/۱۳	۰/۳۸**	-۰/۵۵**	-	
۹	توافق پذیری	۳/۶۹	۰/۵۷	۰/۱۲	۰/۱۶*	-۰/۰۸	-۰/۱۳	۰/۲۲**	۰/۱۶*	-۰/۳**	۰/۲۵**	-
۱۰	تجربه پذیری	۳/۷۸	۰/۶۴	۰/۱۲	۰/۱۲	۰/۰۹	-۰/۰۴	۰/۱۲	۰/۲۱**	-۰/۱۱	۰/۲۶**	۰/۲۸**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

جدول ۲: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش بینی باور به دنیای عادلانه و ناعادلانه از طریق پنج عامل بزرگ شخصیت

ردیف	متغیرهای پیش بین	متغیر ملاک	b	SE	β	R	R^2	F
۱	مقدار ثابت	باور به دنیای عادلانه برای دیگران	۳/۰۲	۰/۷۹	-	۰/۲۰۷	۰/۰۴۳	۱/۷
			۰/۰۲	۰/۱۱	۰/۰۲			
			-۰/۱۶	۰/۱۱	-۰/۱۴			
			۰/۰۲	۰/۱۱	۰/۲			
			۰/۰۷	۰/۱۱	۰/۰۵			
			۰/۱	۰/۱	۰/۰۸			
۲	مقدار ثابت	باور به دنیای عادلانه برای خود	۳/۰۵*	۰/۸۵	-	۰/۲۶۲	۰/۰۵۹	۲/۸*
			-۰/۰۳	۰/۱۲	-۰/۰۲			
			-۰/۱۶*	۰/۱۲	-۰/۱۳*			
			۰/۱۸*	۰/۱۲	۰/۱۲*			
			۰/۱۲	۰/۱۲	۰/۰۸			
			۰/۰۷	۰/۱	۰/۰۵			
۳	مقدار ثابت	باور به دنیای نا عادلانه	۰/۸۴*	۰/۹	-	۰/۳۶۶	۰/۱۰۶	۴/۵۱**
			۰/۰۱	۰/۱۶	۰/۰۰۶			
			۰/۶۲**	۰/۱	۰/۳۵**			
			۰/۲۲	۰/۱۸	۰/۱۲			
			-۰/۰۵	۰/۱۵	-۰/۰۳			
			۰/۲	۰/۱۴	۰/۱۴			

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی باورهای جبران عدالت از طریق پنج عامل بزرگ شخصیت

ردیف	متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک	b	SE	β	R	R ²	F
۱	فعال عدالت	باورهای جبران	مقدار ثابت	۰/۹۹	-	۰/۲۳۸	۰/۰۵۷	۲/۳۸*
			برون‌گرایی	۰/۱۵	-۰/۰۸			
			روان‌رنجورخویی	۰/۱۵	۰/۱۸*			
			وظیفه‌شناسی	۰/۱۵	۰/۰۵			
			توافق‌پذیری	۰/۱۵	-۰/۰۸			
			تجربه‌پذیری	۰/۱۳	۰/۰۰۲			
۲	منفعل عدالت	باورهای جبران	مقدار ثابت	۰/۴۹	-	۰/۲۴۳	۰/۰۵۹	۲/۳۸*
			برون‌گرایی	۰/۱۶	۰/۰۲			
			روان‌رنجورخویی	۰/۱۵	۰/۰۸			
			وظیفه‌شناسی	۰/۱۶	۰/۱			
			توافق‌پذیری	۰/۱۶	۰/۲**			
			تجربه‌پذیری	۰/۱۴	۰/۰۴			

* $p < 0/05$ ** $p < 0/01$

باور به دنیای ناعادلانه را تبیین نموده است. معادله‌های پیش‌بینی باور به دنیای عادلانه برای خود و باور به دنیای ناعادلانه به شرح زیر است.

= باور به دنیای عادلانه برای خود

$$(وظیفه‌شناسی) 0/18 + (روان‌رنجورخویی) 0/16 - 3/05$$

(روان‌رنجورخویی) 0/62 + 0/84 = باور به دنیای ناعادلانه

در جدول ۳ نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی باورهای فعال و منفعل جبران عدالت از طریق پنج عامل بزرگ شخصیت ارائه شده است.

چنان‌که در جدول ۳ در بخش نتایج مربوط به باورهای جبران فعال عدالت مشاهده می‌شود، از پنج عامل بزرگ شخصیت، روان‌رنجورخویی به صورت مثبت با ضریب بتای استاندارد برابر با ۰/۱۳- و وظیفه‌شناسی به صورت مثبت با ضریب بتای استاندارد برابر با ۰/۱۲، ۰/۹ درصد از واریانس باور به دنیای عادلانه برای خود را تبیین نموده‌اند. بالاخره چنان‌که در بخش نتایج مربوط به باور به دنیای ناعادلانه مشاهده می‌شود، از پنج عامل بزرگ شخصیت، روان‌رنجورخویی به صورت منفی با ضریب بتای استاندارد برابر با ۰/۳۵-، ۱۰/۶ درصد از واریانس

بالاخره تجربه‌پذیری نیز با هیچ یک از مولفه‌های معطوف به عدالت دارای رابطه معناداری نیست. در جدول ۲ نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی باور به دنیای عادلانه و ناعادلانه از طریق پنج عامل بزرگ شخصیت ارائه شده است.

چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، هیچ یک از پنج عامل بزرگ شخصیت قادر به پیش‌بینی باور به دنیای عادلانه برای دیگران نیستند. اما چنان‌که در بخش نتایج (جدول ۲) مربوط به باور به دنیای عادلانه برای خود مشاهده می‌شود، از پنج عامل بزرگ شخصیت، روان‌رنجورخویی به صورت منفی با ضریب بتای استاندارد برابر با ۰/۱۳- و وظیفه‌شناسی به صورت مثبت با ضریب بتای استاندارد برابر با ۰/۱۲، ۰/۹ درصد از واریانس باور به دنیای عادلانه برای خود را تبیین نموده‌اند. بالاخره چنان‌که در بخش نتایج مربوط به باور به دنیای ناعادلانه مشاهده می‌شود، از پنج عامل بزرگ شخصیت، روان‌رنجورخویی به صورت منفی با ضریب بتای استاندارد برابر با ۰/۳۵-، ۱۰/۶ درصد از واریانس

پایین هستند و نسبت به اهداف و تصمیمات خود نیز بی اعتماد هستند. این عدم اطمینان به خود در سطح روان‌رنجورخویی بالا از تلاش، پشتکار و ارزیابی‌های مثبت از خود و دنیای اطراف می‌کاهد و زمینه‌ساز بدبینی نسبت به خود و دنیای اطراف می‌شود [۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۷ و ۲۸]. به این لحاظ رابطه منفی روان‌رنجورخویی با باور به دنیای عادلانه برای خود و دیگران می‌تواند به این دلیل باشد که افراد در اثر تمرکز بر جنبه‌های منفی پدیده‌ها و رخدادها چندان توجهی به عادلانه بودن دنیا برای خودشان و دیگران نشان نداده و یا در عمل به واسطه نوع توجه و تمرکز منفی‌گرایانه خود دنیا را کمتر عادلانه ارزیابی می‌کنند. همین تبیین در حوزه رابطه مثبت روان‌رنجورخویی با باور به دنیای ناعادلانه و باورهای جبران فعال عدالت نیز مطرح است. به این معنی که وقتی فرد چندان توجهی به عادلانه بودن دنیا نشان نمی‌دهد و یا به دلیل تمرکز بدبینانه بر وقایع منفی، دنیا را کمتر عادلانه ارزیابی می‌کند، در درجه اول باعث تقویت باور به دنیای ناعادلانه در خود می‌شود. با تقویت باور به دنیای ناعادلانه، افراد بسیار مستعد تلافی و جبران بی‌عدالتی می‌شوند [۲۱ و ۳۰]. برای درگیر شدن افراد در جبران رفتاری بی‌عدالتی ادراک شده، باورهای جبران فعال عدالت باید تقویت شوند [۱۶]. به همین دلیل نیز بسیار احتمال می‌رود که رابطه‌ای زنجیره‌ای بین روان‌رنجور-خویی با باور به دنیای ناعادلانه و باورهای جبران فعال عدالت و سپس تلافی‌جویی بی‌عدالتی وجود داشته باشد. به این شکل که روان‌رنجورخویی ابتدا باعث تقویت باور به دنیای ناعادلانه، سپس باور به دنیای ناعادلانه منجر به تقویت باورهای فعال جبران عدالت و در آخر باورهای جبران فعال عدالت منجر به جبران رفتاری بی‌عدالتی می‌شوند.

همچنین نتایج در سطح روابط ساده نشان داد (جدول ۱) که بین برون‌گرایی با باورهای جبران فعال عدالت رابطه منفی وجود دارد. افراد برون‌گرا افرادی اجتماعی، متمایل به دوستی با دیگران و دارای نگرش و رفتارهای

برابر با ۰/۲، ۵/۹ درصد از واریانس باورهای جبران منفعل عدالت را تبیین نموده است. معادله‌های پیش‌بینی باورهای جبران فعال و منفعل عدالت به شرح زیر است.

(روان‌رنجورخویی) $۰/۱۸ + ۳/۱۹ =$ باورهای جبران فعال عدالت

(توافق‌پذیری) $۰/۸ + ۰/۴ =$ باورهای جبران منفعل عدالت

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی رابطه ساده و ترکیبی پنج عامل بزرگ شخصیت (روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، توافق‌پذیری، تجربه‌پذیری و وظیفه‌شناسی) با باور به دنیای عادلانه برای خود و دیگران، باور به دنیای ناعادلانه و باورهای جبران فعال و منفعل عدالت اجرا شد. نتایج حاصل از این پژوهش حمایت اولیه‌ای در مورد رابطه منفی برون‌گرایی با باورهای جبران فعال عدالت، رابطه منفی روان‌رنجورخویی با باور به دنیای عادلانه برای دیگران و برای خود، رابطه مثبت روان‌رنجورخویی با باور به دنیای ناعادلانه و باورهای جبران فعال عدالت، رابطه مثبت وظیفه‌شناسی با باور به دنیای عادلانه برای خود، و رابطه مثبت توافق‌پذیری با باور به دنیای عادلانه برای خود و با باورهای جبران منفعل عدالت به دست داد. تجربه‌پذیری نیز با هیچیک از مولفه‌های معطوف به عدالت دارای رابطه معناداری نبود (جدول ۱).

پیش از ارائه تبیین‌های نظری یافته‌های مورد اشاره، نتایج چند الگوی ارتباطی احتمالی را مطرح می‌کند که ابتدا به آن‌ها اشاره نموده و سپس به تبیین روابط به دست آمده در رگرسیون‌های چندگانه خواهیم پرداخت. در درجه اول چنان‌که در مقدمه پیش‌بینی گردید، روان‌رنجورخویی با باور به دنیای عادلانه برای خود و دیگران دارای رابطه منفی، ولی با باور به دنیای ناعادلانه و باورهای جبران فعال عدالت دارای رابطه مثبت بود. این یافته تا اندازه‌ای با نظرات، یافته‌ها و اشارات در پژوهش‌های دیگر پژوهشگران همسویی نشان می‌دهد [۲۴، ۲۵ و ۲۹]. شواهد پژوهشی ارائه شده توسط پژوهشگران مورد اشاره حاکی از آن است که افراد دارای روان‌رنجورخویی بالا، افرادی با سطح اطمینان به خود

بلکه با نظام عملکردی و رفتاری افراد که ماهیتی عمگرایانه تر دارد ارتباط برقرار می‌کند. به این جهت ممکن است تجربه‌پذیری به جای باورهای معطوف به عدالت با رفتارهای معطوف به عدالت دارای رابطه باشد. الگوی پیش‌بینی‌های به دست آمده از تحلیل رگرسیون چندگانه نیز تا اندازه قابل توجهی از تبیین‌های ارائه شده در بالا حمایت می‌کند. با حضور همزمان ویژگی‌های شخصیتی پنج‌گانه در پیش‌بینی و مشخص شدن توان پیش‌بینی‌کنندگی برخی از پنج عامل بزرگ شخصیتی برای هر یک از باور به دنیای عادلانه برای خود و دیگران، باور به دنیای ناعادلانه و باورهای جبران فعال و منفعل عدالت، حقایق فراتر از روابط ساده بین ویژگی‌های شخصیتی با باورهای معطوف به عدالت در اختیار قرار گرفت که به مهمترین آن‌ها اشاره خواهیم کرد. اولین بخش از نتایج تحلیل رگرسیون در پژوهش حاضر نشان داد که هیچ یک از پنج عامل بزرگ شخصیت، قادر به پیش‌بینی باور به دنیای عادلانه برای دیگران نیستند. پژوهشی که بتوان این یافته را با آن مقایسه نمود در دسترس قرار نگرفت. در تبیین این بخش از یافته‌ها چند احتمال مطرح است. احتمال اول این که باور به دنیای عادلانه برای دیگران به عنوان باوری معطوف به دنیای بیرون فرد با ویژگی‌های شخصی و شخصیتی افراد که ماهیتی درونی و شخصی دارد، دارای چندان رابطه قابل توجهی نیست که در تحلیل رگرسیون خود را نشان بدهد. به معنای دیگر چون ویژگی‌های شخصیتی ماهیتی متمرکز بر خود دارند، و در مقابل باور به دنیای عادلانه برای دیگران به جای خود فرد بر دیگران متمرکز است، ممکن است این ناهمسویی متمرکز باعث روابط ضعیف بین آن‌ها شده باشد. احتمال دوم به گروه نمونه این پژوهش باز می‌گردد. گروه نمونه این پژوهش نوجوانان بوده‌اند و دوره نوجوانی نیز دوره متمرکز بر خود است. یعنی نوجوانان بیش از هرکس و هر چیز بر خود متمرکز می‌کنند. ممکن است همین خودمحوری نیز باعث شده باشد تا هیچیک از پنج عامل بزرگ شخصیتی نتوانند باور به دنیای عادلانه برای دیگران

مثبت نسبت به دیگران هستند [۱۷]. همچنین افراد دارای درون‌گرایی بالا افرادی با احساس انرژی بالا و دارای احساس خود کارآمدی بالا هستند [۱۸]. چنین ویژگی‌هایی زمینه تعامل موثر، باز و خوش‌بینانه را برای افراد برون‌گرا فراهم می‌کند و از این طریق باعث ارتباط منفی بین برون‌گرایی و باورهای جبران فعال عدالت که ماهیتی خودمدار و تا اندازه‌ای خشونت بار دارند می‌شود. به معنای دیگر می‌توان گفت که وقتی فردی دارای نگرش و تمایل مثبت به سوی دیگران باشد، چندان تمایلی برای بروز رفتارهای خشن در برخورد با بی‌عدالتی‌ها از خود نشان نخواهد داد [۲۸، ۳۰، ۳۱].

بالاخره نتایج حاکی از رابطه مثبت وظیفه‌شناسی و توافق‌پذیری با باور به دنیای عادلانه برای خود و در یک مورد نیز حاکی از رابطه مثبت توافق‌پذیری با باورهای جبران فعال عدالت بود (جدول ۱). افرادی با توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی بالا افرادی دارای تعهد و پشتکار (به ویژه در مورد وظیفه‌شناسی) و با تمایلات اجتماعی نودوستانه، پرخاشگری پایین، پر تحمل و بردبار، یاری‌رسان، نامتمایل به رقابت‌جویی خصمانه و خشن و در کل افرادی ملایم (به ویژه در مورد توافق‌پذیری) هستند [۲۸، ۳۰، ۳۱]. چنین مشخصه‌هایی، نظام عملکردی و پردازش اطلاعات خوش‌بینانه را بر نظام رفتاری و شناختی افراد تحمیل نموده که باعث می‌گردد بین توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی با باور به دنیای عادلانه برای خود و بین توافق‌پذیری با باورهای جبران منفعل عدالت رابطه مثبت به وجود آید. اما چنان‌که در نتایج ارائه شده در جدول ۱ مشخص گردید، تجربه‌گرایی با هیچ یک از باورهای معطوف به عدالت دارای رابطه معناداری نبود. این عدم رابطه معنادار بین تجربه‌پذیری و باورهای معطوف به عدالت نیازمند پژوهش‌های بیشتری در آینده است. با این حال این نتیجه ممکن است ناشی از این حقیقت نیز باشد که تجربه‌گرایی از زمره ویژگی‌های شخصیتی است که به دلیل ماهیت خود با باورهای معطوف به عدالت افراد چندان رابطه برقرار نمی‌سازد،

را پیش‌بینی کنند.

در ادامه نتایج تحلیل رگرسیون حاکی از آن بود که در حضور هم‌زمان پنج عامل بزرگ شخصیت، روان‌رنجورخویی به عنوان یک ویژگی شخصیتی دارای نقشی فراگیرتر از دیگر ویژگی‌های شخصیتی بر باور به دنیای عادلانه برای خود، باور به دنیای ناعادلانه و باورهای جبران فعال عدالت است. به این معنی که روان‌رنجورخویی به عنوان یک ویژگی شخصیتی نقشی تقویت‌کننده برای باور به دنیای ناعادلانه و باورهای جبران فعال عدالت و در مقابل نقشی تضعیف‌کننده در باور به دنیای عادلانه برای خود داشت. در نگاه اول این نتایج، این احتمال نظری را تقویت می‌کند که باور به دنیای ناعادلانه و باورهای جبران فعال عدالت در بنیان‌های شخصیتی اختلال‌گونه که مشخصه اصلی آن بی‌ثباتی هیجانی است ریشه دارند. در صورت تکرار نتایج پژوهش حاضر در پژوهش‌های بعدی، شاید بتوان در آینده به طور جدی‌تری از باور دنیای ناعادلانه و باورهای جبران فعال عدالت به عنوان باورهایی که در خدمت روان‌رنجورخویی هستند، سخن به میان آورد. به هر حال، بر پایه نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان گفت که افراد روان‌رنجور، افرادی مستعد برای تلقی دنیا به عنوان مکانی سرشار از بی‌عدالتی هستند که لازم می‌دانند هر کس به سهم خود برای بازگشت و جبران عدالت دست به کار شود. چنین تمایلات شناختی و متعاقب آن تمایلات رفتاری، افراد روان‌رنجور را در یک چرخه معیوب پیشگویی‌های خودکامرواساز قرار می‌دهد. به این معنی که با تلقی دنیا به عنوان مکانی مملو از بی‌عدالتی، احتمال مواجهه افراد روان‌رنجور را با بی‌عدالتی نسبت به مواجهه با عدالت افزایش می‌دهد. چرا که افراد روان‌رنجور توانایی تجربه و مواجهه با عدالت را بر اثر سبک تبیینی بدبینانه ندارند [۲۸، ۳۰ و ۳۱]. همین امر آمادگی برای تغییر باور به دنیای ناعادلانه و باورهای جبران فعال عدالت را نیز در افراد روان‌رنجور با دشواری جدی مواجه می‌سازد.

بالاخره این‌که بر اساس نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون در پژوهش حاضر، نقش وظیفه‌شناسی به عنوان یک عامل تقویت‌کننده برای باور به دنیای عادلانه برای خود و توافق‌پذیری به عنوان عاملی تقویت‌کننده برای باورهای جبران منفعل عدالت نیز دارای اهمیت است. چنان‌که قبلاً نیز اشاره شد، وظیفه‌شناسی با محوریت تلاش، پشتکار و وظیفه‌شناسی معطوف به اهداف، افراد را در راستای تلاش برای موفقیت در زندگی به پیش می‌برد [۲۵ و ۲۶]. چنین موفقیتی بستر ساز تقویت باور به دنیای عادلانه برای خود می‌شود. اما این‌که توافق‌پذیری فقط از بین پنج عامل بزرگ شخصیت دارای توان پیش‌بین معنادار برای باورهای جبران منفعل عدالت بود نیز شاید به این دلیل باشد که نظام انعطاف‌پذیری رفتاری و پردازش شناختی که توافق‌پذیری بر افراد تحمیل می‌کند، آن‌ها را از توجه به باورهای فعال برای بازگشت عدالت که می‌تواند ماهیتی خشونت‌بار به خود بگیرد، بازداری کند. در این بخش از یافته‌ها نیز این احتمال مطرح است که توافق‌پذیری زیاد شکلی از انفعال باوری و به دنبال آن انفعال رفتاری را بر افراد تحمیل کند.

به هر حال تفسیر یافته‌های این پژوهش باید در سایه توجه به محدودیت‌های آن انجام شود. محدودیت اول این‌که گروه نمونه این پژوهش را دانش‌آموزان پسر تشکیل داده‌اند، لذا تعمیم نتایج به دانش‌آموزان دختر تا تکرار پژوهش به این گروه چندان منطقی نیست. در سایه توجه به این محدودیت‌ها، پیشنهاد پژوهشی این است که این مطالعه در گروه‌های نمونه پسر و دختر دانش‌آموز و زن و مرد بزرگسال تکرار شود. همچنین پژوهشگران علاقه‌مند می‌توانند نقش تعدیل‌کننده ویژگی‌های شخصیتی را در رابطه باور به دنیای عادلانه و ناعادلانه و باورهای جبران عدالت با رفتارهای پرخاشگرانه و رفتارهای جامع‌ه‌یار در نمونه‌های دانش‌آموزی، دانشجویی و افراد بزرگسال جامعه مورد بررسی قرار دهند.

منابع

- 10- Dalbert, C. (2009). Belief in a just world. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of Individual Differences in Social Behavior* (pp. 288-297). New York: Guilford Publications.
- 11- Dalbert, C., & Filke, E. (2007). Belief in a just world, justice judgments, and their functions for prisoners. *Criminal Justice Behavior*, 34, 1516-1527.
- 12- Christopher, A. N., Zabel, K. L., Jones, J. R., & Marek, P. (2008). Protestant ethic ideology: Its multifaceted relationships with just world beliefs, social dominance orientation, and right – wing authoritarianism. *Personality and Individual Differences*, 45, 473-477.
- 13- Aguiar, P., Vala, J., Correia, I., & Pereira, C. (2008). Justice in our world and in that of others: Belief in a just world and reactions to victims. *Social Justice Research*, 21, 50-68.
- 14- Correia, I., Alves, H., Sutton, R., Ramos, M., Gouveia-Pereira, M., & Vala, J. (2012). When do people derogate or psychologically distance themselves from victims? Belief in a just world and in-group identification. *Personality and Individual Differences*, 53, 747-752.
- 15- Sutton, R.M., & Douglas, K.M. (2005). Justice for all, or just for me? More evidence of the importance of the self other distinction in just world beliefs. *Personality and Individual Differences*, 39(3), 637-645.
- ۱۶- گل‌پرور، محسن، و واثقی، زهرا. (۱۳۹۰). جبران عدالت تعدیل‌کننده رابطه عدالت سازمانی ادراک‌شده با رفتارهای تلافی‌جویانه کارکنان. *دانشور رفتار (مدیریت و پیشرفت)*، ۱۸(۵۰)، ۴۱۷-۴۳۲.
- ۱۷- حق‌شناس، حسن. (۱۳۸۵). *طرح پنج‌عاملی ویژگی‌های شخصیت: راهنمای تفسیر و هنجارهای آزمون‌های NEOPI-R و NEOFFI*. چاپ اول. شیراز: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شیراز.
- ۱۸- حیدری‌نژاد، صدقه، مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز، داودی، ایران، پاینده، مهرانگیز. (۱۳۹۰). ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مدیریت تعارض مدیران اداره‌های تربیت بدنی استان خوزستان. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۵، ۷۴-۶۵.
- 1- Begue, L., & Muller, D. (2006). Belief in a just world as moderator of hostile attributional bias. *The British Journal of Social Psychology*, 45, 117-126.
- 2- Callan, M. J., Shead, N. W., & Olson, J. M. (2009). Foregoing the labor for the fruits: The effect of just world threat on the desire for immediate monetary rewards. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45, 246-249.
- ۳- گل‌پرور محسن، عریضی حمیدرضا. (۱۳۸۶). اعتباریابی پرسشنامه‌های باورهای دنیای عادلانه برای خود و دیگران. *مجله پژوهشی علوم انسانی دانشگاه اصفهان*، ۲۵(۴)، ۱۹۳-۲۱۲.
- ۴- گل‌پرور، محسن، و جوادیان، زهرا. (۱۳۹۰). نقش دردسر آفرینی و اسناد شناختی در رابطه با باور به دنیای عادلانه و واکنش پرخاشگرانه دانش‌آموزان دختر: نظریه ایرانی کارکرد دوگانه متضاد. *اندیشه و رفتار (روان‌شناسی کاربردی)*، ۶(۲۱)، ۷۱-۶۱.
- 5- Lerner, M.J. (1980). *The belief in a just world, a fundamentally delusion*. New York : Plenum Press.
- 6- Furnham, A. (2003). Belief in a just world: research progress over the last decade. *Personality and Individual Differences*, 34, 795-817.
- 7- Nasser, R., Doumit A., & Carifio, J. (2011). Well-being and belief in a just world among rest home residents. *Social Behavior and Personality*, 39(5), 655-670.
- 8- Testé, B., & Perrin, S. (2013). The impact of endorsing the belief in a just world on social judgments: The social utility and social desirability of just-world beliefs for self and for others. *Social Psychology*, 44(3), 209-218.
- ۹- خسروی، زهره، ناهید پور، فرزانه. (۱۳۹۱). بررسی رضایت از زندگی، باور به عادلانه بودن دنیا و حمایت‌های اجتماعی در دانشجویان ایرانی و هندی. *فصلنامه جامعه‌شناسی زنان*، ۳(۲)، ۱۶-۱.

- 27- Oostrom, J. K., Born, M. Ph., Serlie, A.W., & van der Molen, H. T. (2011). A multimedia situational judgment test with a constructed-response item format: Its relationship with personality, cognitive ability, job experience, and academic performance. *Journal of Personnel Psychology*, 10, 78–88.
- 28- Schlenker, B.R., Chambers, J. R., & Le, B.M. (2012). Conservatives are happier than liberals, but why? Political ideology, personality, and life satisfaction. *Journal of Research in Personality*, 46(2), 127–146.
- 29- Hogan, J., & Holland, B. (2003). Using theory to evaluate personality and job-performance relations: A socio analytic perspective. *Journal of Applied Psychology*, 88, 100–112.
- 30- Golparvar, M., & Javadian, Z. (2012). Moderating effects of the big five personality factors on the relationship between perceived organizational justice and organizational citizenship behaviors (OCBs). *European Journal of Scientific Research*, 74 (4), 527-543.
- 31- van der Linden, D., te Nijenhuis, J., Bakker, A. B. (2010). The General Factor of Personality: A meta-analysis of Big Five inter-correlations and a criterion-related validity study. *Journal of Research in Personality*, 44, 315–327.
- 32- Roshani, K., Sedighe Jalili, S., & Mohri Adaryani, M. (2013). Investigating relational patterns of belief in a just/unjust world, satisfaction with life and mental health in female students. *Current Research Journal of Biological Sciences*, 5(3), 136-140.
- 33- Wilmer, P. (2013). Towards making the world as just as we believe it is: The Effect of Power on Helping Innocent Victims. Unpublished Master thesis in Social Psychology, Utrecht University
- 34- Xie, X., Liu, H., & Gan, Y. (2011). Belief in a just world when encountering the 5/12 Wenchuan earthquake. *Environment and Behavior*, 43(4), 566-586.
- ۳۵- حسن زاده، رمضان. (۱۳۸۲). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. چاپ اول، تهران: نشر ساوالان.
- 19- Anusic, I., Schimmack, U., Pinkus, R. T., & Lockwood, P. (2009). The nature and structure of correlations among Big Five ratings: The Halo-Alpha-Beta model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 1142–1156.
- 20- Erdle, S., & Rushton, J. P. (2010). The general factor of personality, BIS – BAS, expectancies of reward and punishment, self-esteem, and positive and negative affect. *Personality and Individual Differences*, 48, 762 – 766.
- 21- Pettersson, E., Turkheimer, E., ERINE. Horn, E., & Menatti, A. (2012). The general factor of personality and evaluation. *European Journal of Personality*, 26, 292 – 302.
- 22- Schlenker, B. R., Miller, M. L., & Johnson, R. M. (2009). Moral identity, integrity, and personal responsibility. In D. Narvaez & D. K. Lapsley (Eds.). *Personality, identity, and character* (pp. 316–340). New York: Cambridge University Press.
- ۲۳- قلی‌زاده، زلیخا، برزگری، لیلی، غریبی، حسن، باباپورخیرالدین، جلیل. (۱۳۸۹). بررسی رابطه پنج عامل شخصیتی NEO-FFI با رضایت زناشویی. روان‌شناسی بالینی و شخصیت، ۳، ۵۷-۶۶.
- 24- Molleman, E., Nauta, A., & Jehn, K. A. (2004). Person-job fit applied to teamwork: A multilevel approach. *Small Group Research*, 35(5), 515-539.
- 25- Chou, S.H. (2008). Big Five personality: Moderation effect on people management and organizational citizenship behavior. Department of Management, Southern Illinois University Carbondale, Retrieved 6 February 2012 from: www.midwestacademy.org.
- 26- Eswaran, S., Aminul Islam, Md., & Yusuf, D. H. M. (2011). A study of the relationship between the Big Five personality dimensions and job involvement in a foreign based financial institution in Penang. *International Business Research*, 4(4), 164 - 175.

۳۸- گل پرور، محسن، و واثقی، زهرا. (۱۳۹۰). مقایسهٔ رابطهٔ باور به دنیای ناعادلانه و واکنش پرخاشگرانه بر پایهٔ سطوح سه گانهٔ اسناد. مجله روان‌شناسی، ۱۵(۵۳/۳)، ۲۵۲-۲۳۵.

36- Goldberg, L. R. (1992). The development of markers for the Big-Five Factor Structure. *Psychological Assessment*, 4, 26-42.

37- Dalbert, C., Lipkus, I. M., Sallay, H., & Goch, I. (2001). A just and an unjust world: Structure and validity of different world beliefs. *Personality and Individual Differences*, 30, 561- 577.

مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی- رفتاری بر پیش بین‌های عود در مبتلایان به افسردگی اساسی عودکننده

نویسندگان: مهدیه ملیانی^۱، عباسعلی الهیاری^{۲*}، پرویز آزادفلاح^۳، علی فتحی آشتیانی^۴
و آزاده طاولی^۵

- ۱- دانشجوی دکترای روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس.
- ۲- استادیار دانشگاه تربیت مدرس.
- ۳- دانشیار دانشگاه تربیت مدرس.
- ۴- استاد مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج).
- ۵- دانشجوی دکترای روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس.

*Email: abasallahyari@gmail.com

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی - رفتاری بر نشانه‌های پیش بین عود در مبتلایان به افسردگی اساسی عودکننده انجام شده است. این پژوهش از نوع طرح‌های پیش آزمون- پس آزمون با گروه مقایسه و گمارش تصادفی آزمودنی است که بدین منظور ۴۰ فرد مبتلا به افسردگی عودکننده انتخاب و به تصادف در دو گروه درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت اختصاص داده شدند. کلیه آزمودنی‌ها بوسیله پرسشنامه‌های: سیاهه افسردگی بک-II، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، مقیاس رضایتمندی از خود در پیش و پس از مداخله مورد ارزیابی قرار گرفتند. تحلیل نتایج بواسطه آزمون تحلیل آماری کوواریانس تک متغیره و چند متغیره نشان داد که درمان شناختی - رفتاری نشانه‌های باقیمانده افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد در مبتلایان به افسردگی اساسی عودکننده را بیشتر از درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت پس از اختتام درمان کاهش می‌دهد حال آن که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت نشخوار ذهنی، واکنش‌پذیری شناختی و رضایتمندی از خود در مبتلایان به افسردگی اساسی عودکننده را بیشتر از درمان شناختی - رفتاری کاهش می‌دهد در آخر پیشنهاد می‌گردد که با تلفیق دو رویکرد، درمان شناختی - رفتاری و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت، برای مبتلایان به افسردگی اساسی می‌توان پیش بین‌های عود را بطور قابل ملاحظه ای کاهش داد.

کلید واژه‌ها: درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت، درمان شناختی - رفتاری، افسردگی اساسی عودکننده، نشانه پیش بین عود.

مقدمه

در سال‌های اخیر در کنار اهمیت سازه نگرش‌های ناکارآمد، توجه فزاینده‌ای به نشخوار فکری به عنوان یک مؤلفه مهم در تحول افسردگی تخصیص داده شده است [۱۱]. پژوهش‌ها نشان داده است که افراد در معرض خطر عود افسردگی، تمایل به نشانه‌ها، شناخت‌های منفی و حالت‌های بدنی ناخوشایند از طریق بروز الگوی تفکر نشخواری و تحلیل انتزاعی دارند [۱۲].

علاوه بر نقش نشخوار ذهنی در ایجاد و تداوم افسردگی، واکنش‌پذیری شناختی نیز یکی از مشخصه‌های مورد توجه به عنوان عامل خطر ساز در عود اختلال افسردگی است. واکنش‌پذیری شناختی به میزان برانگیخته شدن افکار و نگرش‌های ناکارآمد در قبال ایجاد یک خلق منفی و افسرده وار اطلاق می‌گردد. باور بر این است که در اولین دوره‌های تجربه افسردگی، ارتباطی میان الگوهای تفکر منفی و خلق غمگین برقرار می‌گردد که حالات خلقی منفی بعدی می‌تواند از طریق فعال کردن این ارتباط، شبکه‌ای از افکار منفی را برانگیزد که در دوام و تشدید حالات خلقی منفی و افسردگی نقش مهمی را بر عهده دارد [۱۳].

علاوه بر تأکید بر اهمیت متغیرهای فوق، رضایتمندی از خود نیز مفهومی است که اخیراً در حوزه روانشناسی شخصیت مطرح شده است [۱۴]. نف^۷ [۱۵] رضایتمندی از خود را این طور تعریف می‌کند "گشوده بودن و حرکت به سمت رنج‌های شخصی، تجربه احساس مراقبت و مهربانی نسبت به خود و اتخاذ دیدگاهی غیر قضاوتی و همراه با فهم ناکفایتی‌ها و خطاهای فردی و رسیدن به این مهم که تجربه‌های شخصی افراد، بخشی از تجربه معمول بشری است". یافته‌های مهمی در تأیید ارتباط معکوس در میان سازه رضایتمندی از خود با افسردگی و اضطراب وجود دارد [۱۵].

در حقیقت، لری و همکاران [۱۴] اخیراً مطرح کردند که افرادی که از خود رضایت دارند، احتمالاً عاطفه منفی (اضطراب و افسردگی) کمتری را پیرو تجربه موقعیت منفی گزارش می‌نمایند چرا که آنها کمتر نشخوار

افسردگی، اختلالی بسیار بازگشت پذیر است. بیش از ۷۵ درصد بیماران افسرده بیش از یک دوره افسردگی را تجربه می‌نمایند [۱]. افسردگی عود کننده با وجود حداقل دو دوره تجربه افسردگی اساسی با فاصله حداقل ۲ ماه مشخص می‌گردد [۲]. افسردگی یک اختلال عاطفی جدی و مشکل مهمی در حوزه سلامتی است. افسردگی همراه با کاهش معنادار در کارکرد فرد در فعالیت‌های زندگی روزانه و کیفیت زندگی است [۳].

کلر^۱ و بولاند^۲ [۱] در پژوهش خود تصریح کردند که در بسیاری از موارد، مبتلایان بطور کامل از دوره‌های افسردگی بهبود نمی‌یابند بلکه نشانه‌های باقیمانده‌ای را از خود نشان می‌دهند که پیش بین معنادار عود می‌باشند. استگنا [۴] وجود نشانه‌های باقی مانده را پیش بین قدرتمند عود متعاقب ۱۸ ماه می‌داند. به همین دلیل آنها بر این مهم تأکید دارند که برای کاهش احتمال عود باید نشانگان باقی مانده را کاهش داد و حتی حضور این نشانه‌ها ضرورت تداوم درمان را مطرح می‌نماید.

بررسی‌های متعدد، وجود عوامل افزاینده خطر ساز عود چون نگرش‌های ناکارآمد^۳ [۵]، نشخوار ذهنی^۴ [۶]، رضایتمندی از خود^۵ [۷] و واکنش‌پذیری شناختی^۶ [۸] بطور تلویحی رضایتمندی از خود را در ایجاد و تداوم خلق افسرده وار مورد تأیید قرار داده اند.

یافته‌های پژوهشی تا به حال نقش نگرش‌های ناکارآمد را در پیش بینی نشانه‌های افسردگی و افسردگی نشان داده اند [۹]. آلوی و همکاران [۱۰] دریافتند که در میان دانشجویان سال اول، در پیگیری بیست و هشت ماهه، وجود ویژگی‌های شناختی منفی (برای نمونه سبک اسناد منفی و وجود نگرش‌های ناکارآمد) پیش بین اولین دوره افسردگی و نیز بازگشت مجدد آن می‌باشد.

1. Keller MB,
2. Boland RJ.
3. dysfunctional attitude
4. rumination
5. self compassion
6. cognitive reactivity

7. Neff K.

می‌نمایند یا دلالت‌های منفی کمتری در مورد یک رویداد دارند.

از این رو در درمان کلیه اختلال‌های روانی بطور خاص اختلال افسردگی، هدف از هر مداخله درمانی در کنار بهبود مرحله حاد اختلال، نگهداری اثرات درمانی و پیشگیری از عود و وقوع مجدد است که این مهم با توجه به ماهیت ارجاعی و مزمن اختلال افسردگی [۱۶]، ضرورت توجه جدی به درمان‌های پیشگیرانه را برای این اختلال مطرح می‌نماید. چنانچه بدون در نظر گرفتن درمان حمایتی و پیشگیرانه برای مبتلایان به افسردگی تکرار شونده نرخ عود و وقوع مجدد حتی بعد از درمان موفق مرحله حاد، بیش از ۸۰ درصد خواهد بود [۱۷].

مطالعات متعددی از میان تمامی درمان‌های روانشناختی، کارآمدی و اثربخشی درمان شناختی رفتاری را به عنوان درمان انتخابی برای مبتلایان به افسردگی تأیید نموده‌اند. اهداف اکثر رویکردهای شناختی رفتاری برای درمان افسردگی، تعلیم بیماران برای فهم سبب شناسی و تداوم اختلالات خلقی، بکارگیری مهارت‌های خاص برای مشخص ساختن و اصلاح افکار ناکارآمد و خود به خودی و به همان نحو فهم فرضیات و باورهایی است که بازتابی از ساختارها و طرحواره‌های شناختی پایدار ناکارآمد اند [۱۸]. تقریباً یک سوم افرادی که از درمان شناختی رفتاری بهره می‌گیرند، در خطر عود مجدد قرار دارند [۱۹].

در درمان شناختی سنتی آزمودنی‌ها بطور مکرر ترغیب می‌شدند تا افکار خود را مشخص و مورد مشاهده قرار دهند و بر این مهم بنا شده است که باورهای منفی درباره خود، دنیا و آینده وجود دارند که منجر به ایجاد و تداوم نشانه‌های افسردگی می‌گردد. هنگامی که بیماران می‌آموزند که چنین الگوهای تفکر خودآیندی را شناسایی نمایند، آنها می‌آموزند تا راهبردهای سازگارانه تری را برای پاسخ دهی کسب نمایند. مداخلات رفتاری در درمان شناختی رفتاری بطور خاص در کاهش نشانه‌های انزوای اجتماعی و بی لذتی کارآمد می‌باشند و بر فعال سازی مداخله بیمار بر محیط شان و به همان اندازه

افزایش احساس تسلط و لذت متمرکز می‌باشند. چنین مهارت‌هایی هنگامی که با برانگیختگی عاطفی همراه می‌شوند و در بافت تکالیف اختصاص داده شده برای فضای بیرون از درمان تمرین می‌گردد، موتورهای مهمی برای تغییر نشانه‌ها می‌باشند [۲۰].

یکی از راهبردهای ارتقاء اثربخشی درمان شناختی رفتاری در تخفیف نشانه‌های باقیمانده افسردگی و ارتقاء قدرتمندی آن در پیشگیری از عود، هدف قرار دادن سایر مؤلفه‌های پیش بین عود چون واکنش پذیری شناختی، بواسطه تکمیل درمان شناختی رفتاری است [۲۱]. در طی دهه قبل، علاقه و پژوهش در ذهن آگاهی و مداخلات مبتنی بر آن افزایش یافته است [۲۲]. درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت یکی از مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی است. این درمان به منظور ارتقاء اثربخشی درمان شناختی رفتاری، این درمان [۲۳] را با مؤلفه‌های برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ طراحی شده بواسطه کابات - زین^۲ [۲۴] تلفیق نموده است. کویکن^۳ و همکاران [۲۵] نشان دادند که این درمان موفقیت بیشتری نسبت به درمان دارویی نگهدارنده در پیشگیری از عود دارد. تحلیل داده‌ها همچنین نشان داد که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش نشانه‌های باقی مانده نسبت به درمان دارویی نگهدارنده نیز موفق تر بوده است.

چنانچه مطرح شد، افسردگی اثرات گسترده ای بر فرد و جامعه دارد، پیشگیری از مزمن شدن و عود مجدد دوره‌های افسردگی هدف اصلی در درمان اختلال افسردگی اساسی عود کننده است ولیکن نه تنها درمان‌های کارآمدی برای این اختلال وجود ندارند بلکه همچنین راهبردهای مداخله ای پیشگیرانه برای افراد در معرض خطر ابتلا نیز وجود ندارد [۳].

ولیکن تا به حال هیچ مطالعه ای بطور مستقیم به بررسی مقایسه ای دو درمان شناختی رفتاری و ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش نشانه‌های پیش بین عود در اختلال افسردگی اساسی عود کننده نپرداخته

1. Mindfulness based Stress Reduction
2. Kabat-Zinn J.
3. Kuyken W.

استفاده از معیارهای انتخاب برگزید و با کسب رضایت از آنها، در پژوهش وارد شدند. میانگین سن بیماران ۳۷/۳ با انحراف استاندارد ۹/۳ بود سایر شاخص‌های توصیفی مربوط به گروه نمونه در جدول ۱ ارائه شده است. از میان ۴۰ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی عود کننده که به گروه‌های درمانی وارد شده بودند، ۱۵ بیمار در گروه درمان شناختی رفتاری و ۱۶ نفر در گروه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت تا انتهای درمان باقی ماندند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: وجود سابقه افسردگی اساسی، سابقه مصرف داروهای ضدافسردگی اما قطع مصرف در زمان مطالعه و یا ثابت نگه داشتن برنامه درمان دارویی، کسب نمره ۱۴ تا ۲۸ (افسردگی خفیف و متوسط) از سیاهه افسردگی بک - II و برخی از معیارهای خروج عبارت هستند از سابقه اسکیزوفرنی، اختلال روانی ناشی از مسائل جسمانی، افسرده خویی قبل از سن ۲۰، اختلالات شخصیت و وجود تمایل به خودکشی.

روش اجرای پژوهش

به تبع انتخاب برای ورود به مطالعه، از شرکت کنندگان درخواست شد تا مجموعه آزمون‌هایی را که برای آنها تدارک دیده شده بود شامل: سیاهه افسردگی بک - II (BDI-II)، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS)، مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS) و مقیاس رضایتمندی از خود (SCS) را تکمیل نمایند و به منظور کسب اطمینان از ورود صحیح به پژوهش، با انجام مصاحبه بالینی ساختماند کلیه ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش مجدداً بررسی شد. بیماران انتخاب شده حائز شرایط به تصادف به دو موقعیت درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی رفتاری گروهی وارد شدند. مداخلات درمانی در قالب گروهی و در طی ۸ هفته بطور تصادفی برای هر گروه اجرا گشتند (ساختار جلسات درمانی هر دو نوع مداخله در جداول ۲ و ۳ آورده شده اند). اعضای دو گروه درمانی در انتها درمان مجدداً بواسطه بسته آزمون‌های فوق مورد ارزیابی قرار گرفتند.

است. لذا پژوهش حاضر بر آن است تا با مقایسه این دو رویکرد درمانی به این سؤال پاسخ دهد که "کدام یک از درمان‌های ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی رفتاری گروهی در کاهش نشانه‌های پیش بین عود در مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده پس از اختتام درمان مؤثرتر است؟".

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر، از انواع طرح‌های تجربی و از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه مقایسه و گمارش تصادفی است. در این طرح، مداخله درمانی (شامل ۲ سطح: درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت) به عنوان متغیر مستقل و نشانه‌های باقی مانده افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد، نشخوار ذهنی، رضایتمندی از خود و واکنش‌پذیری شناختی در افراد مبتلا به عنوان متغیرهای وابسته، در نظر گرفته شده اند.

آزمودنی

شرکت کنندگان پژوهش حاضر کلیه زنان مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده بودند که دارای نشانه‌های باقی مانده می‌باشند. به منظور انجام مطالعه با استناد به حجم نمونه مطالعه مانی کاواسگر^۱، پارکر^۲ و پریچ^۳ [۲۰] (۴۵ نفر: ۱۹ نفر تحت درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و ۲۶ نفر در درمان شناختی رفتاری)، حجم نمونه در پژوهش حاضر ۴۰ نفر (۲۰ نفر در گروه درمان شناختی رفتاری گروهی و ۲۰ نفر در گروه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت) در نظر گرفته شد. برای دست یابی به این نمونه، پژوهشگر با حضور در چند مرکز روان‌درمانی با بررسی پرونده‌ها و بواسطه ارجاع از جانب روان‌پزشکان و روان‌درمانگران مستقر در مراکز فوق، تعداد ۴۰ بیمار دارای تشخیص افسردگی عود کننده را با

1. Manicavasgar V.
2. Parker G.
3. Perich T.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه آماری

وضعیت شغلی	سطح تحصیلات			وضعیت تأهل		متغیر
	بی‌کار	لیسانس و بالاتر	زیر دیپلم و دیپلم	تاهل	تجرد	
شاغل	۱۸	۱۳	۱۸	۲۹	۹	فراوانی
	۱۳					فراوانی
	۵۸/۱	۴۱/۹	۵۸/۱	۷۱	۲۲	درصد فراوانی

جدول ۲: ساختار جلسات درمان در درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت [26]

موضوع	شماره جلسه
توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در اینجا و اکنون، بازکردن مفهوم ذهن آگاهی	۱
آگاهی به مفهوم ذهن سرگردان و تمرین توجه به بدن، احساس جسمی و فیزیکی و توجه به تنفس	۲
آرام کردن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین‌های حفظ توجه در زمان حال	۳
آموزش حضور در حال و نظاره گر افکار بودن در جمع	۴
کسب آگاهی و پذیرش افکار و احساسات	۵
تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به عنوان فقط فکر و نه واقعیت	۶
هشیار بودن از نشانه‌های افسردگی و تنظیم برنامه برای روبه رو شدن احتمالی با نشانه‌های افسردگی	۷
برنامه ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در حال برای ادامه زندگی و تعمیم آنها به کل جریان زندگی	۸

جدول ۳: ساختار جلسات درمان شناختی رفتاری گروهی [۲۷ و ۲۸]

موضوع	شماره جلسه
معرفی افسردگی و سبب شناسی آن از دید ریکرد شناختی رفتاری	۱
تشریح رابطه رویداد فعال‌کننده - شناخت و رفتار و احساس	۲
توضیح افکار خود آیند و انواع خطاهای تفکر	۳
به چالش گذاشتن افکار و خلق پاسخ عاقلانه	۴
تدارک آزمایشات رفتاری به منظور بررسی راهبردها و شناخت‌های کسب شده	۵
آموزش آرام سازی بدن	۶
تعمیق مهارت‌های شناختی رفتاری کسب شده	۷
تعمیق مهارت‌های شناختی رفتاری کسب شده	۸

ابزارهای پژوهش

در این مطالعه از پرسش‌نامه‌های زیر به منظور سنجش متغیرهای پژوهش در پیش از انجام مداخلات و پس از آنها استفاده شد:

- سیاهه افسردگی بک - II: سیاهه افسردگی بک [۲۹]
مقیاس، بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این

سیاهه اعتبار درونی بالا و روائی همگرای خوبی با سیاهه افسردگی بک - I دارد چنانچه بک و همکارانش [۲۹] روائی همگرای آن را با سیاهه افسردگی بک - I، ۰/۹۳ و با مقیاس رتبه دهی روانپزشکی همیلتون برای افسردگی ۰/۷۱ اعلام کردند و نشان دادند که این ابزار دارای اعتبار از نوع همسانی درونی عالی در بیماران غیر بستری بود (a=۰/۹۳). دابسون و محمدخانی در مطالعه ای به سال

شده است و اعتبار آن در نمونه ایرانی بواسطه ضریب آلفای کرونباخ به عنوان شاخصی از همسانی درونی ۰/۸۸ گزارش شده است [۳۴].

- پرسشنامه‌های مقیاس رضایتمندی از خود^۳: این ابزار یک مقیاس خودسنجی است که شامل ۲۶ ماده می‌باشد که در قالب ۶ خرده مقیاس متفاوت: مهربانی نسبت به خود^۴، قضاوت در مورد خود^۵، پذیرش رنج بشری^۶، گیری^۷، ذهن آگاهی^۸ و بیش اشتغالی^۹ ارائه شده اند. برای این ابزار اعتبار و روایی خوبی گزارش شده است چنانچه نف [۷] با تأیید اعتبار این ابزار، اعتبار همسانی درونی و اعتبار آزمون باز آزمون آن را در طول سه هفته ۰/۹۳ اعلام کرد. رایس [۳۵] نیز در پژوهش خود با استفاده از روش دو نیمه کردن آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۹۰ گزارش کرده است.

- شاخص حساسیت به افسردگی لینهان: ابزار خودسنجی می‌باشند که به منظور ارزیابی سطح واکنش پذیری شناختی طراحی شده اند. شاخص حساسیت به افسردگی لینهان دارای مجموعه از پرسشنامه‌هایی است که آسیب‌پذیری را بواسطه پرسیدن پرسش‌های شرطی می‌سنجد. شرکت کنندگان به این پرسش‌ها بدین نحو پاسخ می‌دهند که در زمان تجربه خلق پایین چگونه احساس می‌نمایند و فکر می‌کنند. این شاخص میزان تغییرات در نمرات مقیاس باورهای ناکارآمد را پیرو تغییر خلق پیش بینی می‌نماید. همسانی‌های درونی این ابزار در میان خرده مقیاس‌های مختلف تأیید شده است [۳۶].

روش تحلیل داده‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از روش‌های توصیفی و استنباطی استفاده شد چنانچه بطور خاص برای مقایسه دو سطح متغیر مستقل (انواع مداخلات درمانی: درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان ذهن آگاهی مبتنی

۱۳۸۶ بر روی ۳۵۴ نمونه بالینی ایرانی، با بررسی مختصات روانسنجی این سیاهه، نشان دادند که نتایج حاصل از این آزمون تأیید کننده تشخیص حاصل از مصاحبه بالینی ساختمان است و می‌توان از آن بطور پایایی برای تشخیص و سنجش شدت افسردگی در قبل و بعد از درمان و در دفعات متعدد بهره گرفت. در مطالعه آنها، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش شد [۳۰].

- مقیاس نگرش‌های ناکارآمد^۱: مقیاس نگرش‌های ناکارآمد بر مبنای مدل آسیب شناختی بک (۱۹۷۶-۱۹۶۷) بر سنجش ساختارهای وابسته به شناخت تأکید دارد [۳۱]. از این مقیاس برای سنجش و ارزیابی فرضیات و اعتقادات زیر بنایی استفاده می‌شود که مشخص کننده محتوای شناختی بر مبنای نظریه بک است. این مقیاس دارای ۴۰ پرسش است که فرض‌های زیربنایی حاکم بر افسردگی را اندازه می‌گیرد. کاویانی، جواهری و بحیرایی [۳۲] این مقیاس را به زبان فارسی ترجمه کرده اند و با اجرای همزمان این آزمون با آزمون افسردگی مشخص کردند که روایی همگرایی این آزمون قابل قبول است. در بررسی مقادیر انجام شده توسط آنها با اجرای آزمون بر روی ۶۵ نفر مشخص شد که همبستگی معنادار و معادل ۰/۶۵ در میان این آزمون و سایر مقیاس‌های سنجش افسردگی وجود دارد که بیانگر روایی همگرایی قابل قبول مناسب این آزمون می‌باشد. همچنین اعتبار آزمون - باز آزمون این مقیاس، ۰/۷۶ گزارش شد.

- مقیاس پاسخ‌های نشخواری^۲: پرسشنامه سبک‌های پاسخ [۳۳] به منظور بررسی تمایل آزمودنی‌ها برای نشخوار نشانه‌های هیجانات منفی شان طراحی شده و اجرا می‌گردد. این پرسشنامه دارای ۲۲ پرسش است که بیانگر پاسخ‌ها به خلق افسرده بصورت متمرکز بر خود، متمرکز بر نشانه‌ها و متمرکز بر پیامدهای احتمالی و علل خلق می‌باشد. این مقیاس دارای اعتبار درونی بالا در دامنه ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ است [برای نمونه ۳۲]. این پرسشنامه توسط باقری نژاد، صالحی فدردی و طباطبائی به فارسی ترجمه

3. self-compassion scale
4. self-kindness
5. self-judgment
6. common humanity
7. isolation
8. mindfulness
9. over-identified

1. dysfunctional attitude scale
2. ruminative response scale

نشانه‌های باقی مانده افسردگی وجود دارد. در ادامه با مراجعه به میانگین‌های تعدیل شده مشخص شد است که درمان شناختی رفتاری نشانه‌های باقیمانده افسردگی در مبتلایان به افسردگی اساسی عودکننده را بیشتر از درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت پس از اختتام درمان کاهش می‌دهد (نتایج در جدول ۴ ارائه شده است).

به منظور مقایسه اثربخشی دو گروه تحت درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت نیز در متغیر نگرش‌های ناکارآمد از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد. نتایج آزمون همسانی خطای واریانس‌های لوین به منظور بررسی شاخصه همگنی واریانس‌ها نشان داد که واریانس خطا بین تمام سطوح متغیر گروه یکسان است. نتایج تحلیل آماری کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) بیانگر آن است که تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیر نگرش‌های ناکارآمد وجود دارد. با مقایسه میانگین‌های تعدیل شده مشخص شد که درمان شناختی رفتاری نگرش‌های ناکارآمد در مبتلایان به افسردگی اساسی عودکننده را بیشتر از درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت پس از اختتام درمان کاهش می‌دهد (نتایج در جدول ۴ ارائه شده است).

بر شناخت) بر مبنای پنج متغیر وابسته (نشانه‌های افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد، نشخوار ذهنی، واکنش پذیری شناختی و رضایتمندی از خود) و با هدف حذف اثر نمرات پیش آزمون در زمان مقایسه اثربخشی درمان در پس آزمون، از روش آماری تحلیل کواریانس یک متغیره (ANCOVA) و چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد.

نتایج

نتایج تحلیل آزمون‌های تحلیل کواریانس یک متغیره (ANCOVA) و چند متغیره (MANCOVA) در جدول ۴ و ۵ ارائه شده است.

به منظور مقایسه اثربخشی دو گروه تحت درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در متغیر نشانه‌های باقی مانده افسردگی از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد. البته در ابتدا به منظور بررسی شاخصه همگنی واریانس‌ها از آزمون همسانی خطای واریانس‌های لوین استفاده شد که نتایج این آزمون معنادار نبود که به معنای عدم وجود واریانس خطا بین تمام سطوح متغیر گروه است. نتایج تحلیل آماری کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) بیانگر آن است که تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیر

جدول ۴: شاخص میانگین تعدیل شده و تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) در متغیرهای نشانه‌های باقی مانده، نگرش‌های ناکارآمد، نشخوار ذهنی، واکنش پذیری شناختی و رضایتمندی از خود.

متغیر	منبع تغییرات	میانگین تعدیل شده	آزمون F	سطح معناداری	ضریب اتا
نشانه‌های باقی مانده	MBCT	۱۸/۱۲	۱۹/۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰
	CBT	۱۴/۱۶			
نگرش‌های ناکارآمد	MBCT	۱۷۱/۱۹	۲۲/۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴
	CBT	۲۰۲			
نشخوار ذهنی	MBCT	۳۵/۴۰	۹۰/۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸
	CBT	۴۷/۵۶			
واکنش‌پذیری شناختی	MBCT	۳۲/۴۵	۱۲۶/۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱
	CBT	۶۶/۳۸			
رضایتمندی از خود	MBCT	۹۴/۲۷	۵۷/۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷
	CBT	۷۸/۶۳			

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی مطالعه حاضر، مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی رفتاری گروهی بر پیش بین‌های عود در مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده بود. تجزیه و تحلیل یافته‌ها نشان داد که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش نشخوار ذهنی و واکنش پذیری شناختی و ارتقاء رضایتمندی از خود از درمان شناختی رفتاری گروهی کارآمدتر است. حال آن که درمان شناختی رفتاری گروهی در ارتقاء باورهای کارآمد و کاهش افسردگی باقی مانده اثربخش‌تر می‌باشد.

چنانچه پیش‌تر مورد تأکید قرار گرفت، رهاسازی از نشانه‌های باقی مانده در مسیر بهبودی و رهایی کامل از اختلال ضروری است [۳۷]. فاوا و همکاران [۳۸] اثربخشی درمان شناختی را بر نشانه‌های باقی مانده به عنوان ابزاری در پیشگیری از نرخ عود در افسردگی بررسی کرده و مطرح ساخته‌اند که افرادی که تحت درمان شناختی قرار گرفته بودند، نشانه‌های باقی مانده کمتری را گزارش کردند و فقط ۱۵٪ از شرکت کنندگان در موقعیت درمان شناختی در برابر ۳۵٪ در موقعیت کنترل بالینی، عود متعاقب را تجربه کردند. مطالعه حاضر نیز با هدف قرار دادن این پیش بین عود همراستا با یافته فوق نشان داد که درمان شناختی رفتاری گروهی در قیاس با درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت می‌تواند نشانه‌های باقی مانده را تعدیل نماید.

درمان شناختی رفتاری بطور خاص آسیب‌پذیری صفت و استعداد برای افسردگی را با خطاب قرار دادن طرحواره شناختی ناکارآمد (نگرش‌های ناکارآمد) که دلالت بر وقوع مجدد افسردگی دارند، تعدیل می‌نماید [۳۹]. چنانچه در پژوهش حاضر نیز تصریح و تأیید گشت، درمان شناختی رفتاری بطور معناداری نگرش‌های ناکارآمد را در قیاس با درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت تعدیل می‌نماید چرا که مقیاس نگرش‌های ناکارآمد بر مبنای مدل آسیب شناختی بک ساخته شده است و در تلاش برای سنجش و ارزیابی فرضیات و

چنانچه نتایج ارائه شده تحلیل آماری کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) در متغیر نشخوار ذهنی در جدول ۴ نشان داده است، متعاقب تأیید یکسان بودن واریانس خطا بین تمام سطوح متغیر گروه توسط آزمون همسانی واریانس‌های لوین، واضح گشت که تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیر نشخوار ذهنی وجود دارد. و مشخص شد که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت نشخوار ذهنی در مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده را بیشتر از درمان شناختی رفتاری پس از اختتام درمان کاهش می‌دهد.

به منظور مقایسه اثربخشی دو گروه تحت درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت نیز در متغیر واکنش‌پذیری شناختی از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد. در ابتدا به منظور بررسی شاخص همگنی واریانس‌ها از آزمون همسانی خطای واریانس‌های لوین استفاده شد که نتایج نشان دهنده عدم وجود واریانس خطا بین تمام سطوح متغیر گروه است. نتایج تحلیل آماری کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) بیانگر آن است که تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیر واکنش‌پذیری شناختی وجود دارد. در ادامه با مراجعه به میانگین‌های تعدیل شده مشخص است که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت واکنش‌پذیری شناختی در مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده را بیشتر از درمان شناختی رفتاری پس از اختتام درمان کاهش می‌دهد.

بر مبنای نتایج ارائه شده در جدول ۴، آزمون تحلیل آماری کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) در متغیر رضایتمندی از خود نشان داده است که متعاقب تأیید یکسان بودن واریانس خطا بین تمام سطوح متغیر گروه توسط آزمون همسانی واریانس‌های لوین، واضح گشت که تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیر رضایتمندی از خود وجود دارد. و مشخص شد که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت رضایتمندی از خود در مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده را بیشتر از درمان شناختی رفتاری پس از اختتام درمان کاهش می‌دهد.

نیز همسو با مطالعاتی است که اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت را بر این متغیر به عنوان یکی از هم‌آیندهای افسردگی نشان داده اند [۴۴ و ۴۵].

سگال و همکاران [۴۶] با تأیید اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش واکنش پذیری شناختی نشان دادند که وجود نمرات بالا در واکنش پذیری شناختی متعاقب درمان شناختی رفتاری یا درمان با داروهای ضد افسردگی پیش بین نرخ بالای عود پس از ۱۸ ماه است. حال آن که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت که با هدف کاهش نشانه‌ها و بطور خاص پیشگیری از عود اختلال افسردگی طراحی شده است با تأیید فرضیه فعال سازی افتراقی تیزدال نشان داده است که می‌تواند درمانی کارآمدتر بر کاهش واکنش پذیری شناختی باشد [۴۷].

و در نهایت مطالعه حاضر بر اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در ارتقاء رضایتمندی از خود تصریح می‌نماید که این یافته همراستا با نظر سگال، ویلیامز و تیزدل [۲۶] است که این مداخله را راهبرد درمانی مناسب به منظور ارتقاء رضایتمندی خود معرفی کردند چرا که این راهبرد درمانی واجد نوعاً تمرکز واضحی بر پذیرش خود و هیجان‌ات دشوار خود با دیدی غیر قضاوتی و رویکردی مشفقانه دارا می‌باشند.

این نقطه نظر در پژوهش فردریکسون و همکاران [۴۸] نیز تأیید شد چنانچه مشخص گشت که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توانند هیجان‌های مثبت را افزایش می‌دهند. در این راستا ون^۱ام^۱ و همکاران (۲۰۱۱) [۴۹] و نف، هسیه^۲ و دجترات^۳ [۵۰] نیز نشان داده اند که ارتباط معکوس در میان سازه رضایتمندی از خود با افسردگی و اضطراب وجود دارد. در طول درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی، رضایتمندی از خود بطور معناداری با نشانه‌های افسردگی کمتر در پس از درمان و پیگیری هم‌آیند است [۴۷].

در آخر، پژوهش حاضر در تلاش برای بررسی

اعتقادات زیر بنایی که مشخص کننده محتوای شناختی بر مبنای نظریه بک است لذا ارتقاء نگرش‌های کارآمد متعاقب این درمان امری بدیهی و مورد انتظار است چنانچه در طول دوره شناخت درمانی بیش از سایر مداخلات، تغییرات شناختی و از جمله نگرش‌های ناکارآمد اتفاق می‌افتد که این تغییرات درمانی نشانه‌های افسردگی را میانجی‌گری می‌نمایند [۴۰].

در حالی که باورهای ناکارآمد بازتابی از محتوای ذهن می‌باشند، نشخوار فکری با فرآیندهای فکر یعنی نحوه برقراری ارتباط فردی با محتوای ذهن هم‌آیند است [۶]. مشخص شده است که نشخوار فکری خطر ایجاد دوره‌های افسردگی را در افراد بهبود یافته ای که مورد پیگیری قرار می‌گیرند، افزایش می‌دهد [۴۱]. بررسی‌های متعدد اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت را در تعدیل نشخوار ذهنی تأیید کرده اند [برای نمونه ۴۲ و ۴۳]. در این مداخله، پرورش آگاهی در طی تمرینات تفکری بیماران را قادر می‌سازد هنگامی که پاسخ‌های نشخوارگری منفی در ذهن شان فعال می‌شود، آنها را واضح تر مشاهده کنند و ذهن خود را از آن الگوهای تفکر خارج نمایند. به واقع بر خلاف درمان شناختی رفتاری استاندارد، که تمرکز آن بر تغییر محتوای تفکر است، تمرکز درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر پرورش آگاهی فرا شناختی و اصلاح فرایندهای فراشناختی است که حالت‌های واکنشی غیر مفید و حالت‌های ذهنی نشخوارگری را حمایت می‌کنند حائز اهمیت است که اگر چه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت برای بیماران در حال بهبودی طراحی شده است، بررسی‌ها نشان می‌دهند که ممکن است برای بیماران دارای نشانه‌های حاد بیماری که در چنین فرآیندهای غیر مفید تفکری گیر افتاده اند نیز مفید باشد [۲۰]. پژوهش حاضر نیز کارایی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت را بر کاهش نشخوار ذهنی تأیید می‌نماید.

یافته مهم دیگر این مطالعه برتری اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش واکنش پذیری شناختی در قیاس با درمان شناختی رفتاری بود. این یافته

1. Van Dam N. T.
2. Hsieh Y.
3. Dejtterat K.

- 7- Neff, k.D. (2003) Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude toward Oneself. *Self Identity: Vol 2(2):* PP. 85-101.
- 8- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. & Fredrickson, B.L. (1993) Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Abnorm. Psych.: Vol 102:* PP. 20–28.
- 9- Beck, A.T. (2008) The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am. J. Psychiatry.: Vol 100:* PP. 969-977.
- 10- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Smith, J.M., Gibb, B.E. & Neeren, A.M. (2006) Role of parenting and maltreatment in unipolar and bipolar mood disorders: Mediation by cognitive vulnerability to depression. *Clin. Child. Fam. Psychol. Rev.: Vol 9:* PP. 23-64.
- 11- Watkins, E.D. & Baracaia, S. (2001) Why do people ruminate in dysphoric moods?. *Pers. Individ. Differ.: Vol 30:* PP. 723-734.
- 12- Nolen-Hoeksema, S. (2004) The response styles theory. In Papageorgiou, C. & Wells, A. *Depressive Rumination: Nature, theory and treatment.* UK: Wiley.
- 13- Scher, C.D., Ingram, R.E. & Segal, Z.V. (2005) Cognitive reactivity and vulnerability: Empirical evaluation of construct activation and cognitive diathesis in unipolar depression. *Clin. Psychol. Rev.: Vol 25:* PP. 487-510.
- 14- Leary, M.R., Tate, E.B., Adams, C.E., Allen, A.B. & Hancock, J. (2007) Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Pers. Soc. Psychol.: Vol 92:* PP. 887–904.
- 15- Neff, k.D. (2003) Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude toward Oneself. *Self Identity: Vol 2(2):* PP. 85-101.
- 16- Kessing, L.V., Hansen, M.G. & Andersen, P.K. (2004) Course of illness in depressive and bipolar disorders – naturalistic study, 1994–1999. *Brit. J. Psychiat.: Vol 185:* PP. 372–377.
- 17- Kupfer, D.J., Frank, E., Perel, J.M., Cornes, C., Mallinger, A.G. & Thase, M.E. (1992) 5-Year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch. Gen. Psychiat.: Vol 49:* PP. 769-773.
- اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر پیش بین‌های عود چون نشانه‌های باقی مانده، نگرش‌های ناکارآمد، نشخوار ذهنی، واکنش پذیری شناختی و رضایتمندی از خود مطرح می‌سازد که درمان شناختی رفتاری کفایت لازم برای تعدیل نشانه‌های باقی مانده افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد را دارد ولیکن این درمان نمی‌تواند نشخوار ذهنی، واکنش پذیری شناختی و رضایتمندی از خود را مدیریت کند لذا پیشنهاد می‌گردد که به منظور پوشش دادن کلیه متغیرهای پیش بین دو راهبرد درمانی را تلفیق شود تا حداکثر بهره‌وری برای مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده دارای نشانه‌های باقی مانده فراهم شود.

منابع

1- Keller, M.B. & Boland, R.J. (1998) The implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. *Biol. Psychiat.: Vol 44:* PP. 348-360.

۲- سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا (۱۳۸۶) خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری-روانپزشکی. ترجمه نصرت ... پورافکاری. تهران: شهرآب.

3- Routledge, K. (2012) Prevention of Dysphonic mood in rumination an experimental test of the attention training technique. Doctor of Clinical Psychology, School of Psychological Sciences, the University of Manchester.

4- Stegenga, B. (2011). *Epidemiology of Major Depressive Disorder.* Uitgeverij BOXPress. Oisterwijk.

5- Beck, A.T. (1983) Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P.J. Clayton & J.E. Barrett (Eds.). *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265–290). New York: Raven Press.

6- Nolen-Hoeksema, S. (1991) Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J. Abnorm. Psych.: Vol 100:* PP. 569–582.

- 29- Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R. & Ranieri, W. (1996) Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Pers. Assess.*: Vol67(3): PP. 588-97.
- ۳۰- دابسون، کیت و محمدخانی، پروانه (۱۳۸۶) مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک -۲ در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی. *مجله علوم توانبخشی و بهزیستی*، سال ۸، شماره ۲۹، صص ۸۶-۸۰.
- 31- Beck, A.T. (1967) *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Guilford.
- ۳۲- کاویانی، حسین، جواهری، فروزان و بحیرائی، هادی (۱۳۸۴) اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب. *مجله تازه های علوم شناختی*، سال ۷، شماره ۱، صص ۴۹-۵۹.
- 33- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J.J. (1991) A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Pers. Soc. Psychol. B.*: Vol61(1): PP.115-21.
- ۳۴- باقری نژاد، مینا، صالحی فدردی، جواد و طباطبائی، سید محمود (۱۳۸۹) رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه ای از دانشجویان ایرانی. *مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی*، سال ۱۱، شماره ۱، صص ۳۸-۲۱.
- 35- Raes, F. (2010) Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Pers. Indiv. Differ.*: Vol48: PP. 757-761.
- 36- Van der Does, A.J.W. (2002) Cognitive reactivity to a sad mood: structure and validity of a new measure. *Behav. Res. Ther.*: Vol40: PP. 105-120.
- 37- Narasimhan, M. & Kannaday, M.H. (2010) Treating depression and achieving remission. *Asian. J. Psychiat.*: Vol3: PP.163-168.
- 18- Beck, A.T. (2005) The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch. Gen. Psychiat.*: Vol62: PP. 953-959.
- 19- Paykel, E.S., Scott, J. & Teasdale, J. (1999) Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy: a controlled trial. *Arch. Gen. Psychiat.*: Vol 56: PP. 829-835.
- 20- Manicavasgar, V., Parker, G. & Perich, T. (2011) Mindfulness-based cognitive therapy versus cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. *Affect. Disorders.*: Vol130 (1-2): PP.138-44.
- 21- Watkins, E.D., Scott, J., Wingrove, J., Rimesb, K., Bathurst, N., Steinerb, H., Kennell-Webba, S., Mouldsb, M. & Malliarisb, Y. (2007) Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: A case series. *Behav. Res. Ther.*: Vol45: PP.2144-2154.
- 22- Chiesa, A. & Serretti, A. (2011) Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry. Research.*: Vol187(3): PP.441-53.
- 23- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- 24- Kabat-Zinn, J. (1990) *Full catastrophic living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte.
- 25- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R.S., Watkins, E., Holden, E. & White, K. (2008) Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J. Consult. Clin. Psych.*: Vol76: PP. 966-978.
- 26- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002) *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing*. New York: Guilford Press.
- ۲۷- محمدخانی، پروانه و رضایی دوگانه، ابراهیم (۱۳۸۴) چیرگی بر افسردگی (راهنمای متخصصان). یزد: انتشارات علمی کاربردی بهزیستی.
- ۲۸- محمدخانی، پروانه و رضایی دوگانه، ابراهیم (۱۳۸۴) چیرگی بر افسردگی (راهنمای مراجعان). یزد: انتشارات علمی کاربردی بهزیستی.

- 44- Britton, W.B., Alpert, W., Shahar, B., Szepsenwol, O. & Jacobs, W.J. (2012) Mindfulness-Based Cognitive Therapy Improves Emotional Reactivity to Social Stress: Results from a Randomized Controlled Trial. *Brit. J. Psychiat.* Vol43: PP. 365–380.
- 45- Erisman, S.M. & Roemer, L. (2010) A preliminary investigation of the effects of experimentally induced mindfulness on emotional responding to film clips. *Emotion.*: Vol10: PP. 72–82.
- 46- Segal, Z.V., Kennedy, S., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R. & Buis. T. (2006) Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Arch. Gen. Psychiat.*: Vol63: PP. 749–755.
- 47- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R.S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J.D. & Dalglish, T. (2010) How does mindfulness-based cognitive therapy work?. *Behav. Res. Ther.*: Vol48: PP. 1105–1112.
- 48- Fredrickson, B.L., Cohn, M.A., Coffey, K.A., Pek, J. & Finkel, S.M. (2008) Open hearts builds lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Pers. Soc. Psychol.* Vol95: PP.1045–1062.
- 49- Van Dam, N.T., Sheppard, S.C., Forsyth, J.P. & Earleywine, M. (2011) Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Anxiety. Disord.*: Vol25: PP. 123–130.
- 50- Neff, K.D., Hsieh, Y. & Dejjitterat, K. (2005) Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self Identity*: Vol4: PP. 263–287.
- 38- Fava, G.A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S. & Grandi, S. (1998) Well-being therapy: A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychol. Med.*: Vol28: PP. 475–80.
- 39- Conradi, H.J., De Jonge, P. & Ormel, J. (2008) Cognitive behavioral therapy versus usual care in recurrent depression. *Brit. J. Psychiat.*: Vol193: PP. 505–506.
- 40- Allart-van Dam, E., Hosman, C.M.H., Hoogduin, C.A.L. & Schaap, C.P.D.R. (2003) The Coping with Depression course: Short-term outcomes and mediating effects of a randomized controlled trial in the treatment of subclinical depression. *Behav. Ther.*: Vol34: PP.381-396.
- 41- Robinson, M.S. & Alloy, L.B. (2003) Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: A prospective study. *Cognitive. Ther. Res.*: Vol27: PP.275–291.
- 42- Ma, S.H. & Teasdale, J.D. (2004) Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Consult. Clin. Psych.*: Vol72: PP. 31–40.
- 43- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M. & Lau, M.A. (2000) Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Consult. Clin. Psych.*: Vol68: PP.615–623.

بررسی رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار و سبک‌های فرزند‌پروری در افراد دارای رگه‌های اختلالات شخصیت دسته ب

نویسندگان: نسرین احمدی^{۱*} و فخرالسادات قریشی راد^۲

۱- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان.

۲- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان.

* Email: ahmadinasrin42@yahoo.com

چکیده

اختلالات شخصیت به ویژه اختلالات شخصیت دسته ب یکی از مهمترین مشکلات اجتماعی و پزشکی است. هدف این مطالعه بررسی رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های فرزند‌پروری و شناخت نقش آن‌ها در افراد با رگه‌های اختلالات شخصیت دسته ب بود.

روش تحقیق حاضر از نوع توصیفی (همبستگی) می‌باشد. نمونه آماری شامل ۴۷۶ نفر از دانشجویان دانشگاه شهید مدنی آذربایجان بود که ۳۵۱ نفر آنان دارای رگه‌های اختلالات شخصیت دسته ب بودند و به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های چند محوری بالینی میلون (MCMI-III)، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ-فرم کوتاه (YSQ-SF) و ادراک از شیوه‌های فرزند‌پروری بامریند بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از همبستگی پیرسون و رگرسیون لجستیک استفاده شد.

نتایج پژوهش نشان داد که بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های فرزند‌پروری رابطه معناداری وجود دارد. همچنین طرح‌واره‌های استحقاق، وابستگی، ایثار، و گرفتار به طور معناداری احتمال ابتلا به اختلالات شخصیت دسته ب را پیش‌بینی کردند.

در این مطالعه نشان داده شد که افراد با رگه‌های اختلال شخصیت دسته ب از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه رنج می‌برند و سبک‌های فرزند‌پروری آن‌ها ناسازگارند.

کلیدواژه‌ها: اختلالات شخصیت دسته ب، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های

فرزند‌پروری

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
و هتار

• دریافت مقاله: ۹۱/۹/۳۰

• پذیرش مقاله: ۹۲/۱۲/۲۶

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

Clinical Psy. & Personality

دوفصلنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیست و یکم - دوره

جدید شماره ۱۰

بهار و تابستان ۱۳۹۳

مقدمه

افرادی که بیهوده تقلب می‌کنند و بی‌دلیل دروغ می‌گویند برای تشخیص، وضعیت دشواری فراهم می‌آورند. افرادی که همواره به هر گونه عمل تحریک آمیز، صرف نظر از منبع یا شدت آن، به صورت انفعالی پاسخ می‌دهند. این گونه افراد را به سختی می‌توان روان‌پزش دانست، زیرا آن‌ها تسلط خوبی بر واقعیت دارند. با این حال رفتار آن‌ها، برای مشاهده گران، غیر عادی، منحرف، یا نابهنجار به نظر می‌رسد. رفتارهای آن‌ها ناشی از اختلال شخصیت است، به طوری که توانایی عملکرد آن‌ها را در بسیاری از زمینه‌ها مختل می‌کند [۱].

اختلال شخصیت با ناسازگاری فراگیر و انعطاف‌ناپذیری در رفتار، شناخت، حالت عاطفی (هیجان پذیری) و کنترل تکانه مشخص می‌شود؛ به طور معناداری از انتظارات فرهنگی فرد انحراف دارد، و غالباً منجر به آشفتگی ذهنی، نقص عملکرد اجتماعی و شغلی می‌شود. در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می‌شود، و در سراسر بزرگسالی نسبتاً باثبات است [۲]. لزنویگر، لورانگر، کورفین، نف^۱ در سال ۱۹۹۷ میزان شیوع اختلالات شخصیت را تقریباً ۱۱ درصد برآورد کردند [۳ و ۴].

راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، اختلالات شخصیت را در سه دسته قرار می‌دهد: دسته اول شامل اختلال شخصیت پارانویید^۲، اسکیزوئید^۳، و اسکیزوتیپال^۴؛ دسته دوم شامل اختلال شخصیت ضد اجتماعی^۵، مرزی^۶، نمایشی^۷، و خودشیفته^۸؛ دسته سوم شامل اختلال شخصیت اجتنابی^۹، وابسته^{۱۰}، و سواسی جبری^{۱۱} است [۵ و ۶]. که از این میان اختلالات

شخصیت دسته ب با تکانشگری، خود ویرانگری، هیجانات ناپایدار و الگوی مختل دل‌بستگی تظاهر می‌یابند [۷]. و افراد مبتلا به این اختلالات غالباً هیجانی، بازیگر و بی‌ثبات به نظر می‌رسند [۸]. به طوری که از ویژگی‌های افراد مرزی می‌توان به روابط شخصی ناپایدار، تهدید به آسیب رساندن به خود، انواع تحریف‌های شناختی مزمن، و ترس از طرد شدن، و رفتارهای تکانشی اشاره کرد [۹]. از ویژگی‌های افراد ضداجتماعی، رفتار تکانشی سلطه‌جویی، بی‌مسئولیتی، خود محوری، نداشتن وجدان، ناسازگاری با جامعه، بی‌توجهی مستمر و فراگیر نسبت به حقوق دیگران و تجاوز به آن است [۵، ۱۰ و ۱۱]. مشخصه افراد نمایشی ابراز احساسات مبالغه‌آمیز، روابط بین فردی پر شور و شر، خودخواهی، و تلاش برای تحت تأثیر قرار دادن دیگران است [۹]. از ویژگی‌های افراد خودشیفته، احساس شدید خودمهم‌بینی و توقع توجه خاص از سوی دیگران، عزت نفس شکننده، و فقدان همدلی با دیگران است [۹ و ۱۲].

نظریه شناختی بر پایه این اعتقاد استوار است که در اختلال شخصیت، طرح‌واره‌های ناسازگار بسیاری وجود دارند و بنابراین، در موقعیت‌های بسیاری در ذهن بازنمایی می‌شوند و به نظر می‌رسد که هدایت رفتارها و راهبردهای رفتاری را که احتمالاً در شرایط محیطی معینی ناکارآمد هستند، برعهده دارند [۱۳].

یانگ معتقد است برخی از طرح‌واره‌ها، به ویژه آن‌ها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته اختلالات شخصیت و مشکل منش شناختی خفیف‌تر و بسیاری از اختلالات مزمن محور I قرار بگیرند. ایشان معتقد است طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در افراد طبیعی نیز وجود دارند، اما در جمعیت بالینی شکل اغراق آمیز و افراطی به خود می‌گیرند [۱۴]. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه «زمینه یا الگوی نافذی هستند که از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌ها و احساسات بدنی درباره خود و رابطه با دیگران تشکیل شده‌اند، در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند، در سراسر عمر فرد تداوم دارند و به شدت ناکارآمد هستند» [۱۵ و ۱۶]. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه خود را از طریق

1. Lenzenweger, Loranger, Korfine & Neff
2. Paranoid personality disorder
3. schizoid
4. schizotypal
5. Antisocial personality disorder
6. borderline
7. histrionic
8. narcissistic
9. avoidant
10. dependent
11. Obsessive compulsive

آزمودنی‌ها

نمونه آماری پژوهش حاضر شامل ۴۷۶ نفر از دانشجویان دختر و پسر ۱۸ تا ۳۵ ساله بودند. که از این تعداد ۳۵۱ نفر دارای رگه‌های اختلالات شخصیت دسته ب تشخیص داده شدند؛ و در بین آن‌ها ۲۱۵ نفر زن و ۱۳۶ نفر مرد بودند. و با روش نمونه گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از سه پرسشنامه استفاده شد. (۱) پرسشنامه چند محوری بالینی میلون^۵: این پرسشنامه توسط میلون در سال ۱۹۹۴ ارائه شد. یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ گویه بلی/خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا، استفاده می‌شود. این آزمون براساس مدل آسیب شناسی روانی میلون (۱۹۶۹/۱۹۸۳) ساخته شده است. پایایی آزمون برای مقیاس‌های اختلال شخصیت، همبستگی‌های متوسطی از ۰/۵۸ (افسرده) تا ۰/۹۳ (افسرده) با متوسط ۰/۷۸ به دست آمده است. در ایران چندین مطالعه در مورد ام سی ام آی انجام شده است. اولین مطالعه توسط خواجه موگهی (۱۳۷۲) به منظور هنجاریابی این آزمون در شهر تهران صورت گرفته است. در این مطالعه ضریب پایایی مقیاس‌های ام سی ام آی به روش بازآزمایی با فاصله ۷ تا ۱۰ روز از دامنه ۰/۷۸ (نمایشی) تا ۰/۸۷ (اختلال هذیانی) بدست آمده است [۳۱].

در مطالعه شریفی در ۱۳۸۱ پایایی آزمون از طریق روش همسانی درونی محاسبه شده است، و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه ۰/۸۵ (وابستگی به الكل) تا ۰/۹۷ (اختلال استرس پس از ضربه) به دست آمده است. همچنین روایی مقیاس‌ها از طریق روایی تشخیصی و با محاسبه خصیصه‌های عامل^۶ (توان پیش بینی مثبت، توان پیش بینی منفی و توان پیش بینی کل) به دست آمده است. توان پیش بینی مثبت مقیاس‌ها از دامنه ۰/۵۸

تحریف‌های شناختی^۱، الگوهای خودآسیب‌رسان^۲، و سبک‌های مقابله‌ای^۳ ناسازگار جاودانه می‌سازند و به طور مستقیم یا غیر مستقیم منجر به پریشانی روان‌شناختی و اختلالات شخصیت می‌شوند [۱۷]. طرح واره‌ها از تعامل خلق و خوی^۴ فطری کودک با تجارب ناکارآمد او با والدین، خواهر و برادرها، همسالان در طی سال‌های اولیه زندگی به وجود می‌آیند [۱۸]. پژوهشگران معتقدند طرح واره‌های ناسازگار اولیه همچون صافی برای اثبات یا تایید تجارب کودکی عمل می‌کنند و به نشانه‌های بالینی نظیر اضطراب، افسردگی و اختلالات شخصیت منجر می‌شوند [۱۹ و ۲۰]. به طوری که مطالعات تجربی رابطه طرح واره‌های ناسازگار اولیه را با نشانه شناسی اختلال شخصیت تأیید کرده‌اند. برای مثال بیماران محور ۲ در طرح واره‌های ناسازگار اولیه، در مقایسه با بیماران محور ۱ نمرات بالایی کسب می‌کنند [۲۱، ۲۲]. همچنین تحقیقات متعددی به همبستگی بالای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بدرفتاری والدینی ادراک شده در بین بزرگسالان اشاره کرده‌اند [۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹ و ۳۰].

بنابراین هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین طرح واره‌های ناسازگار و سبک‌های فرزند پروری در افراد با رگه‌های دسته ب اختلالات شخصیت و شناخت نقش آن‌ها در پیش بینی عضویت گروهی این دسته از اختلالات می‌باشد.

روش

نوع پژوهش

این مطالعه به صورت توصیفی (همبستگی) انجام شد. و نمونه‌های آن از بین دانشجویان رشته‌های علوم پایه، انسانی، فنی-مهندسی، و کشاورزی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، با روش نمونه گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. لازم به ذکر است که هرگاه آزمودنی‌ها مایل به ادامه کار نبودند می‌توانستند همکاری خود را قطع کنند.

1. cognitive distortion
2. self-defeating
3. coping style
4. temperament

5. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III

6. operating characteristic

اولین پژوهش جامع درباره ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه توسط اسمیت، جوینر، یانگ و تلچ^{۲۱} در سال ۱۹۹۵ انجام شده است [۳۴]. در این پژوهش برای هر طرح واره ناسازگار اولیه ضریب آلفایی از ۰/۸۳ (برای طرح واره خود تحول نیافته/گرفتار) تا ۰/۹۶ (برای طرح واره نقص/شرم) به دست آمد، و ضریب بازآزمایی در جمعیت غیر بالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ بود. این پرسشنامه در ایران توسط آهی در سال ۱۳۸۵ ترجمه و اجرا شده، وی همسانی درونی پرسشنامه را برحسب آلفای کرونباخ^{۲۲} در گروه مونث ۰/۹۷ و در گروه مذکر ۰/۲۸ گزارش کرده است [۳۵]. در پژوهش حاضر ضریب اعتبار پرسشنامه ۰/۹۳، و برای حوزه‌های بریدگی و طرد ۰/۸۹، خودگردانی و عملکرد مختل ۰/۸۶، دیگر جهت مندی ۰/۶۹، گوش به گوش به زنگی بیش از حد و بازداری ۰/۷۸، و محدودیت‌های مختل ۰/۷۳ بدست آمد.

۳ پرسشنامه ادراک از شیوه‌های فرزند پروری بامریند: این پرسشنامه در سال ۱۹۷۱ توسط دیانا بامریند^{۲۳} طراحی شده و در سال ۱۳۷۴ توسط اسفندیاری به فارسی ترجمه شده است [۳۶]. ۳۰ پرسش آن سه شیوه فرزند پروری را می‌سنجد؛ ۱۰ پرسش، شیوه مقتدرانه، ۱۰ پرسش، شیوه مستبدانه و ۱۰ پرسش، شیوه سهل گیرانه. الگوی پاسخ‌دهی به پرسش‌ها مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (کاملاً مخالف=۰، مخالف=۱، تقریباً مخالف=۲، موافق=۳، و کاملاً موافق=۴) است. اسفندیاری در سال ۱۳۷۴ و بیغم ۱۳۷۹ اعتبار صوری پرسشنامه را بر اساس نظر چندین روان‌شناس مورد قبول گزارش نمودند. همچنین پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را برای شیوه سهل گیرانه ۰/۶۹، برای شیوه مستبدانه ۰/۷۷ و برای شیوه مقتدرانه ۰/۷۳ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب اعتبار پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۸ و برای سه سبک سهل گیرانه، مستبدانه و مقتدرانه به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۱ و ۰/۸۱ بدست آمد.

(اختلال شخصیت نمایشی) تا ۰/۸۳ (اختلال هذیانی) و توان پیش بینی منفی مقیاس‌ها از ۰/۹۳ (اختلال شخصیت منفی گرا) تا ۰/۹۹ (اختلال اضطراب) متغیر است [۳۱].

۲ پرسشنامه طرح واره یانگ، فرم کوتاه^۱ این پرسشنامه توسط یانگ در سال ۱۹۹۸، برای اندازه گیری ۱۵ طرح واره ناسازگار اولیه ساخته شده است. در این پرسشنامه، هر طرح واره توسط پنج سوال سنجیده می‌شود؛ نمره بالا نشان‌دهنده طرح واره‌های ناسازگار اولیه است؛ هر سوال بر روی یک مقیاس ۵ درجه ای (کاملاً غلط=۱، تقریباً غلط=۲، اندکی درست=۳، تقریباً درست=۴، کاملاً درست=۵) نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه طرح واره‌های ناسازگار اولیه را در قالب پنج حوزه می‌سنجد: [۳۲]

بریدگی و طرد^۲ (محرومیت هیجانی^۳، رهاشدگی/ بی‌ثباتی^۴، بی‌اعتمادی/سوءرفتار^۵، انزوای اجتماعی- بیگانگی^۶، نقص/شرم^۷، خودمختاری و عملکرد مختل^۸ (شکست، وابستگی/بی‌کفایتی^۹، آسیب پذیری نسبت به ضرر/بیماری^{۱۰}، خود تحول نیافته/گرفتار^{۱۱})، دیگر جهت مندی^{۱۲} (اطاعت^{۱۳}، ایثار^{۱۴})، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری^{۱۵} (بازداری هیجانی^{۱۶}، معیارهای سرسختانه- عیب‌جویی افراطی^{۱۷}) و محدودیت‌های^{۱۸} مختل (استحقاق/بزرگ منشی^{۱۹}، خویشتن داری و خودانضباطی ناکافی^{۲۰})، [۳۳].

1. Young Schema Questionnaire (YSQ)
2. disconnection & rejection
3. emotional deprivation
4. abandonment/instability
5. mistrust/abuse
6. social isolation/alienation
7. defectiveness/shame
8. impaired autonomy & performance
9. dependence/incompetence
10. vulnerability to harm or illness
11. enmeshment/undeveloped self
12. other-directedness
13. subjugation
14. self-sacrifice
15. over vigilance & inhibition
16. emotional inhibition
17. unrelenting standards/hypercriticalness
18. impaired limits
19. entitlement/grandiosity
20. insufficient self-control/self-discipline

21. Schmidt, Joiner, Young & Telch

22. Cronbach's alpha coefficient

23. Diana Baumrind

روش تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار spss ۱۹، و با روش‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون لجستیک صورت گرفت.

نتایج

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها در جداول ۵-۱ ارائه شده است. جدول شماره ۱ توزیع جنسیت را در بین آزمودنی‌ها نشان می‌دهد. به طوری که بیشترین شرکت کنندگان در پژوهش، زنان و مردان (۱۵۳ زن و ۸۸ مرد) دارای رگه‌های اختلال شخصیت نمایشی هستند. جدول

شماره ۲ میزان طرح‌واره‌های ناسازگار را در بین گروه نمونه نشان می‌دهد. به طوری که طرح‌واره‌های ناسازگار معیارهای سرسختانه و نقص/شرم به ترتیب میانگین بالاتر و پایین‌تری نسبت به طرح‌واره‌های دیگر دارا هستند. جدول شماره ۳ انواع سبک‌های فرزند پروری گروه نمونه را نشان می‌دهد؛ به طوری که سبک‌های فرزند پروری مقتدرانه و مستبدانه در نمونه مورد مطالعه به ترتیب میانگین بالاتر و پایین‌تری دارند.

جدول ۱ نشان می‌دهد اختلال شخصیت نمایشی در بین زنان و مردان نسبت به اختلال‌های دیگر بیشتر است.

جدول ۱: فراوانی و درصد فراوانی جنسیت در اختلالات شخصیت دسته ب

گروه	جنسیت	فراوانی	درصد
نمایشی	زن	۱۵۳	۶۳/۵
	مرد	۸۸	۳۶/۵
خودشیفته	زن	۳۵	۵۷/۴
	مرد	۲۶	۴۲/۶
ضداجتماعی	زن	۴	۲۵/۰
	مرد	۱۲	۷۵/۰
مرزی	زن	۲۳	۶۹/۷
	مرد	۱۰	۳۰/۳

جدول ۲: داده‌های توصیفی مربوط به طرح واره‌های ناسازگار اولیه

طرح واره‌های ناسازگار اولیه	میانگین	انحراف معیار
محرومیت هیجانی	۱۰/۵۸	۴/۶۷
رهاشدگی/بی‌ثباتی	۱۲/۴۱	۴/۹۸
بی‌اعتمادی/بدرفتاری	۱۰/۶۳	۴/۴۱
بیگانگی/انزوای اجتماعی	۹/۱۵	۳/۷۴
نقص/شرم	۷/۴۸	۲/۹۹
شکست یا ناکامی	۸/۵۳	۳/۴۶
وابستگی/بی‌کفایتی	۷/۹۹	۳/۲۵
آسیب پذیری به ضرر	۸/۳۰	۳/۹۸
گرفتار	۱۱/۱۴	۴/۵۳
اطاعت	۸/۹۰	۳/۸۳
ایثار/از خودگذشتگی	۱۵/۳۰	۳/۸۲
بازداری هیجانی	۱۱/۴۶	۴/۵۱
معیارهای سرسختانه	۱۶/۶۵	۴/۲۸
استحقاق	۱۴/۹۱	۴/۳۳
خوب‌بستن داری ضعیف	۱۲/۴۷	۳/۷۷

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی سبک‌های فرزند پروری

سبک فرزند پروری	میانگین	انحراف معیار	تعداد
سهل گیرانه	۱۹/۴۳	۶/۷۸	۳۴۸
مستبدانه	۱۲/۷۴	۵/۸۵	۳۴۹
مقتدرانه	۲۹/۸۳	۶/۰۶	۳۴۹

جدول ۴: ضرایب همبستگی بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های فرزند پروری

مقتدرانه		مستبدانه		سهل گیرانه		متغیرها
P=۰/۹۹	r=۰/۰۰۱	P=۰/۰۰۱	r=۰/۱۷**	P=۰/۰۰۱	r=۰/۲۸**	محرومیت هیجانی
P=۰/۸۶	r=-۰/۰۰۹	P=۰/۰۰۱	r=۰/۳۳**	P=۰/۰۰۱	r=۰/۱۲*	رهاشدگی/بی‌ثباتی
P=۰/۴۳	r=-۰/۰۰۴	P=۰/۰۰۱	r=۰/۳۰**	P=۰/۰۰۱	r=۰/۲۸**	بی‌اعتمادی/بدرفتاری
P=۰/۴۷	r=-۰/۰۰۳	P=۰/۰۰۱	r=۰/۲۵**	P=۰/۰۰۱	r=۰/۲۶**	بیگانگی/انزوای اجتماعی
P=۰/۰۷	r=-۰/۰۰۹	P=۰/۰۰۱	r=۰/۲۹**	P=۰/۰۰۱	r=۰/۲۲**	نقص/شرم
P=۰/۰۰۱	r=-۰/۱۵**	P=۰/۰۰۱	r=۰/۲۸**	P=۰/۰۰۶	r=۰/۰۹	شکست یا ناکامی
P=۰/۰۰۱	r=-۰/۱۷**	P=۰/۰۰۱	r=۰/۲۷**	P=۰/۰۳۷	r=۰/۰۴	وابستگی/بی‌کفایتی
P=۰/۱۵	r=-۰/۰۰۷	P=۰/۰۰۱	r=۰/۱۷**	P=۰/۰۰۱	r=۰/۲۷**	آسیب پذیری به ضرر
P=۰/۱۵	r=۰/۰۳	P=۰/۰۰۱	r=۰/۳۶**	P=۰/۰۰۷	r=۰/۰۹	گرفتار/خودتحول نیافته
P=۰/۰۸	r=-۰/۰۰۹	P=۰/۰۰۱	r=۰/۶۰**	P=۰/۰۰۵	r=۰/۱۲*	اطاعت
P=۰/۰۰۱	r=۰/۱۸**	P=۰/۰۰۵	r=۰/۱۰	P=۰/۰۰۱	r=۰/۱۳**	ایثار/ازخودگذشتگی
P=۰/۰۹	r=-۰/۰۰۹	P=۰/۰۰۱	r=۰/۲۷**	P=۰/۰۰۱	r=۰/۱۶**	بازداری هیجانی
P=۰/۰۰۱	r=۰/۲۹**	P=۰/۰۰۱	r=۰/۱۲*	P=۰/۰۰۱	r=۰/۲۳**	معیارهای سرسختانه
P=۰/۰۰۱	r=۰/۱۷**	P=۰/۰۰۱	r=۰/۱۶**	P=۰/۰۰۱	r=۰/۴۳**	استحقاق/بزرگ‌منشی
P=۰/۰۰۱	r=۰/۱۴**	P=۰/۰۰۱	r=۰/۲۶**	P=۰/۰۰۱	r=۰/۲۷**	خویشترن داری ضعیف

* معناداری در سطح ۰/۰۵ ** معناداری در سطح ۰/۰۱

بی‌کفایتی و گرفتار/خودتحول نیافته با سبک فرزند پروری سهل گیرانه رابطه معنادار مثبتی وجود دارد. همه طرح‌واره‌های ناسازگار به جز ایثار با سبک فرزند پروری مستبدانه رابطه دارند. بین طرح‌واره‌های معیارهای سرسختانه، ایثار، استحقاق و خویشترن داری ضعیف با سبک فرزند پروری مقتدرانه رابطه مثبت وجود دارد. بین طرح‌واره‌های وابستگی/بی‌کفایتی، شکست یا ناکامی با سبک فرزند پروری مقتدرانه رابطه منفی وجود دارد.

جدول ۲ نشان می‌دهد طرح‌واره‌های ناسازگار معیارهای سرسختانه و نقص/شرم به ترتیب میانگین بالاتر و پایین‌تری دارند. جدول ۳ نشان می‌دهد سبک‌های فرزند پروری مقتدرانه و مستبدانه در نمونه مورد مطالعه به ترتیب میانگین بالاتر و پایین‌تری دارند. جدول ۴ نشان می‌دهد بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به جزء طرح‌واره‌های شکست/ناکامی، وابستگی/

جدول ۵ نتایج رگرسیون لجستیک جهت پیش بینی عضویت گروهی اختلالات شخصیت دسته ب

متغیر	B	S.E	والد	درجه آزادی	سطح معناداری	نسبت احتمال	۰/۹۵ فاصله اطمینان برای نسبت احتمال	
							پایین‌تر	بالا‌تر
جنسیت(۱)	۰/۰۰۶	۰/۲۷	۰/۰۰۱	۱	۰/۹۸	۱/۰۰	۰/۵۸	۱/۷۲
تأهل(۱)	-۰/۲۴	۰/۳۹	۰/۳۸	۱	۰/۵۳	۰/۷۸	۰/۳۶	۱/۶۹
رشته تحصیلی	-۰/۰۳	۰/۰۱	۳/۱۱	۱	۰/۰۷	۰/۹۶	۰/۹۳	۱/۰۰
محرومیت هیجانی	۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۱۳	۱	۰/۷۱	۱/۰۱	۰/۹۵	۱/۰۷
بی‌ثباتی	-۰/۰۳	۰/۰۳	۱/۲۵	۱	۰/۲۶	۰/۹۶	۰/۹۱	۱/۰۲
بی‌اعتمادی	-۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۴۹	۱	۰/۴۸	۰/۹۷	۰/۹۰	۱/۰۴
انزوای اجتماعی	-۰/۱۲	۰/۰۴	۹/۱۰	۱	۰/۰۳	۰/۸۸	۰/۸۱	۰/۹۵
نقص	۰/۰۱	۰/۰۵	۰/۰۷	۱	۰/۷۸	۱/۰۱	۰/۹۰	۱/۱۴
شکست	-۰/۰۱	۰/۰۴	۰/۱۵	۱	۰/۶۹	۰/۹۸	۰/۸۹	۱/۰۷
وابستگی	۰/۱۰	۰/۰۵	۳/۷۰	۱	۰/۰۵	۱/۱۰	۰/۹۹	۱/۲۲
آسیب پذیری به ضرر	۰/۰۵	۰/۰۴	۱/۷۹	۱	۰/۱۸	۱/۰۵	۰/۹۷	۱/۱۴
گرفتار	۰/۰۹	۰/۰۳	۷/۷۲	۱	۰/۰۰۵	۱/۰۹	۱/۰۲	۱/۱۷
اطاعت	-۰/۰۵	۰/۰۴	۱/۶۴	۱	۰/۲۰	۰/۹۴	۰/۸۶	۱/۰۳
ایثار	۰/۰۷	۰/۰۳	۵/۰۹	۱	۰/۰۱	۱/۰۷	۱/۰۱	۱/۱۵
بازداری هیجانی	-۰/۱۵	۰/۰۳	۱۸/۴۹	۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۰/۸۰	۰/۹۲
کمال گرایی	-۰/۰۰۳	۰/۰۳	۰/۰۰۹	۱	۰/۹۲	۰/۹۹	۰/۹۳	۱/۰۶
استحقاق	۰/۱۸	۰/۰۳	۲۱/۶۰	۱	۰/۰۰۱	۱/۱۹	۱/۱۱	۱/۲۹
خوبشستن داری ضعیف	۰/۰۴	۰/۰۴	۱/۰۶	۱	۰/۳۰	۱/۰۴	۰/۹۶	۱/۱۲
سهل گیرانه	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۵۷	۱	۰/۴۴	۱/۰۱	۰/۹۷	۱/۰۶
مستبدانه	-۰/۰۲	۰/۰۲	۱/۳۵	۱	۰/۲۴	۰/۹۷	۰/۹۲	۱/۰۱
مقتدرانه	-۰/۰۰۴	۰/۰۲	۰/۰۲	۱	۰/۸۷	۰/۹۹	۰/۹۵	۱/۰۴
مقدار ثابت	-۰/۵۵	۰/۸۷	۰/۴۱	۱	۰/۵۲	۰/۵۷		

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بیشتر افراد شرکت کننده، دارای رگه‌های اختلال شخصیت نمایشی هستند. این یافته با پژوهش ابراهیمی و همکاران [۳۷]، شاکری و همکاران [۳۸]، فاتحی زاده، امامی و نجاریان [۳۹]، همسو است. به طوری که در پژوهش آن‌ها نیز اختلال شخصیت نمایشی نسبت به دیگر اختلالات شخصیت شایع‌تر بود. با

جدول ۵ نشان می‌دهد از بین متغیرهای پیش بین طرح واره‌های ناسازگار و سبک‌های فرزند پروری، نسبت احتمالی طرح واره‌های ناسازگار استحقاق، وابستگی، گرفتار و ایثار، به ترتیب ۱/۱۹، ۱/۱۰، ۱/۰۹، ۱/۰۷ هستند. یعنی با کنترل متغیرهای دیگر مدل، ۱/۱۹، ۱/۱۰، ۱/۰۹، ۱/۰۷ بار بیشتر احتمال دارد بتوانند عضویت در گروه اختلالات شخصیت دسته ب را پیش بینی نمایند.

جلوگیری از انتقاد صورت می‌گیرد. این طرح واره بیشتر در خانواده‌هایی به وجود می‌آید که تحت فشارند، نسبت به خودشان و دیگران بیش از حد عیب جویی می‌کنند. اغلب باعث ایجاد نقص‌های مهمی در لذت، آرامش، سلامتی، احساس ارزشمندی، حس پیشرفت یا روابط رضایت‌مندانده می‌شود [۱۴].

همان‌طور که در جدول سه دیده می‌شود در بین نمونه‌های پژوهش حاضر، سبک مقتدرانه نسبت به سبک‌های فرزند پروری سهل‌گیرانه و مستبدانه بالاتر است. یکی از دلایل این امر تحصیل کرده بودن نمونه مورد مطالعه است. سبک مقتدرانه مناسب‌ترین روش فرزند پروری است. والدین مقتدر درخواست‌های معقولی برای پختگی دارند و این درخواست‌ها را با تعیین محدودیت‌ها و اصرار بر این که کودک باید از آن‌ها تبعیت کند، به اجرا می‌گذارند. در عین حال، صمیمیت و محبت نشان می‌دهند، صبورانه به نقطه نظرهای فرزندشان گوش می‌کنند، و مشارکت در تصمیم‌گیری خانوادگی را ترغیب می‌نمایند. در این روش، حقوق والدین و فرزندان محترم شمرده می‌شود.

در پژوهش حاضر ارتباط معناداری بین طرح واره ناسازگار استحقاق و سبک فرزند پروری سهل‌گیرانه وجود دارد. طرح واره ناسازگار استحقاق وقتی به وجود می‌آید که کودکان با آسان‌گیری افراطی از سوی والدین مواجه شوند و به آن‌ها اجازه داده شود بدون در نظر گرفتن نیازهای دیگران هرکاری می‌خواهند انجام دهند. همچنین این طرح واره در خانواده‌هایی به وجود می‌آید که به جای انضباط، محدودیت‌های متناسب در قبول مسئولیت، همکاری متقابل و هدف‌گزینی، با سهل‌انگاری افراطی، فقدان جهت‌دهی یا حس برتری شخصی متمایز می‌شوند.

بین طرح واره ناسازگار اطاعت و سبک فرزند پروری مستبدانه رابطه معناداری وجود دارد. افرادی که نمره بالایی در طرح واره اطاعت می‌گیرند. به طور افراطی کنترل خود را به دیگران واگذار می‌کنند. معمولاً این کار را برای اجتناب از خشم، محرومیت، یا انتقام انجام

این تفاوت که نمونه‌های پژوهش ابراهیمی و همکاران، سربازان فراری با تحصیلات پایین، نمونه مورد مطالعه شاکری و همکاران، مجرمین ۲۵ تا ۳۴ سال، متأهل و با تحصیلات پایین و نمونه‌های پژوهش فاتحی زاده و همکاران دانش‌آموزان دختر بودند. اما یافته پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش کرباسی، ۱۳۸۳؛ عریضی، ۱۳۸۷؛ سینها و واتسون، ۲۰۰۱ [۴۰] همخوانی ندارد. به طوری که در پژوهش آنان اختلالات شخصیت افسرده، خودشیفته، وسواسی-جبری، اجتنابی و مرزی بیشترین فراوانی را در جمعیت دانشجویی داشته‌اند. در پژوهش حاضر بیشتر افراد با رگه‌های نمایشی، زن و مجرد بودند. برای این دسته از افراد جذابیت ظاهری بسیار اهمیت دارد. می‌خواهند ظاهری مورد توجه داشته باشند و به خاطر آن مورد تحسین دیگران قرار گیرند. علایق ثابتی ندارند، بسیار تلقین پذیرند و به راحتی تحت تأثیر عقاید دیگران قرار می‌گیرند. با توجه به موارد فوق برآورد بالای رگه‌های اختلال شخصیت نمایشی در بین دانشجویان مجرد دور از منطق نیست. زیرا اکثر دانشجویان مورد مطالعه میانگین سنی ۲۱ سال را داشتند و احتمالاً در دوران نوجوانی دچار وقفه هویت بوده‌اند و این مسئله در دانشگاه به دلیل برخورد با افرادی از فرهنگ‌های متنوع و با عقاید متفاوت مذهبی، سیاسی و اجتماعی شدت می‌یابد. همچنین اهمیت دادن به وضع ظاهر در محیطی دو جنسیتی که بیشتر افراد آن جوان و مجرد هستند چندان دور از ذهن نیست. برخی از آن‌ها نیز به دلیل زندگی خوابگاهی و دوری از خانواده خود به دنبال کسب محبوبیت و جلب توجه در بین همسالان و دوستان خود بوده و روابط گسترده‌ای با دیگران برقرار می‌کنند تا بدین وسیله دوری از خانواده را کمتر احساس کنند. و با محیط جدید و شرایط آن سریعتر سازگار شوند.

به نظر می‌رسد افراد تحصیل کرده نمرات بالایی در طرح‌واره معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی کسب می‌کنند؛ یعنی معتقدند شخص باید برای رسیدن به معیارهای عالی درونی شده درباره رفتار و عملکرد خود کوشش فراوانی انجام دهد که این کار معمولاً برای

دارای رگه‌های اختلالات شخصیت دسته ب، علاوه بر دارو درمانی و تکنیک‌های شناختی-رفتاری، طرح واره درمانی نیز مورد توجه قرار گیرد. کارگاه‌های آموزشی در زمینه سبک‌های فرزند پروری برای دانشجویان در نظر گرفته شود. و اهمیت سبک فرزند پروری مقتدرانه برای رشد ذهنیت بزرگسال سالم مورد تأکید قرار گیرد.

محدودیت‌هایی که در این پژوهش باید مد نظر قرار گیرد: اول این که اجرای آن در بین دانشجویان دانشگاه شهید مدنی آذربایجان بوده؛ بنابراین لازم است در تعمیم پذیری آن به سایر دانشجویان جانب احتیاط رعایت شود. دوم این که برای تشخیص اختلالات شخصیت دسته ب از مصاحبه ساختار یافته بالینی^۱ استفاده نشده و گروه دارای رگه‌های اختلالات شخصیت دسته ب (از طریق پرسشنامه سلامت عمومی^۲) با افراد عادی مورد مقایسه قرار نگرفته. سوم این که نقش عواملی چون سن، وضعیت اقتصادی، مشکلات فردی، خانوادگی و فرهنگ در بروز رگه‌های اختلالات شخصیت دسته ب، و همایندی این اختلالات با اختلالات روان شناختی محور I کنترل نشده است.

منابع

۱- روزننهان، دیوید ال؛ سلیگمن، مارتین ای پی. (۱۳۸۹). روان شناسی ناپهنجاری-آسیب شناسی روانی، جلد دوم، ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر ارسباران.

2- Iverach, L., Jones, M., Brian, S.O., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., Hewat, S., Menzies, R. G., Packman, A., & Onslow, M. (2009). Screening for personality disorders among adults seeking speech treatment for stuttering. *J. Fluency Dis.* Vol: 34: pp. 173-186.

3- Lenzenweger, M. F., Loranger, A. W., Korfine, L., & Neff, C. (1997). Detecting personality disorders in a nonclinical population: Application of a two-stage procedure for case identification. *Arch of Gen Psychiatry.* Vol: 54: pp. 345-351.

1. Structured Clinical Interview Diagnostic for DSM-IV-Axis II (SCID)

2. GHQ

می‌دهند. به نظر می‌رسد والدین مستبدی دارند که آن‌ها را به طور مشروط پذیرفته‌اند و به همین دلیل جنبه‌های مهمی از خود را واپس زنی می‌کنند و به تمایلات، احساسات و پاسخ‌های دیگران بیش از حد اهمیت می‌دهند [۱۸].

طرح واره‌های ناسازگار وابستگی/بی‌کفایتی، گرفتار- خود تحول نیافته و ایثار به طور معناداری احتمال ابتلا به اختلال شخصیت دسته ب را پیش بینی می‌کنند. طرح واره‌های وابستگی و گرفتار (که در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل قرار دارند) وقتی به وجود می‌آیند که والدین بیش از حد درگیر زندگی کودک شوند یا حتی به جای او تصمیم گیری و انتخاب کنند. در نتیجه فرد نمی‌تواند مسئولیت‌های روزمره را بدون کمک دیگران در حد قابل قبولی انجام دهد و نسبت به قضاوت‌های خود اعتماد چندانی ندارد؛ از سوی دیگر از آنجا که والدین این افراد، اغلب کارهای آن‌ها را انجام می‌دهند، در نتیجه نمی‌توانند در سیر رشد خود، مهارت‌های زندگی را یاد بگیرند. ممکن است هویت پیش‌رس را کسب کرده و در همه زمینه‌ها نظر والدین را بی‌چون و چرا بپذیرند. احتمالاً سبک فرزند پروری آن‌ها نیز از نوع مستبدانه است که همه این‌ها زمینه ساز بروز مشکلات فردی، اجتماعی در بزرگسالی می‌شوند. طرح واره ناسازگار ایثار، که در آن فرد نیازهای دیگران را بدون توجه به نیازهای خود ارضا می‌کند. این کار برای دریافت عشق و پذیرش، جلوگیری از احساس گناه ناشی از خودخواهی، یا تداوم ارتباط صورت می‌گیرد. معمولاً در خانواده‌هایی به وجود می‌آید که کودک را با قید و شرط پذیرفته‌اند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به ارتباط طرح واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های فرزند پروری در دیگر محورهای DSM IV پرداخته شود. در زمینه اختلالات شخصیت به ویژه اختلالات دسته ب، عوامل روان‌شناختی مؤثر در ابتلا به اختلال شخصیت، از جمله طرح واره‌های ناسازگار و سبک‌های فرزند پروری مورد توجه قرار گیرد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، برای درمان افراد

- ۱۳- دیویدسون، کیت م. (۱۳۸۳). کاربرد شناخت درمانی در اختلالات‌های شخصیت: راهنمای درمانگران، ترجمه گیتی شمس. تهران: انتشارات رشد.
- ۱۴- یانگ، جفری؛ کلوסקو، ژانت؛ ویشار، مارجوری (۱۳۸۹). طرح واره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی)، ترجمه حسن حمید پور، زهرا اندوز. تهران: انتشارات ارجمند.
- 15- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- 16- Thimm, J. C. (2010) Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *J. Behav Ther and Exp Psychiat*. Vol: 41: pp. 373-380.
- 17- Thimm, J. C. (2010) Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *J. Behav Ther and Exp Psychiat*. Vol: 41: pp. 52-59.
- ۱۸- یانگ، جفری (۱۳۸۹). شناخت درمانی اختلالات شخصیت: رویکرد طرح واره محور، ترجمه علی صاحبی، حسن حمیدپور. تهران: انتشارات آگه ارجمند.
- 19- Greenhaus, J.H., Collins, K.M., & Shaw, J. (2003). The relation between work-family balance and quality of life. *J. Voc Behav*. Vol: 63: pp. 510-531.
- 20- Seligman, M. E. P., Schulman, P., & Tryon, A. (2007). Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behav Res & Ther*. Vol: 45(6): pp. 1111-1126.
- 21- Lee, C. W., Taylor, G., Dunn, J. (1999). Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample. *Cogn Ther & Res*. Vol: 23: pp. 441-451.
- 22- Nordahl, H. M., Holthe, H., & Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: does schema modification predict symptomatic relief? *Clin Psychol & Psychother*. Vol: 12: pp. 142-149.
- 4- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F. (2005). *Major theories of personality disorders*. The Guilford Press: New York London.
- 5- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Text revision)*. Washington, DC: Author.
- 6- Thimm, J.C. (2011) Incremental validity of maladaptive schemas over five-factor model facets in the prediction of personality disorder symptoms. *Personal and Indivi Differ*. Vol: 50: pp. 777-782.
- 7- Narud, K., Mykletun, A., Dahl, A. A. (2005). Therapists' handling of patients with cluster b personality disorders in individual psychotherapy. *Compr Psychiatry*. Vol: 46(3): pp.186-191.
- ۸- علیلو، مجید محمود؛ اسمعیلی، احمد؛ واحدی، حسین و رضایی، رسول (۱۳۸۸). بررسی ویژگی‌های شخصیتی (اختلالات شخصیت) و سبک‌های حل مسئله در زندانیان مجرم. دو ماهنامه علمی-پژوهشی دانشور رفتار/دانشگاه شاهد، سال ۱۶، شماره ۳۴، صص ۶۹-۷۱.
- ۹- ساراسون، اروین جی؛ و ساراسون، باربارا آر. (۱۳۹۰). روان‌شناسی مرضی: مشکل رفتار غیر انطباقی. (ویرایش یازدهم). ترجمه بهمن نجاریان، محسن دهقانی، داود عرب قهستانی و ایران داودی. تهران: انتشارات رشد.
- ۱۰- ویگ، هیتر بارنت (۱۳۸۸). اختلال شخصیت، ترجمه عطاء الله محمدی. تهران: انتشارات ارجمند.
- 11- Martens, W.H.J. (2001). Agitation therapy for antisocial and psychopathic personalities: an outline. *Am J. Psychother*. Vol: 55: pp. 234-250.
- 12- Sylvers, P., Brubaker, N.S., Alden, A., Brennan, P.A., & Lilienfeld, S. O. (2008). Differential endogen phenotypic markers of narcissistic and antisocial personality features: A psycho physiological investigation. *J. Res in Personal*. Vol: 42: pp. 1260-1270.

- 33- Lawrence, K. A., Allen, J.S., Chanen, A.M. (2011). A study of maladaptive schemas and borderline personality disorder in young people. *Cogn Ther and Res*. Vol: 35: pp. 30-39.
- 34- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire- Investigation of Psychometric Properties and the Hierarchical Structure of a Measure of Maladaptive Schemas. *Cogn Ther and Res*. Vol: 19: pp. 295-321.
- ۳۵- یوسف نژاد شیروانی، مائده؛ پیوسته‌گر، مهرانگیز (۱۳۹۰). رابطه رضایت از زندگی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دانشجویان. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، سال ۱۲، شماره ۲، صص ۶۵-۵۵.
- ۳۶- باقرپور کمالچی، صفری؛ بهرامی احسان، هادی؛ فتحی آشتیانی، علی؛ احمدی، خدابخش؛ احمدی، علی اصغر (۱۳۸۶). رابطه الگوهای فرزند پروری با میزان سلامت روانی و موفقیت تحصیلی. *مجله علوم رفتاری*، سال ۱، شماره ۱، صص ۴۰-۳۴.
- ۳۷- ابراهیمی، محمدرضا؛ دنیوی، وحید؛ موسوی، سجاد؛ تقوی، ارسیا؛ امید، عباس؛ و فرنی، مجیدرضا (۱۳۸۷). بررسی فراوانی اختلالات شخصیت در سربازان فراری ارجاع شده به بیمارستان ۵۰۶. *مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، سال ۶، شماره ۱، صص ۳۹-۳۵.
- ۳۸- شاکری، جلال؛ حسینی، منیر؛ صادقی، خیراله؛ رشیدی، علی؛ مهدی‌نیا، علیرضا؛ و آهن‌نورد، مینا (۱۳۸۶). همه‌گیرشناسی اختلالات شخصیت در زندانیان مرتبط با مواد مخدر در زندان مرکزی کرمانشاه در سال ۱۳۸۶. *مجله علمی پزشکی قانونی*، دوره ۱۳، شماره ۳، صص ۱۶۲-۱۵۸.
- 23- Crawford, E., & O' Dougherty Wright, M. (2007). The impact of childhood psychological maltreatment on interpersonal schemas and subsequent experiences of relationship aggression. *J. Emo Abuse*. Vol: 7: pp. 93-116.
- 24- Cukor, D., & McGinn, L. K. (2006). History of child abuse and severity of adult depression: the mediating role of cognitive schema. *J Child Sex Abuse*. Vol:15:pp.19-34.
- 25- van Hanswijck, de Jonge, P., Waller, G., Fiennes, A., Rashid, Z., & Lacey, J. H. (2003). Reported sexual abuse and cognitive content in the morbidly obese. *Eat Behav*. Vol: 4: pp. 315-322.
- 26- Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptom sin young adults. *Cogn Ther and Res*. Vol: 26: pp. 405-416.
- 27- Hartt, J., & Waller, G. (2002). Child abuse, dissociation, and core beliefs in bulimic disorders. *Child Abuse and Negl*. Vol: 26: pp. 923-938.
- 28- Messman-Moore, T. L., & Coates, A. A. (2007). The impact of childhood psychological abuse on adult interpersonal conflict: the role of early maladaptive schemas and patterns of interpersonal behavior. *Journal of Emo Abuse*. Vol: 7: pp. 75-92.
- 29- Shah, R., & Waller, G. (2000). Parental style and vulnerability to depression: the role of core beliefs. *Journal of Nerv and Ment Dis*. Vol: 188: pp. 19-25.
- 30- Wright, M. O., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the predicting role of maladaptive schemas. *Child Abuse and Negl*. Vol: 33: pp. 59-68.
- ۳۱- شریفی، علی اکبر (۱۳۸۶). راهنمای ام. سی. ام. آی (میلون ۳). تهران: نشر روان‌سنجی.
- ۳۲- یوسفی، رحیم (۱۳۸۹). بررسی اثر بخشی و مقایسه دو مداخله آموزش گروهی طرح‌واره محور و سبک زندگی محور بر افزایش رضایت زناشویی. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی.

۴۰- فتحی، فاطمه؛ سلطانی‌زاده، محمد؛ مختاری، سمانه و موسوی، زهره (۱۳۸۹). رابطه اختلالات شخصیت و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دانشجویان در معرض آسیب روانی. مجموعه مقالات سومین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران. مجله روان‌شناسی معاصر، شماره ۵، صص ۵۷۴-۵۷۲.

۳۹- فاتحی‌زاده، مریم؛ امامی، طاهره؛ و نجاریان، بهمن (۱۳۸۶). بررسی میزان شیوع علائم اختلالات شخصیت ضداجتماعی، خود شیفته، نمایشی و مرزی در بین دانش‌آموزان دختر. دو ماهنامه علمی-- پژوهشی دانشور رفتار/دانشگاه شاهد، سال ۱۴، شماره ۲۲، صص ۵۸-۴۷.

بررسی روابط ساختاری برخی از عوامل روان شناختی خطرزا و محافظت کننده آمادگی اعتیاد

نویسندگان: ایران داودی^{۱*}، طیبه عشرتی^۲، یداله زرگر^۳ و اسماعیل شیخ شبانی^۴

- ۱- استادیار دانشگاه شهید چمران اهواز.
- ۲- کارشناس ارشد روان شناسی بالینی.
- ۳- دانشیار دانشگاه شهید چمران اهواز.
- ۴- دانشیار دانشگاه شهید چمران اهواز.

*Email: davoudi_i@scu.ac.ir

چکیده

هدف پژوهش حاضر طراحی، آزمون و اصلاح مدلی برای درک روابط برخی عوامل روان شناختی خطرزا و محافظت کننده آمادگی اعتیاد بود. این پژوهش از مدل معادلات ساختاری برای بررسی روابط میان شیوه های فرزندپروری و آمادگی اعتیاد با میانجی گری متغیرهای نوجویی، راهبردهای مقابله و مشکلات رفتاری استفاده نمود. نمونه آماری شامل ۵۷۲ (۳۲۸ پسر و ۲۴۴ دختر) دانش آموز سال سوم دبیرستان های مشهد بود که به روش نمونه گیری چند مرحله ای انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه شیوه های فرزندپروری، سیاهه سرشت و منش، مقیاس خود گزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان، پرسشنامه مقابله با شرایط استرسزا و مقیاس آمادگی اعتیاد ایرانی بود. از نرم افزار AMOS-16 برای ارزیابی مدل پیشنهادی استفاده شد. نتایج نشان می دهد مدل نهایی که با حذف مسیرهای غیر معنی دار و همبسته کردن چند خطا به دست آمد، از شاخص های برازندگی مطلوبی ($CFI=0/90$, $RMSEA=0/07$) برخوردار است. در مجموع، اکثر روابط مفروض بین متغیرها معنی دار بودند، اما اکثر مسیرهای مفروض میان شیوه فرزند پروری سهل گیر با سایر متغیرها معنی دار نبود. با توجه به ضرایب استاندارد، راهبردهای مقابله هیجان مدار، مسئله مدار، اجتنابی و مشکلات رفتاری به ترتیب بیشترین اثر را بر آمادگی اعتیاد دارند. مضامین بالینی و کاربردی نتایج و مدل ارائه شده در پژوهش حاضر به تفصیل مورد بحث قرار گرفته است.

کلیدواژه‌ها: شیوه های فرزندپروری، نوجویی، مشکلات رفتاری، راهبردهای مقابله، آمادگی اعتیاد.

روان شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
و هتار

• دریافت مقاله: ۹۱/۵/۷

• پذیرش مقاله: ۹۲/۱۲/۲۶

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

Clinical Psy. & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و یکم - دوره
جدید شماره ۱۰
بهار و تابستان ۱۳۹۳

مقدمه

متغیر را بررسی می‌کنند، ایده‌هایی را مطرح می‌سازند. به عنوان مثال، در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که شیوه فرزند پروری سهل گیر می‌تواند به طور مستقیم کنترل تکانه را تحت تأثیر قرار داده و به طور غیرمستقیم مصرف و سوء مصرف الکل را تحت تأثیر قرار دهد [۸]. یا در پژوهش دیگری دریافتند که پاسخگویی والدین موجب بالا رفتن اعتماد به نفس شده و از مصرف الکل پیشگیری می‌کند [۹].

پژوهش‌های متعددی رابطه بین شیوه‌های فرزندپروری و نوجویی به عنوان یکی از متغیرهای مطرح در شروع مصرف مواد را بررسی کرده‌اند. از جمله، در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که افراد بزهکار نسبت به افراد غیر بزهکار از سطوح بالاتر نوجویی برخوردار بوده، و بین نوجویی و گرمای والدین نیز رابطه معکوسی وجود دارد [۱۰]. نتایج پژوهش دیگری نشان داد که مراقبت والدینی پایین و دخالت بیشتر والدین که از ویژگی‌های شیوه فرزند پروری مستبدانه است با نوجویی بالا و آسیب‌گریزی پایین مرتبط است [۱۱]. در مطالعه دیگری این نتیجه به دست آمده است که سطوح بالای نوجویی در دو گروه متخلف کودک آزار و متجاوز به عنف با شیوه فرزند پروری بد رفتاری / بی‌عاطفه بودن والدین که از ویژگی‌های شیوه فرزند پروری مستبدانه است، مرتبط است [۱۲]. در پژوهشی نیز به این نتیجه دست یافتند که شیوه فرزند پروری مقتدرانه با تأثیر بر هیجان خواهی (که از مولفه‌های نوجویی است) می‌تواند نقش محافظت‌کننده‌ای در ارتباط بین هیجان خواهی با نگرش نسبت به ماری‌جوانا، تمایل به مصرف ماری‌جوانا و نفوذ همسالان داشته باشد [۱۳]. در واقع، افراد با نوجویی بالا با توجه به اینکه به دنبال چیزهای نو و جدید بوده، در به تأخیر انداختن ارضاء مشکل داشته و قادر به انطباق خود با مطالبات محیطی به ویژه والدین و همسالان نیستند بیشتر درگیر مشکلات رفتاری شده و مستعد مصرف مواد هستند [۱۴]. پژوهش‌های متعددی به بررسی ارتباط نوجویی و مشکلات رفتاری پرداختند. از جمله، در پژوهشی که به بررسی ارزیابی اشکال شخصیت و ارتباط

دست کم ۳۵۰۰ سال است که انسان مواد مخدر مصرف می‌کند [۱] اما با وجود تلاش‌های پی‌گیر در سطوح ملی و بین‌المللی، هنوز جوامع بشری با این مشکل بزرگ اجتماعی و روانی درگیر هستند و علی‌رغم کوشش‌های زیاد و صرف هزینه‌های بسیار سنگین، هنوز راه حل مناسب و قابل قبول برای چیره شدن به این مشکل بزرگ جهانی به دست نیامده است. این سوال اساسی مطرح است که با وجود آشکار بودن عوارض مصیبت بار مصرف مواد، چه عواملی فرد را به سمت مصرف آن می‌کشاند؟ پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که برای پذیرش و مصرف مواد، وجود زمینه‌های رشدی ناسالم ضروری است. در واقع معتادان کسانی هستند که مواد، به زمینه‌های رشدی ناسالم آنها، اضافه می‌شود، یعنی رشد ناسالم در زمینه‌های مختلف موجب گرایش آنها به مواد می‌شود و رشد گرایش به مواد در طی زندگی، تحت عنوان استعداد اعتیاد، مطرح است [۲].

بر اساس بسیاری از مدل‌های علی مصرف مواد خانواده یکی از متغیرهای دور اثر گذار در مصرف مواد می‌باشد و در بین عوامل متعدد خانوادگی اثر گذار بر رشد فرزند، شیوه‌های فرزندپروری به عنوان یک متغیر مهم در نظر گرفته شده [۳] و همچنین به عنوان یکی از عوامل خطرزا و محافظت‌کننده مصرف مواد مطرح شده است [۴]. به عنوان مثال، شیوه فرزندپروری طردکننده، بیش از حد حمایت‌کننده [۵] و شیوه فرزندپروری مسامحه‌کار [۶] با رفتارهای مخاطره‌آمیز و رشد رفتار غیرانطباقی روان‌شناختی از جمله مصرف مواد نوجوانان همبستگی مثبت داشته و آن را پیش‌بینی می‌کند. در مقابل، ارتباط مثبت بین پدر-کودک حتی اگر از شیوه فرزندپروری مستبد یا سهل‌گیر استفاده نمایند [۷] و شیوه فرزندپروری مقتدر [۶] درگیری کمتر در رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد را پیش‌بینی می‌کند. چنین یافته‌هایی این سوال اساسی را مطرح می‌سازد که شیوه‌های فرزندپروری چگونه و تحت چه فرآیندی فرد را مستعد اعتیاد می‌نمایند. پژوهش‌هایی که نقش میانجی‌گرها بین دو

متناقض مثل نظارت پایین و کنترل سهل گیرانه با پرخاشگری، مشکلات رفتاری و بزهکاری مرتبط است. نتایج پژوهشی که ارتباط بین تربیت والدین به سه صورت خشن، مثبت و متناسب، با مشکلات رفتاری را بررسی کرده است بدین ترتیب بود که بین تربیت خشن و مشکلات رفتاری کودکان همبستگی مثبتی وجود دارد. همچنین، بین عاطفه فیزیکی مادر، کنترل صحیح، به جا و منطقی با صلاحیت اجتماعی کودکان همبستگی مثبتی وجود دارد و تنبیه بدنی توسط والدین همبستگی مثبتی با مشکلات رفتاری کودکان دارد [۲۲]. در پژوهشی که به بررسی نقش والدین در مشکلات برونی سازی در اوایل نوجوانی پرداخت، مشاهده شد که استفاده والدین از کنترل رفتاری محکم و ثابت با سطوح پایین تر مشکلات برونی سازی نوجوانان مرتبط است [۲۳]. پژوهشی دیگر نیز دریافت که شیوه فرزند پروری مستبد با ایجاد خشم و مشکلات برونی سازی در نوجوانان مرتبط است [۲۴].

شیوه‌های فرزندپروری نه تنها از طریق نوجویی و مشکلات رفتاری بر آمادگی اعتیاد تأثیر دارد، بلکه از طریق راهبردهای مقابله نیز بر آمادگی اعتیاد اثر گذار است. کودکانی که در محیط پرتعارض زندگی می کنند، محیط‌هایی که بیانگری عاطفی کم است و والدین از شیوه‌های فرزندپروری نامناسبی استفاده می کنند، الگوی مناسبی از رفتارهای مثبت، بیانگری عاطفی یا مهارت‌های تنظیم عاطفه و از آن جمله راهبردهای مقابله که یکی از جنبه‌های مهم تنظیم عاطفه است، وجود ندارد [۲۵]. در پژوهشی مراقبت و توجه کم مادر و شیوه فرزند پروری به صورت حمایت بیش از حد، به طور معنی دار پیش بینی کننده راهبرد مقابله هیجان مدار بود [۲۶]. پژوهش دیگری به این نتیجه دست یافت که شیوه فرزندپروری مقتدر با بالاترین میزان کاربرد راهبرد مقابله فعال و شیوه فرزندپروری مستبد با پایین‌ترین میزان کاربرد راهبرد مقابله فعال مرتبط است [۲۷]. همچنین پژوهش دیگری نشان داد که افرادی که والدین آنها از شیوه فرزندپروری مقتدر و سهل‌گیر استفاده می کنند در مقایسه با افراد با والدین دارای شیوه فرزندپروری مستبد و بی تفاوت، بهتر

آن با مشکلات رفتاری در نوجوانان پرداختند، به این نتیجه دست یافتند که نوجویی پیش‌بینی کننده مشکلات رفتاری برونی‌سازی^۱ می‌باشد [۱۵]. در پژوهش دیگری که به بررسی ارتباط بین ویژگی سرشت و منش شخصیت با مشکلات رفتاری برونی‌سازی و درونی‌سازی در نوجوانان پرداختند، به این نتیجه دست یافتند که بین نوجویی بالا، آسیب‌گریزی بالا با مشکلات رفتاری برونی‌سازی ارتباط مثبتی وجود دارد [۱۶]. در مطالعه‌ای که به بررسی ارتباط پروفایل سرشت با مشکلات انطباقی پرداختند، این نتیجه به دست آمد که پروفایل سرشتی که ویژگی آن، نوجویی پایین و آسیب‌گریزی بالا است ارتباط معکوسی با مشکلات رفتاری دارد. در مقابل، پروفایل سرشتی که یکی از ویژگی‌های آن نوجویی بالاست، ارتباط مثبتی با مشکلات رفتاری دارد [۱۷]. همان‌طور که در پژوهش‌ها مشاهده می‌شود، ارتباط مثبتی بین نوجویی بالا و مشکلات رفتاری برونی‌سازی وجود دارد.

پژوهش‌های متعددی نیز ارتباط بین مشکلات رفتاری برونی‌سازی را با مصرف مواد نشان داده‌اند [از جمله ۱۸، ۱۹ و ۲۰]. در پژوهشی که به بررسی خط سیر رشد معیارهای وابستگی به نیکوتین در نوجوانان پرداختند، به این نتیجه دست یافتند که مشکلات رفتاری با بروز اولیه مشکلات مصرف مواد مرتبط است [۱۸]. در پژوهش دیگری که به بررسی مشکلات رفتاری و سیگار کشیدن به عنوان پیش‌بین‌های مصرف کوکائین پرداختند به این نتیجه دست یافتند که مشکلات رفتاری، مصرف مواد را پیش‌بینی می‌کند [۱۹]. پژوهشی در بررسی نقش میانجی مشکلات رفتاری در ارتباط بین شیوه‌های فرزندپروری و مصرف مواد در طی سه نسل، به این نتیجه دست یافت که مشکلات رفتاری برونی‌سازی در نوجوانی، مصرف مواد در بزرگسالی را پیش‌بینی می‌کند [۲۰]. از سوی دیگر، پژوهش‌های متعددی ارتباط بین شیوه‌های فرزندپروری و مشکلات رفتاری را بررسی کرده‌اند. مطالعه‌ای [۲۱] به این نتیجه دست یافت که شیوه فرزند پروری خشن و

انتظارات مثبت درباره مواد، به طور مستقل و اشتراکی مصرف مواد را تشویق می‌کنند. همچنین، پژوهشی به این نتیجه دست یافت که بین راهبردهای مقابله‌ای ضعیف و شیوه‌های حل مسئله نامناسب با مصرف مواد در معتادان رابطه وجود دارد [۳۶]. مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافت که راهبرد مقابله‌اجتنابی مهمترین پیش بین مصرف الکل در بین نوجوانان روستایی است [۳۷]. بنابراین، با توجه به پژوهش‌های مطرح شده راهبردهای مقابله‌ موثر عامل محافظت‌کننده و راهبرد مقابله‌ غیر موثر عامل خطرزای مصرف مواد محسوب می‌شوند.

هر چند پژوهش‌های زیادی به بررسی روابط بین متغیرها پرداخته‌اند اما برای پیشگیری از مصرف مواد مخدر صرفاً شناسایی فهرستی از عوامل خطرزا و محافظت‌کننده کافی نیست بلکه باید از مکانیزم و چگونگی بروز آنها نیز مطلع بود، بنابراین، شناسایی روابط متغیرهای واسطه بالقوه و ارتباط آنها با آمادگی اعتیاد، لازمه فعالیت‌های مؤثر پیشگیری است. با عنایت به این نکته، مطالعه حاضر بر اساس مرور ادبیات پژوهشی مدلی را طراحی و آزمود که متغیرهای نوجویی، مشکلات رفتاری و راهبردهای مقابله‌به‌عنوان میانجی رابطه شیوه‌های فرزندپروری و آمادگی اعتیاد در آن وارد شدند. از سوی دیگر، در اکثر پژوهش‌های انجام شده مرتبط با متغیرهای این پژوهش، شرکت‌کنندگان از مصرف‌کنندگان مواد بودند، بنابراین یافته‌های پژوهش حاضر که آمادگی اعتیاد را مورد بررسی قرار داد با اطمینان بیشتری می‌توان در زمینه فعالیت‌های پیشگیری به کار برد. شایان ذکر است که پژوهش‌های انجام شده در مورد روابط متعامل متغیرهای این پژوهش بسیار زیاد است، ولی با توجه به محدودیت صفحات یک مقاله، در این نوشتار تنها به تعداد محدودی از آنها در مقدمه اشاره شد.

روش

آزمودنی‌ها

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر سال سوم دبیرستان‌های دولتی شهر مشهد در

قادر به مقابله با شرایط استرس‌زا بوده و از راهبردهای مقابله‌ موثرتر از جمله راهبرد مقابله‌ مسئله‌مدار استفاده می‌نمایند، و آن دسته از افرادی که والدین آنها از شیوه فرزندپروری بی‌تفاوت و استبدادی استفاده می‌کنند، از سطوح بالای راهبرد مقابله‌ غیر موثر استفاده کرده و در شرایط استرس‌زا بیشتر مشکلات برونی‌سازی و درونی‌سازی را نشان می‌دهند [۲۸]. در مجموع، تحقیقات زیادی [از جمله، ۲۹] قویاً مطرح می‌کنند که شیوه فرزندپروری با شرایط روان‌شناختی نوجوان در هر دو جهت مثبت و منفی مرتبط است. گرمی، حمایت، تقاضا و پاسخدهی بالای والدین با افزایش صلاحیت و توانمندی‌ها و راهبرد مقابله‌ مسئله‌مدار فعال مرتبط بوده و برعکس، شیوه فرزندپروری مبتنی بر غفلت، طرد و سرزنش به طور برجسته‌ای با راهبرد مقابله‌ هیجان‌مدار و اجتنابی مرتبط است.

پژوهش‌های متعدد [برای مثال، ۳۰ و ۳۱] ارتباط راهبردهای مقابله‌ با مشکلات رفتاری را گزارش کرده‌اند. در پژوهشی که به بررسی ارتباط بین تلاش‌های کلی مقابله‌ای و مشکلات رفتاری پرداخته است، به این نتیجه دست یافت که ارتباط منفی بین مقابله‌ مواجهه‌ای مسئله‌مدار با مشکلات رفتاری در کودکان پیش‌دستانی وجود داشته و ارتباط مثبتی بین راهبردهای مقابله‌ منفی و مشکلات رفتاری برونی‌سازی (مثل بیش‌فعالی و نقص توجه، رفتارهای پرخاشگرانه و مخرب) وجود دارد [۳۰]. پژوهش دیگری که به بررسی ارتباط راهبرد مقابله‌ انطباقی در نوجوانان پرداخته به این نتیجه دست یافت که راهبرد مقابله‌ هیجان‌مدار و مسئله‌مدار ارتباط منفی با مشکلات عاطفی و رفتاری دارند. قابل ذکر است در این مطالعه راهبرد مقابله‌ هیجان‌مدار یک راهبرد مقابله‌ انطباقی در نظر گرفته شده است [۳۱]. پژوهش‌ها همچنین حاکی از ارتباط بین راهبردهای مقابله‌ و مصرف مواد هستند و اکثر تحقیقات به سودمند بودن روش مسئله‌مدار به عنوان یک عامل محافظت‌کننده شروع مصرف مواد تأکید کرده‌اند [از جمله، ۳۲ و ۳۳]. طبق تحقیقات موجود [۳۴ و ۳۵] کمبود مهارت‌های مقابله‌ای انطباقی و

سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹ بود.

نمونه و روش نمونه گیری: در این پژوهش دو نمونه، یکی برای آزمون فرضیه‌های پژوهش و یکی برای سنجش ویژگی‌های روان سنجی پرسشنامه‌های پژوهش، به شیوه نمونه گیری تصادفی چند مرحله‌ای به صورت جداگانه انتخاب گردید.

۱-۲. نمونه گیری جهت تعیین پایایی و اعتبار ابزارهای پژوهش: به منظور انجام مطالعه مقدماتی، جهت تعیین اعتبار و پایایی ابزارها از جامعه مورد نظر ۴۸ دانش آموز شامل ۲۲ (۴۶٪) دختر و ۲۶ (۵۴٪) پسر انتخاب گردید.

۲-۲. نمونه‌گیری جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش: با توجه به اینکه باید تعداد ۹ متغیر در مدل، مورد پژوهش قرار می‌گرفت و بر اساس روش مرسوم نمونه‌گیری تحقیقات همبستگی که برای هر متغیر بین ۱۵ تا ۶۰ نفر آزمودنی در نظر گرفته می‌شود [۳۸]، لذا در این پژوهش نیز برای هر متغیر ۶۰ نفر جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش در نظر گرفته شد. در مجموع تعداد ۶۰۶ دانش آموز حجم نمونه را تشکیل داد. با توجه به اینکه پرسشنامه آمادگی اعتیاد (متغیر وابسته پژوهش) دارای ۵ ماده دروغ سنج می‌باشد، برای ماده‌های دروغ سنج، میانگین و انحراف معیار محاسبه گردید و آن دسته از پرسشنامه‌هایی که ماده‌های دروغ سنج آنها بالاتر از یک انحراف استاندارد بودند، با فرض اینکه صادقانه پاسخ داده نشده‌اند، حذف گردیدند. همچنین پرسشنامه‌های ناقص نیز حذف شدند و در نهایت پاسخ‌های ۵۷۲ دانش آموز، شامل ۳۲۸ (۵۷٪) پسر و ۲۴۴ (۴۳٪) دختر به نمونه آزمون فرضیه‌ها تحلیل گردید.

ابزارهای پژوهش

در پژوهش حاضر به منظور اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش، از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱. مقیاس ایرانی آمادگی اعتیاد^۱: در این پژوهش برای ارزیابی میزان آمادگی اعتیاد، از مقیاس ایرانی

آمادگی اعتیاد استفاده شد. این مقیاس شامل ۳۶ ماده همراه با ۵ ماده دروغ سنج و دو عامل آمادگی منفعل و آمادگی فعال است. این مقیاس از اعتبار و پایایی مطلوبی برخوردار است. پایایی مقیاس ایرانی آمادگی اعتیاد با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و آلفای عامل اول آمادگی اعتیاد (فعال) ۰/۹۱ و عامل دوم آن (منفعل) ۰/۷۵ گزارش شده است [۳۹]. پایایی این مقیاس در مطالعه ای دیگر با آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه گردید. آلفای عامل اول (فعال) ۰/۹۱ و عامل دوم (منفعل) ۰/۷۵ بود [۴۰]. همچنین، زرگر جهت محاسبه اعتبار این مقیاس از روش اعتبار ملاکی و اعتبار سازه استفاده کرد. برای محاسبه اعتبار ملاکی، این پرسشنامه بر روی تعدادی از مراجعین مرکز خود معرف معتادین شهر اهواز اجرا شد و میانگین نمره آنها با میانگین نمره کارکنان یک شرکت صنعتی در اهواز مقایسه شد که نتایج تفاوت معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ را نشان داد. برای بررسی اعتبار سازه ضریب همبستگی بین مقیاس ایرانی آمادگی اعتیاد با مقیاس چک لیست نشانگان-۲۵ محاسبه شد (۰/۴۵) که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار بود [۳۹]. اعتبار این مقیاس در پژوهش زرگر و غفاری [۴۰] از طریق مقایسه نمرات آمادگی اعتیاد در دانشجویانی که اظهار داشتند تجربه مصرف مواد داشتند با دانشجویانی که چنین تجربه ای نداشتند، انجام شد که تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده شد [۴۰]. پایایی آن در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ در آمادگی اعتیاد ۰/۷۰ به دست آمد. اعتبار آن نیز از طریق همبسته کردن آن با درجه بندی - خود در پاسخ به عبارت "مواد مصرف کرده ام"، که فرض شد سازه آمادگی اعتیاد را مورد پرسش قرار می‌دهد، در آمادگی اعتیاد ۰/۳۹ به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۶ معنی دار بود.

۲. سیاهه سرشت و منش^۳: در این پژوهش، برای اندازه گیری نوجویی از فرم کوتاه سیاهه مزاج و منش کلونینجر استفاده شد. این سیاهه توسط کلونینجر و بر

2. Symtoms Checklist-25

3. Cloninger Temperament and Character

سهل گیر، ۰/۸۵ برای مستبد، ۰/۹۲ برای الگوی مقتدر گزارش نمود. همچنین در تحقیق اسفندیاری میزان پایایی آن با روش بازآزمایی و با فاصله زمانی یک هفته، برای شیوه سهل‌گیری ۰/۶۹، برای شیوه مستبد ۰/۷۷ و برای شیوه قاطع و اطمینان بخش ۰/۷۳ به دست آمد [۴۵]. باری (۱۹۹۱) در مورد میزان اعتبار پرسشنامه با استفاده از اعتبار تشخیصی، این نتایج را گزارش نمود، مستبد بودن رابطه معکوس با سهل‌گیری (۰/۵۰) و مقتدر بودن (۰/۵۲) دارد [۴۴]. در تحقیق اسفندیاری ده نفر از صاحب نظران روان‌شناسی و روانپزشکی اعتبار صوری این پرسشنامه را تأیید کردند [۴۵]. ضریب پایایی آن در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ در شیوه مقتدر، مستبد و سهل‌گیر به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۶۹ به دست آمد. اعتبار آن نیز همسو با مطالعه باری در ۱۹۹۱ با استفاده از اعتبار تشخیصی سنجیده شد. مستبد بودن رابطه معکوس معنی داری با مقتدر بودن (۰/۲۸-) و رابطه معکوس غیرمعنی داری با سهل‌گیر (۰/۰۷-) داشت. همچنین اعتبار این پرسشنامه از طریق همبسته کردن هر خرده‌مقیاس آن با یکی از سوالات که به نظر می‌رسد معرف خرده‌مقیاس مورد نظر است، ارزیابی شد. نتایج نشان داد که همبستگی مثبت معنی داری بین شیوه فرزندپروری مقتدر با سوال مورد نظر (۰/۷۰) در سطح معنی داری (۰/۰۰۱)، شیوه فرزندپروری مستبد با سوال مورد نظر (۰/۶۳) در سطح معنی داری (۰/۰۰۱) و شیوه فرزندپروری سهل‌گیر با سوال مورد نظر (۰/۵۳) در سطح معنی داری (۰/۰۰۱) وجود دارد.

۴. مقیاس خود گزارشی نوجوانان^۱: در این پژوهش برای اندازه‌گیری مشکلات رفتاری از مقیاس مشکلات رفتاری نوجوانان آخنباخ در ۱۹۹۱ استفاده شد. این مقیاس توسط آخنباخ ساخته شده است و یک مقیاس خودارزیابی‌کننده برای سنین نوجوانی است که برای افراد با حداقل تحصیلات در حد پایه‌ی پنجم ابتدایی در مدت زمان ۱۵ دقیقه قابل پاسخ‌گویی است. این مقیاس شامل بخش شایستگی‌ها و سندرما می‌باشد. این مقیاس توسط

اساس نظریه سیستم‌های زیستی - روانی تهیه شده است. فرم کوتاه سیاهه سرشت و منش شامل ۱۲۵ عبارت و دو مولفه مزاجی (نوجویی، آسیب‌گریزی، پاداش‌خواهی و پشتکار) و مولفه منش (خودگردانی، همکاری و تعالی‌بخشی خود) و در مجموع ۲۵ مقیاس است [۴۱]. این پرسشنامه توسط کاویانی و حق‌شناس در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است. ضریب پایایی فرم کوتاه سیاهه سرشت و منش به روش بازآزمایی با فاصله زمانی دو هفته برای مولفه نوجویی ۰/۹۶ به دست آمده است [۴۲]. همچنین کاویانی و پورناصح نیز با استفاده از همین روش با فاصله زمانی یک تا دو ماه برای مولفه نوجویی، ضریب پایایی ۰/۷۵، و با استفاده از روش همسانی درونی، ضریب پایایی ۰/۷۲ را گزارش کردند [۴۳]. همچنین، سیاهه سرشت و منش از اعتبار لازم در شناسایی موارد اختلالات شخصیت در بیماران روانی بستری و سرپایی برخوردار است. بررسی‌ها نشان می‌دهند که هر خوشه اختلالات شخصیت در نظام طبقه‌بندی DSM_IV، با یکی از ابعاد سرشت در این پرسشنامه ارتباط دارد [۴۱]. همچنین کاویانی و پورناصح جهت اعتباریابی این پرسشنامه از روش مصاحبه نیمه ساخت یافته توسط دو روان‌شناس در بین ۱۰۰ نفر آزمودنی استفاده کرده و ضرایب اعتبار آن را برای مولفه نوجویی ۰/۷۵ گزارش کردند که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار بوده است [۴۳].

۳. پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری: در این پژوهش برای ارزیابی شیوه‌های فرزندپروری از پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری دیانا بامریند استفاده شد. دیانا بامریند از دانشگاه کالیفرنیا در سال ۱۹۷۲ مجموعه بررسی‌هایی را انجام داد که طی آن الگوهایی از شیوه‌های فرزندپروری را مشخص کرد. وی برای مطالعات خود، پرسشنامه‌ای را طرح کرد که به نام خود او معروف شد. این پرسشنامه سه شیوه فرزندپروری شامل شیوه‌های سهل‌گیرانه، شیوه‌های مستبد و شیوه‌های مقتدر را می‌سنجد [۴۴]. بامریند میزان پایایی این پرسشنامه را با روش بازآزمایی با فاصله زمانی یک هفته ۰/۸۱ برای

۵. پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های استرس زا^۱: در این پژوهش برای ارزیابی راهبردهای مقابله از پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های استرس‌زای اندلر و پارکر در ۱۹۹۰^۳ استفاده گردید. اندلر و پارکر پرسشنامه مورد نظر را برای ارزیابی انواع سبک‌های مقابله‌ای که توسط افراد در موقعیت‌های استرس‌زا مورد استفاده قرار می‌گیرد، مطرح نمودند. این آزمون شامل سه سبک مقابله مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی است [۴۸]. کاس‌وی و اندلر میزان پایایی برای این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ محاسبه نمودند [۴۹]. همچنین در پژوهش شگری و همکاران ضریب پایایی برای هر یک از سبک‌های مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی در این پژوهش به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۴ و ۰/۸۰ به‌دست آمد. ضرایب همبستگی حاصل از آزمون-بازآزمون زیر مقیاس‌ها در فاصله زمانی یک هفته نیز در دامنه‌ای از ۰/۶۱ تا ۰/۶۴ به‌دست آمد. همچنین، شگری و همکاران [۴۸] میزان اعتبار همزمان این پرسشنامه را با استفاده از دو بعد روان رنجورخویی و برون‌گرایی پرسشنامه نئو محاسبه نمودند که نتایج روابط معنی‌داری را فقط بین راهبرد هیجان‌مدار و مسئله‌مدار با بعد روان رنجورخویی (۰/۵۷ و -۰/۲۴) نشان داد که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بودند [۴۸]. پایایی آن در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۷۸ تا ۰/۸۴ به‌دست آمد. در پژوهش حاضر نیز به منظور بررسی اعتبار همگرایی این پرسشنامه از طریق همبسته کردن آن با بعد روان رنجور خویی و برون‌گرایی، فقط روابط معنی‌داری بین راهبرد مقابله مسئله‌مدار و هیجان‌مدار با بعد روان رنجورخویی (۰/۳۴- و ۰/۴۸) در سطح ۰/۰۱ وجود داشت.

روش تحلیل داده‌ها

روش‌های آماری جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها عبارتند از: (۱) آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و همبستگی میان متغیرها و (۲) الگویابی معادلات ساختاری

مینایی [۴۶] در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است. ضریب پایایی مقیاس‌های YSR در مطالعه محمدی و همکاران بر روی جمعیت ایرانی ۱۲ تا ۱۵ سال ساکن انگلیس برای رفتار بزهکارانه ۰/۵۲، رفتار پرخاشگرانه ۰/۸۳، مشکلات توجه ۰/۷۶ و کل پرسش‌نامه ۰/۹۳ به‌دست آمد [۴۷]. در پژوهش مینایی ضریب پایایی آن با استفاده از روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۸ تا ۵ هفته در دامنه‌ای از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ به‌دست آمده است. همچنین ضریب توافق بین پاسخ‌دهندگان نیز در دامنه‌ای از ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ نوسان داشته است [۴۶]. بررسی مورگان و کائوس بر روی نوجوانان بی‌خانمان نشان می‌دهد که YSR در پیش‌بینی تشخیص‌های DSM از اعتبار لازم برخوردار است [۴۷]. مینایی جهت بررسی اعتبار این پرسشنامه از همبستگی درونی مقیاس‌ها استفاده کرد که همبستگی‌ها در خرده مقیاس مشکلات توجه در دامنه‌ای از ۰/۳۰ تا ۰/۷۴، در خرده مقیاس مشکلات بزهکاری در دامنه‌ای از ۰/۲۷ تا ۰/۸۶ و در خرده مقیاس مشکلات پرخاشگری در دامنه‌ای از ۰/۲۹ تا ۰/۹۷ در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ قرار داشتند. همچنین، نتایج جاصل از روش تمایزگذاری گروهی، بین دو گروه عادی و بالینی نشان داده است که میانگین نمرات دختران و پسران بالینی به طور معنی‌داری بالاتر از میانگین نمرات دختران و پسران عادی است [۴۶]. پایایی آن در پژوهش حاضر نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ به‌دست آمد. اعتبار آن نیز از طریق همبسته کردن آن با درجه بندی- خود در پاسخ به سه عبارت کلی "اطرافیان فکر می‌کنند آدم پرخاشگری هستم."، "می‌توانم به خوبی حواسم را روی کار متمرکز کنم." و "گاهی کارهایی انجام داده‌ام که اطرافیان فکر می‌کنند خلاف کار هستم."، که فرض شد سازه مشکلات برونی‌سازی شده و خرده مقیاس‌های پرخاشگری، مشکلات توجه، مشکلات بزهکاری را مورد پرسش قرار می‌دهند، به ترتیب (۰/۶۲، ۰/۳۴، ۰/۵۰ و ۰/۴۷) در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود.

1. Coping Inventory for Stressful Situation

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌ها به ترتیب در متغیرهای شیوه فرزندپروری مقتدر ۲۵/۹۷ و ۶/۸۴، شیوه فرزندپروری مستبد ۱۷/۹۳ و ۷/۳۵، شیوه فرزندپروری سهل‌گیر ۱۸/۰۴ و ۶/۶۰، نوجویی ۹/۹۳ و ۵/۵۴، مشکلات رفتاری ۲۳/۲۵ و ۱۱/۰۹، راهبرد مقابله مسئله‌مدار ۵۷/۱۱ و ۹/۷۴، راهبرد مقابله هیجان‌مدار ۵۱/۵۵ و ۱۰/۱۱، راهبرد مقابله اجتنابی ۴۸/۷۸ و ۱۰/۷۶ و آمادگی اعتیاد ۴۸/۳ و ۱۲/۰۶ بوده و مقادیر ضریب همبستگی بین اکثر متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۱ معنی دار هستند. با این وجود، رابطه شیوه فرزندپروری مستبد و سهل‌گیر، شیوه فرزندپروری سهل‌گیر و نوجویی، شیوه فرزندپروری سهل‌گیر و راهبرد مقابله هیجان‌مدار، شیوه فرزندپروری سهل‌گیر و مشکلات رفتاری، شیوه فرزندپروری مستبد و راهبرد مقابله مسئله‌مدار، شیوه فرزندپروری مقتدر و راهبرد مقابله هیجان‌مدار، راهبرد مقابله مسئله‌مدار و هیجان‌مدار معنی دار نبودند.

شاخص‌های برازندگی مدل فرضی پژوهش در جدول ۲ درج شده‌اند. همان‌طور که مشاهده می‌شود مقدار شاخص‌های GFI، AGFI، NFI، CFI، IFI، و TLI از حد نصاب ۰/۹ کمتر و مقدار مجذور کای نسبی از حد نصاب ۳ بیشتر است. مقدار RMSEA نیز بسیار بالا به مقدار ۰/۱ است. این مقادیر نشان می‌دهند که برازش مدل ضعیف است و مدل نیاز به اصلاح دارد. به منظور افزایش برازش مدل سه اصلاح صورت گرفت، بدین نحو که خطاهای متغیرهای فرزندپروری سهل‌گیر و مقابله اجتنابی، مقابله مسئله‌مدار و مقابله اجتنابی، و مشکلات بزهکاری و آمادگی اعتیاد فعال با یکدیگر همبسته شدند. علاوه بر این، مسیرهای شیوه فرزندپروری مستبد به مشکلات رفتاری، شیوه فرزندپروری سهل‌گیر به راهبرد مقابله هیجان‌مدار که معنی دار نبودند (به شکل ۱ رجوع شود) از مدل حذف شدند. بعد از اعمال تغییرات، مدل اصلاح شده مورد آزمون قرار گرفت. شاخص‌های برازندگی مدل اصلاح شده نیز در جدول ۲ درج شده‌اند.

است. تمامی تحلیل‌ها با استفاده از نرم افزارهای SPSS-16 و AMOS-16 انجام شد. جهت تعیین کفایت برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها، ترکیبی از شاخص‌های برازندگی مورد استفاده قرار گرفتند که شامل: مجذور کای (χ^2)، اگر مقدار آن از لحاظ آماری معنی دار نباشد، بر برازندگی مناسب مدل دلالت دارد. اما این شاخص برای مدل‌های با n بزرگ، تقریباً همیشه از لحاظ آماری معنی دار است. نسبت χ^2/df که مجذور کای نسبی نیز نامیده می‌شود، از تقسیم شاخص برازندگی مجذور کای بر درجه آزادی متناظر به دست می‌آید. مقدار این نسبت هر چه به صفر میل کند و کوچکتر باشد، بهتر است. مقدار مورد قبول آن کوچکتر یا مساوی ۳ می‌باشد. مقدار مورد قبول GFI (شاخص نیکویی برازش)، AGFI (شاخص نیکویی برازندگی تطبیقی)، CFI (شاخص برازندگی مقایسه‌ای)، IFI (شاخص برازندگی فزاینده)، و TLI (شاخص تاکر-لویز) برابر یا بزرگتر از ۰/۹۰ است. در شاخص جذر برآورد واریانس خطای تقریب^۱ مقدار بین ۰/۰۸ تا ۰/۱۰ مدلی با برازندگی متوسط را منعکس می‌نماید. مقدار بین ۰/۰۶ تا ۰/۰۸ نمایانگر مدلی با برازندگی قابل قبول است. مقدار بین ۰/۰۱ تا ۰/۰۶ حاکی از برازندگی خیلی خوب مدل دارد و مقدار ۰/۰۰ (صفر) نشان دهنده مدلی با برازندگی کامل است. مقادیر شاخص بنتلر-بونت یا شاخص نرم شده برازندگی (NFI) باید برابر یا بزرگتر از ۰/۹۰ و به زعم برخی از پژوهشگران دیگر نیز ۰/۸۰ باشد [۵۰].

نهایتاً، برای آزمون ضرایب اثرات غیر مستقیم با دو متغیر میانجی یا میانجی سلسله‌ای^۲ در مدل از آزمون بوت استراپ^۳ استفاده شده است [۵۱]. معنی‌داری فرضیه‌های این پژوهش در سطح آلفای ۰/۰۵ قرار داده شد.

نتایج

میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی میان متغیرهای پژوهش در جدول ۱ درج شده‌اند.

1. RMSEA
2. chain mediation
3. bootstrap

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیر	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱	فرزندپروری سهیل گیر	۱۸/۰۴	۶/۶۰	۱	-۰/۰۰۷	۰/۴۵**	۰/۰۳۲	۰/۱۵**	۰/۰۵۸	۰/۳۶**	۰/۰۱۰	۰/۲۵**
۲	فرزندپروری مستبد	۱۷/۹۳	۷/۳۵	-	۱	-۰/۲۸**	۰/۱۴**	-۰/۰۱۵	۰/۱۳**	۰/۲۰**	۰/۱۷**	۰/۳۳**
۳	فرزندپروری مقتدر	۲۵/۹۷	۶/۸۴	-	-	۱	-۰/۱۵**	۰/۳۲**	۰/۰۷۶	۰/۱۶**	-۰/۲۰**	-۰/۱۶**
۴	نوجویی	۹/۹۳	۵/۵۴	-	-	-	۱	-۰/۱۶**	۰/۱۸**	۰/۱۲**	۰/۲۸**	۰/۲۰**
۵	مقابله مسئله مدار	۵۷/۱۱	۹/۷۴	-	-	-	-	۱	۰/۰۴۴	۰/۳۳**	-۰/۲۳**	-۰/۱۶**
۶	مقابله هیجان مدار	۵۱/۵۵	۱۰/۱۱	-	-	-	-	-	۱	۰/۲۱**	۰/۴۰**	۰/۳۲**
۷	راهبرد مقابله اجتنابی	۴۸/۷۸	۱۰/۷۶	-	-	-	-	-	-	۱	۰/۲۰**	۰/۳۴**
۸	مشکلات رفتاری	۲۳/۲۵	۱۱/۰۹	-	-	-	-	-	-	-	۱	۰/۴۲**
۹	آمادگی اعتیاد	۴۸/۳۰	۱۲/۰۶	-	-	-	-	-	-	-	-	۱

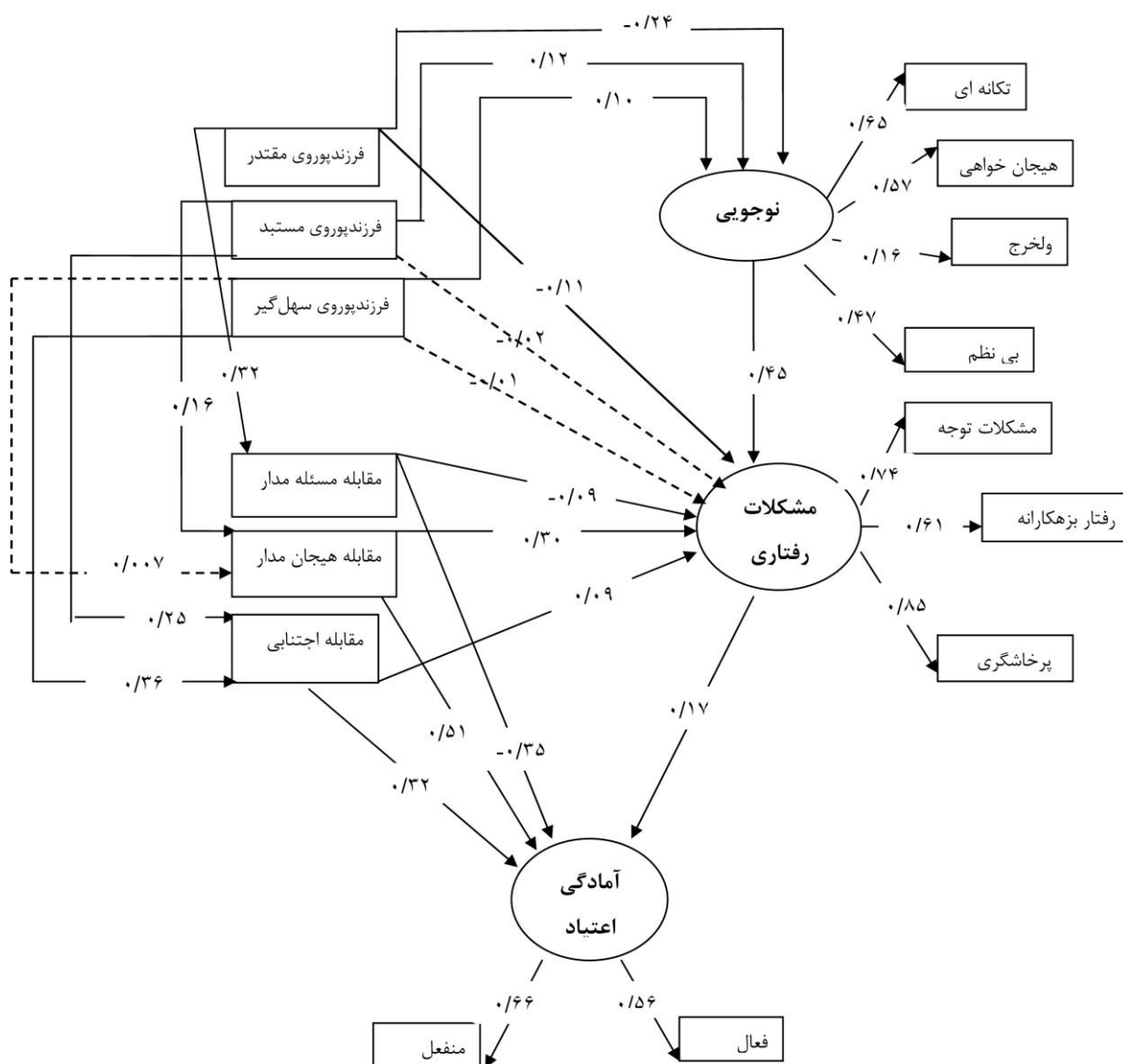
P**<۰/۰۱

جدول ۲: برازش مدل پیشنهادی یا فرضی پژوهش با داده‌ها بر اساس شاخص‌های برازندگی

شاخص‌های برازندگی	χ^2	df	χ^2/df	GFI	AGFI	RMSEA	NFI	CFI	IFI	TLI	$\Delta\chi^2$
مدل پیشنهادی	۶۱۳/۱۶	۷۴	۸/۲۹	۰/۸۷	۰/۷۹	۰/۱۰	۰/۷۴	۰/۷۶	۰/۷۶	۰/۶۵	۳۲۴/۶**
مدل اصلاح شده	۲۸۸/۵۶	۷۱	۴/۲۴	۰/۹۳	۰/۹۰	۰/۰۷	۰/۸۷	۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۸۴	

پژوهش با داده‌هاست. بنابراین مدل اصلاح شده یا نهایی از برازندگی قابل قبولی برخوردار است. مندرجات آخرین ستون جدول ۲ نشان می‌دهند مقایسه تفاوت بین دو مجذور کای مدل پیشنهادی و مدل اصلاح شده (۶۱۳/۱۶-۲۸۸/۵۶) با تفاوت بین درجه آزادی این دو مدل (۶۸-۷۴) حاکی از بهبود معنی‌دار با مجذور کای ۳۲۴/۶ و درجه آزادی ۶ است که در نتیجه، بهبود مدل اصلاح شده نسبت به مدل پیشنهادی را مورد تأیید قرار می‌دهد.

نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهند که شاخص‌های برازندگی شامل مجذور کای ($\chi^2=۲۸۸/۵۶$)، شاخص جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA=۰/۰۷)، نسبت مجذور کای به درجه آزادی ($\chi^2/df=۴/۲۴$)، شاخص نیکویی برازش (GFI=۰/۹۳)، شاخص نیکویی برازندگی تطبیقی (AGFI=۰/۹۰)، شاخص بنتلر-بونت یا شاخص نرم شده برازندگی (NFI=۰/۸۷)، شاخص تاکر-لوویز (TLI=۰/۸۴)، شاخص برازندگی فزاینده (IFI=۰/۹۱) حاکی از برازش مطلوب مدل اصلاح شده



شکل ۱: ضرایب مسیر استاندارد مدل اصلاحی پژوهش در ارتباط با عوامل موثر بر آمادگی اعتیاد. خطوط خط چین: مسیرهای حذف شده

معنی‌دار با خطوط پیوسته در شکل ۱ نشان داده شده‌اند. اثر مقابله هیجان‌مدار بر آمادگی اعتیاد ($P=0/001, \beta=0/51$)، اثر نوجویی بر مشکلات رفتاری ($P=0/001, \beta=0/49$)، اثر فرزندپروری سهل‌گیر بر مقابله اجتنابی ($P=0/001, \beta=0/36$)، اثر مقابله مسئله‌مدار بر آمادگی اعتیاد ($P=0/001, \beta=-0/35$)، اثر شیوه فرزندپروری مقتدر بر مقابله مسئله‌مدار ($P=0/004, \beta=0/32$)، اثر مقابله اجتنابی بر آمادگی اعتیاد ($P=0/001, \beta=0/32$)

ضرایب مسیر مدل اصلاح شده مربوط به تاثیر متغیرهای خطرزا و محافظت‌کننده بر آمادگی اعتیاد در شکل ۱ درج شده‌اند. همان‌طور که در شکل ۱ مشاهده می‌شود، بر اساس ضرایب استاندارد، کلیه مسیرهای مستقیم به غیر از سه مسیر شیوه فرزندپروری مستبد به مشکلات رفتاری، شیوه فرزندپروری سهل‌گیر به مشکلات رفتاری و شیوه فرزندپروری سهل‌گیر به مقابله هیجان‌مدار معنی‌دارند (مسیرهای غیر معنی‌دار با خطوط منقطع و مسیرهای

مشکلات رفتاری) معنی دار هستند. شایان ذکر است چنانچه حد بالا و حد پایین اثر غیر مستقیمی هر دو مثبت یا هر دو منفی باشند، یعنی در دامنه شمول خود صفر را در بر نگیرند، آن مسیر معنی دار است.

بحث و نتیجه گیری

همان گونه که ذکر گردید این پژوهش به بررسی روابط میان شیوه های فرزندپروری و آمادگی اعتیاد با میانجی گری متغیرهای نوجویی، راهبردهای مقابله و مشکلات رفتاری پرداخته است. به طور کلی، یافته ها نشان دادند که شیوه فرزندپروری مقتدر از طریق راهبرد مقابله مسئله مدار و مشکلات رفتاری همچنین از طریق نوجویی و مشکلات رفتاری به عنوان یک عامل محافظت کننده آمادگی اعتیاد محسوب می شود. و شیوه فرزندپروری مستبد از طریق نوجویی و مشکلات رفتاری همچنین از طریق راهبرد مقابله هیجان مدار، اجتنابی و مشکلات رفتاری به عنوان عامل خطرزای آمادگی اعتیاد محسوب می شود. اما شیوه فرزندپروری سهل گیر تنها از طریق راهبرد مقابله اجتنابی و مشکلات رفتاری، عامل خطرزای آمادگی اعتیاد می باشد. همچنین، بر اساس ضرایب استاندارد، از میان متغیرهای اثرگذار بر آمادگی اعتیاد، راهبرد مقابله هیجان مدار بیشترین تأثیر را داشته است.

رفتاری ($P=0/001, \beta=0/30$)، اثر شیوه فرزندپروری مستبد بر مقابله اجتنابی ($P=0/003, \beta=0/25$)، اثر شیوه فرزندپروری مقتدر بر نوجویی ($P=0/001, \beta=-0/24$)، اثر مشکلات رفتاری بر آمادگی اعتیاد بر شیوه فرزندپروری مستبد ($P=0/007, \beta=0/17$)، اثر شیوه فرزندپروری مستبد بر مقابله هیجان مدار ($P=0/001, \beta=0/16$)، اثر شیوه فرزندپروری مستبد بر نوجویی ($P=0/01, \beta=0/12$)، اثر شیوه فرزندپروری مقتدر بر مشکلات رفتاری ($P=0/01, \beta=-0/11$)، اثر شیوه فرزندپروری سهل گیر بر نوجویی ($P=0/05, \beta=0/10$)، اثر مقابله مسئله مدار بر مشکلات رفتاری ($P=0/05, \beta=-0/09$) و اثر مقابله اجتنابی بر مشکلات رفتاری ($P=0/05, \beta=0/09$) است.

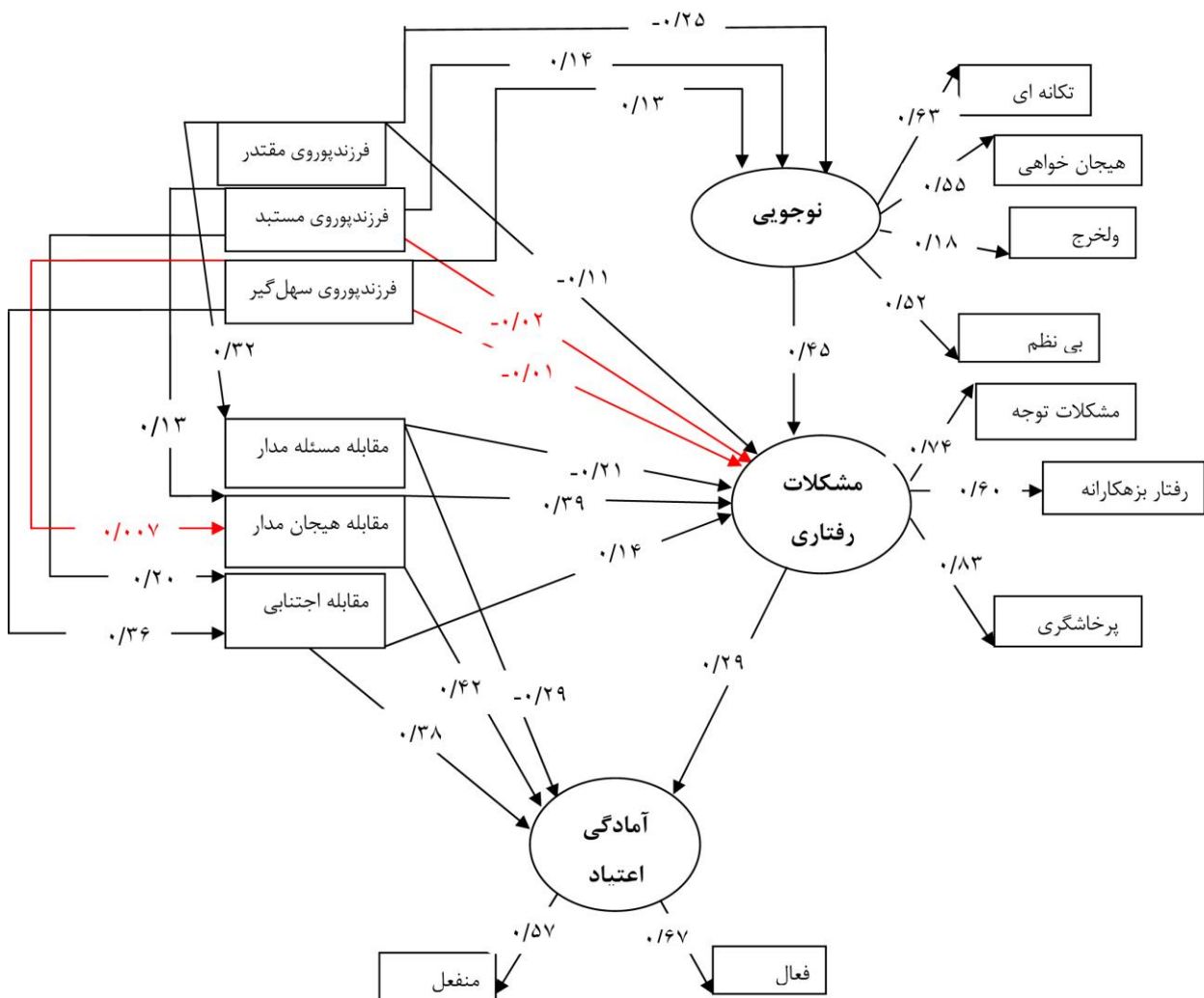
برای آزمون معنی داری مسیرهای غیر مستقیم با دو متغیر میانجی یا میانجی سلسله ای در مدل از آزمون بوت استراپ صدکی استفاده شد زیرا این آزمون از توان بالایی برخوردار است و خطای نوع اول را کاهش می دهد [54]. نتایج آزمون مسیرهای غیرمستقیم با دو متغیر میانجی در جدول 3 گزارش شده است.

با توجه به نتایج مندرج در جدول 3 کلیه مسیرهای غیر مستقیم با دو متغیر میانجی به استثنای دو مسیر (اثر شیوه فرزندپروری سهل گیر بر آمادگی اعتیاد از طریق نوجویی و مشکلات رفتاری و اثر شیوه فرزندپروری سهل گیر بر آمادگی اعتیاد از طریق راهبرد مقابله هیجان مدار و

جدول 3: نتایج آزمون اثرات غیر مستقیم با دو متغیر میانجی در مدل نهایی

بوت استراپ صدکی		β	پارامترها
up	low		
-0/10	-0/23	-0/17	از فرزندپروری مقتدر به آمادگی اعتیاد از طریق نوجویی و مشکلات رفتاری
0/185	0/66	0/12	از فرزندپروری مستبد به آمادگی اعتیاد از طریق نوجویی و مشکلات رفتاری
0/059	-0/69	-0/03	از فرزندپروری سهل گیر به آمادگی اعتیاد از طریق نوجویی و مشکلات رفتاری
-0/087	-0/223	-0/15	از فرزندپروری مقتدر به آمادگی اعتیاد از طریق مقابله مسئله مدار و مشکلات رفتاری
0/165	0/058	0/11	از فرزندپروری مستبد به آمادگی اعتیاد از طریق مقابله هیجان مدار و مشکلات رفتاری
0/206	0/086	0/14	از فرزندپروری مستبد به آمادگی اعتیاد از طریق مقابله اجتنابی و مشکلات رفتاری
0/079	-0/041	0/018	از فرزندپروری سهل گیر به آمادگی اعتیاد از طریق مقابله هیجان مدار و مشکلات رفتاری
0/160	0/017	0/09	از فرزندپروری سهل گیر به آمادگی اعتیاد از طریق مقابله اجتنابی و مشکلات رفتاری

نکته: β : میزان اثر غیر مستقیم، low: حد پایین، up: حد بالا



شکل ۲: ضرایب مسیر استاندارد مدل پیشنهادی یا فرضی پژوهش در ارتباط با عوامل موثر بر آمادگی اعتیاد.
 خطوط قرمز: مسیرهای غیر معنی دار

سهل گیر تأثیری بر راهبرد مقابله هیجان مدار نداشتند. یافته‌ها نشان داد که شیوه‌های فرزندپروری بر نوجویی تأثیر دارند. نتایج این یافته با یافته‌های پژوهشی متعدد [۱۰-۱۳] و همچنین با تئوری کلونینجر با تأکید بر نقش عوامل محیطی به ویژه شیوه تربیتی والدین در دگرگونی و تغییر شکل سرشت به صفات منس [۱۲] و نظریه هیجان خواهی و بزهکاری نوجوانی مبنی بر این که نوجوانانی که دارای ارتباط ضعیفی با والدین خود هستند، مستعد هیجان جویی بوده و از صفات بازدارنده زدایی بالایی برخوردارند [۵۲] هماهنگ است. در واقع، والدین با شیوه فرزندپروری مقتدر با اعمال کنترل مناسب، موجب ایجاد خودگردانی و تسلیم در کودک می‌شوند، به

پس از آن به ترتیب، راهبرد مقابله مسئله مدار، مقابله اجتنابی و مشکلات رفتاری قرار دارند. نوجویی و فرزندپروری مقتدر به ترتیب بیشترین تأثیر را بر مشکلات رفتاری داشتند. همچنین، فرزندپروری سهل‌گیر بر راهبرد مقابله اجتنابی بیشترین تأثیر را داشته و سپس فرزندپروری مقتدر بر راهبرد مقابله مسئله مدار، فرزندپروری مستبد بر مقابله اجتنابی و فرزندپروری مستبد بر راهبرد مقابله هیجان مدار به ترتیب بیشترین تأثیر را داشتند و فرزندپروری مقتدر، فرزندپروری مستبد و سهل‌گیر نیز به ترتیب بیشترین تأثیر را بر نوجویی داشتند. در انتها، باید ذکر کرد که شیوه فرزندپروری مستبد و سهل‌گیر تأثیری بر مشکلات رفتاری نداشته و همچنین شیوه فرزندپروری

راهبردهای مقابله مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی بر مشکلات رفتاری، با یافته های [۳۰ و ۳۱] هماهنگی دارد. با توجه به اینکه نوجوانی دوره تغییر و انتقال، استرس زا و همراه با مشکل بوده و تمام منابع فرد را به کار می برد، انطباق کارآمد در این مرحله رشدی پیش بینی کننده برون دادهای مناسب بعدی مانند سطوح بالاتر رشد خود، اعتماد به نفس بالاتر، سطوح پایین تر افسردگی و انطباق مناسب و مشکلات رفتاری کمتر نوجوان است [۵۶]. در واقع، مقابله کارآمد مانند مقابله مسئله مدار نقش ضربه گیر در برابر فشار روانی را دارد [۵۷].

یافته های نشان داد که راهبردهای مقابله هیجان مدار، اجتنابی و مسئله مدار مستقیماً بر آمادگی اعتیاد تأثیر دارند. این یافته با یافته های پژوهشی متعددی [۳۲-۳۷] و نظریه گولمن هماهنگ است. عدم رویارویی کارآمد با استرس، موجب ایجاد احساس ناتوانی در فرد می شود. این وضعیت منجر به ایجاد احساس اضطراب، درماندگی و اجتناب می شود و طبق نظریه گولمن این الگوهای متفاوت هیجانی مثل اضطراب، خشم، بی قراری، افسردگی و غیره می تواند عاملی برای شروع مصرف مواد باشند [۵۸]. در مقابل، راهبرد مقابله کارآمد اثرات استرس را کاهش داده و ضربه گیر فشارروانی محسوب می شوند [۵۷].

یافته پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر شیوه فرزندپروری مقتدر بر مشکلات رفتاری با یافته های پژوهشی متعددی [۲۲ و ۲۳] همخوانی دارد. والدین با شیوه فرزندپروری مقتدر در تقویت سازه های قابل ملاحظه برای اجتناب نوجوانان از مشکلات رفتاری شامل، مهارت های ارتباط سازنده، تقویت مثبت، نظارت و حل تعارض دارای عملکرد مناسبی هستند [۵۹]. اما نتایج پژوهش حاضر، بر خلاف انتظار نشان می دهند که شیوه های فرزندپروری مستبد و سهل گیر بر مشکلات رفتاری تأثیر ندارد. این یافته با نتایج پژوهش های [۲۱ و ۲۴] ناهماهنگ است. پیرو این یافته، ربه کا در نظریه خود علاوه بر ویژگی های منفی این شیوه سهل گیر ویژگی های مثبت آن را که شامل اعتماد به نفس و مهار درونی است، مطرح می کند.

ویژه کودکان پرخاشگر از این کنترل مثبت والدین به علت ایجاد ساختار و تعیین محدودیت ها بیشتر نفع می برند [۵۳].

به نظر می رسد که مشکل افراد با نوجویی بالا در کنترل تکانشگری، عدم توانایی در انطباق با مطالبات محیطی خود به ویژه والدین و همسالان، آنان را مستعد رفتارهای پرخطر و مشکلات برونی سازی می سازد [۱۴]. این یافته با مدل تعاملی زیستی- اجتماعی راینی و همکاران مبنی بر این که مشکلات رفتاری می تواند تحت تأثیر مستقیم تعامل دو عامل خطرزای زیست شناختی همچون سرشت و محیطی ایجاد شود [۵۴] هماهنگ است.

از سوی دیگر، یافته ها نشان داد که افراد با مشکلات رفتاری بیشتر مستعد مصرف مواد هستند. از دلایل آن، می تواند ارتباط با دوستان و همسالان منحرف، تجربه وقایع منفی زیاد در نتیجه برخورداری از عواطف منفی بالا باشد که بر اساس مدل استرس-انطباق اعتیاد ویلز و شیفمن وجود عاطفه منفی موجب مصرف مواد می شود زیرا که مصرف مواد به عنوان پاسخ انطباقی به استرس در نظر گرفته شده و باعث کاهش عاطفه منفی و افزایش عاطفه مثبت می شود [۵۵]. این یافته با یافته های پژوهشی متعددی [۲۰-۱۸] هماهنگ است.

شیوه های فرزندپروری بر روی راهبرد های مقابله نیز، به عنوان یکی از عوامل فردی مهم در گرایش به سوی مصرف مواد، اثر گذار است. این یافته با نظریه راتر مبنی بر عدم وجود الگوی مناسب رفتارهای مثبت یا مهارت های تنظیم عاطفه مثبت در محیط های خانوادگی پرتعارض با والدین دارای شیوه های فرزندپروری نامناسب (الگوی یادگیری اجتماعی) [۲۵] و با یافته های پژوهشی متعددی [۲۹-۲۶] مبنی بر تأثیر شیوه های فرزندپروری بر راهبردهای مقابله هماهنگ است. اما یافته های این پژوهش نشان می دهند که شیوه فرزندپروری سهل گیر تأثیری بر راهبرد مقابله هیجان مدار ندارد. دلایل احتمالی این ناهماهنگی در انتها بحث خواهد شد.

یافته های پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر مستقیم

برای پی بردن به درستی یا نادرستی این تبیین‌ها به پژوهش‌های مستقل نیاز است.

اگر یک مدل علی درست باشد، با داده‌ها برازش دارد، اما برازش مدل با داده‌ها لزوماً دلالت بر این ندارد که آن مدل، یک مدل درست است. هنوز ممکن است مدل دیگری وجود داشته باشد که با داده‌ها به همان اندازه و به همان خوبی برازش داشته باشد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در گروه‌های سنی دیگر بالاخص مقاطع سنی پایین‌تر تکرار شود. وارد نمودن متغیرهای دیگر مانند جنسیت، شخصیت والدین، تأثیر همسالان و وضعیت اقتصادی خانواده در مدل‌های آتی نیز پیشنهاد می‌گردد. از سوی دیگر، با توجه به یافته‌های ناهمخوان مربوط به شیوه فرزندپروری سهل‌گیر با پژوهش‌های دیگر، توصیه می‌شود مفهوم سازی و سنجش این نوع شیوه فرزندپروری در جامعه ایرانی مورد بررسی بیشتری قرار گیرد.

از آن‌جا که یافته‌های این پژوهش مطرح می‌کند که زمینه سازی اعتیاد بسیار زود آغاز می‌شود بنابراین توصیه می‌شود که مسئولین پیش از آن که به پیش‌گیری ثانویه (درمان اعتیاد) و پیش‌گیری ثالث (کاهش عوارض اعتیاد) توجه داشته‌باشند، بر پیش‌گیری اولیه تأکید نمایند. به این معنی که با آموزش‌ها و مداخله‌های وسیع در سطح جامعه به ویژه گروه‌های در معرض خطر، عوامل خطر ساز اعتیاد را کاهش و عوامل محافظت‌کننده را تقویت نمایند. برای مثال می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: تدارک کارگاههای آموزشی در زمینه شیوه‌های فرزند پروری و مسایل مرتبط با آن برای دختران و پسران در شرف ازدواج، گنجاندن آموزش شیوه‌های مقابله کارآمد با مسایل زندگی در برنامه‌های آموزشی مدارس، فراهم آوردن امکانات اجتماعی برای مدیریت میل به نوجویی نوجوانان و سوق دادن آنان به فعالیت‌های هیجان‌انگیز در چهار چوب‌های بهنجار، شناسایی کودکان مستعد یا مبتلا به مشکلات رفتاری برونی سازی در مراکز پیش دبستانی و دبستان و انجام مداخله‌های روان‌شناختی برای کاهش این مشکلات، برگزاری کارگاه‌های آموزشی

بنابراین شاید در مطالعه حاضر کفه ترازو به نفع ویژگی‌های مثبت سنگینی می‌کند [۶۰]. در مورد والدین مستبد باید اذعان کرد که ویژگی‌های والدین مستبد در ارتباط با همه نوجوانان باعث ایجاد مشکلات رفتاری برونی سازی نمی‌شود بلکه با توجه به نتایج پژوهش حاضر، در تأثیر این شیوه فرزند پروری بر مشکلات رفتاری عوامل دیگری نیز دخیل هستند از جمله ویژگی‌های شخصیتی مثل نوجویی.

به طور کلی، با توجه به اینکه از پنج رابطه مفروض رد شده، چهار رابطه مربوط به شیوه فرزندپروری سهل‌گیر است، باید متذکر شد که ممکن است رد شدن فرضیه‌ها به دلایل زیر باشد: الف) ماهیت سازه فرزندپروری سهل‌گیر: برخی محققان اشاره می‌کنند که این روش یک شیوه واحد نیست. برای مثال، مکوایی و مارتین فرزندپروری سهل‌گیر را به دو دسته تقسیم کردند: فرزند پروری لوس‌کننده و فرزند پروری بی تفاوت یا طردکننده [۶۱]. شاید این عدم همسانی تبیین‌کننده یافته‌های متناقض باشد. ب) برخی ماده‌های این پرسشنامه که این شیوه را می‌سنجند معرف کامل این شیوه نیستند. بامریند بر اساس تفاوت والدین در دو بعد کنترل و پاسخدهی، سه سبک فرزندپروری را پیشنهاد داد [۶۱]. اگر کنترل را یک طیف در نظر بگیریم که در یک سر طیف کنترل شدید (که در فرزندپروری مستبدانه مشاهده می‌شود) و در سوی دیگر طیف کنترل ضعیف (که در فرزندپروری سهل‌گیرانه مشاهده می‌شود) وجود داشته باشد، انتظار می‌رود ماده‌هایی که برای سنجش چنین شیوه سهل‌گیر نوشته می‌شوند کنترل ضعیف را ارزیابی کنند، اما با نگاهی به ماده‌های خرده مقیاس فرزندپروری سهل‌گیر مشاهده می‌شود که برخی از این ماده‌ها به نحوی نوشته شده‌اند که بیشتر کنترل مناسب را می‌سنجند تا کنترل ضعیف. ج) شاید در گفتمان نوجوانان شرکت‌کننده در این پژوهش شیوه سهل‌گیر نه به معنی غفلت و نادیده گرفتن فرزندان یا کنترل ضعیف، که به معنی عدم استفاده والدین‌شان از روش‌های مستبدانه و بیش از حد سخت‌گیرانه سنتی جامعه ایرانی باشد. البته

- Addictive Behaviors, 20, 117-125.
- 9- Yang, Z. & Schaninger, C. M. (2010). Parenting strategies as influences of teen drinking via self esteem: An important area for family policy. *Journal of Macromarketing*, 30, 331-341.
- 10- Ruchkin, V. V., Eiseman, M., Haggolf, B., & Cloninger, R. (1999). Interrelations between temperament, character, and parental rearing in male delinquent adolescents in Northern Russia. *Journal of Comprehensive Psychiatry*, 39, 225-230.
- 11- Reti, I. M., Samuels, J. F., Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., Costa, P. T., & Nestadt, G. (2002). Influence of parenting on normal personality traits. *Journal of Psychiatry Research*, 11, 55-64.
- 12- Giotakos, O., Vaidakis, N., Markianos, M., Spandoni, P., & Christodoulou, G. N. (2004). Temperament and character dimensions of sex offenders in relation to their parental rearing. *Journal of Sexual and Relationship Therapy*, 19, 141-150.
- 13- Stephenson, M. T. & Helme, D. V. (2006). Authoritative parenting and sensation seeking as predictors of adolescent cigarette and marijuana use. *Journal of Drug Education*, 36, 3, 247-270.
- 14- Rettew, D. C., Stanger, C., Mc Kee, L., Doyle, A., & Hudziak, J. J. (2006). Interactions between child and parent temperament and child behavior problems. *Journal of Comprehensive Psychiatry*, Vol47, PP. 412-420.
- 15- Kuo, P. H., Chih, Y. C., Soong, W. T., Yang, H. J., & Chen, W. J. (2003). Assessing personality features and their relations with behavioral problems in adolescents: Tridimensional personality questionnaire and junior Eysenck personality questionnaire. *Journal of Comprehensive Psychiatry*, 45, 20-28.
- 16- Kim, S. J., Lee, S. J., Yune, S. K., Sung, Y. H., Bae, S. C., Chung, A., Kim, J., & Lyoo, K. (2006). The relationship between the biogenetic temperament and character and psychopathology in adolescents. *International Journal of Descriptive and Experimental Psychopathology*, 39, 80-86.
- مطلوب هم چون مهارت های زندگی با تأکید بر مشکلات خطرزای اعتیاد برای نوجوان دارای بدتنظیمی روان شناختی که قادر به استفاده از منابع خود برای کنترل عاطفه و رفتارشان نیستند و شناسایی نوجوانان دارای نوجویی بالا و آموزش روش های خود-کنترلی به آن‌ها.
- منابع**
- 1- Sadock, B. J. & Sadock, V. I. (2003). *Comprehensive textbook of Psychiatry*, (7th ed.). New York: Williams & Wilkins.
۲. کلدی، علیرضا و مهدوی، رمضان (۱۳۸۲). بررسی منابع کنترل درونی و بیرونی در بازگشت مجدد به اعتیاد در اردوگاه کاردرمانی زنجان. فصلنامه رفاه اجتماعی، سال سوم، شماره ۹، صص ۳۰۷-۳۳۱
- 3- Keltikangas-Jarvinen, L., Raikkonen, K., Ekelund, J., & Peltonen, L. (2004). Nature and nurture in novelty seeking. *Journal of Molecular Psychiatry*, 9, 308-311.
- 4- Pandina, R. J. (2006). Risk and protective factor models in adolescent drug use: Putting them to work for prevention. National institutes of health: national conference on drug abuse prevention research: presentation, papers, and recommendations.\
- 5- Andersson, P. & Eisemann, M. (2003). Parental rearing and individual vulnerability to drug addiction: A controlled study in a Swedish sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 147-156.
- 6- Catharine, M., Fisk, J. E., & Craig, L. (2008). The effects of perceived parenting style on the propensity for illicit drug use: The importance of parental warmth and control. *Journal of Drug and Alcohol Review*, 27, 640-649.
- 7- Bronte-Tinkew, J., Moore, K. A., & Carrano, J. (2006). The father-child relationship, parenting styles, and adolescent risk behaviors in intact families. *Journal of Family Issues*, 27, 850-881.
- 8- Patock-Peckham, J. A. & Morgan-Lopez, A. A. (2006). Collegiate drinking behaviors: Meditational links between parenting styles, impulse control, and alcohol-related outcomes. *Journal of Psychology of*

study. Dissertation.

- 26- Uehara, T., Sakado, K., Sato, T., & Someya, T. (2000). Do perceived parenting styles influence stress coping in patients with major depressive disorders. *Journal of Stress Medicine*, 15, 3, 197-200.
- 27- Wolfradt, U., Hempel, S. & Miles, J. N. V. (2003). Perceived parenting styles, depersonalization, anxiety and coping behavior in adolescents. *Journal of Personality and Individual Differences*, 34, 521-532.
- 28- Nijhof, K. S. & Engels, R. C. (2007). Parenting styles, coping strategies, and the expression of homesickness. *Journal of Adolescence*, 30, 709-720.
- 29- Brand, S., Hatzinger, M., Beck, J., & Holsboer-Trachsler, E. (2009). Perceived parenting styles, personality traits and sleep patterns in adolescents. *Journal of Adolescence*, 32, 1189-1207.
- 30- Halpern, L. F. (2004). The relations of coping and family environmental to preschoolers' problem behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 25, 399-421.
- 31- Hampel, P. & Petermann, F. (2006). Perceived stress, coping, and adjustment in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 38, 409-415.
- 32- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping style. *Journal of Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415.
- 33- Zarroff, C. M., Myers, L., Barr, W., Barr, W. B., Lrciano, D., & Devinsky, V. (2004). Group psychoeducation as treatment for psychological nonepileptic seizures. *Journal of Epilepsy & Behavior*, 5, 587-892.
- 34- Armeli, S., Carney, A. M., Tennen, H., Affleck, G., & Oneil, P. T. (2000). Stress and alcohol use: A daily process examination of personality and social psychology. *Journal of Addiction*, 78, 979 – 994.
- 35- Fals – Stewart, W., Ofarrell, J. J., Freitas, T. T., Mefarlin, K.S., & Rutigliano, P. (2000). The time line follow back reports of psychology substance use by drug – abusing patient: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol, 68, 134 – 140.
- 17- Rettew, D. C., Althoff, R. R., Dumenci, L., Ayer, L., & Hudziak, J. J. (2008). Latent profiles of temperament and their relations to psychopathology and wellness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 273–281.
- 18- Hu, M. C., Muthen, B., Schaffran, C., Griesler, P. C., & Kandel, D. B. (2008). Developmental trajectories of criteria of nicotine dependence in adolescence. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 98, 94-104.
- 19- Korhonen, T., Van Leeuwen, A. P., Reijneveld, S. A., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Huizink, A. C. (2010). Externalizing behavior problems and cigarette smoking as predictors of cannabis use: The TRAILS study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 61-69.
- 20- Bailey, J. A., Hill, K. L., Oestele, S., & Hawkins, J. D. (2009). Parenting practices and problem behavior across three generation: Monitoring, harsh discipline, and drug use in the generational transmission of externalizing behavior. *Journal of Development Psychology*, 45, 1214-1226.
- 21- Webster-Stratton, C. & Taylor, T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: Preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children. *Journal of Prevention Science*, 2, 165-192.
- 22- Kim, E., Guo, Y., Koh, C., & Cain, K. C. (in press). Korean immigrant discipline and children's social competence and behavior problems. *Journal of Pediatric Nursing*.
- 23- Galambos, N. L., Barker, E. T., & Almeida, D. M. (2003). Parents do matter: Trajectories of change in externalizing and internalizing problems in early adolescence. *Journal of Child Development*, 74, 578-594.
- 24- Snyder, J., Stoolmiller, M., Wilson, M., & Yamamoto, M. (2003). Child anger regulation, parental responses to children's anger displays, and early child antisocial behavior. *Journal of Social Development*, 12, 335-360.
- 25- Lundberg, M. (1998). Aspects of parental rearing and personality: A multigenerational

- رفتاری، سال اول، شماره ۱، صص ۴۰-۳۳.
- ۴۵- سهرابی، فرامرز و حسنی، اعظم (۱۳۸۶). شیوه فرزندپروری والدین و رفتارهای ضد اجتماعی دختران نوجوان. مجله روان شناسی، سال یازدهم، شماره ۱، صص ۷۵-۸۹.
- ۴۶- مینایی، اصغر (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخبناخ، پرسش نامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱۹، سال ششم، شماره ۱، صص ۵۵۸-۵۲۹.
- ۴۷- ارشادی، مهرشاد. (۱۳۷۸). اختلالات همراه با سوء مصرف مواد در نوجوانان. بررسی برای سرند اختلالات بیش فعالی و نقص توجه، سلوک و افسردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- ۴۸- شگری، امید؛ تقی لو، صادق؛ گراوند، فریبرز؛ پاییزی، مریم؛ مولایی، محمد؛ آزاد عبدالله پور، محمد و اکبری، هادی (۱۳۸۷). ساختار عاملی و ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی پرسش نامه مقابله با موقعیت های استرس زا. مجله تازه های علوم شناختی، شماره ۳، صص ۳۳-۲۲.
- 49- Cosway, R., & Endler, N. (2000). The Coping Inventory for Stressful Situations: Factorial structure and associations with personality traits and psychological health. *Journal of Applied Behavioral Research*, Vol5, PP. 121-143.
- 50- Nese, A. (2004). Cognitive appraisal, emotion and coping: A structural equation analysis of the interactional model of stress and coping. Dissertation for the degree of doctor philosophy.
- 51- Taylor, A. B., MacKinnon, D. P., & Tein, J-Y. (2008). Tests of the three_path mediated effect. *Journal of Organizational Research Methods*, Vol11, PP. 241-269.
- 52- Nakamura-Tani, T. (2005). Human personality traits are associated with individual environmental traits in male
- 36- Ball, S. A. (2005). Personality traits, problems, and disorders: Clinical applications to substance use disorders. *Journal of Research in Personality*, 39, 84-102.
- 37- Hamdan-Mansour, A. M., Puskar, K., & Sereika, S. M. (2007). Perceived social support, coping strategies and alcohol use among rural adolescent / USA sample. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 5, 1557-1874.
- ۳۸- حافظی کن کت، حسین (۱۳۸۷). بررسی مدل علی عملکرد قبلی، باورهای معرفت شناختی، جهت گیری هدف، مهارت های خود تنظیمی، خودکارآمدی و عملکرد بعدی در درس ریاضی دانش آموزان سال اول دبیرستان های شهر دامغان. پایان نامه کارشناسی ارشد تحقیقات آموزش، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- ۳۹- زرگر، یدا... (۱۳۸۵). ساخت مقیاس ایرانی آمادگی اعتیاد. دومین کنگره انجمن روان شناسی ایران.
- 40- Zargar, Y. & Ghaffari, M. (2009). Simple and Multiple Relationships between Big-Five Personality Dimensions and Addiction in University Students. *Iranian Journal Public Health*, Vol38, PP. 113-118.
- ۴۱- کاویانی، حسین (۱۳۸۲). نظریه زیستی شخصیت. تهران: انتشارات سنا.
- ۴۲- کاویانی، حسین و حق شناس، حسن (۱۳۷۹). مطالعه مقدماتی برای انطباق و هنجاریابی پرسش نامه سرشت و منش کلونینجر. فصلنامه تازه های علوم شناختی، سال دوم، شماره ۳ و ۴.
- ۴۳- کاویانی، حسین و پور ناصح، مهرانگیز (۱۳۸۴). اعتباریابی و هنجارسنجی پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر در جمعیت ایرانی. مجله دانشکده پزشکی، ۲، صص ۹۸-۸۹.
- ۴۴- باقرپور کماچالی، صغری، بهرامی احسان، هادی، فتحی آشتیانی، علی، احمدی، خدابخش و احمدی، علی اصغر (۱۳۸۶). رابطه الگوهای فرزندپروری با میزان سلامت روانی و موفقیت تحصیلی. مجله علوم

- 58- Siqueira, L., Diab, M., Bodian, C., & Rplinitzkh, L. (2000). Adolescents becoming smokers: The roles of stress and coping methods. *Journal of Adolescent Health*, Vol27, PP. 399-408.
- 59- Pierce, J. P., James, L. E., Messer, K., Myers, M. G., Williams, R. E., & Trinidad, D. R. (2008). Telephone counseling to implement best parenting practices to prevent adolescent problem behaviors. *Journal of Contemporary Clinical Traits*, Vol29, PP. 324-334.
- ۶۰- پازانی، فریبا (۱۳۸۳). بررسی رابطه شیوه فرزندپروری و اعتیاد والدین بر میزان گرایش به سوء مصرف مواد در دانش‌آموزان دختر و پسر دبیرستان منطقه ۱۶ شهر تهران در سال تحصیلی ۸۳-۱۳۸۲. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- 61- Hsieh, C. (1998). Relating parenting styles and children's temperament to behavior adjustment and academic achievement of Taiwanese children. Dissertation of educational psychology.
- adolescents- a pilot study. *Journal of Comprehensive Psychiatry*, Vol46, PP. 56-60.
- 53- Aunola, K. & Nurmi, J. E. (2005). The role of parenting styles in children's problem behavior. *Journal of Child Development*, Vol76, PP. 1144-1159.
- 54- Liu, J. (2006). Childhood externalizing behavior: Theory and implications. *Journal of Child Adolescence Psychiatry Nurse*, Vol17, PP. 93-103.
- 55- Wagner, E. F., Myers, M. G., & McIninch, J. L. (1999). Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance use. *Journal of Addictive Behaviors*, Vol24, PP. 769-779.
- 56- Steiner, H., Erickson, M. S. J., Hernandez, N. L., & Pavelski, R. (2002) Coping styles as correlates of health in high school students. *Journal of Adolescent Health*, Vol30, PP. 326-335.
- 57- Collins, M. E., Mowbray, C. T., & Bybee, D. (1999). Measuring coping strategies in an educational intervention for individuals with psychiatric disabilities. *Journal of Health & Social*, Vol24, PP. 279-290.

اثر بخشی زوج درمانی رفتاری در بهبود عملکرد ازدواج و کاهش تعارضات زناشویی در بین زوجین دارای عضو معتاد

نویسندگان: سیده نجمه مهدی زاده^{۱*}، علی اکبر سلیمانی^۲ و علی فتحی آشتیانی^۳

۱- کارشناس ارشد روانشناسی خانواده درمانی دانشگاه علم و فرهنگ.

۲- استادیار دانشگاه علم و فرهنگ.

۳- استاد مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (ع.ج).

*Email: nm.psychology@yahoo.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین تفاوت‌های مربوط به عملکرد ازدواج و تعارضات زناشویی در بین زوجین دارای عضو معتاد بوده است که به دنبال زوج درمانی رفتاری ایجاد شده اند. بدین منظور ۳۰ زوج (۶۰ نفر) از بین مراجعه کنندگان مرکز اجتماع درمان مدار (T.C) شهر مشهد به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه ای زوج درمانی رفتاری به صورت هفتگی دریافت کردند، گروه کنترل هیچ مداخله مشخصی دریافت نکردند. در این پژوهش برای جمع آوری داده‌ها در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون، از پرسشنامه‌های عملکرد ازدواج (MFAI) و تعارضات زناشویی (MCQ) استفاده شد. نتایج آزمون آماری یومن ویتنی (در مورد مقیاس‌ها با توزیع غیر نرمال) حاکی از تفاوت معنادار دو گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای عملکرد ازدواج و تعارضات زناشویی بود. مقایسه میانگین‌ها نشان داد که آموزش زوج درمانی رفتاری به طور معناداری بر بهبود عملکرد ازدواج و کاهش تعارضات زناشویی موثر بوده و زوجین در گروه آزمایش افزایش معناداری ($P < 0/05$) را در عملکرد ازدواج و همچنین کاهش معناداری ($P < 0/05$) را در تعارضات زناشویی نشان دادند. به طور کلی نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است، زوجینی که زوج درمانی رفتاری دریافت کرده اند در مقایسه با زوجینی که این درمان را دریافت نکرده اند از عملکرد ازدواج بهتر و تعارضات زناشویی کمتری برخوردار می‌باشند.

• دریافت مقاله: ۹۲/۶/۳۰

• پذیرش مقاله: ۹۳/۲/۹

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014

دوفصلنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد

سال بیست و یکم - دوره

جدید شماره ۱۰

بهار و تابستان ۱۳۹۳

کلید واژه‌ها: زوج درمانی رفتاری، عملکرد ازدواج، تعارضات زناشویی، اعتیاد

مقدمه

مصرف مواد رنج می‌برند اغلب آشفتگی زناشویی بیشتری دارند و این آشفتگی ارتباطی یا تعارض بین فردی غالباً با عود همبستگی دارد [۹]. درگیر بودن خانواده، اغلب برای موفقیت در درمان بسیاری از اختلالات سوء مصرف مواد، به ویژه در مواردی که عناصر خانواده ندانسته مشکل را تقویت یا حمایت می‌کنند بسیار مهم است [۹].

یکی از مزایای خانواده درمانی این است که، این گونه درمانها به فرد سوء مصرف کنند و اعضاء خانواده کمک می‌کند تا دقیقاً بر روی چیزی تمرکز کنند که هر یک برای بهبود وضعیت زندگی خود باید انجام دهند، یعنی همان چیزی که به واسطه اعتیاد تغییر یافته است [۱۰].

روابط به هم پیوسته درون یک خانواده یکی از عناصر اصلی اختلالات سوء مصرف مواد و درمان آن می‌باشد. متخصصین و محققین هم رای هستند که تعاملات اعضاء خانواده می‌تواند بر سلامت عاطفی اعضاء خانواده و همچنین شکست آنها در پیشگیری از ایجاد اختلالات سوء مصرف مواد تاثیرگذار باشد. ممکن است سوء مصرف مواد، رفتار مقابله‌ای خانواده باشد که انگیزه آن به دست آوردن ثبات و تعادل در خانواده است، هر چند خود رفتار مصرف مواد در ادامه پویایی‌های مختل خانواده نقش دارد. این امکان وجود دارد که سوء مصرف مواد یک عضو خانواده نشانه‌ای از پویاییها و تعاملات مختل خانواده باشد که در خدمت تغییر کانون توجه از تعارض است [۹]. در خانواده‌های غیر اعتیادی مرزها بسیار واضح هستند و هرکس به ایفای نقش خود در خانواده می‌پردازد در صورتی که در خانواده‌های دارای عضو معتاد همه چیز تغییر می‌کنند و نقش‌ها نامتمایز می‌شوند [۱۱].

پژوهش‌های بسیاری نشان داده اند که کیفیت ارتباط زوجین با میزان تعارضات و سازگاری زناشویی آنها ارتباط دارد. همچنین جنبه‌های مشخصی از ارتباط متعارض، تغییرات طولانی مدتی را در سازگاری رابطه پیش بینی می‌کند [۱۲]. پژوهشی که در جامعه ایرانی انجام شد نشان داد، تعارضات زناشویی می‌تواند بر سلامت جسمانی و سلامت روانی - اجتماعی کودکان تاثیر مخرب بسیار داشته باشد و موجب دل‌بستگی نایمن

خانواده یکی از نظام‌های اولیه جوامع بشری است که با وجود تحولات اساسی، در اهداف و کارکردهای خود ثابت مانده و هنوز در همه جوامع اهمیت اساسی دارد [۱]. خانواده دیرینه ترین واحد اجتماعی و هسته مرکزی سازمان‌های اجتماعی گسترده تر می‌باشد که دارای کنش وری‌های متعددی است. خانواده در حکم بافت سلولی برای اندام‌های اجتماعی عمل می‌کند و از زمانی کنش وری خود را آغاز می‌کند که برقراری پیوند محکم و دائم بین زن و مرد تحقق می‌یابد [۲].

اعتیاد یک بیماری پیچیده است. اعتیاد بر اساس ویژگی‌هایی تعریف می‌شود، از جمله تمایل شدید به مصرف مواد در زمانی معین به صورت غیر قابل کنترل، به همراه جستجوی وسواس گونه مواد و اصرار بر مصرف مواد، حتی در صورت مواجه با پیامدهای مخرب آن. اعتیاد اغلب فراتر از مصرف اجبارگونه مواد می‌باشد، چراکه مصرف آن می‌تواند پیامدهای بسیاری به دنبال داشته باشد. به عنوان مثال مصرف مواد مخدر و اعتیاد، احتمال ابتلای فرد به سایر بیماری‌های جسمی و روانی را افزایش می‌دهد که در ارتباط با سبک مصرف مواد و آثار سمی خود مواد مخدر می‌باشد [۳]. درمان اعتیاد اغلب به افراد در جهت توقف مصرف مواد، ادامه سبک زندگی عاری از مواد و دستیابی به عملکردی پربار در خانواده، محل کار، و جامعه کمک می‌کند [۴]. ترکیب درمان‌های رفتاری و داروها (در صورت امکان) تاثیر بیشتری از هر یک از درمان‌ها به تنهایی دارد. البته درمان سوء مصرف مواد و اعتیاد، بسته به شرایط متفاوت، از رویکردهای رفتاری و دارویی متنوعی استفاده می‌کند [۵]. به اعتقاد انجمن روانشناسی آمریکا، علی‌رغم درمان‌های اخیر و تلاش‌های بسیار جهت درمان اختلال وابستگی به مواد، همچنان شاهد بروز و ظهور روزافزون این پدیده شوم در جوامع هستیم [۶].

در مورد علل فردی، در خانواده‌های ضعیف میزان بیشتری از عدم یکپارچگی و عدم سازمان دهی وجود دارد که این موضوع خود عاملی تسهیل کننده برای سوء مصرف مواد محسوب می‌شود [۷]. بیمارانی که از سوء

به پرهیز از مصرف می‌شود [۱۴]. BCT برای افرادی مناسب است که متاهل اند و در جستجوی کمک برای درمان سوء مصرف مواد و الکل خود می‌باشند. لذا هدف BCT ایجاد حمایت از پرهیز و بهبود عملکرد روابط زوجین است. جنبه‌های کلیدی BCT شامل: ۱- حمایت از پرهیز و بهبود عملکرد روابط ۲- ایجاد قرارداد بازبایی که از پرهیز حمایت می‌کند. ۳- فعالیت‌های مثبت را افزایش داده و تعاملات را بهبود می‌بخشد. ۴- خدمات BCT شامل گروه‌های خود یاری، بهبود وضعیت مصرف مواد و دیگر مشاوره‌ها می‌باشد. یکی از مزایای خانواده درمانی مبتنی بر خانواده از جمله BCT، این است که برنامه‌های مثبتی بر این رویکرد به سوء مصرف کننده مواد و اعضاء خانواده کمک می‌کند تا دقیقاً بر روی چیزی تمرکز کنند که هر یک برای بهبود وضعیت خود باید انجام دهند، به عبارتی همان چیزی که به واسطه اعتیاد تغییر یافته است [۱۰].

در راستای نظریه‌ها و تبیین چگونگی ایجاد و تداوم سوء مصرف مواد پژوهش‌هایی صورت گرفته است که عوامل تاثیر گذار و زمینه ساز اعتیاد پرداخته و رویکردهای درمانی متفاوت را مورد بررسی قرار داده است. در پژوهشی مشخص شد است که بیشترین میزان دلایل اعتیاد فرزندان از دیدگاه مادران به این قرار است: جدال خانوادگی ۸۳٪، اهمیت ندادن به دوستان ۶۴٪ و فقر خانوادگی ۵۱٪ [۱۸]. پژوهش دیگری نشان می‌دهد بین مرزهای خانوادگی بهنجار، با میزان ترک اعتیاد رابطه ای مثبت وجود دارد [۱۹]، از طرفی مشخص شده درمان شناختی - رفتاری در خود کارآمدی، بهبود سلامت روانی و جسمانی و کاهش دوز دارویی بیماران وابسته به مواد مخدر تاثیر معناداری دارد [۲۰]. همچنین مشخص شده است که بین درگیری، خشونت و ناسازگاری اعضاء خانواده و بروز اعتیاد با اطمینان ۹۵٪ رابطه معناداری وجود دارد [۲۱]. لذا کسب مهارت حل مسئله، آرمیدگی، مدیریت وابستگی، مهارت‌های مقابله با استرس و خودکنترلی، در درمان سوء مصرف مواد و اختلالات مرتبط با آن موثر است [۲۲]. در پژوهشی روی ۷۷ معتاد متاهل مشخص شد، مهم ترین علل خانوادگی مرتبط با

کودک به والدین گردد [۱۳]. بسیاری از سوء مصرف کنندگان مواد تمایل به ارتباط با خانواده‌های خود دارند. با این وجود به دلیل رفتارهایی که با سوء مصرف مواد مرتبط است، ممکن است پیوند خانواده به قدری آسیب ببیند که شخص سوء مصرف کننده بدون حمایت اجتماعی رها شود. به علاوه درگیر بودن فعالانه یک خانواده در درمان می‌تواند در شخص سوء مصرف کننده مواد برای وارد شدن به درمان ایجاد انگیزه کند و باعث کاهش احتمال اتمام زودرس درمان یا بازگشت مسئله شود [۹].

یک ویژگی مهم برای خانواده درمانی و زوج درمانی، درمان سوء مصرف فرد در بافت سیستم خانوادگی و اجتماعی است، بافتی که در آن مصرف مواد ممکن است افزایش یافته و یا حفظ شود. همچنین تعامل شبکه‌های اجتماعی فرد در درمان، عامل پیش بینی کننده مهمی در درمان می‌باشد و می‌تواند در کاهش مشکل و مشخص کردن موضوعات چند بعدی اثر گذار باشد [۱۴]. هدف درمان‌های مبتنی بر خانواده و زوجین، بهبود ارتباط، حمایت و کاهش تعارضات بین زوجین و اعضاء خانواده می‌باشد. همچنین از طرفی عدم حمایت اجتماعی و خانوادگی مانعی برای شروع درمان است، حمایت اعضاء خانواده، فرد معتاد را در ورود به درمان و به اتمام رساندن درمان کمک می‌کند [۱۵].

اوفارل و فالس (۱۹۹۹) سه الگوی درمانی مشخص را بررسی کرده اند که در طول چند دهه اخیر گسترش یافته است و شامل: الگوی بیماری خانواده، الگوی سیستمی خانواده و الگوی رفتاری است (BCT^۱). رویکرد سیستمی خانواده روی تعامل بیشتر از مباحث فردی تاکید می‌کند. بنابر این درک و تشخیص موضوعات زیربنایی خانواده در درمان اهمیت دارد [۱۶].

BCT نوعی مدل درمانی اعتیاد است که تاثیر و اثربخشی آن در درمان زوجین مشخص شده است [۱۷]. تمرکز اولیه این رویکرد بر ارزیابی و درمان عوامل تعاملی است که در مصرف مواد نقش دارند و تمرکز بر روی افزایش عوامل تعاملی ای می‌باشد که منجر

1 . Behavioral Couple Therapy

پاسخ گویی به پرسشنامه را داشتند. روش نمونه گیری در این پژوهش به شیوه در دسترس بود که در آن از بین افراد متاهل مراجعه کننده به مرکز T.C که مشکل اعتیاد داشتند، تعداد ۳۰ زوج (۶۰ نفر) انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه، آزمایش (۱۵ زوج) و کنترل (۱۵ زوج) جایگزین شدند. با استفاده از اجرای پیش آزمون از هم سطح بودن دو گروه کنترل و آزمایش اطمینان حاصل کرده و سپس مداخله آغاز شد. روش مداخله ای زوج درمانی رفتاری طی ۱۲ جلسه آموزش زوجینی، هر هفته یک جلسه به مدت ۶۰ دقیقه به طول انجامید. جلسات به صورت هفتگی و در مرکز T.C انجام شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن اعتیاد به مورفین (مرد)، عدم ابتلا به اختلال جسمی و روانی بارز، همکاری در طول پژوهش، متاهل بودن (۱۰-۵ سال)، مدت زمان اعتیاد کمتر از ۷ سال، مراجعه برای درمان و دامنه سنی بین ۴۰-۳۵ سال.

ابزارهای پژوهش

ابزارهای اندازه گیری در این پژوهش به شرح ذیل می‌باشند:

۱ - پرسشنامه تعارضات زناشویی (MCQ): این پرسشنامه با هدایت و رهنمودهای دکتر باقر ثنایی در ایران ساخته شده است. این پرسشنامه یک ابزار ۴۲ سوالی است که برای سنجش تعارضات زن و شوهر مورد استفاده قرار می‌گیرد و هفت بعد از تعارضات زناشویی را می‌سنجد که شامل: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان و جدا کردن امور مالی از یکدیگر می‌باشد. برای هر سوال براساس مقیاس لیکرت، پنج گزینه در نظر گرفته شده که به تناسب ۱ تا ۵ نمره به آنها اختصاص داده شده است. بنابر این نمره بیشتر در این آزمون به معنای تعارضات زناشویی بیشتر است. ضریب پایایی برای کل پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۵۲ و ۰/۸۰ است و

بازگشت مجدد فرد به اعتیاد از موثرترین علت به کم‌ترین علت به ترتیب شامل: برخورد بد همسر و فرزندان ۷۶/۱٪، پایبند نبودن همسر به زندگی ۶۸/۹٪، عدم تفاهم با همسر ۵۸/۵٪، اختلاف ناشی از امور زناشویی ۴۱/۶٪، برخورد نامناسب خانواده همسر ۲۰/۸٪، اعتیاد بستگان ۱۸/۲٪، ازدواج تحمیلی ۱۳٪ می‌باشد [۲۳]. فراتحلیلی از زوج درمانی، خانواده درمانی و زناشویی درمانی رفتاری مشخص کرده که کاربرد این روش‌ها نسبت به درمان‌های فردی، برای افراد متاهل اثرات بیشتر و بهتری داشته است [۱۴]. همچنین پژوهشی بر روی ۸۴۲۷ بیمار تحت درمان سوء مصرف مواد نشان داد که افراد متاهل به طور معناداری پس از درمان بیشتر به بهبودی و شرایط پایدار رسیده‌اند. در مقابل افراد مجرد، در طول درمان نشانه‌هایشان بدتر شده است [۲۵]؛ لذا به منظور دستیابی به دیدگاهی روشن‌تر در خصوص درمان اعتیاد و کاهش آسیب‌های ناشی از آن، پژوهش حاضر تعیین اثربخشی زوج درمانی رفتاری در بهبود عملکرد ازدواج و کاهش تعارضات زناشویی در بین زوجین دارای عضو معتاد را در دستور کار خود قرار داده است. بدین خاطر مسئله اساسی تحقیق حاضر این است که آیا زوج درمانی رفتاری باعث بهبود عملکرد ازدواج و کاهش کاهش تعارضات زناشویی در بین زوجین دارای عضو معتاد می‌شود؟

روش

نوع پژوهش

تحقیق حاضر براساس طرحی از نوع شبه آزمایشی بوده که به صورت پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد؛ که در آن به مقایسه متغیرهای مورد نظر در دو مرحله پیش آزمون - پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل در بین زوجین دارای عضو معتاد پرداخته است.

آزمودنی

جامعه مورد مطالعه در این پژوهش کلیه زوجین مراجعه کننده به مرکز اجتماع درمان مدار (T.C) شهر مشهد بودند که تمایل به شرکت در جلسات مداخله و

حمایت اجتماعی، و داشتن تعامل مثبت است. این پرسشنامه ۶۶ سوالی است و دربرگیرنده ۱۱ مولفه می‌باشد که شامل: ارتباط، ابراز عاطفی، حل مسئله و تصمیم‌گیری، نقش، انعطاف‌پذیری، شیوه فرزند پروری، اقتصاد و مسائل مالی، خانواده و دوستان، ارزشها، مراقبت جسمانی و روانی و عملکرد کلی است. نمره پایین در این پرسشنامه به معنای عملکرد ضعیف و مشکل دار می‌باشد. ضریب پایایی برای کل پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۷ بدست آمده است. همچنین با استفاده از روش تحلیل عاملی و با روش مولفه‌های اصلی و چرخش واریماکس، روایی سازه پرسشنامه در ۱۱ مولفه تبیین‌کننده ۰/۵۶ واریانس کل پرسشنامه است [۲۶].

از طریق بازآزمایی ۰/۹۲ بدست آمده است که بیانگر پایایی مناسب آن در جامعه ایرانی است. این پرسشنامه از روایی محتوایی خوبی برخوردار می‌باشد. در مرحله تحلیل مواد آزمون، پس از اجرای مقدماتی و محاسبه همبستگی هر سوال با کل پرسشنامه و مقیاس‌های آن ۱۳ سوال از ۵۵ سوال اولیه حذف شده است [۲۶و۲].

۲ - پرسشنامه سنجش عملکرد ازدواج (MFAI) (Marriage Functioning Assessment Inventory): تعیین عملکرد ازدواج در برگیرنده ویژگی‌های: احترام، پذیرش، ترمیم سریع روابط قطع شده، برخورد معقول با سبک‌های متفاوت گفتگو، در نظر داشتن نیاز به صمیمیت و قدرت، فرزند پروری مقتدرانه، ایجاد شبکه خوب

شیوه انجام پژوهش

جلسه	موضوع	فرایند
اول	مقدمه، قراردادبازایی، ترغیب همسر به انجام رفتارهای خوشایند	درمانگر به معرفی زوج درمانی رفتاری (BCT) و موضوع مدنظر این رویکرد می‌پردازد. این جلسه پس از یک یا چند جلسه اولیه به منظور درگیر کردن و بررسی علاقه و آمادگی زوج برای BCT، شروع می‌شود.
دوم	تشویق همسر به انجام رفتارهای خوشایند و گفتن این موضوع به او	حمایت‌های پرهیزی به واسطه قرار داد بازایی افزایش می‌یابد. همچنین فعالیت‌های تقویت‌کننده توسط درک کارهای خوب همسر و گفتن آنها به او، افزایش می‌یابد.
سوم	انجام فعالیت‌های تقویت‌کننده مشترک و روز مراقبت	روش‌های افزایش فعالیت‌های تقویت‌کننده معرفی می‌شود. همچنین احساسات مربوط به فعالیت‌های تقویت‌کننده مشترک و مراقبت روزانه بیان می‌شود.
چهارم	مقدمه ای بر آموزش مهارت‌های ارتباطی	برخی از مفاهیم پایه که پیش نیاز یک ارتباط مناسب می‌باشند، معرفی می‌شوند. همچنین در این جلسه مهارت‌های برقراری ارتباط آموزش داده می‌شود.
پنجم	آموزش مهارت‌های ارتباطی با تاکید بر بیان مستقیم احساسات	با استفاده از این مفهوم که "اول شخص" احساسات به طور مستقیم بیان می‌شوند.
ششم	آموزش مهارت‌های ارتباطی با تاکید بر گوش دادن و درک کردن	روی بهبود ارتباط با تکیه بر شنونده بودن و درک کردن کار می‌شود.
هفتم	توافق مورد مذاکره	توافق‌های تعاملی جهت کمک به زوج برای بیان خواسته‌های خود از ارتباطشان، معرفی می‌شود.
هشتم	حل تعارض	معرفی حل تعارض برای کمک به زوج جهت کاهش تعاملات منفی
نهم	حل مسئله	معرفی حل مسئله و روش استفاده از آن
دهم	ادامه بازایی	در مورد فعالیت‌ها و روش‌هایی که برای آنها کارآمد است، یک برنامه ادامه بازایی طراحی می‌شود
یازدهم	برنامه عملیاتی	یک برنامه عملی برای موقعیت‌های پرخطر و علائم هشدار دهنده عود طراحی می‌شود.
دوازدهم	جمع بندی و خداحافظی	زوج برنامه عملی و ادامه بازایی را به اتمام می‌رساند

روش تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای مقایسه متغیرهای تحقیق در دو گروه کنترل و آزمایش ابتدا با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف، طبیعی بودن توزیع فراوانی‌ها بررسی شد و سپس با توجه به نتایج از آزمون ناپارامتریک یومن ویتنی استفاده شده است.

نتایج

نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد که مقیاس‌های ارتباط، انعطاف پذیری، شیوه فرزند پروری، اقتصاد و مسایل مالی، ارزش‌ها، عملکرد کلی و مقیاس کل با سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ دارای توزیع نرمال نمی‌باشند ($P < 0/05$) لذا برای مقایسه میانگین دو گروه کنترل و آزمایش از آزمون ناپارامتری یومن ویتنی استفاده می‌شود. سایر مقیاس‌ها با سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵

دارای توزیع نرمال می‌باشند ($P > 0/05$).

نتایج جدول ۲ حاکی از تفاوت معنادار در مقیاس کل عملکرد ازدواج در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون دو گروه کنترل و آزمایش می‌باشد ($P < 0/05$)، مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد زوجینی که زوج درمانی رفتاری را دریافت کرده اند نسبت به گروه کنترل از عملکرد ازدواج بهتری برخوردار شده اند.

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد مقیاس‌های کاهش همکاری، کاهش روابط جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزند، جدا کردن امور مالی از یکدیگر و مقیاس کل سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ دارای توزیع نرمال نمی‌باشند ($P < 0/05$)، سایر مقیاس‌ها با سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ دارای توزیع نرمال می‌باشند ($P > 0/05$).

جدول ۱: آزمون کولموگوف - اسمیرنف برای بررسی طبیعی بودن توزیع فراوانی مقیاس‌های عملکرد ازدواج

مقیاس کل	عملکرد کلی	مراقبت جسمانی و جنسی	ارزش‌ها	خانواده و دوستان	اقتصاد و مسایل مالی	شیوه فرزند پروری	انعطاف پذیر	نقش	حل مساله	آبرازگری عاطفی	ارتباط	آزمون کولموگروف - اسمیرنف
تعداد	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	تعداد
میانگین	-۳۴/۳۵۰	-۲/۴۰۰	-۱/۹۳۳	-۲/۷۰۰	-۳/۷۳۳	-۳/۰۸۳	-۲/۴۰۰	-۳/۴۳۳	-۴/۲۸۳	-۳/۳۰۰	-۳/۴۸۳	-۳/۶۰۰
انحراف معیار	۳۶/۱۱۷	۳/۳۸۱	۳/۰۴۱	۳/۷۴۳	۴/۱۴۱	۴/۰۸۵	۳/۷۸۸	۳/۵۷۷	۴/۸۷۵	۳/۹۱۱	۴/۶۱۹	۴/۹۴۴
آماره کولموگروف - اسمیرنف	۱/۸۷۶	۱/۳۷۳	۱/۹۶۵	۱/۶۱۵	۱/۱۲۸	۱/۵۱۰	۱/۶۳۳	۱/۵۶۴	۱/۲۸۹	۱/۳۳۰	۱/۱۹۷	۱/۴۲۴
سطح معناداری	۰/۰۰۲	۰/۰۴۶	۰/۳۰۹	۰/۰۱۱	۰/۱۵۷	۰/۰۲۱	۰/۰۱۰	۰/۰۱۵	۰/۰۷۲	۰/۰۵۸	۰/۱۱۴	۰/۰۳۵

جدول ۲: مقایسه میانگین کنترل و آزمایش در مقیاس کل سنجش عملکرد ازدواج (آزمون یومن ویتنی)

مقیاس	مقیاس کل	پیش آزمون	پس آزمون	تعداد	میانگین رتبه‌ای	مجموع رتبه‌ها	آماره یومن ویتنی	آماره ویلکاکسون	آماره z	سطح معناداری
مقیاس کل	آزمایش	۱۹۱/۷۰	۲۵۸/۹۷	۳۰	۱۵/۵۰	۴۶۵/۰۰	۰/۰۰۰	۴۶۵/۰۰۰	-۶/۶۵۸	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۱۹۵/۳۳	۱۹۶/۷۷	۳۰	۴۵/۵۰	۱۳۶۵/۰۰				

اثر بخشی زوج درمانی رفتاری در بهبود عملکرد ازدواج و کاهش تعارضات زناشویی در بین زوجین دارای عضو معتاد

جدول ۳: آزمون کولموگروف - اسمیرنف برای بررسی طبیعی بودن توزیع فراوانی تعارضات زناشویی

مقیاس کل	جداکردن امور مالی از یکدیگر	کاهش رابطه با خویشاوندان همسر و دوستان	افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود	حمایت فرزند	افزایش واکنش‌های هیجانی	کاهش رابطه جنسی	کاهش همکاری	آزمون کولموگروف اسمیرنف
تعداد	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	
میانگین	۲۲/۶۱۷	۲/۰۳۳	۳/۶۰۰	۳/۰۸۳	۳/۱۵۰	۵/۳۳۳	۲/۷۳۳	۲/۶۸۳
انحراف معیار	۲۴/۵۱۲	۴/۰۶۷	۴/۳۷۷	۳/۶۵۶	۳/۴۳۹	۵/۸۶۲	۳/۵۹۳	۳/۱۳۳
آماره کولموگروف اسمیرنف	۱/۶۳۲	۱/۷۴۱	۱/۱۲۰	۰/۹۰۸	۱/۵۵۵	۱/۶۶۷	۱/۷۵۵	۱/۵۸۱
درجه آزادی	۰/۰۱۰	۰/۰۰۵	۰/۱۶۳	۰/۳۸۲	۰/۰۱۶	۰/۰۰۸	۰/۰۰۴	۰/۰۱۳

جدول ۴: مقایسه میانگین گروه کنترل و آزمایش در مقیاس کل تعارضات زناشویی

مقیاس‌ها	گروه	آزمون میانگین پیش	آزمون میانگین پس	تعداد	رتبه‌ای	رتبه‌ها	مجموعه	رتبه‌ها	ویکتوری	آماره z	معناداری
مقیاس کل	آزمایش	۱۳۳/۴۳۳		۳۰	۴۵/۵۰۰	۱۳۶۵/۰۰۰	۰/۰۰۰		۰/۰۰۰	-۶/۶۵۸	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۱۳۴/۲۶۷	۱۳۴/۰۰۰	۳۰	۱۵/۵۰۰	۴۶۵/۰۰۰					

در متغیرهای عملکرد ازدواج و تعارضات زناشویی تفاوت معنادار وجود دارد بدین معنا که زوجین تحت درمان نسبت به زوجینی که تحت درمان قرار نگرفته اند، عملکرد بهتر و تعارضات زناشویی کمتری داشتند.

زوج درمانی رفتاری به معنی حضور مرد و زن در جلسات درمان و مشارکت فعالانه در تمرینات مربوط به آن می‌باشد. این رویکرد با تکیه بر شیوه‌های جدید به زوج کمک میکند که از مشکلات و موانع زندگی آگاهی یافته و راه حل‌های مناسبی انتخاب کنند. به طور کلی می‌توان گفت این مداخله تغییرات مهمی در تعاملات زوج ایجاد کرده و در نوع نگاه آنها به موقعیت‌های مختلف زندگی تغییر حاصل می‌می‌کند.

یافته‌های این پژوهش همسو با برخی یافته‌های دیگر می‌باشند که بیان می‌کند بین درگیری، خشونت، ناسازگاری بین اعضاء خانواده و بروز اعتیاد با اطمینان

نتایج جدول ۴ حاکی از تفاوت معنادار در مقیاس کل تعارضات زناشویی در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون دو گروه کنترل و آزمایش می‌باشد ($P < 0/05$)، مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد تعارضات زناشویی زوجینی که زوج درمانی رفتاری دریافت کرده اند نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثر بخشی زوج درمانی رفتاری بر بهبود عملکرد ازدواج و کاهش تعارضات زناشویی در بین ۳۰ زوج دارای عضو معتاد از بین افراد متأهل مراجعه کننده به مرکز T.C شهر مشهد صورت گرفت.

نتایج پژوهش نشان داد که بین زوجینی که تحت درمان قرار گرفته اند و گروهی که تحت درمان نبوده اند

گسترش نتایج این پژوهش و بررسی اثربخشی این رویکرد بر بهبودی مشکلات روانشناختی فرزندان زوجین دارای عضو معتاد پیشنهاد می‌گردد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر ویژگی‌های گروه نمونه جهت همکاری و مشارکت در جلسات درمان می‌باشد. همچنین نبود منابع پژوهشی فارسی و تحقیقات در این زمینه به خصوص در ارتباط با جامعه ایران، یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که مراکز ترک اعتیاد از جمله مراکز اجتماع درمان مدار (TC)، کلینیک‌های ترک اعتیاد و همچنین برنامه ریزان مسائل مربوط به سوء مصرف مواد، به استفاده از این روش مداخله ای در فرایند درمان، توجه بیشتری نشان دهند.

منابع

۱- سالاری فر، محمد رضا (۱۳۹۰). خانواده در نگرش اسلام و روانشناسی، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

۲- امرالهی، ریحانه؛ روشن چسلی، رسول؛ شعیری، محمدرضا؛ نیک آذین، امین (۱۳۹۲). تعارض زناشویی، رضایت زناشویی و رضایت جنسی: مقایسه زنان دارای ازدواج‌های فامیلی و غیر فامیلی. دوفصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت دانشگاه شاهد. شماره ۸، بهار و تابستان ۱۳۹۲.

3- National Institute on Drug Abuse(N.I.D.A). (2009 April). Principles of drug addiction treatment .

4- Volkow, N. D. (2009). principles of drug addiction treatment A research-based guide.

5- Guimaraes, A. B. P., Beatriz, A., Hochgraf, p. b., Brasiliano, S., Ingberman, Y. K. (2009). Family aspects of alcohol and drug-dependent girl. Journal of Revista De Psiquiatria Clinica, 36(2), 63.68.

۹۵٪ رابطه معناداری وجود دارد [۲۱]. همچنین بین متغیرهای شغل، امیدواری فرد معتاد به ترک، امیدواری خانواده او به ترک، سطح مشاجرات خانوادگی، داشتن دوست معتاد و مدت زمان بقا بر ترک اعتیاد ارتباط معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). لذا مشاجرات خانوادگی زیاد و ارتباط با دوست معتاد متغیرهای موثری در عود مجدد اعتیاد می‌باشند [۲۷].

با توجه به مطالب فوق، ارائه زوج درمانی و خانواده درمانی به ویژه با تاکید بر رویکردهای رفتاری و مهارت آموزی نه تنها روند بهبود و درمان معتادان را تسریع می‌بخشد بلکه می‌تواند به عنوان عاملی مهم جهت پیشگیری از اعتیاد نیز باشد [۱۰]. در واقع این روش مداخله می‌تواند آنها را قادر سازد که هر لحظه بر رفتارهای حمایتی همسر، چگونگی ایجاد ارتباط، و حل مناسب مشکلات توجه کنند و محیطی دایما پویا و انعطاف پذیر در زندگی خود ایجاد کنند. ایجاد چنین محیطی مانع رشد تعارضات مزمن و فاصله روانی و عاطفی طولانی مدت زوج می‌شود. زوج درمانی رفتاری به زوج کمک می‌کند تا مشکلاتی از قبیل بحث و جدل در مورد مصرف در گذشته، مشکلات تعاملی و رفتارهای زمینه ساز را که به طور معمول با آنها مواجه می‌باشند، شناسایی کرده و متوقف کنند و در ادامه راهبردهای مقابله با آنها را بیاموزند. آموزش مهارت‌های ارتباطی، انجام فعالیت‌های مثبت، افزایش رفتارهای حمایتی، توانایی حل مسئله، بیان درخواست‌ها به شکلی ویژه و مثبت و سایر تمرین‌ها می‌تواند به بهبود عملکرد ازدواج و کاهش تعارضات زناشویی منجر شود.

زوجین در جریان مداخله و با استفاده از روش‌های مناسب افزایش رفتارهای حمایتی، انجام یک سری فعالیت‌های تقویت کننده مشترک و روز مراقبت، توانستند احساس خشم و تنفر خود را کاهش داده و احساس شادمانی و رضایت را جایگزین آن کنند. با این وجود، پژوهش‌های کنترل شده دیگری به منظور پیگیری،

- 14- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A. (2011). Behavioral therapy across the cpectrum THE JOURNAL OF Alcohol research & health, No 4 313-319.
- 15- Bollinger, L. C., Malloy, R. E. A., Burns, U. M., Morris, D., Bush, C., Mosler, B. E., et al. (2012). Addiction Medicine: Closing the Gap between Science and Practice. The National Center On Addiction and Substance Abuse at Culombia University.
- 16- Thomas, C. L. (2012). The influence of addiction recovery on couple relationship: a qoulitativ examination though abowenian lens.
- ۱۷- هاروی، مایکل (۱۳۸۸). زوج درمانی، ترجمه احمدی، خدابخش. اخوی، زهرا. رحیمی، علی اکبر. تهران: انتشارات دانژه.
- ۱۸- مهدی پور رابری، رقیه؛ نعمت اللهی، منیرالسادات؛ روحی، عصمت (۱۳۹۰). بررسی نقش خانواده در اعتیاد فرزندان از دیدگاه مادران دارای فرزند معتاد شهر کرمان. مجله سلامت و بهداشت اردبیل. دوره سوم، شماره دو، تابستان ۱۳۹۱.
- ۱۹- کیانی پور، عمر؛ پورزاد، اکرم (۱۳۹۰). بررسی نقش عوامل موثر در ترک اعتیاد. فصل نامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال ششم، شماره ۲۲، تابستان ۱۳۹۱.
- ۲۰- کمرزرین، حمید؛ زارع، حسین؛ بروکی میلان، حسن (۱۳۹۰). اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد. SID. سال ششم، شماره ۲۲، تابستان ۱۳۹۱.
- ۲۱- فریدکیان، سیما (۱۳۸۹). بررسی اختلال در کارکرد خانواده و تاثیر آن بر اعتیاد فرزندان. فصلنامه علمی- پژوهشی انتظام اجتماعی. سال دوم، شماره اول، تابستان ۱۳۸۹.
- 22- Khodayarifard, M. (2010). Cognitive-behavioral couple therapy of drug-abuse in Iran. Procedia Social and Behavioral Sciences, 5, 707-710.
- ۶- دهقانی آرانی، فاطمه؛ رستمی، رضا (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش پسخوراند عصبی بر ولع مصرف بیماران وابسته به مواد افیونی. دوفصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت دانشگاه شاهد. شماره ۴، اردیبهشت ۱۳۸۹.
- 7- Carmona, C. G. H., Barros, R. S., Canobra, V. H., Montequin, E. A. (2008). Family functioning of out-of-treatment cocaine base past an cocaine hydrochloride users. Journal of Addictive Bihaviors, 33, 866-879.
- 8- Powers, M. B., Vedel, E., Emmelkamp, P. M. G. (2008). Bihavioral couples therapy(BCT) for alcohol and drug use disorder: A meta-analysis. Clinical psychology review, 28, 952-962.
- ۹- بدایع، اصغر؛ شیبانی، شهناز (۱۳۹۰). خانواده درمانی سوء مصرف مواد، تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- 10- O'Farrell, T. J., Fals-Stewart, W. (2006). Behavioral couple therapy for alcoholism and drug abuse.
- ۱۱- غفاری، ف (۱۳۸۸). اثر بخشی آموزش خانواده با استفاده از تئوری سیستمی بوئن بر تمایز یافتگی و کارکرد خانواده‌های دارای فرزند معتاد. فصلنامه خانواده پژوهی. سال ششم، شماره ۲۲. تابستان ۱۳۸۹.
- ۱۲- جاویدی کلاته جعفرآبادی، نصیرالدین (۱۳۹۱). اثر بخشی راهبردهای مدیریت هیجان بر بهبود رضایت جنسی زوجین و عملکرد خانواده با میانجی‌گری الگوهای ارتباطی. "پایان نامه کارشناسی ارشد". تهران: دانشگاه علم و فرهنگ.
- ۱۳- روشن، رسول؛ علینقی، علیرضا؛ طاوولی، آزاده (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر خودنظم بخشی بر کاهش تعارضات زناشویی. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی. شماره اول، زمستان ۱۳۸۹.

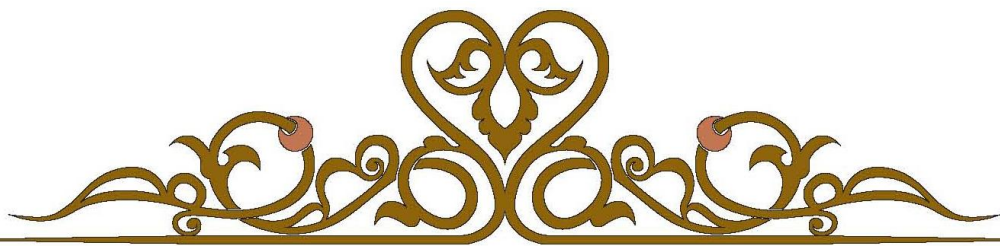
25- Moos, R. H., Nichol, A. C., Moos, B. S. (2002). Risk factors for symptom exacerbation among treated patients with substance use disorders. *Journal of Addiction*, 97, 75-85.

۲۶- ثنایی، باقر (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.

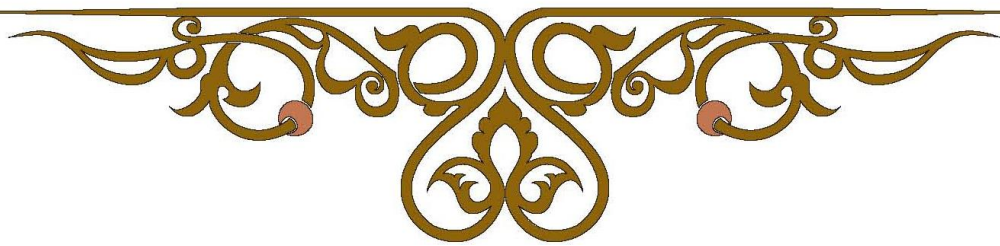
۲۷- صادقیه اهری، سعید؛ اعظمی، احد؛ براق، منوچهر؛ امانی، فیروز؛ صدیق، انوشیروان (۱۳۷۹). مجله علمی پژوهش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل. سال سوم، شماره دوازدهم، تابستان ۱۳۸۳.

۲۳- امینی، کوروش؛ امینی، داریوش؛ افشار مقدم، فاطمه؛ آذر، ماهیار (۱۳۷۹). بررسی عوامل اجتماعی و محیطی مرتبط با بازگشت مجدد معتادان به مصرف مواد افیونی در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان، ۱۳۷۹. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی زنجان. شماره ۴۵، زمستان ۱۳۸۲.

۲۴- خوشکام، سمیرا؛ احمدی، سید احمد (۱۳۹۰). زوج درمانی رفتاری رویکرد نوین در درمان اعتیاد. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی. سال هفدهم، شماره ۵۹ و ۶۰. بهار و تابستان ۱۳۹۰.



ارزیابی بالینی و شخصیت



اعتبار و پایایی مقیاس چند بعدی رضایت جنسی زنان (SSSW) در نمونه‌ای از زنان ایرانی

نویسندگان: رسول روشن چسلی^{۱*}، صدیقه میرزایی^۲ و امیر نیک اذین^۳

۱- دانشیار روانشناسی دانشگاه شاهد.

۲- کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه اصفهان.

۳- دانش آموخته ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه شاهد.

*Email: rasolroshan@yahoo.com

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اعتبار و پایایی مقیاس چند بعدی رضایت جنسی زنان (SSSW) در زنان ایرانی صورت گرفته است.

طرح پژوهش توصیفی بوده و ۶۲۸ نفر زنان متأهل دانشجوی بر اساس نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. از مقیاس رضایت جنسی زنان (SSSW) به عنوان پرسشنامه اصلی و از شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI)، پرسشنامه سازگاری زناشویی لوک والاس (LWMAT)، مقیاس پریشانی جنسی زنان (FSDS)، مقیاس رضایت جنسی (ISS) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) به منظور بررسی اعتبار همگرا و واگرا استفاده گردید.

تحلیل عاملی مدل ۵ عاملی پرسشنامه را تأیید کرد (RMSEA= ۰/۰۸) و هیچ یک از سوالات حذف نشد. همبستگی ابعاد پنج گانه پرسشنامه رضایت جنسی زنان (SSSW) با ابعاد مشابه در پرسشنامه های دیگر متوسط تا قوی و معنادار بود. ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰/۹۶ و برای ابعاد آن از ۰/۸۲ تا ۰/۹۱ بدست آمد که قابل قبول بودند همچنین ضرایب باز آزمایی برای نمره رضایت جنسی و ابعاد آن ۰/۷۳ تا ۰/۹۷ بدست آمد.

به طور کلی پرسشنامه رضایت جنسی زنان (SSSW) با داشتن ویژگی های مثبتی همچون ساختار چندبعدی و تأکید بر پریشانی و رضایت جنسی، از ویژگی های روانسنجی مناسب در نمونه ای از زنان ایرانی برخوردار می باشد.

کلید واژه‌ها: مقیاس رضایت جنسی زنان، رضایت جنسی، پریشانی جنسی، اعتبار، پایایی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
وختاو

• دریافت مقاله: ۹۲/۷/۱۹

• پذیرش مقاله: ۹۳/۱/۲۵

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

Clinical Psy. & Personality

دوفصلنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیست و یکم - دوره

جدید شماره ۱۰

بهار و تابستان ۱۳۹۳

مقدمه

عصبانیت و متغیرهای زمینه‌ای از قبیل عاطفه جسمی^{۱۱}، نگرش‌های جنسی مثبت در خانواده مبدأ و آموزش جنسی اشاره کرد [۱۰]. نهایتاً، از دیدگاه سلامت روانی، پژوهش‌ها حاکی از آنند که نشانه‌های افسردگی و اضطراب با اختلال در کارکرد ارگاسمی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی عمومی همراه است [۱۱-۱۲].

با توجه به اهمیت رضایت جنسی، یکی از دغدغه‌های پژوهشگران و متخصصان حوزه سلامت جنسی تهیه ابزاری مناسب جهت سنجش رضایت جنسی زنان بوده است. از جمله مهم‌ترین ابزارهای سنجش رضایت جنسی می‌توان به پرسشنامه وضعیت جنسی گلوبوک راست^{۱۲} (GRISS) [۱۳]، پرسشنامه رضایت جنسی^{۱۳} (SSQ) [۱۴] و مقیاس رضایت جنسی^{۱۴} (ISS) [۱۵] اشاره کرد. پرسشنامه وضعیت جنسی گلوبوک راست (GRISS) توسط گلوبوک^{۱۵} و راست^{۱۶} در سال ۱۹۸۶ ساخته شده و شامل ۲۸ سوال در مقیاس پنج درجه ای لیکرت (از نمره صفر تا چهار) می‌باشد که نوع و شدت مشکلات جنسی را در هفت زمینه و دو فرم جداگانه برای زنان و مردان می‌سنجد. زیرمقیاس‌های فرم زنان شامل کمبود^{۱۷}، نبود ارتباط^{۱۸}، ناکامروایی^{۱۹}، اجتناب‌گری^{۲۰}، انقباض مهبل^{۲۱}، ناشهوت‌انگیزی^{۲۲} و بی‌ارگاسمی^{۲۳} و زیرمقیاس‌های فرم مردان شامل ناتوانی جنسی^{۲۴}، انزال زودرس^{۲۵}، ناشهوت‌انگیزی، اجتناب‌گری، ناکامروایی، نافروانی و نبود ارتباط می‌باشد. افزون بر نمره‌های تراز شده

زنان به عنوان پایه‌های اصلی خانواده و محور اساسی سلامت، رشد، پویایی و اعتدالی خانواده و جامعه هستند و همواره شناخت و پیشگیری از مشکلات جسمی و روانی آنها مورد توجه حوزه بهداشت و سلامت جامعه بوده است. یکی از عوامل مهم در سلامت زنان، شناخت عملکرد جنسی آنها می‌باشد [۱]. مسایل جنسی از آن جهت دارای اهمیت می‌باشند که جزء مسایل درجه اول زندگی زناشویی بوده و سازگاری در روابط جنسی زوجین و تناسب و تعادل در آن، از مهمترین عوامل خوشبختی و موفقیت زندگی زناشویی می‌باشد [۲]. میزان خرسندی زوجین از روابط جنسی و توانایی در لذت بردن و لذت دادن به یکدیگر رضایت جنسی^۱ خوانده می‌شود [۳].

به طور کلی مدل‌های مفهومی رضایت جنسی بر دو حیظه مسایل فردی (احساس لذت جنسی^۲ و حضور و آگاهی جنسی^۳) و مسایل میان فردی (مبادله جنسی^۴ و ارتباط و نزدیکی هیجانی^۵) تأکید می‌کنند [۴]. پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهند که رضایت جنسی به طور گسترده‌ای با رضایت از رابطه زناشویی ارتباط دارد [۵، ۹]. همچنین نشان داده شده است که رضایت جنسی رابطه مثبتی با مؤلفه‌های کیفیت ارتباط زناشویی از قبیل دوست داشتن، تعهد و پایداری^۶ و رابطه معکوسی با احتمال طلاق دارد [۹]. از طرف دیگر عوامل زیادی در احساس رضایت جنسی زنان تأثیر دارند که می‌توان به عوامل اجتماعی از قبیل سن، وضعیت زناشویی^۷ و سطح درآمد؛ عوامل عاطفی-شخصیتی از قبیل اعتماد به نفس، احساس گناه جنسی^۸، خودخواهی^۹، همدلی، زودرنجی^{۱۰}،

11. physical affection
12. The Golombok-Rust Inventory of Sexual State (GRISS)
13. Sexual Satisfaction Questionnaire (SSQ)
14. Index of sexual satisfaction (ISS)
15. Golombok, S.
16. Rust, J.
17. infrequency
18. non-communication
19. dissatisfaction
20. avoidance
21. vaginismus
22. non-sexuality
23. anorgasmia
24. impotence
25. premature ejaculation

1. sexual satisfaction
2. sexual sensations
3. sexual presence/ awareness
4. sexual exchange
5. emotional connection/closeness
6. stability
7. marital status
8. sexual guilt
9. selfishness
10. irritability

بدکارکردی جنسی و نبود شواهد روانسنجی کافی در جامعه ایرانی اشاره کرد. و اما ابزاری که در پژوهش حاضر ویژگی‌های روان‌سنجی آن در نمونه‌های ایرانی سنجیده شده، مقیاس رضایت جنسی زنان^۷ (SSSW) است که ابزاری خود گزارشی، پایا، معتبر و چندبعدی بوده و پریشانی^۸ و رضایت جنسی زنان را مورد بررسی قرار می‌دهد. این مقیاس دارای ۳۰ سوال و مرکب از پنج حوزه شامل رضایت^۹ (احساس رضایت از رابطه جنسی)، ارتباط^{۱۰} (ارتباط کلامی و گفت و شنود با همسر مثل بیان راحت احساسات، انتقادات و پیشنهادات و... در زمینه رابطه جنسی)، سازگاری^{۱۱} (آگاهی هر یک از همسران از نیازهای جنسی طرف مقابل و تلاش برای سازگار شدن با او در رابطه جنسی)، اضطراب رابطه‌ای^{۱۲} (نگرانی‌ها و دلواپسی‌های زنان از همسرشان به جهت وجود مشکلات و مسائل جنسی در زن و روی آوردن همسر به روابط خارج از خانواده) و اضطراب شخصی^{۱۳} (نگرانی فرد از داشتن مشکلات جنسی خویش و میزان تأثیر آن بر سایر ابعاد زندگی زنان که مانع از لذت بردن و داشتن آرامش آنان در زندگی شخصی می‌شود) می‌باشد. ساخت پرسشنامه در چند مرحله صورت گرفته است. در مرحله اول سوالات مربوط به رضایت زناشویی بر اساس پیشینه پژوهشی طراحی شده و نتایج تحلیل عاملی اکتشافی با اجرا بر روی ۵۳۸ زن حاکی از مدل سه عامل (رضایت، ارتباط و سازگاری) با تبیین ۵۴ درصد واریانس سوالات بوده است. در مرحله دوم، به منظور تهیه سوالات مربوط به پریشانی جنسی، ۱۲ سوال مطابق با ملاک تشخیصی پریشانی شخصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-نسخه پنجم (DSM-V-TR) و با استفاده از مصاحبه با ۴۸ زن دارای اختلالات جنسی طراحی شدند. مقیاس ۳۰ سوالی بدست آمده بر روی ۱۱۹ زن اجرا گردید که نتایج تحلیل عاملی وجود ۴ عامل با

زیرمقیاس‌ها، نمره کل تراز شده هر آزمودنی شدت و ضعف مشکلات جنسی وی را در یک پیوستار نُه درجه ای از نمره یک، کمترین میزان مشکل جنسی، تا نمره نُه، بیشترین میزان مشکل جنسی، نشان می‌دهد [۱۳]. فرم فارسی این پرسش نامه در پژوهش‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته و پایایی قابل قبولی برای آن ذکر شده است [۱۶ و ۱۷].

پرسشنامه رضایت جنسی (SSQ) این پرسشنامه اولین بار توسط لی^۱ و سان^۲ و چائو^۳ در سال ۲۰۰۰ در مطالعه ای با هدف بررسی پاسخ روانی- اجتماعی زنان و مردان نابارور تایوانی به ناباروری مورد استفاده قرار گرفته و شامل ۱۱ سؤال است که درجه رضایت از تعداد دفعات نزدیکی، تعداد ارگاسم، میزان علاقه و کشش جنسی فرد در طول رابطه جنسی و تجربه فرد از میزان فشار روانی در طول نزدیکی را می‌سنجد. پایایی نسخه فارسی این ابزار در ایران قابل قبول ذکر شده است [۱۸]. مقیاس رضایت جنسی (ISS) در سال ۱۹۸۱ توسط هادسون^۴، هاریسون^۵ و کروسکاپ^۶ تدوین شده است که حاوی ۵۴ سوال بوده با مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز = ۱، بندرت = ۲، گاهی اوقات = ۳، بیشتر اوقات = ۴، همیشه = ۵) بوده و رضایت جنسی را در دو بعد رضایت جسمی و رضایت هیجانی ارزیابی می‌نماید. بعد رضایت جسمی شامل رفتارها و تمایلات جنسی و بعد هیجانی در برگیرنده صمیمیت و کیفیت روابط جنسی است [۱۵]. نسخه فارسی این مقیاس در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی آموزش رویکرد هیجان مدار بر رضایت جنسی زوجین مورد استفاده و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است [۱۹].

از جمله محدودیت‌های ابزارهای فارسی موجود در زمینه سنجش رضایت جنسی زنان می‌توان به ساختار تک بعدی، در نظر نگرفتن رضایت و پریشانی جنسی در کنار یکدیگر، تأکید بیش از حد بر مقاربت، تأکید بر

7. Sexual satisfaction scale for women (SSSW)
8. sexual distress
9. contentment
10. communication
11. compatibility
12. concern- relational
13. concern- personal

1. Lee, T. Y.
2. Sun, G. H.
3. Chao, S. C.
4. Hudson, W. W.
5. Harrison, D. F.
6. Crosscup, P. C.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر پیرو طرحی از نوع توصیفی بوده است.

آزمودنی

جامعه آماری در برگیرنده‌ی تمامی دانشجویان زن متأهل بوده است. نمونه مورد بررسی ۶۲۸ نفر از دانشجویان زن دانشگاه‌های های علامه طباطبایی، شاهد، الزهرا(س)، علوم بهزیستی و شهید بهشتی و دانشگاه اصفهان بوده است که بر اساس شیوه نمونه‌گیری تصادفی در دسترس انتخاب شده‌اند. میانگین (انحراف استاندارد) سن شرکت کنندگان ۲۴/۷۳ (۴/۹۹) سال و میانگین (انحراف استاندارد) سن همسرانشان ۲۸/۵۰ (۵/۸۴) سال بود. متوسط ماه‌های ازدواج آن‌ها ۲۶/۴۸ (۵۶/۹۲) ماه بود. از لحاظ تحصیلات، ۴۳۷ نفر (۶۹/۶٪) در مقطع کارشناسی و ۱۹۱ نفر (۳۰/۴٪) در مقطع کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بودند.

ابزار های پژوهش

در پژوهش زیر از ابزار های زیر استفاده شده است:

۱- مقیاس رضایت جنسی زنان (SSSW): این مقیاس ۳۰ سوالی مرکب از ۵ بعد شامل رضایت (سوالات ۱ تا ۶)، ارتباط (سوالات ۷ تا ۱۲)، سازگاری (سوالات ۱۳ تا ۱۹)، اضطراب رابطه‌ای (سوالات ۱۹ تا ۲۴) و اضطراب شخصی (سوالات ۲۵ تا ۳۰) می باشد. همچنین نمره کلی رضایت جنسی قابل محاسبه است. نمره گذاری این مقیاس به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) می‌باشد. نمره بالاتری به معنای رضایت بیشتر می‌باشد. ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در قسمت مقدمه ذکر گردیده است.

۲- شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) [۲۰]: این پرسشنامه ابزاری پایا و معتبر جهت ارزیابی و غربالگری عملکرد جنسی زنان است. این شاخص با ۱۹ سوال، عملکرد جنسی زنان را در ۶ حوزه مستقل میل^۳، تحریک

تیبین ۶۰ درصد از واریانس را نشان داد. در مرحله سوم و نهایی پرسشنامه ۳۰ سوالی بر روی ۱۰۲ زن دارای بدکارکردی جنسی و ۷۹ زن سالم اجرا گردید و مدل ۵ عاملی با تبیین ۶۳ درصد از واریانس کل بدست آمد. ضریب آلفای کرونباخ برای همه ابعاد (بجز بعد ارتباط) بالاتر از ۰/۸۰ بدست آمده است. ضریب بازمیابی برای همه ابعاد در زنان دارای بدکارکردی جنسی (۰/۶۲) - (۰/۷۹) $r=$ و زنان گروه کنترل (۰/۵۸) - (۰/۷۹) $r=$ و معنادار بدست آمد. بالاترین پایایی آزمون- باز آزمون میان زنان با ناکارایی جنسی در حوزه اضطراب رابطه‌ای دیده شد (۰/۸۰) $r=$. همبستگی بین مقیاس های رضایت جنسی با ابعاد پرسشنامه بدکارکردی جنسی زنان^۱ (FSFI) برای زنان سالم (۰/۷۰ - ۰/۲۹) $r=$ و زنان دارای بدکارکردی جنسی (۰/۴۶ - ۰/۲۲) $r=$ بالا و معنی دار بدست آمد. بعد ارتباط بیشترین و بعد اضطراب رابطه‌ای کمترین همبستگی را با نمره کلی بدکارکردی جنسی زنان در هر دو گروه نشان دادند. نهایتاً بررسی اعتبار افتراقی^۲ نشان داد که ابعاد مقیاس رضایت جنسی زنان همبستگی بالاتری با مقیاس رضایت زناشویی در زنان سالم نسبت به زنان دارای بدکارکردی جنسی دارد [۴].

از ویژگی های منحصر به فرد مقیاس رضایت جنسی زنان (SSSW) نسبت به سایر ابزار های موجود در این زمینه، ساختار چند بعدی، ساخت و ویژگی های روانسنجی در جمعیت زنان سالم و دارای بدکارکردی جنسی، تأکید بر رضایت و پریشانی جنسی زنان و در نظر گرفتن ارتباط جنسی به عنوان یکی از عوامل مهم در رضایت جنسی می باشد [۴]. از طرف دیگر ابزار های مشابه موجود در ایران، بیشتر کارکرد جنسی را مورد توجه قرار داده و جنبه های ارتباطی و رضایت جنسی را مد نظر قرار نداده اند. لذا با توجه به نبود ابزاری معتبر و پایا در زمینه سنجش رضایت جنسی زنان ایرانی، هدف پژوهش حاضر بررسی اعتبار سازه و پایایی پرسشنامه رضایت جنسی زنان (SSSW) در نمونه ای از زنان ایرانی می باشد.

1. Female sexual function index (FSFI)

2. discriminate validity

3. desire

استفاده از تحلیل عاملی تأییدی خوب گزارش شده است (RMSEA = ۰/۰۵) [۲۴]. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی بر روی دانشجویان ایرانی حاکی از وجود سه عامل استرس، اضطراب و افسردگی با تبیین ۰/۵۴ واریانس بود. ضرایب همبستگی متوسط و قوی بین ابعاد پرسشنامه با ابعاد مشابه در پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و پرسشنامه چندبعدی سلامت روانی^۷ (MHQ) حاکی از اعتبار همگرا و واگرایی پرسشنامه بوده است. ضریب بازآزمایی (به فاصله سه هفته) برای ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۸۰ و ضرایب آلفای گرونباخ برای ابعاد مذکور به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۵ و ۰/۸۷ حاکی از پایایی مناسب این مقیاس بوده است [۲۵].

۴- پرسشنامه سازگاری زناشویی لوک والاس^۸ (LWMAT) [۲۶]: یک مقیاس خود سنجی، کوتاه و تک بعدی است که به منظور اندازه گیری کیفیت کنش وری ازدواج طراحی شده و حاوی ۱۵ گویه است. گستره نمرات بین ۲ تا ۱۵۸ است. نمرات پایین نارضایتی و نمرات بالا رضایت را نشان می دهد. علاوه بر ویژگی های روان سنجی مطلوب ابزار در نمونه خارجی [۲۶ و ۲۷]، این ابزار در داخل ایران نیز از اعتبار و پایایی مناسبی برخوردار است [۲۸].

پایایی این ابزار با استفاده از روش دونیمه سازی ۰/۹۰ گزارش شده است. همچنین این ابزار تفکیک همسران سازگار و ناسازگار در روابط زناشویی را دارد [۲۶]. در پژوهش حاضر میزان آلفای گرونباخ کل و ضریب دونیمه ای گاتمن به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۹ بدست آمده است.

۵- مقیاس پریشانی جنسی زنان^۹ (FSDS) [۲۷]: این مقیاس ۱۳ سوالی برای ارزیابی پریشانی جنسی زنان ساخته شده و عبارات آن بر اساس یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه ای، از صفر تا ۴ نمره گذاری می شود (صفر = هرگز، ۱ = به ندرت، ۲ = گاه گاهی، ۳ = مکرراً، ۴ = همیشه). نمره

روانی^۱، رطوبت^۲، ارگاسم^۳، رضایتمندی^۴ و درد^۵ جنسی می سنجد. نمره بالاتر به معنای عملکرد جنسی بهتر می باشد. پایایی ابزار در نمونه های مختلف در حد قابل قبول گزارش شده است (آلفای گرونباخ ۰/۸۲ و بالاتر و ضریب باز آزمایی ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ برای ابعاد پرسشنامه [۲۰]، آلفای گرونباخ ۰/۷۴ و بالاتر برای ابعاد پرسشنامه [۲۱]). همچنین تفاوت نمرات بدکارکردی جنسی در همه ابعاد بین زنان عادی و زنان دارای بدکارکردی جنسی معنادار گزارش شده ($P \leq 0.01$) که نشان دهنده اعتبار افتراقی ابزار می باشد [۲۰ و ۲۱]. همسانی درونی نمره کل و ابعاد پرسشنامه در جمعیت زنان سالم و زنان دارای بدکارکردی جنسی ایرانی بالاتر از ۰/۷۰ گزارش شده است. اعتبار افتراقی این ابزار از طریق جدا کردن زنان عادی از زنان دارای بدکارکردی جنسی مورد بررسی و تأیید قرار گرفته و همچنین نتایج تحلیل عاملی تأییدی حاکی از برآزش مناسب (RMSEA = ۰/۰۷) مدل ۵ عاملی پرسشنامه می باشد [۲۲ و ۲۳].

۳- مقیاس کوتاه افسردگی، اضطراب و استرس^۶ (DASS-21): این مقیاس از ۲۱ عبارت مرتبط با علائم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) تشکیل شده است. آزمودنی باید پس از خواندن هر عبارت، فراوانی علامت مطرح شده در عبارت مذکور را که در طول هفته گذشته تجربه کرده است با استفاده از یک مقیاس ۴ درجه ای (بین صفر تا سه) درجه بندی کند. هر یک از سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس دارای ۷ سوال است و نمره آزمودنی در هر یک از سه خرده مقیاس با جمع عبارات متعلق به کلیه عبارات آن خرده مقیاس حاصل می آید. پایایی مقیاس بر روی ۱۷۹۴ فرد بزرگسال انگلیسی برای ابعاد افسردگی، اضطراب، استرس و نمره کل به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۲، ۰/۹۰ و ۰/۹۳ گزارش شده است. همچنین ساختار سه عاملی پرسشنامه با

1. arousal
2. lubrication
3. orgasm
4. satisfaction
5. pain
6. Depression, Anxiety, and Stress Scale- short form (DASS-21)

7. Middlesex Hospital Questionnaire (MHQ)

8. Locke Wallace Marital Adjustment Test (LWMAT)

9. Female Sexual Distress Scale (FSDS)

۰,۰۵ نمایانگر برازش خوب، بین ۰,۰۵ تا ۰,۰۸ برازش قابل قبول، بین ۰,۰۸ تا ۰,۱ برازش متوسط و بالاتر از ۰,۱ حاکی از برازش ضعیف و نهایتاً مقدار خی دو بخش بر درجه آزادی (X^2/df) کمتر از ۳ حاکی از برازش خوب بین مدل مشخص شده و داده‌ها در نظر گرفته شدند [۲۹] و [۳۰]. به منظور بررسی اعتبار همگرا از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. ضرایب همبستگی به صورت کوچک یا ضعیف (۰/۱۰ تا ۰/۲۹)، متوسط (۰/۳۰ تا ۰/۴۹) و بزرگ یا قوی (بیشتر از ۰/۵۰) تقسیم بندی شدند [۳۱]. به منظور واریانس پایایی از دو روش همسانی درونی و پایایی باز آزمایشی استفاده گردید و ضرایب آلفای کرونباخ بالای ۰,۷۰ مورد قبول قرار می‌گرفتند [۳۲].

نتایج

الف: اعتبار مقیاس رضایت جنسی زنان

بررسی میانگین ابعاد مقیاس رضایت جنسی زنان نشان می‌دهد که بعد ارتباط دارای بیشترین میانگین (۲۵,۱۲) می‌باشد. میزان چولگی^۱ ابعاد نشان می‌دهد که جامعه مورد بررسی از نظر قرینگی دارای تفاوت فاحشی با توزیع نرمال می‌باشد. به عبارت دیگر چولگی منفی نشان می‌دهد که اکثریت پاسخ‌ها در دامنه کمی موافق و کاملاً موافق قرار دارند. همچنین از نظر کشیدگی^۲ جامعه مورد نظر دارای تفاوت اندکی با توزیع نرمال است [۳۳]. همبستگی بین ابعاد پرسشنامه حاکی از ارتباط قوی این ابعاد با یکدیگر و نمره کلی مقیاس دارد (جدول ۱).

ارزیابی برازش مدل ۵ عاملی پرسشنامه نشان می‌دهد (جدول شماره ۲) که شاخص‌های نیکویی برازش (GFI)، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) در دامنه قابل قبول قرار دارند. بار عاملی تمام سوالات بر روی ابعاد مربوطه معنی دار ($P \leq 0.01$) بود بنابراین این هیچ سوالی حذف نگردید (به پیوست مراجعه کنید).

جدول ۳ نتایج مربوط به اعتبار همگرا و واگرایی مقیاس رضایت جنسی زنان (SSSW) را نشان می‌دهد.

کل این مقیاس از جمع نمرات همه عبارات حاصل می‌شود. نمره کلی در دامنه ۰ تا ۵۲ قرار می‌گیرد. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان دهنده پریشانی جنسی بیشتر است. این مقیاس همسانی درونی ($\alpha = 0.86$) و پایایی آزمون - باز آزمون (۰/۷۴) خوبی دارد و می‌تواند به طور معنی داری زنان دچار ناکارآمدی جنسی را زنان دارای عملکرد جنسی بهنجار تمیز دهد که این بیانگر اعتبار افتراقی مناسب آن است. این ابزار در ایران نیز از اعتبار و پایایی مناسبی برخوردار است [۲۷]. میزان پایایی این مقیاس در زنان ایرانی به دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی قابل قبول گزارش شده است. همچنین اعتبار افتراقی مقیاس از طریق تمایز زنان عادی و زنان دارای بدکارکردی جنسی و اعتبار واگرایی مناسب با پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI) مطلوب گزارش شده است [۲۸].

۶- مقیاس رضایت جنسی (ISS): مشخصات و ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در قسمت مقدمه ذکر شد.

شیوه انجام پژوهش

تمام آزمودنی‌ها به پرسشنامه اصلی پژوهش یعنی مقیاس رضایت جنسی زنان (SSS-W) پاسخ دادند. همچنین سایر پرسشنامه‌ها هر کدام بر روی ۵۰ نفر به همراه پرسشنامه اصلی اجرا گردیدند. بدین صورت که هر آزمودنی به دو پرسشنامه پاسخ داده است.

روش تحلیل داده‌ها

به منظور بررسی اعتبار از اعتبار سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی و اعتبار همگرا- واگرا استفاده شده است. به منظور بررسی نیکویی برازش کل مدل از شاخص‌های نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش تطبیقی (AGFI)، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA)، خی دو (X^2) و خی دو بخش بر درجه آزادی (X^2/df) استفاده گردید. شاخص نیکویی برازش (GFI) و شاخص نیکویی برازش تطبیقی (AGFI) بزرگ‌تر از ۰,۸۰، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) بین ۰,۹۰ تا ۰,۹۵، خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) کمتر از

1. skewness
2. kurtosis

اعتبار و پایایی مقیاس چند بعدی رضایت جنسی زنان (SSSW) در نمونه ای از زنان ایرانی

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد، چولگی، کشیدگی و همبستگی بین ابعاد مقیاس رضایت جنسی زنان (SSSW) (n= ۶۲۸)

بعد	تعداد سوالات	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱ رضایت	۶	۲۴/۳۹	۵/۹۵	-۱/۱۴	۰/۴۱	۱					
۲ ارتباط	۶	۲۵/۱۲	۵/۳۸	-۱/۱۰	۰/۳۷	۰/۷۵	۱				
۳ سازگاری	۶	۲۴/۱۱	۶/۷۴	-۱/۱۴	۰/۱۳	۰/۸۶	۰/۷۵	۱			
۴ اضطراب رابطه‌ای	۶	۲۳/۳۴	۶/۹۹	-۰/۹۰	-۰/۳۳	۰/۶۶	۰/۶۳	۰/۷۰	۱		
۵ اضطراب شخصی	۶	۲۰/۵۰	۵/۶۷	-۱/۱۲	۰/۰۵	۰/۶۶	۰/۶۳	۰/۶۹	۰/۸۶	۱	
۶ رضایت جنسی زنان (نمره کل)	۳۰	۹۵/۵۴	۲۱/۷۰	-۱/۱۳	۰/۲۴	۰/۹۲	۰/۸۷	۰/۹۴	۰/۸۳	۰/۸۲	۱

جدول ۲: شاخص‌های ارزیابی برازش مدل ۵ عاملی مقیاس رضایت جنسی زنان (SSS-W) (n= ۶۲۸)

شاخص						مدل
X ² **	Chi-Square/df	RMSEA	CFI	AGFI	GFI	
۲۱۸۴/۳۷	۵/۵۳	۰/۰۸	۰/۹۷	۰/۷۸	۰/۸۱	مدل ۵ عاملی اصلی

جدول ۳: همبستگی بین ابعاد پنج‌گانه مقیاس رضایت جنسی زنان (SSSW) با سایر متغیرهای پژوهش

پرسشنامه رضایت جنسی زنان (SSSW)							ابعاد	پرسشنامه
رضایت جنسی زنان	اضطراب شخصی	اضطراب رابطه‌ای	سازگاری	ارتباط	رضایت جنسی	تعداد		
-۰/۶۷**	-۰/۶۲**	-۰/۵۰**	-۰/۵۹**	-۰/۵۸**	-۰/۶۵**	۵۰	افسردگی	DASS
-۰/۶۳**	-۰/۵۱**	-۰/۵۰**	-۰/۵۸**	-۰/۴۵**	-۰/۶۳**	۵۰	اضطراب	
-۰/۴۴**	-۰/۳۶*	-۰/۲۵	-۰/۴۷**	-۰/۳۹**	-۰/۴۲**	۵۰	استرس	
۰/۴۳**	۰/۲۲	۰/۳۳*	۰/۴۲**	۰/۴۱**	۰/۴۵**	۵۰	میل	FSFI
۰/۵۹**	۰/۴۷**	۰/۵۹**	۰/۵۱**	۰/۵۶**	۰/۵۲**	۵۰	برانگیختگی	
۰/۲۷	۰/۲۲	۰/۲۵	۰/۲۶	۰/۲۴	۰/۲۴	۵۰	لپذیدگی	
۰/۴۳**	۰/۳۴*	۰/۴۰**	۰/۴۱**	۰/۳۷**	۰/۴۰**	۵۰	ارگاسم	
۰/۳۰*	۰/۲۲	۰/۲۵	۰/۲۶	۰/۲۶	۰/۳۲*	۵۰	رضایت	
۰/۱۷	۰/۱۵	۰/۰۴	۰/۱۵	۰/۰۶	۰/۳۲*	۵۰	درد	
۰/۴۵**	۰/۳۴*	۰/۳۸**	۰/۴۲**	۰/۳۹**	۰/۴۹**	۵۰	بدکارکردی جنسی	
-۰/۵۵**	-۰/۳۵*	-۰/۳۲*	-۰/۵۲**	-۰/۵۸**	-۰/۵۴**	۵۰	LWMAT	
-۰/۶۵**	-۰/۵۲**	-۰/۵۶**	-۰/۵۱**	-۰/۵۶**	-۰/۶۰**	۵۰	FSDS	
۰/۸۱**	۰/۶۵**	۰/۶۲**	۰/۷۰**	۰/۷۰**	۰/۸۳**	۵۰	SSI	

DASS=مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس، FSFI=پرسشنامه بد کارکردی جنسی زنان، LWMAT=پرسشنامه سازگاری زناشویی لوک والاس، FSDS=مقیاس پریشانی جنسی زنان، SSI=شاخص رضایت جنسی زنان

* P< 0.05, ** P< 0.01

جدول ۴: ضرایب آلفای کرونباخ و باز آزمایی مقیاس رضایت جنسی زنان (SSSW)

مقیاس	تعداد سوالات	آلفای کرونباخ (n=۶۲۸)	بازآزمایی (n=۵۰)
رضایت	۶	۰/۸۴	۰/۹۱**
ارتباط	۶	۰/۸۲	۰/۸۰**
سازگاری	۶	۰/۹۱	۰/۷۳**
اضطراب رابطه‌ای	۶	۰/۸۸	۰/۸۶**
اضطراب شخصی	۶	۰/۹۰	۰/۹۷**
رضایت جنسی زنان (نمره کل)	۳۰	۰/۹۶	۰/۹۳**

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اعتبار و پایایی مقیاس رضایت جنسی زنان (SSSW) در زنان متأهل دانشجوی صورت گرفت. بررسی دو شاخص پراکندگی چولگی و کشیدگی نشان داد که داده‌ها بیشتر دارای چولگی منفی می‌باشند، به عبارت دیگر اکثریت پاسخ‌ها در دامنه «کمی موافق» و «کاملاً موافق» قرار داشته که نمایانگر رضایت بالای پاسخ دهندگان در ابعاد پرسشنامه می‌باشد. چنین می‌توان ادعا نمود از آنجایی که نمونه مورد بررسی در سال‌های اوایل زندگی زناشویی می‌باشند لذا دارای رضایت جنسی بالاتری می‌باشند به طوری که پژوهش‌ها حاکی از آنند که رضایت جنسی در اوایل زندگی بالا و به تدریج با افزایش سن کاهش می‌یابد [۳۴]. همچنین به نظر می‌رسد ناپختگی زندگی جنسی پاسخ دهندگان باعث می‌شود توانایی تفکیک مسایل حیطه‌های مرتبط با رضایت جنسی را نداشته باشند.

بررسی اعتبار سازه پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که مقیاس مذکور از اعتبار متوسط و قابل قبولی در جامعه زنان دانشجوی ایرانی برخوردار می‌باشد. همچنین تمام بارهای عاملی سوالات مقیاس و همبستگی بین ابعاد پرسشنامه دارای مقادیر قابل قبول بودند. نسخه نهایی مقیاس مذکور از ۳۰ سوال و پنج بعد تشکیل شده است که دو بعد به مسایل ارتباطی و سه بعد دیگر به مسایل شخصی در مورد زندگی جنسی فرد می‌پردازند. این سه بعد شامل گویه‌های قابل فهم و آسان برای پاسخدهی می‌باشند که به بررسی بحث در مورد مسایل هیجانی و جنسی (ارتباط)، سازگاری بین زوجین

بعد افسردگی مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) بیشترین همبستگی را با مقیاس‌های پرسشنامه رضایت جنسی زنان (SSSW) نسبت به دو بعد دیگر یعنی اضطراب و استرس داراست. تمام همبستگی‌های بین سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس با پنج مقیاس پرسشنامه رضایت جنسی زنان (SSSW) - بجز رابطه استرس و اضطراب رابطه‌ای - معنی دار می‌باشد ($P \leq 0.01$ و $P \leq 0.05$). بعد برانگیختگی پرسشنامه بد کارکردی جنسی زنان (FSFI) همبستگی مثبت، متوسط و قوی با ابعاد و نمره کل مقیاس رضایت جنسی زنان را نشان می‌دهد. همچنین دو بعد درد و لیزیدگی دارای همبستگی ضعیف با ابعاد و نمره کلی مقیاس رضایت جنسی (SSSW) می‌باشند. نهایتاً همبستگی‌های منفی و معنی دار ($P \leq 0.01$) و ($P \leq 0.05$) پرسشنامه‌های سازگاری زناشویی لوک والاس (LWMAT) و پریشانی جنسی زنان (FSDS) و همبستگی مثبت و معنی دار ($P \leq 0.01$) شاخص رضایت جنسی (SSI) با مقیاس رضایت جنسی زنان (SSSW) به ترتیب حاکی از اعتبار واگرا و همگرا می‌باشد.

ب: پایایی مقیاس رضایت جنسی

ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای نمونه پژوهش در مقیاس‌های رضایت، ارتباط، سازگاری، اضطراب رابطه‌ای، اضطراب شخصی و نمره کل رضایت جنسی زنان بیش از ۰/۷۰ و قابل قبول می‌باشد. همچنین تمام همبستگی‌های حاصل از ضریب بازآزمایی در حد قوی و معنادار می‌باشند ($P \leq 0.01$) (جدول ۴).

شاخص رضایت جنسی زنان (SSI) حاکی از اعتبار همگرایی مناسب این ابزار می‌باشد. نتایج حاصل از اعتبار واگرا نشان می‌دهد که مقیاس رضایت جنسی زنان (SSSW) همبستگی منفی، متوسط و قوی با سازگاری زناشویی و پریشانی جنسی دارد که مشابه با یافته مستون و همکاران (۲۰۱۰) می‌باشد [۴]. این یافته‌ها همسو با مطالعات دیگر نشان می‌دهند که مقیاس رضایت جنسی زنان (SSSW) سازگاری و ارتباط زناشویی را به عنوان عاملی تأثیرگذار بر رضایت جنسی مدنظر قرار داده است [۴ و ۳۷].

بررسی پایایی مقیاس رضایت جنسی زنان، همسانی درونی و ثبات پاسخدهی در طول زمان آنرا را مورد تأیید قرار می‌دهد. مستون و همکاران (۲۰۱۰) میزان آلفای کرونباخ برای ابعاد پرسشنامه را بین ۰/۹۰ (برای بعد اضطراب شخصی) تا ۰/۷۴ (برای بعد ارتباط) و ۰/۹۴ برای نمره کل رضایت جنسی گزارش کرده‌اند این در حالی است که میزان آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر نسبت به پژوهش مستون در ۲۰۱۰ بالاتر می‌باشد [۴].

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مقیاس رضایت جنسی زنان علاوه بر داشتن اعتبار و پایایی مناسب در جامعه زنان دانشجوی ایرانی از ویژگی‌هایی برخوردار می‌باشد که زمینه برای استفاده از آن در فعالیت‌های پژوهشی و کاربردی دو چندان می‌کند. این مقیاس، رضایت جنسی را در محدوده گسترده‌تری از ارتباط جنسی شامل ارتباطات کلامی حول مسایل جنسی، دلواپسی‌های جنسی زوجین، علائق و باورهای زوجین نسبت به ارتباط جنسی مورد بررسی قرار می‌دهد. ویژگی دیگر این مقیاس در نظر گرفتن دیدگاه ادراکی زوجین و تأکید بر جنبه‌های روانی ارتباط جنسی می‌باشد. این مقیاس چند بعدی به بررسی رضایت جنسی در سه بعد رضایت، ارتباط و سازگاری و پریشانی جنسی در دو بعد اضطراب شخصی و رابطه‌ای می‌پردازد که در ابزارهای مشابه دیگر یافت نمی‌شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر در نظر گرفتن زنان دانشجو به عنوان جامعه آماری می‌باشد. همان‌طور که اشاره شد دانشجویان اکثراً در سال‌های اولیه ازدواج خود به سر می‌برند و رضایت جنسی بالاتری دارند.

بر حسب عقاید، علایق، میل و جذابیت‌های جنسی (سازگاری)، و بسندگی کلی از جنبه‌های جنسی و هیجانی ارتباط (بسندگی یا رضایت) می‌پردازند. دو بعد دیگر بیشتر به نگرانی‌ها و دلواپسی‌های شخصی و رابطه‌ای می‌پردازند. این دو بعد همبستگی کمتری نسبت به سایر ابعاد با نمره کلی داشتند که این امر ناشی از سازه‌های متفاوتی (تأکید بر روی نگرانی به جای تأکید بر روی رضایت) که این دو بعد می‌سازند [۴].

بررسی ارتباط بین ابعاد مقیاس رضایت جنسی زنان (SSSW) با افسردگی، اضطراب و استرس نشان داد که افسردگی بیشترین رابطه را با رضایت جنسی بر جای می‌گذارد. به طور کلی افسردگی تأثیر بیشتری بر روی عملکرد و میل جنسی در زنان می‌گذارد و باعث کاهش علاقه^۱ جنسی می‌گردد [۳۵ و ۳۶] در نتیجه می‌توان گفت که مقیاس رضایت جنسی زنان (SSSW) توانایی تفکیک افراد دارای وضعیت‌های مختلف سلامت روانی را داشته و از اعتبار افتراقی نیز برخوردار می‌باشد. بررسی اعتبار همگرایی از آن بود که ابعاد برانگیختگی، میل و ارگاسم پرسشنامه بد کارکردی جنسی زنان (FSFI) با ابعاد مقیاس رضایت جنسی زنان (SSSW) همبستگی قوی و معنی دار دارند. دو بعد لیزیدگی و درد کم‌ترین ارتباط را با مقیاس رضایت جنسی زنان داشتند در تبیین این یافته می‌توان گفت که مقیاس رضایت جنسی زنان (SSSW) بیشتر بر روی جنبه‌های ادراکی و روانی در مقابل جنبه‌های عینی و جسمی ارتباط جنسی تمرکز می‌کند همچنین این مقیاس نه تنها به مسایل مربوط به مقایسه می‌پردازد بلکه مسایل گسترده تر ارتباطی معطوف به رابطه جنسی مانند صحبت در مورد علائق و باورهای جنسی زوجین را نیز مورد بررسی قرار می‌دهد. همبستگی بین ابعاد ۵ گانه مقیاس رضایت جنسی زنان (SSSW) با نمره کلی بدکارکردی جنسی زنان مشابه با پژوهش‌های دیگر بوده و نشان می‌دهد که دو بعد اضطراب شخصی و اضطراب رابطه‌ای همبستگی کمتری نسبت به سایر ابعاد با بدکارکردی جنسی زنان دارند [۴]. همچنین همبستگی مثبت و قوی بین مقیاس رضایت جنسی زنان (SSSW) و

1. libido

- 9- Henderson-King, DH., & Veroff, J. (1994). Sexual satisfaction and marital well-being in the first years of marriage. *Journal of Social and Personal Relationships*;11:p 509-34.
- 10- Supekova, M., & Bianchi, G. (2000). Sexual education and satisfaction of sexually more active young people: A qualitative approach. *Ceskoslovenska Psychologie*;44:46-76.
- 11- Shindel, AW., Eisenberg, ML, Breyer, BN., Sharlip, ID., & Smith, JF. (2011). Sexual function and depressive symptoms among female north american medical students. *J Sex Med*;8:391-399.
- 12- Chivers, ML., Pittini, R., Grigoriadis, S., Villegas, L., & Ross, LE. (2011). The relationship between sexual functioning and depressive symptomatology in postpartum women: A pilot study. *J Sex Med*;8:792-799.
- 13- Golombok, S., & Rust, J. (1986). *The Golombok-Rust Inventory of Sexual State*. London: Nefer-Nelson.
- 14- Lee, TY., Sun, GH., & Chao, SC. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Hum Reprod*; 16(8): 1762-7.
- 15- Hudson, W. W., Harrison, D. F., & Crosscup, P. C. (1981). A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *Journal of Sex Research*,17(2), 157-174.
- ۱۶- بشارت، محمدعلی؛ فیروزی، منیژه. (۱۳۸۲). مقایسه زنان و مردان نابارور بر حسب سبک دل بستگی و سازش روانشناختی با ناباروری. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، شماره ۲، صص ۲۵-۴۷.
- ۱۷- بشارت، محمدعلی؛ حسین زاده بازرگانی، روحیه؛ میرزمانی، محمود. (۱۳۸۲). مشکلات جنسی زوجین نابارور. *فصلنامه پژوهش در علوم رفتاری*، شماره ۲، صص ۸-۱۳.
- ۱۸- پاک گوهر، مینو. (۱۳۸۷). تاثیر مشاوره بر رضایت جنسی زنان نابارور. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)* دوره ۱۴، شماره ۱.

پیشنهاد می‌گردد مطالعاتی به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در زنان دارای سنین بالاتر نیز پردازند. عدم استفاده از نمونه بالینی و عدم بررسی اعتبار افتراقی در پژوهش حاضر از محدودیت‌های دیگری است که پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی به آن پرداخته شود.

منابع

- ۱- جنیدی، الهام؛ نورانی سعدالدین، شهلا؛ مخبری، نغمه و شاکری، محمدتقی. (۱۳۸۸). مقایسه خشنودی زناشویی در زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز دولتی شهر مشهد. *مجله زنان مامایی و نازایی ایران*. شماره ۱۲، دوره ۱: ۱۶-۷.
- ۲- میلانی فر، بهروز. (۱۳۸۹). *بهداشت روانی (چاپ یازدهم)*. تهران: انتشارات قومس.
- 3- Young, M., Luquis, R., Denny, G., & Young, T. (1998). Correlates of sexual satisfaction in marriage. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 7(2): 115-127.
- 4- Meston, C., & Trapnell, P. (2005). Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W). *The journal of sexual medicine*, 2(1), 66.
- 5- Blumstein, P., & Schwartz, P. (1983). *American couples*. New York: William Morrow.
- 6- Cupach, WR., & Comstock, J. (1990). Satisfaction with sexual communication in marriage: Links to sexual satisfaction and dyadic adjustment. *Journal of Social and Personal Relationships*;7:pp179-86.
- 7- Edwards, JN., & Booth, A. (1994). Sexuality, marriage, and well-being: The middle years. In: Rossi, AA. editor. *Sexuality across the life course*. Chicago: University of Chicago Press; 2,pp33-59.
- ۸- علی اکبر دهکردی، مهناز؛ حیدری نسب، لایلا؛ کیقبادی، شیرین. رابطه عملکرد جنسی با سازگاری زناشویی با زنان متأهل. *روان‌شناسی بالینی و شخصیتی (دانشور رفتار)*؛ دوره ۲، شماره ۸، ۸۷-۹۸.

- 27- DeRogatis, L., Clayton, A., Lewis-D'Agostino, D., Wunderlich, G., & Fu, Y. (2008). Validation of the female sexual distress scale-revised for assessing distress in women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sexual Medicine*
- 28- قسامی، مریم. (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگی های روانسنجی مقیاس عملکرد جنسی زنان (FSFI) و مقیاس پریشانی جنسی زنان (FSDS) در نمونه های از زنان ایرانی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد.
- 29- Hu L. & Bentler P. M. (1999). Cut off criteria for fit indexes in covariance structure analysis. Conventional criteria versus new alternatives *Struct EqModel*; 6:pp1-55.
- 30- Mulaik, S. A., James, L. R., van alstine, J., bennet, n., lind, S. & stilwell, C. D. (1989). evaluation of goodness-of-fit indices for structural equation modeles. *Psychological bulletin*; vol. 105, 3,pp 430-445.
- 31- Bortz, J., & Döring, N. (2000). *Forschungsmethoden und Evalua-tion* (3rd ed.). Berlin: Springer.
- 32- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16:297-334.
- ۳۳- آذر، عادل و مومنی، منصور. (۱۳۸۶). آمار و کاربرد آن در مدیریت (جلد دوم). انتشارات سمت: تهران.
- 34- Shahvari, Z., Gholizade, L., & Mohammadhoseini, S. (2009). Factors associated with sexual satisfaction Gachsaran city. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 11(4),pp 5-51.
- 35- DeJudicibus, MA., & McCabe, MP. (2002). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *JSex Res*; 39: pp94- 103.
- 36- Nik Azin, A., Naenian, M. R., Zamani, M., Rabani Bavojdan, M., Rabani Bavojdan, M., & Jamali Motagh, M. (2013). Evaluation of Sexual Function, Quality of Life, and Mental and Physical Health in Pregnant Women. *Journal of family and reproductive health (jfrh)*. 7 (4): pp171-176.
- 37- Dennerstein, L., Koochaki, P., Barton, I., & Graziottin, A. (2006). Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. *J Sex Med*, 3(2), 212-222.
- ۱۹- هنرپروران، نازنین و شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش رویکرد هیجان مدار بر رضایت جنسی زوجین. *مجله اندیشه و رفتار*، دوره ۴، شماره ۱۵.
- 20- Rosen, C., Brown, J., Heiman, S., Leiblum, C., Meston, R., Shabsigh, D., Ferguson, R., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208.
- 21- Meston, C. M. (2003). Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(1), 39-46.
- ۲۲- فخری احمد؛ محمدی زیدی، عیسی؛ پاکپور حاجی اقا، امیر؛ مرشدی، هادی؛ محمد جعفری، راضیه و قلمبر دزفولی، فاطمه. (۱۳۹۰). ویژگیهای روان سنجی نسخه فارسی شاخص عملکرد جنسی زنان. *مجله علمی پزشکی*، دوره ۱۰، شماره ۴: ۳۴۵-۳۵۴.
- ۲۳- محمدی، خدیجه؛ حیدری، معصومه و فقیه زاده، سقراط. (۱۳۸۳). اعتبار نسخه فارسی مقیاس FSFI به عنوان شاخص عملکرد جنسی زنان، دوماهنامه پایش، سال هفتم، شماره دوم، ۲۶۹-۲۷۸.
- 24- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227-239.
- ۲۵- سامانی، سیامک و جوکار، بهرام. (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*. دوره ۲۶، شماره ۳ (پیاپی ۵۲): ۶۵-۷۷.
- 26- Locke JH, Wallace, MK. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: their reliability and validity. *J Marriage and Family Living*; 21(3): pp251-5.

پیوست

جدول ۱: ضرایب مسیر و و مقادیر تی حاصل از تحلیل عاملی تأییدی مقیاس رضایت جنسی زنان

شماره	گویه	ضریب مسیر	مقدار تی	بار عاملی
رضایت:	۱	از زندگی جنسی فعلی‌ام رضایت دارم.	۰/۹۲	۰/۶۸
	۲	احساس می‌کنم چیزی از زندگی جنسی‌ام در حال از دست رفتن است.	۱/۰۵	۰/۵۹
	۳	احساس می‌کنم که در زندگی جنسی‌ام صمیمیت عاطفی کافی را ندارم.	۱/۰۲	۰/۵۶
	۴	از میزان صمیمیت جنسی (بوسیدن، مقاربت و...) که هم اکنون در زندگی‌ام دارم، رضایت دارم.	۰/۹۰	۰/۶۵
	۵	هیچ نگرانی یا مسئله مهمی درباره رابطه جنسی ندارم. (تحریک جنسی، ارضای جنسی، تعداد، سازگاری، ارتباط و...)	۰/۸۷	۰/۴۷
ارتباط	۶	به طور کلی از زندگی جنسی‌ام راضی می‌باشم.	۰/۸۶	۰/۵۷
	۷	اغلب هنگامی که من سعی در گفتگوی جنسی دارم، همسر من حالت دفاعی می‌گیرد (مقاومت می‌کند).	۰/۸۹	۰/۵۵
	۸	من و همسر من به اندازه کافی با هم به طور باز گفتگوی جنسی نداریم یا اغلب به اندازه کافی گفتگوی جنسی نداریم.	۰/۹۴	۰/۴۶
	۹	هنگامی که همسر من خواهد که گفتگوی جنسی داشته باشیم، کاملاً احساس راحتی می‌کنم.	۰/۷۳	۰/۴۰
	۱۰	هنگامی که من می‌خواهم گفتگوی جنسی داشته باشیم، همسر من کاملاً احساس راحتی می‌کند.	۰/۷۱	۰/۴۸
سازگاری	۱۱	زمانی که همسر من را می‌خواهد، هیچ دشواری برای صحبت کردن درباره عمیق‌ترین احساسات و عواطفم ندارم.	۰/۹۰	۰/۵۰
	۱۲	زمانی که من همسر را می‌خواهم، او هیچ دشواری برای صحبت کردن درباره عمیق‌ترین عواطف و احساساتش ندارد.	۰/۷۳	۰/۳۳
	۱۳	اغلب احساس می‌کنم که همسر من به اندازه کافی درباره‌ی تمایلات و ترجیحات جنسی‌ام آگاه یا حساس نیست.	۱/۰۵	۰/۵۳
	۱۴	اغلب احساس می‌کنم که من و همسر من به اندازه کافی از نظر جنسی سازگار نیستیم.	۱/۱۷	۰/۷۸
	۱۵	اغلب احساس می‌کنم که عقاید و نگرش‌های جنسی همسر من و من خیلی متفاوت هستند.	۱/۱۹	۰/۷۵
اضطراب رابطه‌ای	۱۶	گاهی اوقات تصور می‌کنم که من و همسر من در تمایلات و نیازهای مربوط به صمیمیت جنسی، نامتناسب هستیم.	۱/۲۰	۰/۷۸
	۱۷	گاهی اوقات تصور می‌کنم که من و همسر من ممکن است به اندازه کافی از نظر ظاهری برای همدیگر جذاب نباشیم.	۰/۸۰	۰/۴۱
	۱۸	گاهی اوقات تصور می‌کنم که من و همسر من در سبک‌ها و ترجیحات جنسی‌مان نامتناسب هستیم.	۱/۰۸	۰/۶۸
	۱۹	از اینکه همسر من به خاطر مشکلات جنسی‌ام ناامید شود، نگرانم.	۱/۱۴	۰/۵۷
	۲۰	از اینکه مشکلات جنسی‌ام به طور بدی بر رابطه‌ام تأثیر بگذارد، نگرانم.	۱/۲۲	۰/۶۵
اضطراب شخصی	۲۱	از اینکه همسر من ممکن است به خاطر مشکلات جنسی‌ام رابطه جنسی دیگری داشته باشد، نگرانم.	۱/۲۲	۰/۶۷
	۲۲	از اینکه همسر من از نظر جنسی کامل نیست نگرانم.	۰/۹۵	۰/۵۵
	۲۳	از اینکه همسر من را به خاطر مشکلات جنسی‌ام کمتر از یک زن ببیند، نگرانم.	۱/۲۴	۰/۷۵
	۲۴	احساسی شبیه اینکه همسر من به خاطر مشکلات جنسی‌ام ناامید شده است، دارم.	۰/۹۰	۰/۵۳
	۲۵	مشکلات جنسی‌ام مرا ناامید می‌کند.	۱/۱۱	۰/۷۰
اضطراب شخصی	۲۶	مشکلات جنسی‌ام باعث می‌شود از نظر جنسی احساس ناکامل بودن کنم.	۱/۰۱	۰/۶۴
	۲۷	از اینکه مشکلات جنسی‌ام ممکن است مرا به جستجوی انجام رابطه جنسی بیرون از رابطه زناشویی‌ام وادارد، نگرانم.	۰/۸۰	۰/۴۵
	۲۸	از اینکه مشکلات جنسی‌ام بر نحوه‌ی احساس من از خودم تأثیر بگذارد، خیلی نگرانم.	۱/۲۴	۰/۷۷
	۲۹	از اینکه مشکلات جنسی‌ام روی بهزیستی روانی‌ام تأثیر بگذارد، خیلی نگرانم.	۱/۲۸	۰/۷۸
	۳۰	مشکلات جنسی باعث آزار و اذیت می‌گردد.	۱/۲۵	۰/۷۲

نمره گذاری: پاسخ‌ها به صورت به کاملاً موافق (۱)، کمی موافق (۲)، نه موافق و نه مخالف (۳)، کمی مخالف (۴) و کاملاً مخالف (۵) نمره گذاری می‌شوند. سوالات ۱، ۴، ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲ به طور معکوس نمره گذاری می‌شود. نمرات هر بعد از مجموع سوالات آن بعد بدست می‌آید. نمره کل به این صورت بدست می‌آید:
 (رضایت + ارتباط + سازگاری + (اضطراب رابطه‌ای + اضطراب شخصی) / ۲)
 نمره بالاتر به معنای رضایت بیشتر می‌باشد.

بررسی مقدماتی اعتبار و پایایی پرسش نامه سنجش معنویت (SAI)

نویسندگان: سهیلا قمیان^{۱*} و لیلا حیدری نسب^۲

۱- کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه شاهد.

۲- استادیار دانشگاه شاهد.

*Email: Ghomian_s@yahoo.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان سنجی پرسش نامه سنجش معنویت (SAI) در بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران، شهید بهشتی و علامه طباطبایی بوده است. روش: شیوه انجام تحقیق شامل دو مرحله بوده است. در مرحله اول، ابتدا آزمون توسط یک متخصص زبان انگلیسی و یک روان شناس ترجمه شد. پس از مقایسه ترجمه‌ها و انجام اصلاحات لازم، این نسخه بازبینی شد و در نهایت پرسش نامه نهایی آماده گردید. سپس برای بدست آوردن آلفای اولیه آزمون بر نمونه اولیه شامل ۵۲ نفر اجرا شد و ضرایب آلفا در اجرای اول (آزمون) و اجرای دوم (باز آزمون)، به فاصله ۱۵ روز محاسبه گردید. همچنین ضرایب همبستگی آزمون- باز آزمون در دو بار اجرا محاسبه گردید. سپس در مرحله دوم، آزمون بر روی نمونه اصلی (N= ۳۱۲) اجرا شد. در این پژوهش از پرسش نامه‌های سنجش معنویت، سوگیری مذهبی شمس، سبک‌های دفاعی، کیفیت زندگی و افسردگی بک استفاده گردید. ضرایب آلفا، به ترتیب در اجرای اول (۰/۶۴-۰/۹۶) و در اجرای دوم (۰/۷۰-۰/۹۶) به دست آمد. همچنین ضرایب همبستگی آزمون- باز آزمون در دو بار اجرا ۰/۷۲-۰/۹۱ بدست آمد. نتایج اعتبار محتوا به طور قابل قبولی گزارش گردید. در رابطه با اعتبار سازه، همبستگی مثبت و معناداری بین خرده مقیاس‌های این پرسش نامه بدست آمد. هم چنین نتایج مناسبی از اعتبار همزمان به دست آمد. علاوه بر این بین زنان و مردان از لحاظ همه خرده مقیاس‌های معنویت (به جز خرده مقیاس بزرگ منشی)، تفاوت معناداری مشاهده گردید. به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که پرسش نامه ی سنجش معنویت از اعتبار و روایی مناسبی برخوردار است.

کلید واژه‌ها: معنویت، پرسش نامه سنجش معنویت، ویژگی‌های روان سنجی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
و نشر

• دریافت مقاله: ۹۱/۱۰/۱۸

• پذیرش مقاله: ۹۲/۱۲/۲۴

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

Clinical Psy. & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی
دانشگاه شاهد

سال بیست و یکم - دوره

جدید شماره ۱۰

بهار و تابستان ۱۳۹۳

مقدمه

نیاز حیاتی و مهم در نظر گرفته شده است. این مفهوم در نوع روان درمانی ویلیام میلر^۵ در ۱۹۹۹، به کار گرفته شده است [۶]. در سال‌های اخیر، به موضوع معنویت و ارتباط آن با کارکرد جسمانی و روانشناختی توجه زیادی شده است و اگرچه توافق زیادی روی این موضوع وجود ندارد، ولی تحلیل و فراتحلیل یافته‌های محققان نشان داده که معنویت و مفاهیم مرتبط با آن (از قبیل مذهب، باورها و اعمال مذهبی)، ارتباط مثبتی با سلامتی دارند. به عنوان مثال، به نظر می‌رسد معنویت ارتباط زیادی با سطوح پایین افسردگی، رفتارهای ضداجتماعی و خودکشی داشته باشد [۷].

معنویت ساختی پیچیده و چندوجهی است که برای تعریف و اندازه‌گیری چالش برانگیز می‌باشد. به دلیل ابعاد چند وجهی معنویت و طرق مختلف ساخت و تفسیر این مفهوم، سنجش آن تا حدودی دشوار می‌باشد [۸]. سنجش معنویت و مذهب، موضوع مهمی برای روانشناسان علاقمند به مسائل دینی می‌باشد. مصداق آن هم تعداد سنجش‌های مختلفی است که در رابطه با معنویت و سازه‌های مربوط به آن موجود می‌باشد. هیل^۶ و هود^۷ در ۱۹۹۹، خلاصه‌ای از ۱۲۵ نوع سنجش معنویت و مذهب را منتشر کرده‌اند. در حقیقت از لایه لای سنجش‌های مربوط به معنویت و مذهب، این سوال مطرح می‌شود که آیا نیاز به ابزار جدیدی برای سنجش معنویت و مذهب وجود دارد؟ گورساک^۸ در ۱۹۸۴، اعتقاد دارد که پژوهشگران قبل از ساخت یک ابزار جدید باید نیاز قطعی به ساخت آن را اثبات نمایند و هم چنین ابزارهای جدید باید اعتبار افزایشی داشته باشند. این اصول در ابزارهای جدید مذهب و معنویت، رعایت شده است [۹].

منطق طراحی ابزار سنجش معنویت (SAI)^۹ بر اساس چندین عامل می‌باشد: اول اینکه ساختار نظری رشد

امروزه این نگاه که موضوعات فرامادی جایی در حیطه علوم ندارند، کاملاً تغییر کرده تا آنجا که برخی از سازمان‌های بهداشتی به بازنگری تعاریف موجود در مورد انسان و ماهیت بشر پرداخته‌اند. برای مثال سازمان جهانی بهداشت در تعریف جنبه‌های وجودی انسان به ابعاد: جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره می‌کند و بعد چهارم یعنی معنویت را نیز در رشد و تکامل انسان مطرح می‌سازد [۱]. بررسی علمی باورهای مذهبی و ارتباط باورها با سایر سازه‌های روان‌شناختی اهمیت ویژه‌ای یافته است [۲]. اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان، در چند دهه‌ی گذشته به صورتی روزافزون توجه روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. پیشرفت علم روانشناسی از یک سو و ماهیت پویا و پیچیده جوامع نوین از سوی دیگر، باعث شده است که نیازهای معنوی بشر در برابر خواسته‌ها و نیازهای مادی قد علم کنند و اهمیت بیشتری بیابند [۳]. معنویت یک ساخت ادغام شده از ایمان و معنا و یک تلاش برای ایجاد ارتباط یا آگاه شدن از "شناخت عمیق" بودنمان می‌باشد. این واژه به صورت "بودن"، مفهوم سازی شده است که "به فرد اجازه می‌دهد معنای متعالی زندگی را تجربه کند". این مفهوم اغلب به عنوان ارتباط با خدا در نظر گرفته می‌شود، اما می‌تواند در ارتباط با طبیعت، هنر، موسیقی، خانواده، جامعه و یا هر اعتقاد و باوری که به شخص احساس معنا و هدف در زندگی می‌دهد، به کار بسته شود [۴]. ویلیام جیمز^۱ در ۱۹۲۹، پدیده‌های روانی را در قالب تجربه عرفانی یا معنوی ذهنی شرح داده است. آبراهام مازلو^۲ در ۱۹۶۴، نیز در این زمینه، به اهمیت "تجربه اوج"^۳ که منعکس کننده‌ی نیاز مردم به اعتماد به نفس و خودشکوفایی می‌باشد، اشاره کرده است. در نهایت نیاز به رستگاری معنوی در نوشته‌های ویکتور فرانکل^۴ (مثل بشر در جستجوی معنا [۵])، به عنوان یک

5. Miller, W. M.

6. Hill, P. C.

7. Hood, R. W.

8. Gorsuch, R. L.

9. Spiritual Assessment Inventory

1. James, W.

2. Maslow, A.

3. The Peak Experience

4. Frankl, V.

روش

نوع پژوهش

تحقیق حاضر به منظور بررسی مقدماتی اعتبار و پایایی آزمون سنجش معنویت تنظیم شده است و طرح تحقیق حاضر از نوع همبستگی است.

شیوه ی انجام پژوهش

شیوه انجام تحقیق شامل دو مرحله بوده است. در مرحله اول ابتدا آزمون توسط یک متخصص زبان انگلیسی و یک روان شناس ترجمه شده است. سپس این دو ترجمه با هم مقایسه شده و مشکلات ترجمه ها رفع شد و اصلاحات لازم انجام گردید و نسخه آماده شده توسط متخصص زبان انگلیسی دیگری دوباره به زبان انگلیسی ترجمه مجدد گردید و با پرسش نامه اصلی مقایسه شد. سپس مشکلات پرسش نامه آماده شده برطرف شد و توسط متخصص زبان انگلیسی دیگری بازنگری شد و در نهایت پرسش نامه نهایی آماده شد. سپس ضرایب همبستگی آزمون - باز آزمون در دو بار اجرا محاسبه گردید. در مرحله دوم، آزمون بر روی نمونه اصلی (N=312) اجرا شد و ضرایب آلفا به دست آمد. برای محاسبه اعتبار همزمان از 3 آزمون دیگر شامل آزمون های سوگیری مذهبی، کیفیت زندگی و افسردگی بک استفاده شده و ضرایب همبستگی آزمون سنجش معنویت با این 3 آزمون محاسبه گردید. همچنین برای محاسبه اعتبار محتوی، میزان توافق بین پاسخ های 5 نفر از روانشناسان بررسی شد. در رابطه با اعتبار سازه، همبستگی بالایی بین خرده مقیاس های این پرسش نامه بدست آمد.

آزمودنی

جامعه ی آماری پژوهش کنونی عبارت است از کلیه دانشجویان دانشگاه های تهران، شهید بهشتی و علامه طباطبائی. در این تحقیق تعداد 312 نفر از دانشجویان دختر و پسر دانشکده های مختلف دانشگاه های تهران، شهید بهشتی و علامه طباطبائی با روش نمونه گیری تصادفی در دسترس انتخاب و پرسش نامه های سنجش

معنوی (همانگونه که در این ابزار تعریف شده است)، متفاوت از چهارچوب غالبی است که در روانشناسی مذهب موجود است: مثل جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی. در حقیقت ساختار این جهت گیری ها، اخیراً مورد انتقاد زیادی قرار گرفته است و محققان تشویق شده اند تا چهارچوب های جایگزینی برای مطالعه انگیزه، اعتقاد و رفتارهای مذهبی در نظر بگیرند مانند نظریه دلبستگی. ابزار سنجش معنویت (SAI) هم مبتنی بر تئوری روابط موضوعی است (که انطباق زیادی با تئوری دلبستگی دارد) و هم مبتنی بر مقالات قابل توجهی است که در رابطه با تصویر بازنمایی شده از خدا می باشد. در واقع هر دو این موارد نشان دهنده ی این است که رشد عاطفی / رابطه ای فرد، آینه ای از ارتباط فرد با عالم بالا می باشد (که البته این حالت توسط خود فرد درک می شود). دوم اینکه، با مرور ابزارهای مربوط به سنجش معنویت و مذهب می فهمیم که ابزارهای کمی به طور همزمان، یافته های روانسنجی، چهارچوب های نظری مرتبط با فعالیت های بالینی و طراحی به منظور کاربرد بالینی را، در هم ادغام کرده اند. نهایتاً اینکه، به نظر نمی رسد تا به امروز، ابزاری عینی و چند بعدی برای سنجش رشد معنویت وجود داشته باشد که همزمان، برای رواندرمانگران، مشاوران مذهبی و روحانیون مفید بوده باشد و این نشان دهنده آن است که می توان، ابزار سنجش معنویت (SAI) را در زمینه های بالینی و مشاوره به کار بست. در پاسخ به این نیازها این ابزار (SAI) طراحی شد [9] و در این تحقیق بر آن شدیم که با توجه به عدم وجود ابزارهای معتبر متکی بر تئوریهای روابط موضوعی، اعتبار و پایایی مقدماتی این ابزار (SAI) را در جمعیت ایرانی به دست بیاوریم. بر این اساس به دنبال پاسخگویی به این سوالات هستیم:

- 1- آیا آزمون سنجش معنویت از اعتبار مناسبی در بین دانشجویان ایرانی برخوردار است؟
- 2- آیا آزمون سنجش معنویت از پایایی مناسبی در بین دانشجویان ایرانی برخوردار است؟

معنویت، سوگیری مذهبی، افسردگی بک و کیفیت زندگی بر روی آنها اجر شد. در این رابطه سعی گردید که رشته‌های مختلف تحصیلی و قشرهای متنوع دانشجویان تا حد امکان در نظر گرفته شوند که در این زمینه تقریباً تمام دانشکده‌های سه دانشگاه فوق انتخاب گردید و سپس به روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس، دانشجویان از بخش‌های مختلف این دانشکده‌ها برگزیده شده و پرسش‌نامه‌ها به صورت گروهی بر روی آنها اجرا گردید.

ابزارهای پژوهش

- پرسش‌نامه سنجش معنویت (SAI) [۹]: پرسش‌نامه SAI، یک ابزار تحقیقی به منظور بررسی تجارب تحولی متمرکز بر یک یا هر دو عامل کیفیت ارتباط با خدا و آگاهی از خدا می‌باشد. این ابزار به منظور بررسی تاثیر جهت‌گیری معنوی توسط هال^۱ و همکاران در ۱۹۹۶ به کار برده شده است. بر اساس آخرین اطلاعات، این ابزار در ۳۰ مطالعه تجربی به کار بسته شده است [۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴]. این پرسش‌نامه متشکل از دو بعد اصلی (کیفیت ارتباط با خدا و آگاهی از خدا) و شش خرده‌مقیاس (آگاهی^۲، پذیرش واقعی^۳، ناامیدی^۴، بزرگ‌بزرگ‌نمایی^۵، بی‌ثباتی^۶ و کنترل تاثیر گذاری^۷) می‌باشد. می‌باشد. بعد کیفیت این ابزار به منظور سنجش تفاوتی که در سطوح ارتباط با خداست و مبتنی بر نظریه ارتباط موضوعی است، طراحی شده است. پرسش‌نامه کنونی، تلاشی است در جهت مفهوم‌سازی این موضوع که منظور از مفهوم سنتی "تحول معنوی"^۸ چیست و این مفهوم چگونه می‌تواند به "تحول روانی معنوی"^۹ تبدیل شود. کیفیت ارتباط با خدا در این پرسش‌نامه توسط ۴ خرده‌مقیاس مورد اندازه‌گیری قرار گرفته است (ناامیدی،

پذیرش واقعی، بزرگ‌نمایی و بی‌ثباتی) و سازه آگاهی توسط یک خرده‌مقیاس اندازه‌گیری شده است. یکی از فرضیات این پرسش‌نامه این است که افرادی که نمره یک به همه یا بیشتر آیت‌های این پرسش‌نامه می‌دهند، الگویی از مکانیسم دفاعی انکار را نشان می‌دهند. خرده‌مقیاس کنترل تاثیر گذاری به نسخه‌ی جدید این پرسش‌نامه اضافه شده است. هر کدام از آیت‌هایی که در ارتباط با این خرده‌مقیاس هستند، رفتارها و نگرش‌های معنوی افراد را به شکل اغراق شده می‌سنجند. در این حالت فرض می‌شود که بیشتر اشخاص مذهبی، تجربه‌ی معنوی با شدت و فراوانی زیاد را نداشته‌اند. بنابراین آیت‌های مربوط به کنترل تاثیر گذاری نشان‌دهنده ویژگی این افراد نمی‌باشد. در نسخه جدید این پرسش‌نامه، مجموعاً ۵۴ آیت موجود می‌باشد که تنها ۷ آیت به صورت دو قسمتی می‌باشد و ۴۰ آیت مابقی به صورت یک قسمتی می‌باشد [۹]. در پرسش‌نامه‌ی هال^۱ و ادواردز^{۱۱} [۹]، ضریب آلفای کرونباخ مربوط به همبستگی درونی برای خرده‌مقیاس آگاهی^۲ ۰/۹۵؛ ناامیدی^۴ ۰/۹۰؛ پذیرش واقعی^۳ ۰/۸۳؛ بزرگ‌بزرگ‌نمایی^۵ ۰/۷۳؛ بی‌ثباتی^۶ ۰/۸۴ و کنترل تاثیر گذاری^۷ ۰/۷۷ می‌باشد. هال و ادواردز (۲۰۰۲)، در رابطه با اعتبار همگرا، همبستگی مناسبی را بین این پرسش‌نامه و پرسش‌نامه روابط موضوعی بل (BORI) [۱۵]، پرسش‌نامه بهزیستی معنوی (SWBS) [۱۶]، پرسش‌نامه‌ی بازنمایی درونی/ بیرونی (I/E-R) [۱۷]، پرسش‌نامه خودشیفتگی (NPI) [۱۸] و پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی (DSQ) [۱۹] بدست آورده‌اند.

- پرسش‌نامه افسردگی بک^{۱۲} [۲۰]: این پرسش‌نامه توسط بک^{۱۳}، اپستین^{۱۴}، استیر^{۱۵} و براون^{۱۶} در ۱۹۹۶، مورد تجدید نظر قرار گرفت و از حیث وفور بکارگیری توسط روان‌شناسان، ششمین جایگاه و توسط

1. HALL, T. W.
2. Awareness
3. Realistic Acceptance
4. Disappointment
5. Grandiosity
6. Instability
7. Impression Management
8. Spiritual Development
9. Psychospiritual Development

10. Hall, T. W.
11. Edwards, K. J.
12. Beck Depression Inventory
13. Beck, A. T.
14. Epstein, N.
15. Steer, R. A.
16. Brown, G.

اجتماعی^۸ و امنیت درآینده^۹ که هر کدام رضایت مندی فرد را در یکی از حوزه‌های کیفیت زندگی می‌سنجد. هر یک از سؤالات مقیاس از ۰ تا ۱۰ نمره گذاری می‌شوند و گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۷۰ می‌باشد که بیانگر نمره کیفیت زندگی به طور کلی می‌باشد. ویژگی‌های روان سنجی نسخه اصلی مقیاس در راهنمای آن گزارش شده است. پایایی و اعتبار مقیاس در جمعیت ایرانی نیز توسط نائینیان و شعیری (در دست انتشار) تایید شده است. پایایی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ و ضریب همبستگی ناشی از بازآزمایی مقیاس برابر با ۰/۷۹ ($P < ۰/۰۰۰۱$) به دست آمد. اعتبار مقیاس از طریق ضریب همبستگی به دست آمده بین مقیاس بهزیستی شخصی و خرده مقیاس‌های چک لیست نشانه‌های بالینی (SCL- 90)، بجز یک خرده مقیاس که برابر با ۰/۴۳ ($P < ۰/۰۰۲$) بود، برای سایر خرده مقیاس‌ها در سطح بالا و همبستگی‌هایی در دامنه ۰/۵۷- تا ۰/۸۱- ($P < ۰/۰۰۰$) حاصل شد [۲۳].

- پرسش نامه سوگیری مذهبی شمس [۲۴]: پرسشنامه سوگیری مذهبی شمس ابزاری تک بعدی و بومی است که به منظور سنجش باورهای مذهبی اسلامی توسط شعیری (در دست انتشار) ساخته شده است. پرسشنامه دربرگیرنده ۲۰ سوال ۵ گزینه‌ای می‌باشد که هر سوال از ۰ تا ۴ نمره گذاری می‌شود. ۱۶ سوال پرسشنامه دارای نمره گذاری مستقیم و ۴ سوال به طور معکوس نمره گذاری می‌شود. ویژگی‌های روان سنجی پرسشنامه توسط سازنده در جمعیت دانشجویی مناسب ذکر شده است. پایایی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۰، ضریب همبستگی بین دو نیمه ۰/۵۶ و ضریب پایایی دو نیمه بر اساس اسپیرمن براون ۰/۷۲ به دست آمد. اعتبار مقیاس از طریق محاسبه ضریب همبستگی پرسشنامه سوگیری مذهبی شمس با مقیاس نوروژگرای برسی و همبستگی برابر با ۰/۲۵ ($P < ۰/۰۱$) به دست آمد [۲۱].

شیوه تحلیل داده‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های توصیفی

8. Feeling Part Of Community
9. Future Security

نوروسایکولوژیست‌ها دومین جایگاه را به خود اختصاص داده است. این ابزار مبتنی بر خود - گزارش دهی است و نشانه‌های افسردگی را در نوجوانان و بزرگسالان واریسی می‌کند. پرسش نامه ۲۱ ماده را در خود جای داده است و هر ماده وضعیت آزمودنی را در ۴ حالت که از ۰-۳ نمره گذاری می‌گردد نمایان می‌سازد. مجموع نمرات آزمودنی در ۲۱ ماده بین ۰-۶۳ قرار می‌گیرد و بر اساس برپایی نمره می‌توان وخامت افسردگی را در آزمودنی‌ها بررسی نمود: حداقل نشانه: ۰-۱۳ افسردگی خفیف: ۱۹-۱۴ افسردگی متوسط: ۲۸-۲۰ افسردگی شدید: ۵۳-۲۹. پایایی و روانی ابزار در گروهی ۵۰۰ نفره از بیماران بستری بر اساس معیارهای DSM و نیز ۱۲۰ نفر از دانشجویان یکی از دانشگاه‌های کانادا محاسبه گردیده است. ضریب آلفا برای نمونه بالینی ۰/۹۲ و برای دانشجویان ۰/۹۳ و ضریب پایایی از طریق بازآزمایی در گروه بالینی ۰/۹۳ گزارش گردیده است. این پرسش نامه در ایران در تحقیقات متعدد مورد استفاده قرار گرفته است. ۵۲ ماده با ۱۳ عنوان (برچسب) را در فرد واریسی می‌کند. هر عنوان ۴ پاسخ احتمالی (۰-۳) را در برمی‌گیرد. میزان افسردگی می‌تواند هیچ یا کمترین حد (۰-۴)، خفیف (۵-۷)، متوسط (۸-۱۵) و یا وخیم (۱۶ و بالاتر) گزارش شود [۲۱].

- پرسشنامه بهزیستی شخصی (کیفیت زندگی) بزرگسالان (PWI-A)^۱ [۲۲]: پرسشنامه بهزیستی شخصی (کیفیت زندگی) بزرگسالان، به منظور سنجش رضایتمندی از زندگی در جمعیت عمومی توسط کامینز^۲ کامینز^۲ در ۲۰۰۴ در استرالیا ساخته شد. این مقیاس در بردارنده هفت ماده رضایت مندی است، از جمله سطح مادی زندگی^۳، سلامتی^۴، دستاوردها و موفقیت‌ها^۵، روابط روابط شخصی با دیگران^۶، ایمنی شخصی^۷، تعلق

1. Adult Personality Well – Being Index
2. Cummins, R.A.
3. Standard Of Living
4. Health
5. Achievements In Life
6. Personal Relationships
7. Safety

همان طور که در جدول ۱ دیده می‌شود بیشترین تعداد نمونه را زنان (۵۲/۲٪) را تشکیل می‌دهد.

- اعتبار

- اعتبار محتوا

برای بررسی اعتبار محتوی پرسش نامه سنجش معنویت، این پرسش نامه را به ۵ نفر از اساتید روان‌شناسی ارائه نمودیم. نتایج مربوط به نظرات این اساتید در رابطه با ارتباط خرده مقیاس‌های این پرسش نامه با مفهوم معنویت در جداول زیر ارائه شده است:

جدول ۲ نتایج مربوط به فراوانی و درصد توافق ارتباط مفهوم معنویت با خرده مقیاس‌های پرسش نامه سنجش معنویت را از نظر متخصصان نشان می‌دهد و میزان این ارتباط از جانب متخصصان بر حسب انتخاب رتبه‌های ۱ (کاملاً مخالف) تا ۶ (کاملاً موافق) درجه بندی گردیده است. همان طور که ملاحظه می‌گردد بالاترین میزان توافق (۵/۸۰) مربوط به سوالات ۳ و ۱۵ می‌باشد (هر دو این سوالات مربوط به خرده مقیاس آگاهی می‌باشند) و کمترین میزان توافق (۲/۶۰) مربوط به سوال ۳۵ می‌باشد (این سوال جزو خرده مقیاس بی ثباتی می‌باشد). انحراف معیار بین (۰/۴۴) تا (۲/۵۸) متغیر است.

جدول ۳ نتایج همبستگی بین نظرات متخصصان در ارتباط با رابطه بین تعریف معنویت با خرده مقیاس‌های پرسش نامه سنجش معنویت را نشان می‌دهد. همانطور که در این جدول مشاهده می‌گردد بالاترین میزان همبستگی ($r = ۰/۵۵$) بین نظرات ارزیابان ۳ و ۵ دیده می‌شود و کمترین میزان همبستگی ($r = ۰/۰۷$) بین نظرات ارزیابان ۴ و ۵ دیده می‌شود. به طور کلی با توجه به بیشتر همبستگی‌های معنادار بین نظرات ارزیابان و با توجه به جدول ۳ می‌توان نتیجه گرفت که پرسش نامه سنجش معنویت از اعتبار محتوا مناسبی برخوردار است.

محاسبه ی شاخص‌های میانگین، انحراف معیار استفاده شد و در قسمت استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون و ضرایب آلفا برای محاسبه ضرایب پایائی استفاده گردید. هم چنین برای بررسی همبستگی آزمون سنجش معنویت و آزمون سوگیری مذهبی، کیفیت زندگی و افسردگی بک از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. علاوه بر آن برای محاسبه اعتبار محتوی و اعتبار سازه نیز، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید.

نتایج

۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی

جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی

متغیر		سن
میانگین (انحراف معیار)	۲۳/۰۸ (۳/۵۱)	
دامنه	۱۸-۴۰	
جنس	مرد	۱۴۹ (۴۷/۸٪)
	زن	۱۶۳ (۵۲/۲٪)
وضعیت تاهل	مجرد	۲۸۲ (۹۰/۴٪)
	متاهل	۲۹ (۹/۳٪)
دانشگاه	تهران	۱۵۱ (۴۸/۴٪)
	شهید بهشتی	۸۲ (۲۶/۳٪)
	علامه طباطبایی	۷۹ (۲۵/۳٪)
مقطع تحصیلی	کاردانی	۱ (۰/۳٪)
	کارشناسی	۱۹۱ (۶۱/۲٪)
	کارشناسی ارشد	۹۲ (۲۹/۵٪)
	دکتری	۲۸ (۹٪)
رشته تحصیلی	علوم انسانی	۱۵۲ (۴۸/۷٪)
	فنی مهندسی	۹۲ (۵/۲۹٪)
	علوم پایه	۳۴ (۱۰/۹٪)
	پزشکی	۲۶ (۸/۳٪)
محل سکونت	هنر	۴ (۱/۳٪)
	خانه خوابگاه	۲۰۹ (۶۷٪)
		۹۳ (۲۹/۸٪)

جدول ۲: فراوانی و درصد توافق ارتباط مفهوم معنویت با خرده مقیاس‌های پرسش نامه سنجش معنویت از نظر متخصصان

معیار انحراف	میانگین	۹		۵		۴		۳		۲		۱		سوال	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۰/۵۴	۵/۶۰	۶۰	۳	۴۰	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	آگاهی
۰/۴۴	۵/۸۰	۸۰	۴	۲۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	
۱/۳۰	۵/۲	۶۰	۳	۲۰	۱	۰	۰	۲۰	۱	۰	۰	۰	۰	۶	
۱/۳۰	۴/۸۰	۴۰	۲	۲۰	۱	۲۰	۱	۲۰	۱	۰	۰	۰	۰	۹	
۰/۵۴	۵/۴	۴۰	۲	۶۰	۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۱	
۰/۴۴	۵/۸۰	۸۰	۴	۲۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۵	
۰/۸۹	۵/۴۰	۶۰	۳	۲۰	۱	۲۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۷	
۰/۵۴	۵/۶۰	۶۰	۳	۴۰	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۹	
۱/۶۴	۳/۲۰	۰	۰	۲۰	۱	۴۰	۲	۰	۰	۲۰	۱	۲۰	۱	۲۱	
۰/۴۴	۵/۲۰	۲۰	۱	۸۰	۴	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲۳	
۱/۲۲	۵	۴۰	۲	۴۰	۲	۰	۰	۲۰	۱	۰	۰	۰	۰	۲۵	
۱/۶۴	۴/۸۰	۴۰	۲	۴۰	۲	۰	۰	۰	۰	۲۰	۱	۰	۰	۲۸	
۰/۵۴	۵/۴۰	۴۰	۲	۶۰	۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۰	
۱/۲۲	۵	۴۰	۲	۴۰	۲	۰	۰	۲۰	۱	۰	۰	۰	۰	۳۱	
۱/۵۸	۴	۲۰	۱	۲۰	۱	۲۰	۱	۲۰	۱	۲۰	۱	۰	۰	۳۴	
۱/۶۴	۴/۲۰	۲۰	۱	۴۰	۲	۰	۰	۲۰	۱	۲۰	۱	۰	۰	۳۶	
۰/۵۴	۵/۶۰	۶۰	۳	۴۰	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۴۰	
۰/۵۴	۵/۴۰	۴۰	۲	۶۰	۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۴۲	
۰/۸۹	۵/۴۰	۶۰	۳	۲۰	۱	۲۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۴۴	
۲/۵۸	۳/۸۰	۴۰	۲	۲۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۴۰	۲	۲,۲	
۲/۲۸	۳/۲۰	۲۰	۱	۲۰	۱	۰	۰	۲۰	۱	۰	۰	۴۰	۲	۸,۲	
۲/۰۴	۳/۲۰	۰	۰	۴۰	۲	۲۰	۱	۰	۰	۰	۰	۴۰	۲	۱۲,۲	
۲/۳۰	۳/۴۰	۲۰	۱	۲۰	۱	۲۰	۱	۰	۰	۰	۰	۴۰	۲	۱۸,۲	
۱/۸۷	۳	۰	۰	۲۰	۱	۴۰	۲	۰	۰	۰	۰	۴۰	۲	۲۷,۲	
۱/۸۷	۳	۰	۰	۲۰	۱	۴۰	۲	۰	۰	۰	۰	۴۰	۲	۳۳,۲	
۱/۸۷	۳	۰	۰	۲۰	۱	۴۰	۲	۰	۰	۰	۰	۴۰	۲	۴۷,۲	
۱/۸۷	۴	۰	۰	۲۰	۱	۴۰	۲	۰	۰	۰	۰	۲۰	۱	۲,۱	نامبیدی
۱/۶۷	۳/۶۰	۰	۰	۴۰	۲	۲۰	۱	۲۰	۱	۰	۰	۲۰	۱	۸,۱	
۱/۵۱	۳/۶۰	۰	۰	۲۰	۱	۶۰	۳	۰	۰	۰	۰	۲۰	۱	۱۲,۱	
۱/۶۴	۳/۲۰	۰	۰	۲۰	۱	۴۰	۲	۰	۰	۲۰	۱	۲۰	۱	۱۸,۱	
۱/۵۸	۳	۰	۰	۲۰	۱	۲۰	۱	۲۰	۱	۲۰	۱	۲۰	۱	۲۷,۱	
۱/۴۸	۳/۲۰	۰	۰	۲۰	۱	۲۰	۱	۴۰	۲	۰	۰	۲۰	۱	۳۳,۱	
۱/۳۰	۲/۸۰	۰	۰	۰	۰	۴۰	۲	۲۰	۱	۲۰	۱	۲۰	۱	۴۷,۱	
۱/۵۱	۴/۴۰	۲۰	۱	۴۰	۲	۲۰	۱	۰	۰	۲۰	۱	۰	۰	۵	بزرگ نمایی
۱/۲۲	۵	۴۰	۲	۴۰	۲	۰	۰	۲۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱۳	
۱/۳۰	۲/۲۰	۰	۰	۰	۰	۲۰	۱	۲۰	۱	۲۰	۱	۴۰	۲	۲۰	
۱/۵۱	۴/۶۰	۲۰	۱	۶۰	۳	۰	۰	۰	۰	۲۰	۱	۰	۰	۲۶	
۰/۸۳	۴/۸۰	۲۰	۱	۴۰	۲	۴۰	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲۹	
۱/۵۸	۳	۰	۰	۲۰	۱	۲۰	۱	۲۰	۱	۲۰	۱	۲۰	۱	۳۷	
۱/۵۱	۳/۶۰	۲۰	۱	۰	۰	۲۰	۱	۴۰	۲	۲۰	۱	۰	۰	۴۵	

ادامه جدول ۲:

انحراف معیار	میانگین	۶		۵		۴		۳		۲		۱		سوال	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۱/۷۸	۴/۲۰	۰	۰	۸۰	۴	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲۰	۱	۴	بی ثباتی
۱/۴۱	۴	۲۰	۱	۰	۰	۶۰	۳	۰	۰	۲۰	۱	۰	۰	۱۰	
۰/۷۰	۵	۲۰	۱	۶۰	۳	۲۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۶	
۰/۸۳	۴/۲۰	۰	۰	۴۰	۲	۴۰	۲	۲۰	۱	۰	۰	۰	۰	۲۲	
۱/۵۱	۲/۶۰	۰	۰	۲۰	۱	۰	۰	۲۰	۱	۴۰	۲	۲۰	۱	۳۵	
۱/۵۸	۳	۰	۰	۲۰	۱	۲۰	۱	۲۰	۱	۲۰	۱	۲۰	۱	۳۹	
۱/۸۱	۳/۴۰	۰	۰	۴۰	۲	۲۰	۱	۰	۰	۲۰	۱	۲۰	۱	۴۱	
۰/۴۴	۴/۲۰	۰	۰	۲۰	۱	۸۰	۴	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۴۳	
۱/۹۴	۳/۶۰	۰	۰	۶۰	۳	۰	۰	۰	۰	۲۰	۱	۲۰	۱	۴۶	
۱/۱۴	۴/۶	۲۰	۱	۴۰	۲	۲۰	۱	۲۰	۱	۰	۰	۰	۰	۷	کنترل تأثیرگذاری
۰/۴۴	۵/۸۰	۸۰	۴	۲۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۴	
۱/۸۷	۳	۰	۰	۲۰	۱	۴۰	۲	۰	۰	۰	۰	۴۰	۲	۲۴	
۱/۵۸	۴	۲۰	۱	۲۰	۱	۲۰	۱	۲۰	۱	۲۰	۱	۰	۰	۳۲	
۰/۵۴	۴/۶۰	۰	۰	۶۰	۳	۴۰	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۸	

جدول ۳: نتایج همبستگی بین نظرات متخصصان در ارتباط با رابطه بین مفهوم معنویت با خرده مقیاسهای پرسش نامه سنجش معنویت

ارزیاب ۵		ارزیاب ۴		ارزیاب ۳		ارزیاب ۲		ارزیاب ۱		
p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	
۰/۰۳	۰/۲۴*	۰/۲۸	۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹**	۰/۱۹	۰/۱۵	۰/۰۰	۱	ارزیاب ۱
۰/۰۰۱	۰/۳۸**	۰/۰۲	۰/۲۶*	۰/۰۰۱	۰/۴۰**	۰/۰۰	۱	۰/۱۹	۰/۱۵	ارزیاب ۲
۰/۰۰۰۱	۰/۵۵**	۰/۱۳	۰/۱۷	۰/۰۰	۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰**	۰/۰۰۱	۰/۳۹**	ارزیاب ۳
۰/۵۲	۰/۰۷	۰/۰۰	۱	۰/۱۳	۰/۱۷	۰/۰۲	۰/۲۶*	۰/۲۸	۰/۱۲	ارزیاب ۴
۰/۰۰	۱	۰/۵۲	۰/۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵**	۰/۰۰۱	۰/۳۸**	۰/۰۳	۰/۲۴*	ارزیاب ۵

$p \leq 0.01$ ** $p \leq 0.05$ *

جدول ۴: همبستگی بین خرده مقیاسهای پرسش نامه سنجش معنویت

کنترل تأثیرگذاری		بی ثباتی		بزرگ نمایی		نامیدی		پذیرش واقعی		آگاهی		
p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	
۰/۰۰۰۱	۰/۷۵**	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰**	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱**	۰/۰۰۴	-۰/۱۶**	/۰۰۰۱	/۳۶**	۰/۰۰۰	۱**	آگاهی
۰/۰۰۰۱	۰/۳۸**	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰**	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱**	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲**	۰/۰۰۰	۱**	/۰۰۰۱	۰/۳۶**	پذیرش واقعی
۰/۴۳	-۰/۰۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹**	۰/۷۳	۰/۰۱۹	۰/۰۰۰	۱**	۰/۰۰۰۱	/۴۲**	۰/۰۰۴	-۰/۱۶**	نامیدی
۰/۰۰۰۱	۰/۵۷**	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵**	۰/۰۰۰	۱**	۰/۷۳	۰/۰۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱**	/۰۰۰۱	۰/۶۱**	بزرگ نمایی
۰/۰۰۰۱	/۳۷**	۰/۰۰۰	۱**	۰/۰۰۰۱	/۳۵**	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹**	۰/۰۰۰۱	/۵۰**	/۰۰۰۱	۰/۴۰**	بی ثباتی
۰/۰۰۰	۱**	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷**	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷**	۰/۴۳	-۰/۰۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸**	/۰۰۰۱	۰/۷۵**	کنترل تأثیرگذاری

اعتبار سازه

برای بدست آوردن اعتبار سازه، میزان همبستگی و تجانس درونی بین خرده مقیاس های پرسش نامه معنویت بر اساس جدول ۴ محاسبه گردیده است. همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود بیشترین همبستگی ($r=0.75$) بین خرده مقیاس های آگاهی و کنترل تاثیرگذاری دیده می شود و کمترین میزان همبستگی ($r=-0.45$) بین خرده مقیاس های ناامیدی و کنترل تاثیر گذاری دیده می شود. به طور کلی با توجه به همبستگی های مشاهده شده در این جدول می توان نتیجه گرفت که پرسش نامه سنجش معنویت از اعتبار سازه مناسبی برخوردار است.

اعتبار همزمان

به منظور بررسی اعتبار همزمان، همبستگی بین پرسش نامه سنجش معنویت با هریک از پرسش نامه های سوگیری مذهبی، کیفیت زندگی، افسردگی بک و مکانیسم ها و سبک های دفاعی بدست آمده است که در جداول زیر ارائه می گردد.

همان طور که در جدول ۵ نشان داده شده است بیشترین همبستگی ($r=0.74$) بین سوگیری مذهبی و خرده مقیاس کنترل تاثیر گذاری دیده می شود. خرده مقیاس ناامیدی با سوگیری مذهبی همبستگی منفی و معنادار ($r=-0.29$) دارد.

جدول ۵: همبستگی بین خرده مقیاس های پرسش نامه سنجش معنویت (SAI) و پرسش نامه سوگیری مذهبی شمس

متغیر	سوگیری مذهبی	
	r	p
آگاهی	۰/۸۰**	۰/۰۰۰۱
پذیرش واقعی	۰/۳۱**	۰/۰۰۰۴
ناامیدی	-۰/۲۹**	۰/۰۰۰۸
بزرگ نمایی	۰/۴۹**	۰/۰۰۰۱
بی ثباتی	۰/۳۲**	۰/۰۰۰۴
کنترل تاثیرگذاری	۰/۷۴**	۰/۰۰۰۱

$p \leq 0.01$ **

جدول ۶: همبستگی بین خرده مقیاس های پرسش نامه سنجش معنویت (SAI) و پرسش نامه کیفیت زندگی (PWI-A)

متغیر	کیفیت زندگی	
	r	p
آگاهی	۰/۳۶**	۰/۰۰۰۲
پذیرش واقعی	۰/۲۶*	۰/۰۰۲
ناامیدی	-۰/۱۴	۰/۲۱
بزرگ نمایی	۰/۳۳**	۰/۰۰۰۵
بی ثباتی	۰/۲۰	۰/۰۰۸
کنترل تاثیرگذاری	۰/۴۹**	۰/۰۰۰۱

$p \leq 0.01$ ** $p \leq 0.05$ *

جدول ۷: همبستگی بین خرده مقیاس های پرسش نامه سنجش معنویت (SAI) و پرسش نامه افسردگی بک

متغیر	افسردگی	
	r	p
آگاهی	-۰/۱۱	۰/۳۳
پذیرش واقعی	۰/۲۴*	۰/۰۰۲
ناامیدی	۰/۴۵**	۰/۰۰۰۱
بزرگ نمایی	-۰/۰۲	۰/۸۱
بی ثباتی	۰/۴۵**	۰/۰۰۰۱
کنترل تاثیرگذاری	-۰/۰۶	۰/۵۵

$p \leq 0.01$ ** $p \leq 0.05$ *

همان طور که در جدول ۶ نشان داده شده است بیشترین همبستگی ($r=0.49$) بین کیفیت زندگی و خرده مقیاس کنترل تاثیر گذاری دیده می شود. خرده مقیاس های ناامیدی و بی ثباتی با کیفیت زندگی همبستگی معناداری ندارند.

همان طور که در جدول ۷ نشان داده شده است، بیشترین همبستگی ($r=0.45$) بین خرده مقیاس های ناامیدی و بی ثباتی با افسردگی دیده می شود. بین خرده مقیاس های آگاهی، بزرگ نمایی و کنترل تاثیرگذاری با افسردگی همبستگی معناداری دیده نمی شود.

با توجه به آنچه که در جداول ۵، ۶ و ۷ اشاره شد، می توان نتیجه گرفت که پرسش نامه سنجش معنویت از اعتبار همزمان مناسبی برخوردار است و به طور کلی با

به بی ثباتی و کنترل تاثیر گذاری ($r = 0/60$) و بیشترین همبستگی بین دو نیمه مربوط به آگاهی ($r = 0/87$) می‌باشد. میزان همبستگی کل $0/88$ است.

بر اساس نتایج جدول ۹، بیشترین همبستگی مربوط به آگاهی ($r = 0/91$) و کمترین همبستگی مربوط به بزرگ نمایی ($r = 0/72$) می‌باشد. تمام همبستگی‌ها در سطح $0/001$ معنادار است.

با توجه به آنچه که در جداول ۸ و ۹ به آن اشاره شد، می‌توان نتیجه گرفت که پرسش نامه سنجش معنویت از پایایی مناسبی برخوردار است.

توجه به آنچه که در جداول ۲ تا ۷ به آن اشاره شد، می‌توان نتیجه گرفت که پرسش نامه سنجش معنویت از اعتبار (محتوا، سازه و همزمان) مناسبی برخوردار است.

۲- پایایی

نتایج مربوط به پایایی پرسش نامه سنجش معنویت در جداول ۸ ارائه شده است.

بر اساس نتایج جدول ۸، ضرایب آلفا در شش خرده مقیاس پرسش نامه ی سنجش معنویت بین $0/94$ (آگاهی) تا $0/72$ (کنترل تاثیر گذاری) متغیر است. آلفای کل $0/93$ می‌باشد. کمترین همبستگی بین دو نیمه مربوط

جدول ۸: نتایج مربوط به ضرایب آلفا پرسش نامه سنجش معنویت در اجرای اصلی ($n = 312$)

اسپیرمن براون	همبستگی بین دو نیمه	آلفای دو نیمه		آلفا کل	شاخص متغیر
		نیمه اول	نیمه دوم		
0/93	0/87	0/88	0/90	0/94	آگاهی
0/88	0/78	0/84	0/76	0/89	پذیرش واقعی
0/79	0/65	0/87	0/71	0/87	نامیدی
0/81	0/68	0/73	0/61	0/81	بزرگ نمایی
0/75	0/60	0/54	0/78	0/78	بی ثباتی
0/76	0/60	0/53	0/58	0/72	کنترل تاثیر گذاری

جدول ۹: نتایج مربوط به همبستگی آزمون- باز آزمون پرسش نامه

سنجش معنویت (فاصله ۱۵ روز) ($n = 52$)

p	r	شاخص متغیر
0/001	0/91**	آگاهی
0/001	0/83**	پذیرش واقعی
0/001	0/77**	نامیدی
0/001	0/72**	بزرگ نمایی
0/001	0/81**	بی ثباتی
0/001	0/81**	کنترل تاثیر گذاری

$p \leq 0/01$ **

بحث و نتیجه گیری

در ارتباط با اعتبار محتوا، توافق بالای نظر متخصصان (۵ نفر از روان شناسان) در رابطه با ارتباط مفهوم معنویت با خرده مقیاس های معنویت مشاهده شد. بیشترین توافق آنان در رابطه با سوالات ۳، ۱۴ و ۱۵ می باشد که میانگین توافق آنان ۵/۸۰ از ۶ نمره می باشد. هم چنین کمترین توافق آنان در رابطه با سوال ۲۰ می باشد که میانگین توافق آنان در این سوال ۲/۲۰ از ۶ نمره است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که مقیاس سنجش معنویت از اعتبار محتوا مناسبی برخوردار است.

همه خرده مقیاس های پرسش نامه سنجش معنویت، به غیر از عدم همبستگی مشاهده شده بین خرده مقیاس ناامیدی با خرده مقیاس های بزرگ منشی و کنترل تاثیر گذاری، از همبستگی مثبت و معناداری با یکدیگر برخوردارند. هم چنین در تحقیق هال و ادواردز [۹]، به غیر از عدم همبستگی مشاهده شده بین خرده مقیاس ناامیدی با بزرگ منشی و بین خرده مقیاس بزرگ منشی با پذیرش واقعی، بین همه ی خرده مقیاس های سنجش معنویت همبستگی مثبت و معناداری مشاهده شد، که این نتیجه همسو با نتیجه بدست آمده در این تحقیق می باشد. بنابراین با توجه به همبستگی های بدست آمده بین خرده مقیاس های پرسش نامه سنجش معنویت، می توان نتیجه گرفت که این پرسش نامه از اعتبار سازه مناسبی برخوردار است.

در رابطه با اعتبار همزمان، به جز خرده مقیاس های ناامیدی و بی ثباتی، بین اکثر خرده مقیاس های معنویت با کیفیت زندگی، همبستگی مثبت و معناداری دیده می شود. بنابراین می توان گفت که بین معنویت و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. با توجه به اینکه کیفیت زندگی به عنوان ادراک فرد از موقعیتش در زندگی و ارتباط آن با اهداف، انتظارات و معیارهای فرد می باشد [۲] و با توجه به اینکه معنویت به عنوان تلاش شخص برای درک معنا و هدف زندگی اش تعریف می گردد [۷]، بنابراین می توان انتظار داشت که بین معنویت و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری دیده شود. این رابطه با

نتیجه تحقیق گیووانگنولی^۱ و همکاران در ۲۰۰۶، که در رابطه با بررسی نقش معنویت در کیفیت زندگی افراد مبتلا به صرع کانونی انجام گرفته، و مبنی بر رابطه معنادار بین معنویت و کیفیت زندگیست، همسو می باشد [۲۵]. هم چنین در تحقیق دیگری که توسط گروهی از افراد سازمان بهداشت جهانی در ۲۰۰۶، به منظور بررسی ارتباط بین معنویت و باورهای فردی با کیفیت زندگی مردم ۱۸ کشور از جهان صورت گرفته شده بود، نشان داده شد که معنویت، مذهب و باورهای فردی، همبستگی زیادی با کیفیت زندگی دارند [۲۶]. علاوه بر آن، همچنین استاکی^۲،

در تحقیقی کیفی که به منظور بررسی نقش مذهب و معنویت در کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری آلزایمر انجام داده بود، همانند مطالعات قبلی اهمیت نقش معنویت و مذهب را در کیفیت زندگی نشان داد [۲۷]. همان طور که مشاهده شد، به جز خرده مقیاس ناامیدی که همبستگی منفی و معناداری با سوگیری مذهبی دارد، همه خرده مقیاس های معنویت با سوگیری مذهبی، همبستگی مثبت و معناداری را نشان می دهند. بنابراین می توان نتیجه گرفت که بین معنویت و سوگیری مذهبی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. مطابق با تعریف آلپورت^۳، در یکی از ابعاد جهت گیری مذهبی، مذهب به عنوان هدف درونی و محور هویت فرد در نظر گرفته می شود [۲۵] که این تعریف با توجه به تعریف معنویت به عنوان مفهومی که معنا وهدف به زندگی افراد می دهد [۲۸]، همسو می باشد. بنابراین می توان انتظار داشت که بین معنویت و سوگیری مذهبی، رابطه مثبت و معناداری دیده شود که این رابطه تقریباً با یکی از نتایج تحقیق گنجی که به منظور بررسی باورهای مذهبی دانشجویان و ارتباط آن با میزان اضطراب آنان انجام گرفته بود و مبنی بر ارتباط معنادار بین فعالیت مذهبی (دعا خواندن و) و باورهای مذهبی بوده است، همسو می باشد [۲۹]. هم چنین با یکی از نتایج تحقیق تقی یاره که به منظور بررسی ارتباط سطح تحول من، دلبستگی به خدا و

1. Giovagnoli, A . R.
2. Stuckey, J . C.
3. Allport, G.

خرده مقیاس آگاهی ($\alpha = 0/94$) می‌باشد. در تحقیق هال و ادواردز [۹] نیز، بیشترین مقدار آلفای کرونباخ، مربوط به خرده مقیاس آگاهی می‌باشد که این میزان ($\alpha = 0/95$) می‌باشد. در تحقیق کنونی کمترین میزان آلفای کرونباخ مربوط به خرده مقیاس کنترل تاثیر گذاری ($\alpha = 0/72$) می‌باشد. در حالی که در تحقیق هال و ادواردز [۹]، کمترین میزان آلفای کرونباخ مربوط به خرده مقیاس بزرگ منشی ($\alpha = 0/73$) می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که این پرسش نامه از پایایی و همسانی درونی مناسبی برخوردار است.

منابع

- ۱- عباسی، روح الله، روشن چلسی، رسول. (۱۳۸۸). بررسی رابطه باورهای مذهبی و هوش هیجانی در دانش آموزان دبیرستانی. مجله روان شناسی بالینی و شخصیت، سال هفدهم، شماره ۴۳، ۳۱-۳۸.
- ۲- هاشمی، زهرا، جوکار، بهرام. (۱۳۸۸). بررسی رابطه جهت گیری‌های مذهبی اسلامی با ابعاد هویت. مجله روان شناسی بالینی و شخصیت، سال هفدهم، شماره ۴۰، ۵۹-۷۴.
- ۳- وست، ویلیام. (۱۳۸۳). روان درمانی و معنویت، ترجمه ی شهریار شهیدی و سلطانعلی شیر افکن. تهران: انتشارات رشد.
- 4- Vachon, M. L. S. (2008). "Meaning, spirituality, and wellness in cancer survivors". *Seminars in oncology nursing*, vol 24, no 3, 218 – 225.
- 5- Frankl, V. (1984). *Man's search for meaning* (3rd ed). New York: Touchstone, Simon & Schuster.
- 6- Galanter, M. (2007). "Spirituality and recovery in 12- step programs: an empirical model ". *Journal of substance abuse treatment* 33, 265 – 272.

جهت گیری مذهبی در دانشجویان انجام گرفته بود و مبنی بر رابطه منفی بین جهت گیری مذهبی درونی و هریک از ابعاد اضطرابی و اجتنابی دلبستگی به خدا بوده است، همسو است [۳۰].

همان طور که در جداول فوق مشاهده گردید، به جز خرده مقیاس‌های پذیرش، ناامیدی و بی ثباتی که با افسردگی رابطه مثبت و معناداری دارند، سایر خرده مقیاس‌های معنویت با افسردگی رابطه معناداری ندارند. همان طور که انتظار می‌رفت، به دلیل ویژگی‌های بارز افراد افسرده مثل ناامیدی و میل به تایید و پذیرش (مطابق با تعریف فروید از افراد افسرده)، خرده مقیاس‌های پذیرش و ناامیدی همبستگی بالایی با افسردگی نشان دادند، اما به طور کلی بین معنویت و افسردگی رابطه معناداری دیده نشد که این نتیجه با نتایج تحقیق دیو^۱ و همکاران که به منظور بررسی معنویت و نشانه‌های افسردگی در نوجوانان مبتلا به اختلالات روانپزشکی انجام گرفته بود و مبنی بر رابطه معنادار بین فقدان ایمان و افسردگی در نوجوانان بوده است، همسو می‌باشد [۳۱]. هم چنین در تحقیق کاریکو^۲ و همکاران، که به منظور تاثیر معنویت بر نشانه‌های افسردگی بیماران مبتلا به HIV مثبت انجام گرفته شده بود، نشان داده شد که بین معنویت و سطح بالای مقابله مثبت رابطه معناداری وجود دارد و به دنبال آن بین مقابله مثبت و کاهش نشانه‌های افسردگی، ارتباط معناداری دیده شده است [۲۸].

همان طور که در جداول فوق مشاهده گردید، ضرایب همبستگی بدست آمده از آزمون - بازآزمون پرسش نامه سنجش معنویت، بین (۰/۹۷ تا ۰/۷۲) متغیر بوده است که در این میان بیشترین همبستگی آزمون - باز آزمون مربوط به خرده مقیاس آگاهی ($\alpha = 0/91$) و کمترین همبستگی مربوط به خرده مقیاس بزرگ منشی ($\alpha = 0/72$) بوده است. ضرایب آلفای کرونباخ بدست آمده در پرسش نامه سنجش معنویت، بین (۰/۹۴ تا ۰/۷۲) متغیر بوده است که در این میان بیشترین مقدار آلفای کرونباخ، مربوط به

1. Dew, R. E.
2. Carrico, A. W.

- 16- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology* 11(4):330-40.
- 17- Gorsuch, R. L., and McPherson, S. E. (1989). Intrinsic/extrinsic measurement: I/E-revised and single-item scales. *Journal for the Scientific Study of Religion* 28(3):348-54.
- 18- Raskin, R., and Terry, H. (1988). A principal-components analysis of the Narcissistic Personality Inventory and further evidence of its construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology* 54(5):890-902.
- 19- Andrews, G., Singh, M. and Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease* 181(4):246-56.
- 20- Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- ۲۱- حیدری نسب، لیلا، منصور، محمود، آزاد فلاح، پرویز، شعیری، محمدرضا. (۱۳۸۶). روایی و اعتبار پرسشنامه سبک های دفاعی در نمونه های ایرانی. *مجله دانشور رفتار*، سال چهارم، شماره ۲۲، ۱۱-۲۶.
- 22- Cummins, R.A. (2004). Personal Wellbeing Index – Adult (PWI-A). Australian Centre of Quality of Life, School of Psychology, Deakin University. Melbourne.
- ۲۳- نائینیان، محمد رضا، شعیری، محمد رضا، رجیبی، مهتاب، سلطانی نژاد، زهرا، حسینی پور، فهیمه سادات. (در دست انتشار). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس بهزیستی شخصی (کیفیت زندگی) PWI-A.
- ۲۴- نائینیان، محمد رضا، نیک آذین، امیر، مظلوم، مریم. (۱۳۹۱). بررسی مقدماتی پایایی و اعتبار مقیاس سوگیری مذهبی (شمس) در دانش آموزان مقطع دبیرستان شهر تهران. ششمین کنگره روان پزشکی کودک و نوجوان. دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- 7- Macdonald, D.A., & Holland, D. (2002). "Spirituality and boredom proneness". *Personality and individual differences* 32, 1113 – 1119.
- 8- Bekelman, D. B., Parry, C., Curlin, F. A., Yamashita, T. E., Fairclough, D. L., Wamboldt, F. S. (2010). "A comparison of two spirituality instruments and their relationship with depression and quality of life in chronic heart failure". *Journal of pain and symptom management*, vol 39 no. 3.
- 9- Hall, T.W., Edwards, K. J. (2002). "The spiritual assessment inventory : a theistic model and measure for assessing spiritual development". *Journal for the scientific study of religion* 41:2, 341- 357.
- 10- Chan, J. and K. J. Edwards. (1997). Acculturation, marital adjustment, and spiritual functioning for Chinese couples. Paper presented at the annual convention of the Christian Association for Psychological Studies, Seattle, WA.
- 11- Horton, T. G. (1998). The relationship between extrinsic religiosity, intrinsic religiosity, and spiritual maturity to level of life satisfaction and coping resources. Unpublished doctoral dissertation. Stillwater, OK: Oklahoma State University.
- 12- Tisdale, T. C. (1997). A comparison of Jewish, Muslim, and Protestant faith groups on the relationship between level of object relations development and experience of God and self. Unpublished doctoral dissertation. La Mirada, CA: Rosemead School of Psychology, Biola University.
- 13- Seatter, R. B. G. (2001). The relationship between the Spiritual Assessment Inventory and the Rorschach. Unpublished doctoral dissertation. La Mirada, CA: Rosemead School of Psychology, Biola University.
- 14- Warren, E. M. (1998). Spiritual maturity within an attachment framework. Unpublished doctoral dissertation. La Mirada, CA: Rosemead School of Psychology, Biola University.
- 15- Bell, M., Billington, R. and Becker, B. (1986). A scale for the assessment of object relations: Reliability, validity, and factorial invariance. *Journal of Clinical Psychology* 42(5):733-41.

- ۲۹- گنجی، طاهره، حسینی، فاطمه. (۱۳۸۹). باورهای مذهبی دانشجویان پرستاری کارشناسی و ارتباط آن با میزان اضطراب آنان. ماهنامه پرستاری ایران، شماره ۶۴، جلد ۲۳، ۴۴-۵۱.
- ۳۰- تقی یاره، فاطمه، مظاهری، محمد علی، آزاد فلاح، پرویز. (۱۳۸۴). بررسی ارتباط سطح تحول من، دلبستگی به خدا و جهت گیری مذهبی در دانشجویان. مجله روانشناسی، سال نهم، شماره ۱، ۳-۲۱.
- 31- Dew, R. E., Daniel, S. S., Goldston, D. B., McCall, W. V., Kuchibhatla, M., Schleifer, C., Triplett, M. F., Koenig, H. G. (2010). "A prospective study of religion/ spirituality and depressive symptoms among adolescent psychiatric patients". *Journal of affective disorders* 120, 149-157.
- 25- Giovagnoli, A. R., Meneses, R. F., Martins da Silva, A. (2006). "The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy". *Epilepsy & Behavior* 9, 133 - 139.
- 26- Whoqol SRPB Group. (2006). "A cross - cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life". *social science and medicine* 62, 1486 - 1497.
- 27- Stuckey, J. C. (2001). "Blessed assurance the role of religion and spirituality in Alzheimer disease caregiving and other significant life events". *Journal of aging studies* 15, 69 - 84.
- 28- Carrico, A.W., Ironson, G., Antoni, M. H., Lechner, S. C., Durán, R. E., Kumar, M., Schneiderman, N. (2006). "A path model of the effects of spirituality on depressive symptoms and 24-h urinary - free cortisol in HIV - positive persons ". *Journal of psychosomatic research* 61, 51 -58.

به نام خدا

دانشجوی گرامی :

پرسشنامه حاضر در برگیرنده عبارتهایی درمورد احساس معنوی شماسست و بدین خاطر پاسخ های درست و غلط در آن وجود ندارد. لطفا میزان موافقت خود را با جمله ها با انتخاب یکی از گزینه ها (از ۱ : اصلا صحیح نیست تا ۵ : کاملا صحیح است) اعلام فرمائید.(گزینه های ۲ تا ۴ میزان موافقت تدریجی شما را نشان می دهند).

جنس: زن مرد سن: رسته:

مقطع: کاردانی کارشناسی کارشناسی ارشد دکتری

وضعیت تاهل: مجرد متاهل محل سکونت (در دوران دانشجویی): خانه خوابگاه

۵ کاملاً صحیح است	۴	۳	۲	۱ اصلاً صحیح نیست		
۵	۴	۳	۲	۱	۱	من از نقش خداوند در زندگی ام آگاهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲,۱	موقعی هستند که از خداوند دلخور می شوم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲,۲	وقتی چنین می شود، هنوز دلم می خواهد رابطه ام را با خداوند حفظ کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳	حضور خداوند را واقعا حس می کنم
۵	۴	۳	۲	۱	۴	از این می ترسم که خداوند مرا به حال خود واگذارد.
۵	۴	۳	۲	۱	۵	به نظرم ، من قابلیت خاصی دارم که بتوانم بوسیله دعاهایم خدا را تحت تاثیر قرار دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۶	گوش سپردن به خدا، بخش مهمی از زندگی ام است.
۵	۴	۳	۲	۱	۷	همیشه وقتی به مسجد یا مکانهای عبادی می روم در حالت بندگی هستم
۵	۴	۳	۲	۱	۸,۱	موقعی هستند که از خداوند سرخورده می شوم .
۵	۴	۳	۲	۱	۸,۲	وقتی چنین احساسی دارم، هنوز می ایلم برای حفظ رابطه ام با خداوند، تلاش کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۹	آگاهم که خداوند مرا به انجام کارها وامی دارد.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۰	رابطه ای عاطفی ام با خداوند، ناپایدار است.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۱	تجربه ای که از لبیک های خداوند دارم، مرا شدیداً تحت تاثیر قرار می دهد.

۵ کاملاً صحیح است	۴	۳	۲	۱ اصلاً صحیح نیست		
۵	۴	۳	۲	۱	موقعی هستند که من از خداوند می رنجم.	۱۲,۱
۵	۴	۳	۲	۱	وقتی چنین احساسی دارم، قادرم، در رابطه ام با خداوند، به راه حلی دست یابم.	۱۲,۲
۵	۴	۳	۲	۱	خداوند درک می کند که من نسبت به اکثر مردم، بیشتر اهل معنویات هستم.	۱۳
۵	۴	۳	۲	۱	همیشه برای هر تصمیمی که می گیرم، از خداوند مدد می طلبم.	۱۴
۵	۴	۳	۲	۱	در روابطم با دیگران، از حضور خداوند آگاهم.	۱۵
۵	۴	۳	۲	۱	موقعی هستند که احساس می کنم خداوند مرا تنبیه می کند.	۱۶
۵	۴	۳	۲	۱	می دانم که خداوند مرا به شیوه های مختلف اجابت می کند.	۱۷
۵	۴	۳	۲	۱	موقعی هستند که از دست خداوند عصبانی می شوم.	۱۸,۱
۵	۴	۳	۲	۱	وقتی چنین می شود، هنوز احساس می کنم که خداوند همیشه با من خواهد بود.	۱۸,۲
۵	۴	۳	۲	۱	می دانم که وقتی نیاز به خدا دارم، او مرا اجابت می کند.	۱۹
۵	۴	۳	۲	۱	خداوند می فهمد که نیازهای من مهم تر از نیازهای اکثر مردم، است.	۲۰
۵	۴	۳	۲	۱	می دانم که خداوند به من می گوید که کاری انجام دهم.	۲۱
۵	۴	۳	۲	۱	نگرانم که از مقدرات خداوند، کنار گذاشته شوم.	۲۲
۵	۴	۳	۲	۱	تجاربم از حضور خداوند، مرا به شدت تحت تاثیر قرار می دهد.	۲۳
۵	۴	۳	۲	۱	همیشه، در خانه به اندازه مسجد(یا مکان های مذهبی دیگر) مهربانم.	۲۴
۵	۴	۳	۲	۱	حس می کنم که خداوند مرا در چه جهتی هدایت می کند.	۲۵
۵	۴	۳	۲	۱	ارتباطم با خداوند، ارتباط خارق العاده ای است که اکثر مردم درک نمی کنند.	۲۶
۵	۴	۳	۲	۱	موقعی هستند که حس می کنم خداوند به من جفا کرده است.	۲۷,۱
۵	۴	۳	۲	۱	وقتی چنین احساسی دارم، سعی می کنم تا رابطه ام را با خداوند، اصلاح کنم.	۲۷,۲

۵ کاملاً صحیح است	۴	۳	۲	۱ اصلاً صحیح نیست		
۵	۴	۳	۲	۱	می دانم که خداوند به طرق مختلف با من درارتباط است.	۲۸
۵	۴	۳	۲	۱	به نظر می رسد توسل به خداوند، بهترین راه برای رسیدن به خواسته هایم است .	۲۹
۵	۴	۳	۲	۱	می دانم که به هنگام نیازم خداوند حاضر است.	۳۰
۵	۴	۳	۲	۱	روز به روز ، حس می کنم که خداوند همراه من است.	۳۱
۵	۴	۳	۲	۱	هر روز برای همه ی دوستان و خویشاوندانم ، دعا می کنم.	۳۲
۵	۴	۳	۲	۱	مواقعی هستند که به خاطر مستجاب نشدن دعاهایم ، احساس سرخوردگی از خداوند می کنم .	۳۳،۱
۵	۴	۳	۲	۱	وقتی چنین احساسی دارم ، قادرم، مسئله را با خداوند در میان بگذارم.	۳۳،۲
۵	۴	۳	۲	۱	رهمودی را که از جانب خداوند به من رسیده است ، حس میکنم	۳۴
۵	۴	۳	۲	۱	وقتی گناه می کنم ، مایلم تا از خداوند کناره گیری کنم.	۳۵
۵	۴	۳	۲	۱	من صحبت کردن خداوند را با خودم ، بر اساس یک حس درونی تجربه کرده ام.	۳۶
۵	۴	۳	۲	۱	من دریافته ام که دعاهایم نزد خداوند، موثرتر از دعاهای دیگران است.	۳۷
۵	۴	۳	۲	۱	همیشه، حالت دعا و استغاثه (به درگاه خداوند) دارم.	۳۸
۵	۴	۳	۲	۱	احساس می کنم باید خداوند را خشنود سازم و گر نه، ممکن است مرا طرد کند.	۳۹
۵	۴	۳	۲	۱	حضور خداوند را قویا احساس می کنم .	۴۰
۵	۴	۳	۲	۱	مواقعی هستند که احساس می کنم خداوند از دست من خشمگین است.	۴۱
۵	۴	۳	۲	۱	می دانم که خداوند به من بسیار نزدیک است.	۴۲
۵	۴	۳	۲	۱	وقتی گناه می کنم ، نگران هستم که خداوند با من چه خواهد کرد.	۴۳
۵	۴	۳	۲	۱	وقتی در مورد تصمیمات زندگی ام با خدا مشورت می کنم، می دانم با دعاهایم ، از هدایت و کمک او بهره مند می شوم	۴۴
۵	۴	۳	۲	۱	به نظرم ، در تشخیص خواست و مشیت خداوند ، در مقایسه با اکثر مردم ، با استعدادترم .	۴۵

۵ کاملاً صحیح است	۴	۳	۲	۱ اصلاً صحیح نیست		
۵	۴	۳	۲	۱	وقتی حس می‌کنم خداوند حامی من نیست، احساس بی‌ارزشی می‌کنم.	۴۶
۵	۴	۳	۲	۱	مواقعی هستند که حس می‌کنم، انگار خداوند مرا خوار کرده است.	۴۷,۱
۵	۴	۳	۲	۱	وقتی چنین می‌شود، اطمینانم به خداوند، به طور کامل قطع نمی‌شود.	۴۷,۲

ساختار عاملی، اعتبار و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) در نوجوانان ایرانی

نویسندگان: محمدرضا نائینیان^{۱*}، امیر نیک آذین^۲ و محمدرضا شعیری^۳

۱- استادیار روان شناسی دانشگاه شاهد.

۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد.

۳- دانشیار روان شناسی دانشگاه شاهد.

*Email: mrmnainian@yahoo.com

چکیده

پژوهش حاضر بررسی ساخت عاملی، اعتبار و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ-28) در دانش آموزان دبیرستانی ایرانی را مدنظر قرار داده است. پژوهش حاضر پیرو طرحی از نوع توصیفی بوده و ۱۴۹۷ نفر (۷۸۹ نفر دانش آموزان دختر و ۷۰۸ نفر دانش آموزان پسر) از دانش آموزان مقطع دبیرستان شهرستان‌های قم، دامغان و بجنورد بر اساس شیوه نمونه گیری خوشه ای انتخاب شدند. از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) به عنوان پرسشنامه اصلی و از مقیاس ۷ سوالی اضطراب فراگیر (GAD-7) و مقیاس بهزیستی شخصی نسخه دانش آموزان (PWI-SC) به منظور بررسی اعتبار همگرا استفاده گردید. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و موازی نمایانگر سه عامل بود که ۳۶،۳۶ درصد واریانس را در نمرات پرسشنامه سلامت عمومی پیش بینی می‌کردند. شاخص‌های حاصل از تحلیل عاملی تأییدی مدل سه عاملی حاکی از برازش خوب مدل بود و در مجموع ۸ سوال پرسشنامه حذف گردید. همبستگی ابعاد سه گانه پرسشنامه سلامت عمومی ۲۰ سوالی با ابعاد مشابه در پرسشنامه اصلی در حد قوی و معنادار، با پرسشنامه بهزیستی شخصی در حد متوسط و با پرسشنامه اضطراب فراگیر در حد قوی (برای بعد افسردگی در حد متوسط) و معنادار بود. ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد و نمره کل پرسشنامه قابل قبول بودند و ضرایب باز آزمایی در حد قوی بدست آمد. پرسشنامه سلامت عمومی ۲۰ سوالی (GHQ-20) با سه بعد با نام‌های سرزندگی و انرژی، اضطراب و علایم جسمانی و افسردگی بدست آمد.

کلید واژه‌ها: پرسشنامه سلامت عمومی، سرزندگی و انرژی، اضطراب، علایم جسمانی،

افسردگی، اعتبار، پایایی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
وختار

• دریافت مقاله: ۹۱/۸/۶

• پذیرش مقاله: ۹۲/۹/۲۵

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014

Clinical Psy. & Personality

دانشگاه شاهد
سال بیست و یکم - دوره
جدید شماره ۱۰
بهار و تابستان ۱۳۹۳

مقدمه

تاریخچه سلامت روان^۱ به قدمت وجود بیماری‌های روانی است، یعنی از زمانی که بشر پا به عرصه زندگی اجتماعی گذاشته است. سازمان جهانی بهداشت^۲ سلامت را رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری تعریف می‌کند [۱]. در تعریفی دیگر، سلامتی را شیوه کنش وری وحدت یافته ای می‌دانند که هدفش به حداکثر رسانیدن توان فرد است [۲]. علاوه بر تعریف جامع سلامت روان، سنجش آن نیز همواره دغدغه پژوهشگران بوده است. استفاده از مقیاس‌های کوتاه و پیوسته غیراختصاصی سلامت روان به جای استفاده از مقیاس‌های سنجش افتراقی اختلالات روانی، علاوه بر کاهش هزینه‌های اجرایی و عدم نیاز به تخصص زیاد آزمون‌گران [۳]، به تغییرات سلامت روانی در طول زمان حساس بوده و القاگر تصویر ذهنی منفی فرد دارای اختلال روانی به آزمودنی نیز نیستند به همین دلیل استفاده از مقیاس‌های کوتاه سلامت روان در پیمایش‌های گسترده نسبت به ابزارهای تشخیصی ارجحیت دارد [۴]. از جمله محبوب‌ترین این ابزارها پرسشنامه سلامت عمومی^۳ (GHQ) می‌باشد [۵].

پرسشنامه سلامت عمومی به منظور سنجش میزان بیماری‌های روانپزشکی غیر سایکوتیک در جمعیت عمومی ساخته شد [۶]. این ابزار غربالگری برای شناسایی تغییرات کوتاه مدت در سلامت عمومی طراحی گردیده و بر پایه دو دسته اساسی از پدیده‌ها تمرکز دارد. اول ناتوانی در انجام کارکردهای سالم فردی و دوم پیدایش و بروز پدیده‌های جدیدی که منجر به پریشانی می‌شوند [۷]. این ابزار به زبان‌های زیادی ترجمه گردیده و به طور گسترده در فضای تحقیقاتی و بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد و دارای ویژگی‌های روان‌سنجی بین فرهنگی خوبی در جامعه بزرگسالان می‌باشد [۸].

مرور پیشینه حاکی از آن است که ۳۸ مقاله در ایران

بین سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۹۰ از پرسشنامه‌های سلامت عمومی فرم ۲۸ سوالی (۳۶ مقاله) و فرم ۱۲ سوالی (۲ مقاله) در جمعیت زیر ۱۸ سال استفاده کرده بودند. از میان ۳۶ مقاله ای که از پرسشنامه سلامت عمومی فرم ۲۸ سوالی استفاده کرده بودند، ۳۱ مقاله یا به ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه اشاره نکرده یا به ویژگی‌های روانسنجی که از جامعه بزرگسال ایرانی بدست آمده است اشاره کرده بودند و تنها ۵ مقاله در پژوهش خود به بررسی پایایی پرسشنامه مذکور بسنده کرده و ضرایب پایایی برای سلامت عمومی بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۴، بعد نشانه‌های جسمانی بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸، بعد اضطراب بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۵، بعد کارکرد اجتماعی بین ۰/۴۸ تا ۰/۸۵ و بعد افسردگی بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ را گزارش کردند [۹-۱۵]. پایایی و اعتبار پرسشنامه در ایران بر روی گروهی از دانشجویان بدین شرح گزارش شده است: ضریب بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۲ و ضرایب باز آزمایی برای هریک از خرده مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ به دست آمده است (P≤۰/۰۱). آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ و آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی (۰/۸۴)، اضطراب (۰/۷۶)، بدکارکردی اجتماعی (۰/۵۵) و افسردگی (۰/۷۱) به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۶، ۰/۵۵ و ۰/۷۱ و محاسبه شده است [۱۶]. در پژوهش دیگری با هدف اعتبار یابی پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی در ۸۷۹ نفر جمعیت ۱۵ سال به بالای تهرانی، نقطه برش ۶ برای روش نمره گذاری سنتی و نقطه برش ۲۳ برای نمره گذاری لیکرتی گزارش شده است. بررسی اعتبار همزمان این پرسشنامه با چک لیست ۹۰ سوالی علایم مرضی نشان می‌دهد که بین ابعادی که ساختارهای مشابهی را می‌سنجیدند همبستگی قوی و معنادار وجود دارد [۱۷]. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در گروه کودک و نوجوان در کشورهای خارجی همچون ترکیه، یونان [۱۶]، ژاپن [۱۷]، مالزی [۱۸] و استرالیا [۱۹] مورد بررسی قرار گرفته است. با این حال علیرغم پرکاربرد بودن پرسشنامه

1. mental health
2. World Health Organization (WHO)
3. General Health Questionnaire

نمره آزمودنی برابر با ۸۴ می‌باشد. چندین مطالعه در کشورهای مختلف ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه را بر روی نوجوانان مورد بررسی قرار داده‌اند. در مطالعه ای ساختار مؤلفه‌های اصلی پرسشنامه سلامت عمومی-۲۸ بر روی ۵۶۲۷ نوجوان ۱۳ تا ۱۹ ساله ی یونانی و ترکیه‌ای بررسی شده است. نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی نمایانگر تشابه با زیر مقیاس‌هایی است که بوسیله ی گلدبرگ و هیلیر در ۱۹۷۹ بدست آمده است [۱۶]. در مطالعه ی دیگری با هدف بررسی ساختار عاملی پرسشنامه سلامت عمومی-۲۸ بر روی ۱۳۹۲ نوجوان ۱۲ تا ۱۵ سال، ضمن تأیید ساختار چهار عاملی پرسشنامه همسانی درونی آنرا نیز بالا گزارش شد [۱۷]. بحری یوسف در ۲۰۱۰ در مطالعه ای به بررسی حساسیت دو فرم ۳۰ و ۱۲ سوالی پرسشنامه سلامت عمومی در شناسایی دانشجویان دارای پریشانی پرداخته و نشان می‌دهد که فرم بلندتر قابلیت بیشتری در شناسایی این دانش جویان دارد [۱۸].

مقیاس ۷ سوالی اضطراب فراگیر^۱ (GAD-7) [۲۱]: مقیاس GAD-7 دارای ۷ سؤال است که هر یک از سؤالات مقیاس از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند و گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ می‌باشد. همسانی درونی GAD-7 قابل قبول ($\alpha = 0/92$) و پایایی باز آزمایی آن خوب ($r = 0/83$) گزارش شده است. حساسیت^۲ و ویژگی^۳ مقیاس در نقطه برش ۱۰ یا بیشتر، از ۸۰٪ می‌گذرد و همبستگی مقیاس GAD-7 با خرده مقیاس‌های فرم کوتاه پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت^۴ (SF-20) از ۰/۳۹ تا ۰/۹۱ و همبستگی آن با مقیاس اضطراب بک ۰/۷۲ و با خرده مقیاس اضطراب چک لیست نشانه‌های روانی (SCL-90-R) ۰/۷۴ گزارش شده است [۲۱]. نتایج بدست آمده از اعتبار یابی مقیاس GAD-7 بر روی جمعیت دانش آموزان ایرانی نشان می‌دهد که مقیاس GAD-7، بر اساس ضریب آلفای کامل (۰/۸۱)، ضریب آلفای دو نیمه مقیاس

سلامت عمومی (GHQ) در جمعیت کودکان و نوجوانان ایرانی، تا کنون مطالعه منسجمی به بررسی ویژگی‌های روانسنجی آن در این گروه نپرداخته و صرفاً به ضرایب پایایی آن اشاره شده است. لذا پژوهش حاضر تعیین اعتبار سازه، اعتبار همگرا و پایایی این پرسشنامه در جمعیت نوجوانان ایرانی را در دستور کار خود قرار داده است.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر پیرو طرحی از نوع توصیفی بوده است.

آزمودنی

جامعه آماری در برگرفته‌ی تمامی دانش آموزان مقطع دبیرستان سه شهر قم، دامغان و بجنورد بوده است. نمونه مورد بررسی ۱۴۹۷ نفر از دانش آموزان مقطع دبیرستان شهرهای قم، دامغان و بجنورد بوده است که بر اساس شیوه نمونه گیری خوشه ای انتخاب شده‌اند. از این تعداد، ۷۸۹ نفر (۵۲٫۷٪) را دانش آموزان دختر و ۷۰۸ نفر (۴۷٫۳٪) را دانش آموزان پسر تشکیل می‌دادند. ۳۱۱ نفر (۲۰٫۸٪) از دانش آموزان در پایه اول دبیرستان، ۴۶۴ نفر (۳۱٪) در پایه دوم، ۴۸۹ نفر (۳۲٫۷٪) در پایه سوم و ۲۳۳ نفر (۱۵٫۶٪) از آنان نیز در پایه تحصیلی چهارم دبیرستان مشغول به تحصیل بودند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه سلامت عمومی [۲۰]: نسخه اصلی پرسشنامه دارای ۶۰ سوال بوده و سپس فرم‌های ۲۸، ۲۰ و ۱۲ سوالی آن نیز تهیه گردیده است که در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سوالی پرسشنامه استفاده گردیده است که دارای چهار خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی می‌باشد. پاسخ‌ها به صورت «به هیچ وجه (۰)»، «کمتر از حد معمول (۱)»، «در حد معمول (۲)»، «بیشتر از حد معمول (۳)» و «بسیار بیشتر از حد معمول (۴)» نمره گذاری می‌شوند و حداکثر

1. general anxiety disorder- 7 item version
2. sensitivity
3. specificity
4. Short-Form Health Survey questionnaire

قبول قرار گرفته شدند [۳۳].

نتایج

تمام مقادیر کجی استاندارد بین ۱/۹۸ و ۱/۹۸- قرار داشتند (گام یک). مقدار همبستگی تصحیح شده هر سوال با نمره کل برای تمام سوالات پرسشنامه بجز سوال ۱۶ مربوط به بعد اختلال در کارکرد اجتماعی بالاتر از ۰/۲۰ می‌باشد. همبستگی سوال ۱۶ (آیا اخیراً برای انجام کارها بیش از گذشته وقت صرف کرده اید؟) با نمره کل ۰/۱۵ بدست آمد و این سوال از تحلیل حذف گردید. (گام دو). در ماتریس همبستگی بدست آمده (ماتریس ۲۸*۲۸) از ۷۸۴ ضریب همبستگی، ۴۰۶ تای آنها غیر تکراری بودند که از این میان ۱۴۲ تای آنها بالاتر از ۰/۳۰ بودند (گام سه). مقدار آزمون کفایت نمونه برداری برابر با ۰/۹۳ بدست آمد، چون این مقدار از ۰/۶۰ بزرگتر است در نتیجه حجم نمونه برای انجام تحلیل عاملی کافی است (گام چهار). همچنین مقدار آزمون کرویت بارتلست ۱۳۹۴۲/۹۶ بدست آمد که معنادار بوده ($P < ۰/۰۱$) و نمایانگر اینست که ماتریس همبستگی داده‌ها در جامعه صفر نیست. در تحلیل عاملی اکتشافی به روش مولفه‌های اصلی و با پررخش واریانس ۵ عامل که دارای ارزش ویژه بالاتر از یک بودند و مواد آنها بار عاملی بالاتر از ۰/۳۰ داشتند، به دست آمد که ۵۱/۱۹ درصد واریانس را در نمرات پرسشنامه سلامت عمومی تبیین می‌کردند. از میان ۵ عامل بدست آمده از تحلیل عاملی اکتشافی تنها در ۳ عامل ارزش ویژه مولفه‌های اصلی از ارزش‌های سطح درصدی ویژه حاصل از تحلیل موازی بیشتر بود. بنابراین از مدل پنج عاملی بدست آمده تنها سه عامل مورد قبول واقع شدند. این سه عامل در مجموع ۳۶/۳۶ درصد واریانس را در نمرات پرسشنامه سلامت عمومی پیش‌بینی می‌کنند.

نتایج مندرج در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که مسیر بین سوال D5 (آیا اخیراً بارها فکر کرده اید که به علت ناراحتی عصبی هیچ کاری را نمی‌توانید انجام دهید؟) و افسردگی حذف شده و بین این سوال با بعد سرزندگی مسیر جدید ایجاد شده است.

استفاده گردیده است. شاخص نیکویی برازش (GFI) بزرگتر از ۰/۸۰ تا ۰/۹۰، شاخص نیکویی برازش تطبیقی (AGFI) بزرگتر از ۰/۸۰، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۵، خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) کمتر از ۰/۰۵ نمایانگر برازش خوب، بین ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ برازش قابل قبول، بین ۰/۰۸ تا ۰/۱ برازش متوسط و بالاتر از ۰/۱ حاکی از برازش ضعیف و نهایتاً مقدار χ^2/df دو بخش بر درجه آزادی کمتر از ۳ حاکی از برازش خوب بین مدل مشخص شده و داده‌ها در نظر گرفته شدند [۲۹ و ۳۰]. همچنین اگر مجذور χ^2 دو از لحاظ آماری معنادار نباشد دال بر برازش بسیار مناسب مدل است اما این شاخص در نمونه‌های بزرگتر از ۱۰۰ غالباً معنادار است و از این رو شاخص مناسبی برای بررسی برازش مدل نیست. به منظور اصلاح مدل از روش آزاد سازی پارامترهای مدل اندازه گیری (آزاد سازی کوواریانس خطای بین متغیرهای مشاهده شده یا سوالات و همچنین ایجاد مسیر جدید بین متغیرهای نهفته و متغیرهای قابل مشاهده و حذف مسیر قبلی) استفاده گردید. ملاک توقف اصلاح مدل رساندن خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) به مقدار کمتر از ۰/۰۵ (برازش خوب) بوده است. همچنین به منظور بررسی میزان اثربخشی اصلاح مدل از مقدار χ^2 دو استفاده گردید. بهبودی میزان χ^2 دو از طریق آزمون تفاوت χ^2 دو (D²) مورد بررسی قرار گرفت. در این آزمون مقدار χ^2 دو مدل جدید از مقدار χ^2 دو مدل قبلی کم می‌شود. اگر باقیمانده بدست آمده از ۶/۶۳ بیشتر باشد، بهبودی بدست آمده در سطح ۰/۰۱ و اگر باقیمانده از مقدار ۳/۸۴ کمتر باشد، بهبودی بدست آمده در سطح ۰/۰۵ معنادار است [۳۱]. به منظور بررسی اعتبار همگرا از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردیده است. ضرایب همبستگی به صورت کوچک یا ضعیف (۰/۱۰ تا ۰/۲۹)، متوسط (۰/۳۰ تا ۰/۴۹) و بزرگ یا قوی (بیشتر از ۰/۵۰) تقسیم بندی شدند [۳۲]. به منظور واریس پایایی از دو روش همسانی درونی و پایایی بازآزمایی استفاده گردید. ضرایب آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ مورد

جدول ۱: مشخصه‌های تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل موازی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) (n= ۱۵۹۲)

میزان اشتراک	عامل ۵	عامل ۴	عامل ۳	عامل ۲	عامل ۱	گویه	شماره سوال	بعد
۰/۶۸					۰/۷۸	آیا اخیراً احساس می‌کنید که آرزو دارید بمیرید و از همه چیز راحت شوید؟	D6	افسردگی
۰/۶۳					۰/۷۵	آیا اخیراً احساس می‌کنید زندگی ارزش زنده ماندن را ندارد؟	D3	
۰/۵۹					۰/۷۲	آیا اخیراً احساس می‌کنید که فکر از بین بردن خود، ذهنتان را مشغول می‌کند؟	D7	
۰/۶۳					۰/۷۱	آیا اخیراً احساس می‌کنید زندگی کاملاً ناامید کننده است؟	D2	
۰/۵۴					۰/۷۰	آیا اخیراً در باره امکاناتی فکر کرده اید که می‌توانند شما را از شر خودتان خلاص کنند؟	D4	
۰/۴۵					۰/۵۰	آیا اخیراً بارها فکر کرده اید که به علت ناراحتی عصبی هیچ کاری را نمی‌توانید انجام دهید؟	D5	
۰/۴۲			۰/۳۵		۰/۳۸	آیا اخیراً احساس می‌کنید همه چیز از اختیار شما خارج شده است؟	B6	
۰/۵۶				۰/۶۸		آیا اخیراً دچار سردرد هایی شده اید؟	A5	علام جسمانی و اضطراب
۰/۵۷				۰/۶۸		آیا اخیراً در سر خود احساس سنگینی یا فشار کرده اید؟	A6	
۰/۵۲				۰/۶۳		آیا اخیراً اغلب هنگام شب پس از به خواب رفتن، از خواب بیدار شده اید؟	B2	
۰/۴۳				۰/۵۹		آیا اخیراً خوابتان به دلیل نگرانی زیاد بسیار کم شده است؟	B1	
۰/۴۱				۰/۵۵		آیا اخیراً احساس سرمای شدید یا گر گرفتگی کرده اید؟	A7	
۰/۳۶				۰/۴۹		آیا اخیراً بی دلیل از چیزی ترسیده اید یا دچار وحشت زدگی شده اید؟	B5	
۰/۴۸	۰/۳۳		۰/۳۶	۰/۴۳		آیا اخیراً احساس کرده اید که مدام خسته اید؟	B3	
۰/۵۲			۰/۶۹			آیا اخیراً احساس کرده اید که به یک داروی نیروبخش مؤثر احتیاج دارید؟	A2	انرژی و سرزندگی
۰/۵۷			۰/۶۴	۰/۳۲		آیا اخیراً احساس کرده اید که نیروی کافی ندارید و حالتان خوش نیست؟	A3	
۰/۴۸			۰/۵۷	۰/۳۳		آیا اخیراً احساس کرده اید که بیمار هستید؟	A4	
۰/۴۰			۰/۵۴			آیا اخیراً احساس کرده اید که حالتان بسیار خوب است و از سلامت خوبی برخوردارید؟	A1	
۰/۴۲			۰/۴۴	۰/۳۴		آیا اخیراً عصبی و بد خلق شده اید؟	B4	
۰/۵۰			۰/۴۴	۰/۳۹		آیا اخیراً همواره عصبی و برآشفته هستید؟	B7	
۰/۶۴		۰/۷۸				آیا اخیراً احساس می‌کنید قادر به تصمیم گیری در امور هستید؟	C6	
۰/۵۲	۰/۳۳	۰/۶۱				آیا اخیراً احساس می‌کنید نقش مؤثری در کارها دارید؟	C5	
۰/۴۳		۰/۶۰				آیا اخیراً می‌توانید از انجام فعالیت های عادی خود لذت ببرید؟	C7	
۰/۴۹		۰/۵۱			۰/۴۲	آیا اخیراً خود را فرد بی ارزشی می‌دانید؟	D1	

ادامه جدول ۱:

میزان اشتراک	عامل ۵	عامل ۴	عامل ۳	عامل ۲	عامل ۱	گویه	شماره سوال	بعد
۰/۴۷	۰/۶۸					آیا اخیراً به گونه ای برنامه ریزی کرده اید که خود را مشغول و سرگرم نگهدارید؟	C1	برنامه ریزی
۰/۵۶	۰/۶۲	۰/۳۸				آیا اخیراً از روشی که برای انجام وظایف خود به کار برده اید راضی هستید؟	C4	
۰/۵۳	۰/۶۱	۰/۳۳				آیا اخیراً روی هم رفته احساس می کنید کارها را خوب انجام داده اید؟	C3	
-	۱/۰۳	۱/۰۶	۱/۷۵	۱/۹۷	۸	ارزش ویژه *	تحلیل عاملی اکتشافی	
-	۷/۰۹	۷/۷۴	۹/۹۳	۱۱/۷۰	۱۴/۷۲	درصد واریانس		
-	۵۱/۱۹	۴۴/۰۱	۳۶/۳۶	۲۶/۴۲	۱۴/۷۲	درصد واریانس جمعی		
-	۱/۱۴	۱/۱۶	۱/۱۸	۱/۲۰	۱/۲۴	میانگین ارزش ویژه	تحلیل موازی	
-	۱/۱۶	۱/۱۸	۱/۲۰	۱/۲۳	۱/۲۷	سطح درصدی ارزش ویژه		

* عواملی که ارزش ویژه از سطح درصدی ارزش ویژه بزرگتر می باشد مورد قبول بوده و به صورت ایتایک مشخص شده اند.
**آزمون تی در سطح ۰,۰۰۱ معنادار است.

جدول ۲: شاخص های ارزیابی برازش مدل ۳ عاملی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-20) (n= ۱۵۹۲)

D ²	شاخص							مدل
	Df	X ^{2**}	Chi-Square/df	RMSEA	CFI	AGFI	GFI	
-	۱۶۷	۱۴۵۸/۰۶	۸/۷۳	۰/۰۷۰	۰/۹۶	۰/۸۹	۰/۹۲	مدل اول
۲۷۰/۱۳**	۱۶۶	۱۱۸۷/۹۳	۷/۱۵	۰/۰۶۲	۰/۹۷	۰/۹۱	۰/۹۳	مدل دوم (شروع اصلاح)
۱۶۵/۰۳**	۱۶۶	۱۰۲۲/۹۰	۶/۱۶	۰/۰۵۷	۰/۹۷	۰/۹۲	۰/۹۴	مدل سوم
۴۳/۷۴**	۱۶۶	۹۷۹/۱۶	۵/۸۹	۰/۰۵۵	۰/۹۸	۰/۹۳	۰/۹۴	مدل چهارم
۹۴/۳۷**	۱۶۵	۸۸۴/۷۹	۵/۳۶	۰/۰۵۲	۰/۹۸	۰/۹۳	۰/۹۵	مدل پنجم
۸۶/۴۶**	۱۶۴	۷۹۸/۳۳	۴/۸۹	۰/۰۴۹	۰/۹۸	۰/۹۴	۰/۹۵	مدل ششم

مدل دوم= آزاد سازی کوواریانس بین خطاهای اندازه گیری سوالات A5 و A6، مدل سوم= حذف مسیر بین سوال D5 و افسردگی و ایجاد مسیر با بعد سرزندگی، مدل چهارم= حذف مسیر بین سوال B6 و افسردگی و ایجاد مسیر با بعد سرزندگی، مدل پنجم= آزاد سازی کوواریانس بین خطاهای اندازه گیری سوالات B7 و B4، مدل ششم: آزاد سازی کوواریانس بین خطاهای اندازه گیری سوالات D3 و D2.
GFI= شاخص نیکویی برازش (> ۰,۸ تا ۰,۹)، AGFI= شاخص نیکویی برازش تطبیقی (> ۰,۸)، CFI= شاخص برازندگی تطبیقی (۰,۹۰ تا ۰,۹۵)، RMSEA= خطای میانگین ریشه تخمین (< ۰,۰۵)، Chi-Square/df = خی دو بخش بر درجه آزادی (< ۳)، X² = مجذور خی دو (**p < 0.001).

میانگین تقریب (RMSEA) کمتر از ۰/۰۵ می باشد که نمایانگر برازش خوب مدل می باشد. همچنین سایر شاخص ها بجز خی دو و خی دو بخش بر درجه آزادی از مقادیر قابل قبولی برخوردار می باشند. لذا در این مرحله اصلاح مدل متوقف می شود.

همچنین در مدل چهارم مسیر بین سوال B6 (آیا اخیراً احساس می کنید همه چیز از اختیار شما خارج شده است؟) و افسردگی حذف و با بعد سرزندگی مسیر جدید ایجاد شده است. نهایتاً اگر چه مدل ششم هنوز به حد اشباع خود نرسیده است ولی مقدار خطای ریشه مجذور

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی ابعاد سه گانه پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-20) حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی

بعد	تعداد سوالات	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	چولگی	کشیدگی
سرزندگی و انرژی	۸	۰/۸۱	۰/۰۵۶	۰	۳	۰/۹۲	۰/۶۰
اضطراب و علائم جسمانی	۷	۰/۸۴	۰/۶۱	۰	۳	۰/۸۶	۰/۳۵
افسردگی	۵	۰/۶۴	۰/۷۶	۰	۳	۱/۲۴	۰/۷۹
نمره کل	۲۰	۰/۷۶	۰/۵۵	۰	۳	۱	۰/۶۴

جدول ۴: همبستگی بین ابعاد سه گانه پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-20) حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی

متغیر	۱	۲	۳	۴
سرزندگی و انرژی	۱			
اضطراب و علائم جسمانی	۰/۶۸	۱		
افسردگی	۰/۵۸	۰/۵۱	۱	
نمره کل	۰/۸۶	۰/۸۴	۰/۸۵	۱

جدول شماره ۴ همبستگی بین ابعاد سه گانه پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-20) حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی و جدول شماره ۵ همبستگی آنها را با چهار مقیاس اصلی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)، مقیاس بهزیستی شخصی دانش آموزان (PWI-SC) و مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) نشان می‌دهد. نتایج مندرج در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که بین مقیاس‌های سرزندگی و انرژی، اضطراب و علائم

جسمانی و افسردگی با یکدیگر ارتباط قوی و معنادار وجود دارد ($P \leq 0/01$) که نمایانگر ارتباط مفهومی ابعاد با یکدیگر می‌باشد. همچنین ارتباط ابعاد مذکور با ابعاد مشابه در پرسشنامه اصلی قوی و معنادار است ($P \leq 0/01$). در ادامه نتایج همبستگی بین ابعاد مذکور با مقیاس بهزیستی شخصی دانش آموزان متوسط و با مقیاس اضطراب فراگیر قوی (بجز بعد افسردگی) و معنادار است ($P \leq 0/01$).

جدول ۵: همبستگی بین ابعاد سه گانه پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-20) با چهار مقیاس اصلی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)، مقیاس بهزیستی کودکان و نوجوانان (PWI-SC) و مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)

متغیر	سرزندگی و انرژی	اضطراب و علائم جسمانی	افسردگی	نمره کل
نشانه‌های جسمانی	۰/۸۳	۰/۸۱	۰/۴۶	۰/۸۰
اضطراب	۰/۸۲	۰/۸۶	۰/۵۸	۰/۸۷
کارکرد اجتماعی	۰/۴۹	۰/۳۷	۰/۳۷	۰/۴۸
افسردگی	۰/۶۶	۰/۵۵	۰/۹۷	۰/۸۸
نمره کل	۰/۸۸	۰/۸۲	۰/۷۸	۰/۹۷
بهزیستی شخصی	-۰/۴۵	-۰/۳۶	-۰/۴۲	-۰/۴۸
اضطراب فراگیر	۰/۰,۶۰۶۰	۰/۵۷	۰/۴۸	۰/۶۴

جدول ۶: ضرایب آلفای کرونباخ و باز آزمایی برای ابعاد سه گانه پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-20) حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی

باز آزمایی (n=۵۲)					همسانی درونی (n=۱۴۹۷)		
ضریب باز آزمایی*	بار دوم		بار اول		آلفا (a)	تعداد سوالات	مقیاس
	SD	M	SD	M			
۰/۸۴	۰/۸۲	۱/۰۸	۰/۸۴	۰/۹۵	۰/۹۰	۸	سرزندگی و انرژی
۰/۷۷	۰/۷۹	۱/۱۷	۰/۸۲	۰/۰۳	۰/۷۸	۷	اضطراب و علائم جسمانی
۰/۸۲	۱/۰۵	۱/۲۱	۱/۰۳	۰/۹۶	۰/۸۵	۵	افسردگی
۰/۸۵	۰/۸۳	۱/۱۵	۰/۸۳	۰/۹۷	۰/۹۰	۲۰	نمره کل

*تمام ضرایب در سطح ۰,۰۱ معنادارند.

و بیخوابی در این عامل جای گرفت. این سوال بر عدم کنترل داشتن بر امور حکایت می کند که با محتوای افسردگی سازگار تر است. با این وجود بار عاملی این سوال در این عامل با عامل بعدی که مربوط به اضطراب و نشانه های جسمی می باشد تفاوت چندانی ندارد. سوالات بعد اضطراب و بی خوابی و بعد نشانه های جسمی در دو عامل بعدی پراکنده شدند. عامل دوم بیشتر بر روی نشانه های جسمی و نشانه های اضطراب تأکید می کند و عامل سوم بیشتر بر روی سرزندگی و انرژی و عکس آن یعنی بیماری و ناخوشی و عصبی بودن تکیه دارد. به عبارت دیگر می توان گفت که این بعد به خلق و هیجانات اشاره دارد. سوالات بعد کارکرد اجتماعی بر روی عامل های چهارم و پنجم دارای بار عاملی بودند بعد چهارم بیشتر بر روی توانایی انجام فعالیت ها و لذت بردن از آنها اشاره دارد در حالیکه بعد پنجم به توانایی برنامه ریزی و رضایت از روشی که فعالیت ها انجام می گیرد اشاره دارد. در ادامه با انجام تحلیل موازی سوالات مربوط به کارکرد اجتماعی (عامل چهارم و پنجم) از پرسشنامه کنار گذاشته شدند. در واقع به نظر می رسد که این سوالات، کارکرد اجتماعی نوجوانان را مد نظر قرار نمی دهند. به عبارت دیگر نوجوانان ایرانی به فعالیت های روزانه و معمولی اشتغال دارند که نیازی به برنامه ریزی یا تصمیم گیری های سخت و آنچنانی ندارد. این در حالی است که در بسیاری از پرسشنامه های سلامت و کیفیت زندگی برای کودکان و نوجوانان، به منظور سنجش

ضریب آلفای به دست آمده برای نمونه پژوهش در مقیاس های سرزندگی و انرژی، اضطراب و علائم جسمانی، افسردگی و نمره کل بیش از ۰/۷۰ و قابل قبول می باشد. همچنین تمام همبستگی های حاصل از ضریب باز آزمایی در حد قوی و معنادار می باشند (جدول شماره ۶).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی ساختار عاملی پرسشنامه (GHQ-28) در دانش آموزان ایرانی صورت گرفت. سوال ۱۶ (آیا اخیراً برای انجام کارها بیش از گذشته وقت صرف کرده اید؟) به علت همبستگی پایین با نمره کل حذف گردید [۲۶]. به نظر می رسد این سوال دارای ماهیت دوگانه می باشد به عبارت دیگر نمی توان گفت وقت گذاشتن بیش از گذشته برای کارها نشانه اختلال در کارکرد اجتماعی باشد یا بالعکس می توان آن را دلیلی بر افزایش دقت و انجام بهتر امور تلقی کرد. نتایج تحلیل عاملی و تحلیل موازی حاکی از وجود ۵ عامل بود که ۵۱/۱۹ درصد واریانس را در نمرات پرسشنامه سلامت عمومی تبیین می کردند. عامل اول تا حدودی مطابق با بعد افسردگی پرسشنامه اصلی بود. سوال D1 (آیا اخیراً خود را فرد بی ارزشی می دانید؟) در این عامل جای نگرفت و در عامل چهارم قرار گرفت. همچنین سوال B6 (آیا اخیراً احساس می کنید همه چیز از اختیار شما خارج شده است؟) مربوط به بعد اضطراب

شدند. نهایتاً عامل افسردگی بدست آمده بر روی ناامیدی و افکار خودکشی تأکید می‌کند.

نتایج پژوهش حاضر حاکی از اعتبار و پایایی مناسب پرسشنامه سلامت عمومی ۲۰ سوالی در جامعه نوجوانان ایرانی می‌باشد. این پرسشنامه سه بعد سرزندگی و انرژی، اضطراب و علایم جسمانی، و افسردگی را می‌سنجد. پیشنهاد می‌گردد تا به منظور اجتناب از پاسخ‌دهی اشتباه دانش آموزان به سوالات پرسشنامه، تمام گزینه‌ها در یک جهت به صورت به هیچ وجه، کمتر از حد معمول، در حد معمول، بیشتر از حد معمول و بسیار بیشتر از حد معمول قرار داده شده و سوالاتی که محتوای آنها در عکس بقیه سوالات می‌باشد به صورت معکوس نمره گذاری شوند (به پیوست یک مراجعه شود). همچنین با توجه به این که تعداد سوالات ابعاد با یکدیگر برابر نیست، به منظور سهولت در مقایسه نمرات ابعاد با یکدیگر، نمرات سوالات هر یک از ابعاد با یکدیگر جمع و بر تعداد آنها تقسیم شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر در نظر نگرفتن دانش آموزان سنین پایتتر می‌باشد. عدم استفاده از نمونه بالینی و همچنین عدم محاسبه نمرات هنجاری در پژوهش حاضر از محدودیت‌های دیگری است که پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی به آن پرداخته شود.

منابع

- 1- Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M., & Martin, M. (2000). Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*; 53 (1): 19-23.
- 2- Cairns E, McWhirter L, Barry R, Duffy U. (1991). The development of psychological well-being in late adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*; 32: 635-643.
- 3- Korten, A. and Henderson, S. (2000). The Australian national survey of mental health and we-being. *The British Journal of Psychiatry*; 177: 325-330.

کارکرد اجتماعی بر مواردی همچون کارکرد مدرسه، ارتباط با همسالان و اوقات فراغت تأکید می‌شود و اختلال در موارد مذکور به عنوان اختلال در کارکرد اجتماعی مد نظر قرار می‌گیرد [۳۴]. به منظور بررسی برازش مدل سه عاملی بدست آمده از تحلیل عاملی تأییدی استفاده گردید. در مدل اول بدست آمده از تحلیل عاملی تأییدی اگر چه شاخص‌های بدست آمده، بجز خی دو و خی دو بخش بر درجه آزادی از مقادیر قابل قبولی برخوردار بودند ولی به منظور دستیابی به مدل بهتر اصلاحاتی در مدل صورت گرفت [۳۱]. دو مورد از مهمترین این اصلاحات این بود که مسیر بین سوال D5 (آیا اخیراً بارها فکر کرده اید که به علت ناراحتی عصبی هیچ کاری را نمی‌توانید انجام دهید؟) و افسردگی حذف شده و بین این سوال با بعد سرزندگی مسیر جدید ایجاد شد. همچنین در مدل چهارم مسیر بین سوال B6 (آیا اخیراً احساس می‌کنید همه چیز از اختیار شما خارج شده است؟) و افسردگی حذف و با بعد سرزندگی مسیر جدید ایجاد شده است. به نظر می‌رسد محتوای این سوالات با سایر سوالات موجود در بعد سرزندگی و انرژی هم خوانی بیشتری دارند. نتایج حاصل از اعتبار همگرا نشان داد که بین سه عامل بدست آمده با عواملی که ساختاری‌های مشابهی را می‌سنجیدند همبستگی قوی و معنادار وجود دارد. همچنین در بررسی پایایی تمام ضرایب آلفای کرونباخ بالاتر از مقدار قابل قبول بودند و ضرایب باز آزمایی همگی در سطح قوی قرار داشته و معنادار بودند.

این نتایج با نتایج پژوهش‌هایی که در خارج از ایران انجام گرفته متفاوت است به طوری که در پژوهش‌های انجام شده (۱۸-۲۰)، ساختار عاملی بدست آمده مشابه با ساختار چهار عاملی گلدبرگ و هیلیر [۲۰] می‌باشد. در پژوهش حاضر سوالات مربوط به کارکرد اجتماعی حذف گردید، همچنین عامل جدیدی به نام سرزندگی و انرژی بدست آمد که نشان‌دهنده میزان انرژی روانی، بیمار بودن و کسالت روانی می‌باشد. سوالات مربوط به دو عامل اضطراب و نشانه‌های جسمانی نیز با یکدیگر ترکیب

- ۱۲- رشیدی، فرنگیس؛ قدسی، احقر و شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۸۹). نقش باورهای غیر منطقی بر سلامت روان دانش آموزان دختر دوره متوسطه شهر تهران. فصل نامه اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی، سال پنجم، شماره دوم، ۴۹-۶۵.
- ۱۳- قدسی، احقر (۱۳۸۸). اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر سلامت روان دانش آموزان دختر. اندیشه و رفتار، دوره چهارم، شماره ۱۴: ۷-۱۴.
- ۱۴- نوریالا، احمدعلی؛ باقری یزدی، سید عباس و محمد، کاظم (۱۳۸۷). اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی به عنوان ابزار غربالگری اختلالات روان پزشکی در شهر تهران - ۱۳۸۰. مجله پژوهشی حکیم، دوره یازدهم، شماره چهارم: ۴۷-۵۳.
- ۱۵- تقوی، سید محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q). مجله روانشناسی، دوره پنجم، شماره چهارم: ۳۸۱-۳۹۸.
- 16- Weyerer, S., Elton, M., Diallina, M., and Fichterl, M. M. (1986). The Principal Component Structure of the General Health Questionnaire Among Greek and Turkish Adolescents European Archives of Psychiatry Clinical And Neuroscience; 236: 75-82.
- 17- Iwata, N., and Saito, K. (1992). The Factor Structure of the 28-Item General Health Questionnaire when Used in Japanese Early Adolescents and Adult Employees: Age- and Cross-Cultural Comparisons. European Archives of Psychiatry Clinical and Neuroscience; 242: 172-178.
- 18- Bahri Yusoff, m. S. (2010). The validity of two malay versions of the general health questionnaire (ghq) in detecting distressed medical students. Asian journal of psychiatry; 11(2): 135-157.
- 19- Winefield, H. R., Goldney, R. D., Winefield, A. H., & Tiggemann, M. (1989). The General Health Questionnaire: reliability and validity for Australian youth. Australasian Psychiatry; 23(1): 53-58.
- 4- Donath, S. (2001). The validity of the 12-item General Health Questionnaire in Australia: a comparison between three scoring methods. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry; 35: 231-235.
- 5- Tait, R. J., Hulse, G. K., Robertson, S. I. (2002). A review of the validity of the General Health Questionnaire in adolescent populations. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry; 36: 550-557.
- 6- Goldberg, D. P., & Blackwell, B. (1970). Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. British Medical Journal; 1: 439-443.
- 7- Goldberg, D. & Williams, P. (1988). A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor: NFER-Nelson.
- 8- Goldberg, D. P., Gater, R. and Sartorius, N. et al. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. Psychological Medicine; 27:191-197.
- ۹- حقیقی، جمال؛ موسوی، محمد؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز و بشلیده، کیومرث (۱۳۸۵). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی و عزت نفس دانش آموزان دختر سال اول متوسطه. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره سوم، سال سیزدهم، شماره ۶۱-۷۸: ۱.
- ۱۰- گودرزی، علی و معینی رودبالی، زهرا (۱۳۸۵). بررسی رابطه سبک هاب مقابله ای و سلامت روانی در دانش آموزان دبیرستانی. دانشور رفتار، سال سیزدهم، شماره ۱۹: ۲۳-۳۲.
- ۱۱- حسینی نسب، احمدیان، فاطمه و روانبخش، محمد حسین (۱۳۸۷). بررسی رابطه شیوه‌های فرزندپروری با خودکارآمدی و سلامت روانی دانش آموزان. مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی، سال نهم، شماره ۱، (پیاپی ۱۸)، ۲۱-۳۷.

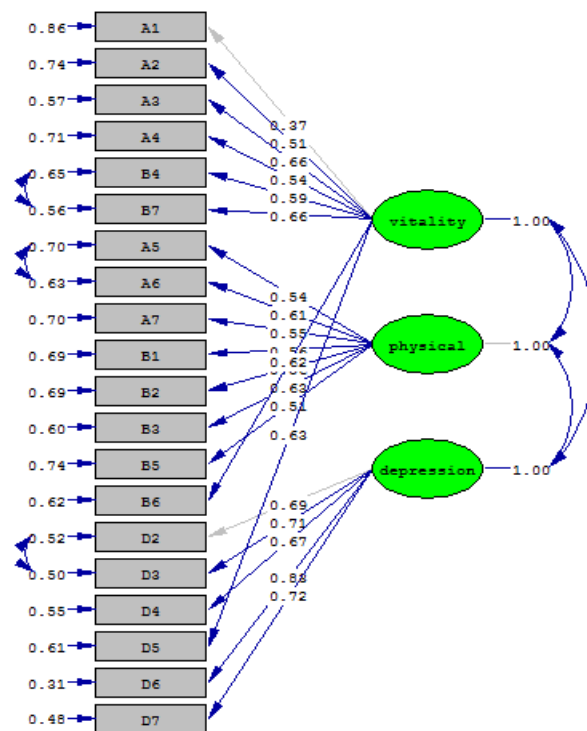
- 27- Tabachnick, b. g. & fidell, l. s. (1996). using multivariate statics (3th ed), New York: harper and row.
- 28- Patil, Vivek H., Surendra N. Singh, Sanjay Mishra, and D. Todd Donovan (2007), "Parallel Analysis Engine to Aid Determining Number of Factors to Retain [Computer software]. Available from <http://ires.ku.edu/~smishra/parallelengine.htm>
- 29- Hu L. & Bentler P. M. (1999) Cut off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*; 6:1-55.
- 30- Mulaik, S. A., James, L. R., van alstine, J., bennet, n., lind, S. & stilwell, C. D. (1989) evaluation of goodness-of-fit indices for structural equation models. *Psychological bulletin*; 105(3): 430-445.
- ۳۱- کلانتری، خلیل (۱۳۸۸). مدل سازی معادلات ساختاری در تحقیقات اجتماعی - اقتصادی. تهران: انتشارات مهندسين طرح مشاور و منظر.
- 32- Bortz J, Döring N. (2003). *Research methods and evaluation* (3rd ed). Berlin: Springer, 200.
- 33- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*; 16:297-334.
- 34- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J., European KIDSCREEN Group, (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*; 5 (3): 353-364.
- 20- Goldberg, D. P. & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*; 9: 139-145.
- 21- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*; 166(10): 1092-1097.
- ۲۲- نائینیان محمد رضا (۱۳۸۹). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) برای گروه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال (۱۳۸۹). سومین همایش سراسری روانپزشکی کودک و نوجوان. ۱۳ تا ۱۵ مهر ماه.
- 23- Cummins, R.A. & Lau, A.L.D. (2004). *Personal Wellbeing Index – Intellectual Disability: Second Edition*. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life, Deakin University. http://acqol.deakin.edu.au/instruments/wellbeing_index.html
- 24- Cummins, R.A., Eckersley, R. Pallant, J. Van Vugt, J, & Misajon, R. (2003). Developing a national index of subjective wellbeing: The Australian Unity Wellbeing Index. *Social Indicators Research*; 64: 159-190.
- ۲۵- نائینیان محمد رضا، گوهری زکیه، مطلبی نژاد سکینه و بلوچان منصوره (۱۳۹۲). بررسی مقدماتی پایایی و اعتبار مقیاس بهزیستی شخصی (کیفیت زندگی) - نسخه دانش آموزان (PWI-SC). مجله دانشور رفتار دانشگاه شاهد. دوره ۲، شماره ۹: ۱۲۸-۱۱۹.
- 26- Field, a. (2000) *Discovering Statistics Using Spss for Windows*. London. Sage publications.

پیوست

جدول زیر ضرایب مسیر و و مقادیر تی حاصل از تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه سلامت عمومی مدل سه عاملی را نشان می‌دهد.

ردیف	شماره	گویه	ضریب مسیر	مقدار تی
سرزندگی و انرژی	A1	۱*	آیا اخیراً احساس کرده اید که حالتان بسیار خوب است و از سلامت خوبی برخوردارید؟	-
	A2	۲	آیا اخیراً احساس کرده اید که به یک داروی نیروبخش مؤثر احتیاج دارید؟	۱۲/۱۸**
	A3	۳	آیا اخیراً احساس کرده اید که نیروی کافی ندارید و حالتان خوش نیست؟	۱۳/۳۳**
	A4	۴	آیا اخیراً احساس کرده اید که بیمار هستید؟	۱۲/۴۸**
	B4	۵	آیا اخیراً عصبی و بد خلق شده اید؟	۱۲/۸۶**
	B6	۶	آیا اخیراً احساس می‌کنید همه چیز از اختیار شما خارج شده است؟	۱۳/۰۹**
	B7	۷	آیا اخیراً همواره عصبی و برآشفته هستید؟	۱۳/۳۶**
	D5	۸	آیا اخیراً بارها فکر کرده اید که به علت ناراحتی عصبی هیچ کاری را نمی‌توانید انجام دهید؟	۱۳/۱۴**
علایم جسمانی و اضطراب	A5	۹	آیا اخیراً دچار سردرد هایی شده اید؟	-
	A6	۱۰	آیا اخیراً در سر خود احساس سنگینی یا فشار کرده اید؟	۲۴/۴۱**
	A7	۱۱	آیا اخیراً احساس سرمای شدید یا گر گرفتگی کرده اید؟	۲۱/۶۷**
	B1	۱۲	آیا اخیراً خوابتان به دلیل نگرانی زیاد بسیار کم شده است؟	۲۲/۰۹**
	B2	۱۳	آیا اخیراً اغلب هنگام شب پس از به خواب رفتن، از خواب بیدار شده اید؟	۲۲/۲۵**
	B3	۱۴	آیا اخیراً احساس کرده اید که مدام خسته اید؟	۲۵/۷۲**
	B5	۱۵	آیا اخیراً بی دلیل از چیزی ترسیده اید یا دچار وحشت زدگی شده اید؟	۱۹/۹۲**
افسردگی	D2	۱۶	آیا اخیراً احساس می‌کنید زندگی کاملاً ناامید کننده است؟	-
	D3	۱۷	آیا اخیراً احساس می‌کنید زندگی ارزش زنده ماندن را ندارد؟	۲۹/۳۹**
	D4	۱۸	آیا اخیراً در باره امکاناتی فکر کرده اید که می‌توانند شما را از شر خودتان خلاص کنند؟	۲۳/۸۲**
	D6	۱۹	آیا اخیراً احساس می‌کنید که آرزو دارید بمیرید و از همه چیز راحت شوید؟	۲۸/۱۳**
	D7	۲۰	آیا اخیراً احساس می‌کنید که فکر از بین بردن خود، ذهنتان را مشغول می‌کند؟	۲۵/۲۲**

نمره گذاری: پاسخ‌ها به صورت به هیچ وجه (۰)، کمتر از حد معمول (۱)، در حد معمول (۲)، بیشتر از حد معمول (۳) و بسیار بیشتر از حد معمول (۴) نمره گذاری می‌شوند. سوال اول به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. نمرات هر بعد از مجموع سوالات آن بعد تقسیم بر تعداد سوالات بدست می‌آید. در بعد سرزندگی و انرژی، نمره بالاتر به معنای برخوردار بودن از سرزندگی و انرژی کمتر می‌باشد. در سایر ابعاد بدست آوردن نمره بالاتر به معنای افزایش اضطراب، علایم جسمانی و افسردگی می‌باشد.



Chi-Square=798.33, df=164, P-value=0.00000, RMSEA=0.049

نمودار ۱: حاصل از مدل اصلاحی نهایی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۰ سوالی

کاربرد پرسشنامه افسردگی بک - ۲ در دانشجویان ایرانی

نویسنده: چنگیز رحیمی^۱

۱- دانشیار بخش روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز.

*Email: crahimi@hotmail.com

چکیده

پرسشنامه افسردگی بک احتمالاً رایج ترین پرسشنامه خود-گزارش دهی است که برای سنجش افسردگی در دانشجویان استفاده می شود. هدف از انجام این پژوهش بررسی خصوصیات روانسنجی این پرسشنامه و ارتباط آن با جنسیت و سطح تحصیلات و مقایسه شدت و نوع علائم در گروه بزرگی از دانشجویان ایرانی است. به این منظور تعداد ۲۲۶۰ نفر از دانشجویان دوره های کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه شیراز (۶۶/۸٪ دختر و ۳۳/۲٪ پسر) این پرسشنامه را تکمیل کردند. برای محاسبه پایایی پرسشنامه از روش های دوباره سنجی و ثبات درونی و برای تعیین روایی از روش های روایی همزمان و روش تحلیل عاملی استفاده شد. برای مقایسه میزان افسردگی دانشجویان دختر و پسر و هم چنین دانشجویان دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد از آزمون t مستقل استفاده شد. در مرحله بعد نوع علائم افسردگی در دانشجویان در ارتباط با جنسیت و سطح تحصیلات بررسی شد. نتایج نشان داد پرسشنامه افسردگی بک-۲ از ثبات داخلی بالا ($\alpha=0.87$) و در طول زمان از پایایی قابل قبولی ($r=0.73$) برخوردار بود. اجراء همزمان این آزمون با پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی و مقیاس افسردگی اضطراب و استرس ۲۱ سوالی نشان داد این آزمون از روایی همزمان خوبی برخوردار است. انجام تحلیل عاملی برای کل آزمودنی ها وجود عامل های شناختی-عاطفی و جسمی را نشان داد. روش تحلیل عاملی برای دانشجویان دختر و پسر به تفکیک انجام شد. از نظر میزان افسردگی، بین دانشجویان دختر و پسر تفاوت معنادار نبود اما دانشجویان دوره کارشناسی نسبت به دانشجویان دوره کارشناسی ارشد بطور معناداری نمرات بالاتری کسب کردند. هم چنین دانشجویان الگوهای متفاوتی از علائم را نشان دادند. در مجموع یافته های این پژوهش روایی و پایایی قابل قبول آزمون افسردگی بک-۲ در دانشجویان ایرانی را نشان داد. الگوی نوع علائم در دانشجویان دختر و پسر متفاوت و شدت علائم افسردگی با سطح تحصیلات دانشجویان ارتباط داشت.

کلید واژه ها: پرسشنامه افسردگی بک - ۲، پایایی، روایی، دانشجویان.

روانشناسی بالینی و شخصیت

دانشور
و نشر

• دریافت مقاله: ۹۰/۱۲/۲۳

• پذیرش مقاله: ۹۲/۶/۲۵

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

Clinical Psy. & Personality

دوفصلنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد

سال بیست و یکم - دوره
جدید شماره ۱۰
بهار و تابستان ۱۳۹۳

مقدمه

پرسشنامه افسردگی بک یکی از رایج ترین ابزارهای خودگزارش دهی است که برای ارزشیابی شدت علائم افسردگی در بیماران روانپزشکی و تشخیص افسردگی احتمالی در افراد بهنجار به کار می‌رود [۱-۳]. مطالعات زیادی برای سنجش شدت افسردگی در دانشجویان از این پرسشنامه استفاده کرده‌اند [۴]. بک و بک این پرسشنامه را برای غربالگری سریع بیماران افسرده معرفی کرده‌اند [۵]. آخرین نسخه پرسشنامه با عنوان پرسشنامه افسردگی بک - ۲ در سال ۱۹۹۶ توسط بک، استیر و براون بر اساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تنظیم شده است [۶-۸]. ماده‌های این پرسشنامه بر مبنای یک نظریه خاص در باره افسردگی و یا بر اساس انجام مطالعات پژوهشی به دست نیامده است، بلکه صرفاً بر مبنای مشاهدات بالینی و بیانات توصیفی در باره علائمی است که اغلب توسط بیماران افسرده اظهار شده است [۱].

با توجه به تأثیر عوامل فرهنگی بر پدیده‌های روانشناختی و کاربرد گسترده این پرسشنامه در ایران، مطالعه خصوصیات روانشناختی، هنجاریابی و ارتباط آن با خصوصیات جمعیت شناختی استفاده‌کنندگان از این ابزار از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. مطالعات زیادی در فرهنگ‌های مختلف روایی، پایایی و ساختار عاملی این پرسشنامه را بررسی کرده‌اند. بک و همکاران یک ساختار دو عاملی شامل عامل شناختی-عاطفی^۱ و عامل جسمی^۲ برای این پرسشنامه و هم چنین روایی و پایایی قابل قبولی برای آزمون گزارش کرده‌اند [۶]. مطالعه نسخه چینی این پرسشنامه بر روی یک نمونه غیر بالینی بزرگسال در هنگ کنگ نشان داد این پرسشنامه به خوبی می‌تواند علائم افسردگی را در این جامعه ارزیابی کند [۹]. بررسی خصوصیات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ بر روی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی در ایران نشان داد این پرسشنامه به طور پایایی برای تشخیص و

سنجش شدت افسردگی قبل و بعد از درمان در دفعات متعدد کاربرد دارد [۱۰].

تحقیقات زیادی در دنیا به مطالعه این پرسشنامه در گروه‌های دانشجویی پرداخته‌اند. دو پژوهش مختلف بر روی دانشجویان دوره کارشناسی در امریکا وجود عامل‌های شناختی-عاطفی و جسمی در این پرسشنامه را تأیید نموده و روایی و پایایی قابل قبولی برای آن گزارش کرده‌اند [۲، ۱۱]. هم چنین پرسشنامه از همبستگی مثبتی با ملاک‌های آزمون خود گزارش دهی اضطراب و افسردگی^۴ برخوردار بود [۱۲]. در دو مطالعه بر روی تعدادی از دانشجویان کانادایی و یک مطالعه بر روی دانشجویان چینی وجود هر دو عامل شناختی-عاطفی و جسمی گزارش شده است [۱۵-۱۳]. تحقیقات بر روی یک نمونه از دانشجویان در اسپانیا و دانشجویان ۱۹ کشور عربی پرسشنامه را قابل قبول گزارش کرده است [۱۶، ۱۷]. در تحلیل عاملی که در گروه بزرگی از دانشجویان برزیلی انجام شد سه عامل شامل اعتماد به نفس پایین، علائم شناختی-عاطفی و علائم جسمی به دست آمد [۳]. هم چنین خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارسی این پرسشنامه در نمونه کوچکی از دانشجویان ایرانی بررسی شد. نسخه فارسی از سازگاری درونی بالایی بر مبنای آلفای کرونباخ ($\alpha=0/87$) برخوردار بود و پایایی آن که از طریق آزمون مجدد محاسبه گردید قابل قبول ($r=0/73$) گزارش شد. هم چنین این پرسشنامه همبستگی بالایی با پرسشنامه افکار خودکار هولن و کندال [۱۸، ۱۹] داشت.

نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از این است که تابلو علایم و میزان افسردگی که با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک-۲ بدست می‌آید تحت تأثیر عوامل فرهنگی و خصوصیات جمعیت شناختی قرار می‌گیرند. در یک پژوهش خصوصیات روان‌سنجی این پرسشنامه در دانشجویان امریکایی که از نژادهای مختلفی بودند بررسی شد. تحلیل داده‌ها یک مدل سه عاملی شامل نگرش منفی، مشکل در عملکرد و علائم جسمی را نشان داد. دانشجویان سفید پوست در تحریک پذیری در مقایسه با دانشجویان آسیایی-امریکایی، و در ماده‌های احساس

1. Cognitive-Affective Factor

2. Somatic Factor

فیزیولوژیک نسبت به پسرها نمرات بالاتری کسب کردند [۲۵]. تفاوت در نحوه بیان افسردگی بین دانشجویان دختر و پسر در مطالعات دیگری هم گزارش شده است [۲۶]. به نظر می‌رسد در دانشجویان برزیلی نمرات افسردگی زنان، افراد شاغل و آزمودنی‌های جوان تر نسبت به سایر گروه‌ها بالاتر باشد. در گروه زنان دو عامل علائم شناختی و اعتماد به نفس پایین و در گروه مردان علائم جسمی و اعتماد به نفس پایین دیده شد. تحلیل تشخیصی^۱ نشان داد این پرسشنامه به خوبی علائم افسردگی را در دانشجویان مشخص می‌کند و جنبه‌های خاصی از افسردگی را می‌سنجد [۳]. در مطالعه دیگری علی‌رغم اینکه تفاوت معناداری بین نمرات افسردگی دانشجویان دختر و پسر مشاهده نشد، اما در الگوی علائم افسردگی آنها تفاوت وجود داشت. پسرها بیشتر عدم توانایی برای گریه کردن، نداشتن علائق اجتماعی، احساس شکست و شکایات جسمی و دختران بیشتر عدم قدرت تصمیم‌گیری و عدم علاقه به خود را مطرح کردند [۲۷].

در مجموع نتایج تحقیقات فوق نشان می‌دهد علی‌رغم اینکه پرسشنامه افسردگی بک-۲ در کشورهای مختلف از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار بوده است، ولی تحلیل عامل‌ها انجام شده در فرهنگ‌های مختلف حاکی از آن است که از نظر الگوی علائم افسردگی بین دانشجویان کشورهای مختلف تفاوت وجود دارد. به نظر می‌رسد نحوه بیان افسردگی و میزان آن در فرهنگ‌های مختلف هم متفاوت باشد. هم‌چنین دانشجویان دختر و پسر در کشورهای مختلف الگوهای متفاوتی از علائم افسردگی را نشان می‌دهند. با توجه به نتایج تحقیقات مختلف که به بررسی خصوصیات روانسنجی این پرسشنامه و ارتباط آن با میزان و نوع علائم افسردگی در جوامع مختلف پرداخته‌اند، و همین‌طور استفاده از این پرسشنامه در جمعیت‌های دانشجویی کشورمان، به نظر می‌رسد بررسی کاربرد این پرسشنامه بر روی دانشجویان ایرانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد. در دو پژوهشی که در ایران انجام شده است، در یک مورد خصوصیات

بی‌ارزشی و بی‌قراری نسبت به دانشجویان اسپانیایی بطور معناداری نمرات بالاتری داشتند [۲۰]. این پرسشنامه هم‌چنین در بعضی کشورهای دارای تفاوت‌های فرهنگی زیاد با کشور سازنده آزمون مورد مطالعه قرار گرفته است. پس از اجرای یک نسخه از پرسشنامه بک بر روی تعدادی دختر و پسر اهل چند کشور عربی یک نسخه عربی برای آن تهیه شد [۲۱، ۲۲]. در مطالعه دیگری که بر روی دانشجویان بحرینی انجام شد روایی و پایایی قابل قبولی بدست آمد که نشان می‌دهد علی‌رغم تفاوت‌های زیاد بین فرهنگ‌های عربی و غربی این پرسشنامه ابزار قوی برای سنجش افسردگی در دانشجویان بحرینی است [۴]. یک گروه پژوهشگر ارتباط علائم افسردگی با وضعیت اجتماعی-اقتصادی، احساس کنترل و عوامل فرهنگی در دانشجویان ۲۳ کشور مختلف جهان ($n=17348$) را با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک-۲ بررسی کردند. نتایج بدست آمده افسردگی کم در کشورهای اروپای غربی و جنوبی و همین‌طور امریکای شمالی و جنوبی، افسردگی متوسط در اروپای مرکزی و شرقی و افسردگی بالا در کشورهای آسیایی - پاسیفیک را نشان داد [۲۳]. مطالعه دیگری نشان داد علائم افسردگی در کشورهای اروپای غربی بالاتر از اروپای شرقی است [۲۴].

مطالعات متعددی به مقایسه دانشجویان دختر و پسر در ارتباط با علائم افسردگی و پرسشنامه افسردگی بک-۲ پرداخته‌اند. اجرای پرسشنامه بر روی ۸۵۳۸ دانشجوی دوره کارشناسی در کشورهای مختلف عربی نشان داد در ۹ کشور (عراق، سوریه، مصر، پاکستان، الجزایر، عمان، قطر، مراکش و کویت) دانشجویان دختر بطور معناداری نمرات بالاتری نسبت به دانشجویان پسر کسب کردند، در حالی که دانشجویان پسر در کشور عربستان سعودی بطور معناداری نمرات بالاتری نسبت به دانشجویان دختر بدست آوردند، اما در ۷ کشور دیگر (کشورهای لبنان، تونس، فلسطین، امارات متحده عربی، یمن، اردن و سودان) تفاوت بین دو جنس معنادار نبود [۱۷]. در مطالعه دیگری بر روی دانشجویان گزارش شد که دخترها بطور معناداری در نمره کل و دو عامل شناختی-رفتاری و

میانگین سنی دانشجویان مجرد ۲۱/۰۳ سال ($SD=8/89$), میانگین سنی دانشجویان متأهل ۲۵/۱۱ سال ($SD=8/24$) و میانگین سنی کل دانشجویان ۲۱/۳۴ سال ($SD=8/99$) بود.

ابزارهای پژوهش

علاوه بر پرسشنامه افسردگی بک-۲ از پرسشنامه‌های سلامت روان ۲۸ سوالی^۱ و فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی ۲۱ سوالی^۲ برای تعیین روایی آن استفاده شد.

۱- پرسشنامه افسردگی بک - ۲: یک پرسشنامه خود ارزیابی ۲۱ ماده ای است که شدت علائم افسردگی را می‌سنجد. هر ماده (نشانه بیماری) بر اساس شدت آن به چهار درجه تقسیم شده و از صفر تا سه نمره می‌گیرد. نمره صفر نشان دهنده پائین ترین میزان و نمره ۳ نشان دهنده بالاترین میزان شدت تجربه یک نشانه افسردگی است. جمع نمرات هر پرسشنامه می‌تواند بین ۰ تا ۶۳ باشد. این پرسشنامه برای ارزیابی شدت افسردگی در افراد بالاتر از ۱۳ سال استفاده می‌شود. بیمار باید به تجربه علائم فوق در دو هفته گذشته اشاره کند، آزمونگر می‌تواند دستورالعمل آزمون را کتبی یا شفاهی به بیمار ارائه دهد. در صورت نیاز از آزمودنی به خواهید پاسخ همه ماده‌ها را مشخص کند. در ضمن می‌توان با توجه به ماده‌های مختلف به نوع علائم در این بیماری توجه کرد. در یک پژوهش گزارش شده است که ماده مربوط به بدبینی در این آزمون در ۲۱۱ بیمار به خوبی افکار خودکشی در آنان را پیش بینی کرد [۲۸]. در این آزمون نمرات ۱۳-۰ حداقل افسردگی، ۱۹-۱۴ افسردگی خفیف، ۲۸-۲۰ افسردگی متوسط و ۶۳-۲۹ افسردگی شدید را نشان می‌دهد [۶]. در این پژوهش از نسخه ترجمه شده توسط قاسم زاده و همکاران استفاده شد [۱۸].

۲- پرسشنامه سلامت روان-۲۸ (GHQ-28): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط گلدبرگ و ویلیام تهیه شده است و شامل چهار خرده آزمون افسردگی، اضطراب

روان سنجی این پرسشنامه را بر روی بیماران افسرده گزارش شده است [۱۰] و مطالعه دوم بر روی گروه کوچکی از دانشجویان انجام شده است، فقط دانشجویان دوره کارشناسی در پژوهش شرکت داشته‌اند و روایی همزمان صرفاً بر روی یک آزمون دیگر انجام شده است [۱۸]. در پژوهش حاضر گروه بزرگی از دانشجویان ایرانی از مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد شرکت کرده‌اند. هم چنین برای محاسبه روایی همزمان آزمون از آزمون‌های مختلفی استفاده شده است. در این پژوهش ابتداء به تعیین روایی، پایایی و ساختار عاملی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در گروه بزرگی از دانشجویان ایرانی می‌پردازیم. در مرحله بعد نوع علائم افسردگی در دو گروه دانشجویان دختر و پسر مقایسه خواهد شد. در پایان میزان افسردگی در دانشجویان با جنسیت و سطح تحصیلات مختلف بررسی می‌شود.

روش

آزمودنی

در مجموع ۲۲۶۰ نفر در مقاطع تحصیلی کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه شیراز پرسشنامه افسردگی بک-۲ را تکمیل نمودند. دانشجویان فوق و رودی‌های سال ۱۳۸۷ دانشگاه شیراز بودند که برای تشکیل پرونده بهداشت روان به مرکز مشاوره دانشگاه مراجعه کرده بودند. پرسشنامه‌ها به صورت انفرادی در اختیار آزمودنی‌ها گذاشته می‌شد تا آنها را در مرکز مشاوره تکمیل نمایند. در مجموع تعداد ۷۵۱ نفر (۳۳/۲٪) مذکر و ۱۵۰۹ نفر (۶۶/۸٪) مؤنث، ۲۱۰۰ نفر (۹۳٪) مجرد و ۱۵۸ نفر (۷٪) متأهل، ۱۶۳۷ نفر (۷۲/۴٪) در مقطع کارشناسی و ۶۲۳ نفر (۲۷/۶٪) در مقطع کارشناسی ارشد تحصیل می‌کردند. آزمودنی‌ها از کلیه دانشکده‌های دانشگاه شیراز انتخاب شده بودند. میانگین سنی دانشجویان مذکر ۲۱/۸۷ سال ($SD=9/27$) و میانگین سنی دانشجویان مؤنث ۲۱/۰۷ سال ($SD=8/84$) بود. هم چنین میانگین سنی دانشجویان مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد به ترتیب ۲۰/۱۰ سال ($SD=9/75$) و ۲۴/۶۱ ($SD=5/43$) سال بود.

1. General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)

2. Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21)

[۳۵]. برای تعیین روایی از روش‌های روایی همزمان و روش تحلیل عاملی استفاده شد. برای مقایسه میزان افسردگی در آزمودنی‌های دختر و پسر و هم چنین دانشجویان دوره‌های کارشناسی و کارشناسی ارشد از آزمون t مستقل استفاده شد.

نتایج

پایایی پرسشنامه

برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش‌های ثبات درونی و دو باره سنجی استفاده شد. برای سنجش ثبات درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار هر ماده و هم چنین همبستگی آن ماده با نمره کل آزمون، درصد آزمودنی‌هایی که در هر سوال وضعیت خود را با نمرات ۱، ۲ و ۳ ارزیابی کرده‌اند و ضریب آلفای آزمون در صورت حذف هر یک از سوال‌ها را نشان می‌دهد. سوالات ۱۷ و ۲۱ کمترین همبستگی را با نمره کل آزمون داشتند ولی حذف آنها بر روی ضریب آلفای کل تأثیری نمی‌گذاشت. ضریب همبستگی هر ماده با نمره کل آزمون قدرت تشخیص آن ماده را نشان می‌دهد. دامنه همبستگی ماده‌ها با نمره کل آزمون از ۰/۳۶ تا ۰/۶۴ بود. هم چنین ماده‌های ۷، ۱۴ و ۲۰ بیشترین همبستگی (۰/۶۴) و ماده شماره ۲۱ کمترین همبستگی (۰/۳۶) را با کل آزمون را داشت. در مجموع ضریب آلفا و همبستگی ماده‌ها با کل آزمون ثبات درونی بالای این آزمون را نشان می‌دهد. برای بررسی پایایی آزمون با استفاده از روش دو باره سنجی، آزمون به فاصله دو هفته مجدداً بر روی تعداد ۱۱۲ نفر از آزمودنی‌ها اجرا شد و ضریب همبستگی پیرسون معادل ۷۸/۰ بدست آمد که در سطح $P < ۰/۰۱$ معنا دار بود و پایایی آزمون در مقابل گذر زمان را نشان داد.

روایی پرسشنامه

برای تعیین روایی پرسشنامه از روش‌های روایی همزمان و روش تحلیل عاملی استفاده شد.

و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و علائم جسمی می‌باشد [۲۹]. نمره کمتر در این آزمون نشانه بهداشت روان بهتر است. در مطالعه‌ای بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز روایی و پایایی قابل قبولی برای این پرسشنامه گزارش شده است [۳۰]. سه روش بازآزمایی (۰/۷۰)، تصنیف، (۰/۹۳) و آلفای کرونباخ (۰/۹۰) اعتبار قابل قبول این پرسشنامه را نشان داد. روایی این پرسشنامه از طریق اجرای همزمان آن با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس ۰/۵۵ و ضرایب همبستگی بین مقیاس‌های پرسشنامه با نمره کل رضایت بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بود. تقوی جدول هنجاری این آزمون برای دانشجویان به تفکیک، دانشکده، سال تحصیلی و جنسیت را ارائه داده است [۳۱].

۳- مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی ۲۱ سوالی (DASS-21): این مقیاس که از سه عامل افسردگی، اضطراب و فشار روانی تشکیل شده است در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوند و لایبوند تهیه شد [۳۲]. اعتبار بازآزمایی برای زیر مقیاس‌های فرعی به ترتیب ۰/۸۱ برای استرس، ۰/۷۹ برای اضطراب و ۰/۷۱ برای افسردگی به دست آمد. روایی این مقیاس نیز با مقیاس‌های اضطراب و افسردگی بک با ضرایب همبستگی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ بدست آمد. در مطالعه‌ای که بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز و دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد روایی و پایایی قابل قبولی برای فرم ۲۱ سوالی این پرسشنامه گزارش شده است. هم چنین میزان همسانی درونی قابل قبولی برای این مقیاس بدست آمد [۳۳]. در یک پژوهش جدید که بر روی جمعیت عمومی انجام شد نتایج نشان داد این پرسشنامه شرایط لازم برای کاربرد در پژوهش‌های روان‌شناختی و موقعیت‌های بالینی در ایران را دارد [۳۴].

روش تحلیل داده‌ها

خصوصیات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی ارائه شده است. برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش‌های دوباره سنجی (همبستگی پیرسون) و ثبات درونی آلفای کرونباخ استفاده شد

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی هر یک از سوال‌ها با نمره کل پرسشنامه افسردگی بک-۲

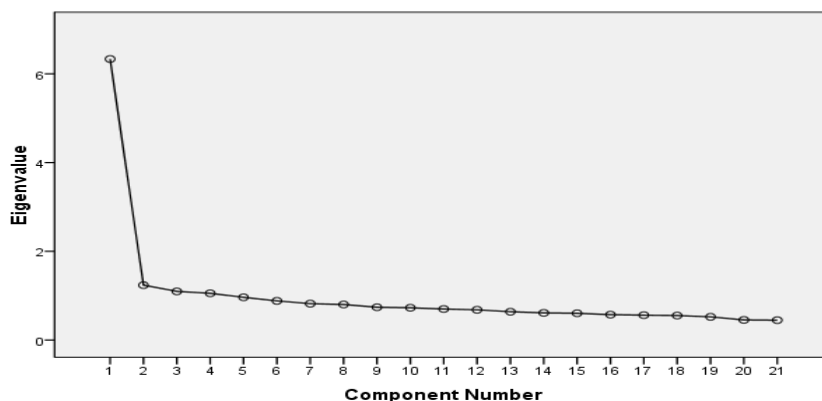
در صد نمرات ۳، ۲، ۱	ضریب آلفا با حذف سوال	همبستگی با نمره کل	انحراف معیار	میانگین	ماده‌ها
۴۴	۶۸/۰	۶۲/۰	۶۰/۰	۴۷/۰	۱ غمگینی
۱۸	۸۶/۰	۵۵/۰	۶۱/۰	۲۵/۰	۲ بدبینی
۲۵	۸۷/۰	۴۱/۰	۱	۳۲/۰	۳ شکست‌های قبلی
۴۰	۸۶/۰	۵۷/۰	۸۲/۰	۵۹/۰	۴ فقدان لذت
۵۴	۸۶/۰	۴۶/۰	۶۷/۰	۵۳/۰	۵ احساس گناه
۳۰	۸۶/۰	۵۹/۰	۸۹/۰	۴۹/۰	۶ احساس تنبیه
۲۱	۸۶/۰	۶۴/۰	۸۱/۰	۳۷/۰	۷ بی‌زاری از خود
۴۲	۸۷/۰	۵۳/۰	۱	۸۳/۰	۸ انتقاد از خود
۴/۷	۸۷/۰	۴۵/۰	۳۵/۰	۰۹/۰	۹ افکار و آرزوی مردن
۲۸	۸۶/۰	۵۸/۰	۹۹/۰	۵۴/۰	۱۰ گریه کردن
۲۵	۸۶/۰	۶۲/۰	۶۴/۰	۳۲/۰	۱۱ بی‌قراری
۳۱	۸۶/۰	۵۷/۰	۷۲/۰	۴۱/۰	۱۲ از دست دادن علائق
۳۱	۸۶/۰	۶۲/۰	۷۹/۰	۴۵/۰	۱۳ بلا تکلیفی
۵/۲۴	۸۶/۰	۶۴/۰	۷۴/۰	۳۸/۰	۱۴ بی‌ارزشی
۳۶	۸۶/۰	۶۲/۰	۶۷/۰	۴۵/۰	۱۵ فقدان انرژی
۶۲	۸۷/۰	۴۲/۰	۶۷/۰	۷۲/۰	۱۶ تغییرات در الگوی خواب
۲۰	۸۷/۰	۳۷/۰	۶۶/۰	۲۷/۰	۱۷ تحریک پذیری
۴۲	۸۷/۰	۴۰/۰	۷۰/۰	۵۱/۰	۱۸ تغییرات در اشتها
۴۹	۸۶/۰	۶۱/۰	۸۵/۰	۷۱/۰	۱۹ دشواری تمرکز
۵/۳۰	۸۶/۰	۶۴/۰	۶۳/۰	۰/ ۳۷	۲۰ خستگی پذیری
۲۱	۸۷/۰	۳۶/۰	۶۷/۰	۳۰/۰	۲۱ فقدان علائق جنسی
			۴۶/۸	۴۴/۹	نمره کل

برخوردار است.

در پژوهش حاضر برای تحلیل عاملی داده‌های جمع آوری شده در کل آزمودنی‌ها از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی^۱ با استفاده از چرخش ابلیک انجام شد تا ساختار عاملی موجود در آزمون مشخص شود. بک و همکاران [۶] هم از همین روش استفاده کرده‌اند. قبل از انجام تحلیل عوامل، آزمون‌های KMO و بارتلت انجام شدند. مقدار KMO برابر ۰/۹۴۳ بود که نشان دهنده کفایت نمونه برای انجام تحلیل عاملی است.

برای بررسی روایی همزمان پرسشنامه افسردگی بک-۲، بطور همزمان پرسشنامه سلامت عمومی-۲۸ سوالی و مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی-۲۱ سوالی اجرا شد و ضرایب همبستگی آنها محاسبه گردید. ضرایب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک-۲ با هر یک از خرده آزمون‌های افسردگی (۶۸/۰) و اضطراب (۶۶/۰) مربوط به پرسشنامه سلامت عمومی-۲۸ سوالی و خرده آزمون‌های افسردگی (۷۳/۰) و اضطراب (۶۰/۰) مربوط به مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی-۲۱ سوالی و همگی در سطح $p < 0.01/0$ معنا دار بود. در مجموع این نتایج نشان می‌دهد آزمون از روایی همزمان خوبی

Scree Plot



نمودار ۱: نمودار اسکری مربوط به تحلیل عامل پرسشنامه افسردگی بک-۲

و آزمودنی‌های دختر و پسر به تفکیک جنسیت را نشان می‌دهد.

انجام تحلیل عاملی که صرفاً بر روی دانشجویان دختر اجراء شد نشان داد فقط ۱۱ ماده شامل ماده‌های ۹-۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۸ بر روی عامل اول قرار گرفتند. با توجه به اینکه بیشترین بارهای عاملی به ماده‌هایی تعلق دارد که جنبه شناختی دارند عامل شناختی-عاطفی نامیده شد. ماده‌های ۱، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۱۹ و ۲۰ بر روی عامل دوم قرار گرفتند. با توجه به اینکه بیشترین بار عاملی مربوط به ماده‌هایی است که جسمی هستند و دو عامل آخر عاطفی است عامل جسمی-عاطفی نامیده شد. ماده‌های ۱۰، ۱۷ و ۲۱ به این علت که بار عاملی آنها از ۰/۳۵ کمتر بود بر روی هیچ عاملی قرار نگرفتند. انجام تحلیل عاملی که صرفاً بر روی دانشجویان پسر اجراء شد نشان داد ۱۷ ماده شامل ماده‌های ۱-۱۵، ۱۹ و ۲۰ بر روی عامل اول قرار گرفتند. با توجه به اینکه بالاترین بار عاملی به ماده‌های شناختی و پس آن به ماده‌های عاطفی تعلق داشتند عامل شناختی-عاطفی نامیده شد. البته دو ماده خستگی پذیری و فقدان انرژی هم بر روی این عامل قرار گرفتند. ماده‌های ۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۲۱ بر روی عامل دوم قرار گرفتند و عامل جسمی نامیده شد. در این مجموعه هیچ یک از ماده‌های آزمون حذف نشد.

هم چنین در آزمون کرویت بارتلت $X^2=895/11573$ بدست آمد که در سطح $P < 0.01/0$ معنادار است. چهار عامل ارزش ویژه بالاتر از یک وجود داشت. مقادیر ویژه برای هر کدام به ترتیب ۳۳/۶، ۲۴/۱، ۰۹/۱ و ۰۵/۱ بود. پس از بررسی ارزش‌های ویژه و نمودار اسکری (نمودار ۱) دو عامل استخراج شد که ارزش ویژه آنها به ترتیب ۳۳/۶ و ۲۳/۱ بود. دو عامل در مجموع ۰۵/۳۶ درصد از واریانس کل آزمون را برآورد می‌کردند که سهم هر یک از آنها به ترتیب ۰۵/۳۰ و ۸۹/۵ درصد بود. در مجموع ماده‌های ۱ تا ۱۴ بر روی عامل اول و ماده‌های ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ بر روی عامل دوم قرار گرفتند. ماده‌های ۱۷ و ۲۱ به علت بار عاملی کمتر از ۰/۳۵ بر روی هیچ عاملی قرار نگرفتند. در بین ماده‌هایی که بر روی عامل اول قرار گرفتند بیشترین بار عاملی بر روی ماده‌های دارای جنبه شناختی قرار داشت و ماده‌های دارای بار عاملی کمتر بیشتر جنبه عاطفی داشتند، بنابراین این ماده‌ها در چارچوب عامل شناختی-عاطفی^۱ نام گذاری شد. ماده‌هایی که بر روی عامل دوم قرار گرفتند. چهار ماده اول جنبه جسمی و نباتی دارند و تنها ماده دشواری تمرکز به گروه اضافه شده است، بنابراین عامل دوم عامل جسمی^۲ نامگذاری شد. جدول ۲ بار عاملی ماده‌های مختلف پرسشنامه افسردگی بک-۲ برای کل آزمودنی‌ها

2. cognitive-affective factor
2. somatic factor

جدول ۲: بار عاملی ماده‌های مختلف پرسشنامه افسردگی بک-۲ برای کل آزمودنی‌ها و آزمودنی‌های دختر و پسر به تفکیک جنسیت

دختران		پسران		کل آزمودنی‌ها		متغیرها
F2	F1	F2	F1	F2	F1	ماده‌ها
۳۸۲/۰	۳۶۷/۰	۲۶/۰	۵۳/۰	۳۲/۰	۴۵/۰	۱ غمگینی
۰۹/۰	۵۳/۰	-۰۵/۰	۶۸/۰	-۰۴/۰	۶۵/۰	۲ بدبینی
۰۲/۰	۶۳/۰	-۲۷/۰	۴۳/۰	-۲۱/۰	۵۵/۰	۳ شکست‌های قبلی
۳۰/۰	۳۷/۰	۲۸/۰	۳۹/۰	۲۵/۰	۴۲/۰	۴ فقدان لذت
-۰۰۳/۰	۵۲/۰	-۱۵/۰	۵۳/۰	-۰۱/۰	۴۹/۰	۵ احساس کناه
-۲۰/۰	۸۱/۰	-۱۱/۰	۶۹/۰	-۱۴/۰	۷۳/۰	۶ احساس تنبیه
۰۶/۰	۶۶/۰	۰۰/۰	۷۰/۰	۰۴/۰	۶۸/۰	۷ بی‌زاری از خود
۰۳/۰	۵۶/۰	-۰۳/۰	۴۵/۰	۰۷/۰	۴۷/۰	۸ انتقاد از خود
-۱۱/۰	۵۸/۰	۲۰/۰	۴۶/۰	۰۱/۰	۵۱/۰	۹ افکار و آرزوی مردن
۳۲۸/۰	۳۳۸/۰	۱۸/۰	۴۷/۰	۰/۲۹	۳۹/۰	۱۰ گریه کردن
۴۱/۰	۳۲/۰	۳۴/۰	۵۱/۰	۳۸/۰	۴۰/۰	۱۱ بی‌قراری
۳۶/۰	۳۱/۰	۲۷/۰	۴۶/۰	۲۸/۰	۴۰/۰	۱۲ از دست دادن علائق
۲۷/۰	۴۳/۰	۱۹/۰	۵۵/۰	۲۵/۰	۴۸/۰	۱۳ بلاتکلیفی
۱۴/۰	۶۰/۰	۰۳/۰	۶۵/۰	۰۷/۰	۶۵/۰	۱۴ بی‌ارزشی
۵۷/۰	۱۹/۰	۳۸/۰	۴۷/۰	۴۶/۰	۳۴/۰	۱۵ فقدان انرژی
۷۷/۰	-۲۱/۰	۶۶/۰	-۰۲/۰	۷۴/۰	-۱۴/۰	۱۶ تغییرات در الگوی خواب
۰۶/۰	۳۱/۰	۴۲/۰	۱۱/۰	۲۴/۰	۱۹/۰	۱۷ تحریک پذیری
-۰۸/۰	۵۹/۰	۶۹/۰	-۱۰/۰	۶۸/۰	-۱۳/۰	۱۸ تغییرات در اشتها
۴۴/۰	۲۹/۰	۳۶/۰	۴۱۴/۰	۴۲/۰	۳۴/۰	۱۹ دشواری تمرکز
۵۹/۰	۱۹/۰	۳۹/۰	۴۸۱/۰	۴۹/۰	۰/ ۳۳	۲۰ خستگی پذیری
۳۵/۰	۰۷/۰	۳۷/۰	۱۱/۰	۳۳/۰	۱۱/۰	۲۱ فقدان علائق جنسی

ماده‌های انتقاد از خود، تغییرات در الگوی خواب و فقدان لذت بالاترین میانگین‌ها را بدست آورده‌اند. مقایسه ماده‌های مختلف با هم نشان داد دانشجویان پسر بطور معناداری در ماده‌های بدبینی ($P < 0.01/0$)، شکست‌های قبلی ($P < 0.01/0$)، فقدان لذت ($P < 0.09/0$) و تحریک پذیری ($P < 0.02/0$) نمرات بالاتری نسبت به دانشجویان دختر کسب کرده‌اند، در حالی که دانشجویان دختر کسب‌کننده‌اند، در حالی که دانشجویان دختر در ماده‌های احساس تنبیه ($P < 0.26/0$)، بلاتکلیفی ($P < 0.29/0$) و دشواری تمرکز ($P < 0.02/0$) نمرات بالاتری کسب کرده‌اند.

در قسمت بعد تفاوت‌های جنسیتی آزمودنی‌ها مقایسه شد. جدول شماره ۳ مقایسه میانگین‌های آزمودنی‌های دختر و پسر در پرسشنامه افسردگی بک-۲ با استفاده از آزمون t مستقل را نشان می‌دهد. اگر چه دانشجویان پسر ($M = 9/73$, $SD = 57/8$) نسبت به دانشجویان دختر ($M = 9/29$, $SD = 40/8$) نمرات بالاتری کسب کردند، اما تفاوت دو گروه معنادار نبود. مقایسه ماده‌های مختلف پرسشنامه در دانشجویان دختر و پسر نشان داد دانشجویان دختر به ترتیب در ماده‌های انتقاد از خود، دشواری در تمرکز و تغییرات در الگوی خواب بالاترین میانگین‌ها را کسب کرده‌اند، در حالیکه دانشجویان پسر به ترتیب در

جدول ۳. مقایسه میانگین‌های نمرات افسردگی آزمودنی‌های دختر و پسر در آزمون بک-۲

ماده‌ها	متغیرها		دخترها		پسرها		P	df	t
	SD	M	SD	M	SD	M			
۱	غمگینی	۶۱/۰	۴۹/۰	۵۹/۰	-۰/۱	۲۲۵۸	۱۳۳/۰		
۲	بدبینی	۶۹/۰	۲۲/۰	۵۷/۰	۶۲/۳	۲۲۵۸	۰۰۱/۰		
۳	شکست‌های قبلی	۶۰/۱	۲۸/۰	۵۹/۰	۶۰/۲	۲۲۵۸	۰۰۱/۰		
۴	فقدان لذت	۸۵/۰	۵۵/۰	۸۱/۰	۵۰/۳	۲۲۵۷	۰۰۹/۰		
۵	احساس گناه	۷۴/۰	۴۹/۰	۶۴/۰	۵۷/۳	۲۲۵۷	۰۰۱/۰		
۶	احساس تنبیه	۹۰/۰	۴۷/۰	۸۹/۰	۲۲/۲	۲۲۵۸	۰۲۶/۰		
۷	بیزاری از خود	۷۹/۰	۳۸/۰	۸۲/۰	-۹۴/۰	۲۲۵۷	۳۴/۰		
۸	انتقاد از خود	۰۴/۱	۸۴/۰	۱۱/۱	-۲۷/۰	۲۲۵۸	۷۸/۰		
۹	افکار و آرزوی مردن	۳۸/۰	۰۸/۰	۳۳/۰	۶۴/۱	۲۲۵۸	۱۰/۰		
۱۰	گریه کردن	۰۳/۱	۵۷/۰	۹۷/۰	-۵۷/۱	۲۲۵۸	۱۱/۰		
۱۱	بی‌قراری	۶۷/۰	۳۰/۰	۶۲/۰	۴۹/۱	۲۲۵۸	۱۳/۰		
۱۲	از دست دادن علائق	۷۱/۰	۴۱/۰	۷۳/۰	۲۰/۰	۲۲۵۸	۸۳/۰		
۱۳	بلا تکلیفی	۷۴/۰	۴۸/۰	۸۲/۰	-۱۷/۲	۲۲۵۸	۰۲۹/۰		
۱۴	بی‌ارزشی	۷۰/۰	۴۱/۰	۷۶/۰	-۷۰/۱	۲۲۵۸	۰۸/۰		
۱۵	فقدان انرژی	۶۴/۰	۴۷/۰	۰/۶۸	-۵۹/۱	۲۲۵۸	۱۱/۰		
۱۶	تغییرات در الگوی خواب	۶۷/۰	۷۱/۰	۶۷/۰	۴۳/۱	۲۲۵۶	۱۵/۰		
۱۷	تحریک پذیری	۷۰/۰	۲۵/۰	۶۴/۰	۰۴/۳	۲۲۵۷	۰۰۲/۰		
۱۸	تغییرات در اشتها	۷۰/۰	۵۲/۰	۶۹/۰	-۸۸/۰	۲۲۵۸	۳۷/۰		
۱۹	دشواری تمرکز	۸۱/۰	۷۵/۰	۸۷/۰	-۰۴/۳	۲۲۵۸	۰۰۲/۰		
۲۰	خستگی پذیری	۶۵/۰	۳۸/۰	۶۲/۰	۱	۲۲۵۸	۳۱/۰		
۲۱	فقدان علائق جنسی	۷۱/۰	۲۴/۰	۶۴/۰	۵۶/۶	۲۲۵۷	۰۰۱/۰		
	نمره کل	۵۷/۸	۲۹/۹	۴۰/۸	۱۶/۱	۲۲۵۱	۲۲/۰		

تعلق داشت. مقایسه ماده‌های مختلف در دو گروه دانشجویان نشان داد که دانشجویان دوره کارشناسی بطور معناداری در ماده‌های شکست‌های قبلی ($P < ۰.۰۴/۰$)، فقدان لذت ($P < ۰.۰۱/۰$)، احساس گناه ($P < ۰.۰۱/۰$)، احساس تنبیه ($P < ۰.۰۱/۰$)، بیزاری از خود ($P < ۰.۰۱/۰$)، افکار و آرزوی مردن ($P < ۰.۰۱/۰$)، انتقاد از خود ($P < ۰.۰۱/۰$)، گریه کردن ($P < ۰.۰۱/۰$)، بلا تکلیفی ($P < ۰.۱۱/۰$)، بی‌ارزشی ($P < ۰.۰۱/۰$)، تغییرات در اشتها ($P < ۰.۰۱/۰$)، دشواری تمرکز ($P < ۰.۰۱/۰$)، خستگی پذیری ($P < ۰.۰۱/۰$) و فقدان علائق جنسی ($P < ۰.۰۱/۰$) میانگین‌های بالاتری نسبت به دانشجویان کارشناسی ارشد بدست آوردند. در سایر ماده‌ها تفاوت بین دو گروه مشاهده نشد.

میانگین‌های نمرات افسردگی دانشجویان دو مقطع تحصیلی کارشناسی و کارشناسی ارشد با استفاده از آزمون t مقایسه شد که نتایج آن در جدول ۴ مشاهده می‌شود. دانشجویان دوره کارشناسی میانگین‌های بالاتری ($M = ۹۹/۹۹$, $SD = ۷۴/۸$) نسبت به دانشجویان دوره کارشناسی ارشد ($M = ۹۸/۷$, $SD = ۴۷/۷$) کسب کردند. تفاوت دو گروه در سطح $P < ۰.۰۱/۰$ معنادار بود. دانشجویان دوره کارشناسی بالاترین میانگین‌ها به ترتیب به ماده‌های انتقاد از خود، دشواری تمرکز و تغییرات در الگوی خواب تعلق داشت، درحالی‌که در دانشجویان دوره کارشناسی ارشد بالاترین میانگین‌ها به ترتیب به ماده‌های تغییرات در الگوی خواب، انتقاد از خود و دشواری تمرکز

جدول ۴: مقایسه میانگین‌های نمرات افسردگی آزمودنی‌ها در مقاطع تحصیلی کارشناسی و کارشناسی ارشد

ماده‌ها	کارشناسی		کارشناسی ارشد		آزمون t		متغیرها
	M	SD	M	SD	t	df	
۱ غمگینی	۴۹/۰	۵۹/۰	۴۴/۰	۶۲/۰	۸۹۴/۱	۲۲۵۸	۰۵۸/۰
۲ بدبینی	۲۶/۰	۶۳/۰	۲۶/۰	۵۹/۰	۱۷۹/۰	۲۲۵۸	۸۵۸/۰
۳ شکست‌های قبلی	۳۶/۰	۱۸/۰۱	۲۲/۰	۴۹/۰	۸۸۶/۲	۲۲۵۷	۰۰۴/۰
۴ فقدان لذت	۶۰/۰	۸۴/۰	۵۷/۰	۷۸/۰	۸۴۸/۰	۲۲۵۸	۰۰۱/۰
۵ احساس گناه	۵۷/۰	۷۰/۰	۴۲/۰	۵۹/۰	۴/۷۴۲	۲۲۵۷	۰۰۱/۰
۶ احساس تنبیه	۵۴/۰	۹۳/۰	۳۹/۰	۷۷/۰	۶۷۷/۳	۲۲۵۸	۰۰۱/۰
۷ بیزاری از خود	۴۱/۰	۸۶/۰	۲۶/۰	۶۸/۰	۰۳۲/۴	۲۲۵۷	۰۰۱/۰
۸ انتقاد از خود	۸۹/۰	۱۰/۱	۶۹/۰	۰۱/۱	۱۰۴/۴	۲۲۵۸	۰۰۱/۰
۹ افکار و آرزوی مردن	۱۰/۰	۳۸/۰	۰۵/۰	۲۵/۰	۱۹۶/۳	۲۲۵۸	۰۰۱/۰
۱۰ گریه کردن	۵۹/۰	۰۳/۱	۴۳/۰	۸۸/۰	۴۳۱/۳	۲۲۵۸	۰۰۱/۰
۱۱ بی‌قراری	۳۳/۰	۶۶/۰	۳۰/۰	۵۷/۰	۸۵۳/۰	۲۲۵۸	۳۹۴/۰
۱۲ از دست دادن علائق	۴۲/۰	۷۴/۰	۴۰/۰	۶۷/۰	۴۲۶/۰	۲۲۵۸	۶۷۰/۰
۱۳ بلاتکلیفی	۴۸/۰	۸۱/۰	۳۸/۰	۷۴/۰	۵۴۷/۲	۲۲۵۸	۰۱۱/۰
۱۴ بی‌ارزشی	۴۳/۰	۷۷/۰	۲۸/۰	۶۳/۰	۳۹۳/۴	۲۲۵۸	۰۰۱/۰
۱۵ فقدان انرژی	۴۷/۰	۶۹/۰	۴۲/۰	۶۲/۰	۵۹۲/۱	۲۲۵۸	۱۱۱/۰
۱۶ تغییرات در الگوی خواب	۷۳/۰	۶۸/۰	۷۰/۰	۶۶/۰	۱۵۵/۱	۲۲۵۶	۲۴۸/۰
۱۷ تحریک پذیری	۲۸/۰	۶۸/۰	۲۶/۰	۶۱/۰	۶۹۷/۰	۲۲۵۷	۴۸۶/۰
۱۸ تغییرات در اشتها	۵۶/۰	۷۱/۰	۳۸/۰	۶۴/۰	۵۴۵/۵	۲۲۵۸	۰۰۱/۰
۱۹ دشواری تمرکز	۷۷/۰	۸۷/۰	۵۷/۰	۷۷/۰	۹۶۲/۴	۲۲۵۸	۰۰۱/۰
۲۰ خستگی پذیری	۳۷/۰	۶۴/۰	۳۵/۰	۶۰/۰	۸۲۷/۰	۲۲۵۸	۴۰۸/۰
۲۱ فقدان علائق جنسی	۳۴/۰	۷۲/۰	۲۰/۰	۵۰/۰	۳۷۲/۴	۲۲۵۷	۰۰۱/۰
نمره کل	۹۹/۹	۷۴/۸	۹۸/۷	۴۷/۷	۰۶۷/۵	۲۲۵۱	۰۰۱/۰

ماده‌ها نشان داد تفاوت بین دو گروه معنادار است ($p < ۰/۰۱$ تا $p < ۰/۰۰۱$). مقایسه نمرات آزمودنی‌های شرکت کننده در این پژوهش در همه ماده‌های پرسشنامه به صورت جداگانه در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال افسردگی شرکت کننده در پژوهش دابسون و محمدخانی نشان داد که دانشجویان در تمام ماده‌ها بطور معناداری ($p < ۰/۰۱$ تا $p < ۰/۰۰۱$) نمرات بهتری کسب کردند [۱۰]. دانشجویان شرکت کننده در پژوهش حاضر در مقایسه با دانشجویان شرکت کننده در پژوهش بک و همکاران در امریکا در ماده‌های فقدان لذت، احساس تنبیه، گریه کردن و فقدان علائق جنسی نمرات بالاتری کسب کردند، در

یافته‌های این پژوهش با بعضی از پژوهش‌هایی که در ایران و خارج از کشور انجام شده است مقایسه شد. میانگین‌های نمرات دانشجویان شرکت کننده در این پژوهش در مقایسه با آزمودنی‌های شرکت کننده در پژوهش قاسم زاده و همکاران در نه ماده (غمگینی، شکست‌های قبلی، احساس گناه، احساس تنبیه، بیزاری از خود، انتقاد از خود، گریه کردن، تغییرات در اشتها و فقدان علاقه جنسی) بالاتر بود، در ماده‌های تغییرات در الگوی خواب و بی‌ارزشی نمرات مشابه بدست آمد و در سایر ماده‌ها شرکت کنندگان در پژوهش قاسم زاده و همکاران نمرات بالاتری کسب کردند [۱۸]. مقایسه اکثر

ماده بلاتکلیفی میانگین‌ها برابر بود و در سایر ماده‌ها دانشجویان امریکایی نمرات بالاتری کسب کردند. تفاوت نمرات دو گروه در تمام ماده‌ها به غیر از غمگینی و بلاتکلیفی معنادار بود ($p < 0/01$ تا $p < 0/001$) [۶].

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به بررسی خصوصیات روان‌سنجی آزمون افسردگی بک-۲ و مقایسه شدت و نوع نشانگان افسردگی در دانشجویان ایرانی با توجه به جنسیت و سطح تحصیلات آنان پرداخته است. بر اساس یافته‌های بدست آمده به نظر می‌رسد علیرغم تفاوت‌های فرهنگی قابل ملاحظه، این پرسشنامه از قدرت نسبتاً بالایی برای بررسی افسردگی در دانشجویان ایرانی برخوردار است. هم‌چنین این آزمون شدت و تابلوهای بالینی متفاوتی از علائم افسردگی با توجه به جنسیت و سطح تحصیلات را در دانشجویان نشان داد. تعیین پایایی پرسشنامه با استفاده از روش‌های ثبات درونی و دوباره‌سنجی آزمون حاکی از پایایی قابل قبول آن است. ضرایب آلفا و همبستگی ماده‌ها با کل آزمون ثبات درونی بالای این آزمون را نشان می‌دهد. تعیین روایی آزمون با استفاده از روش‌های روایی هم‌زمان و روش تحلیل عاملی نشان داد آزمون از روایی خوبی برخوردار است. همبستگی آزمون با خرده آزمون‌های افسردگی و اضطراب در پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ و خرده آزمون‌های افسردگی و اضطراب در مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی ۲۱- سوالی روایی هم‌زمان خوب آزمون را نشان می‌دهد.

تحلیل عاملی آزمون یک ساختار دو عاملی شامل عامل شناختی-عاطفی^۱ و عامل جسمی^۲ را نشان داد. هم‌چنین چون بر اساس بعضی تحقیقات انجام شده تفاوت‌های جنسیتی می‌تواند بر تابلوی بالینی علائم افسردگی اثر بگذارد [۲۷]، دو تحلیل عاملی مختلف بر روی دانشجویان دختر و پسر انجام شد. تحلیل عاملی که صرفاً بر روی دانشجویان دختر اجرا شد نشان داد تنها ۱۰ ماده بر روی

عامل اول قرار گرفتند که عامل شناختی-عاطفی نامیده شد. ماده‌های تغییرات در الگوی خواب، خستگی پذیری، تغییرات در اشتها، فقدان انرژی، دشواری تمرکز، بی‌قراری، از دست دادن علائق و غمگینی روی عامل دوم قرار گرفتند و عامل جسمی-عاطفی نامیده شد. تحلیل عاملی که صرفاً بر روی دانشجویان پسر اجرا شد نشان داد ۱۶ ماده بر روی عامل اول قرار گرفتند که عامل شناختی-عاطفی نامیده شد. ماده‌های تغییرات اشتها، تغییرات در الگوی خواب، تحریک پذیری و فقدان علائق جنسی به ترتیب بزرگی بار عاملی بر روی عامل دوم قرار گرفتند و عامل جسمی نامیده شد. در دانشجویان پسر در عامل اول بالاترین بار عاملی به ترتیب به ماده‌های بی‌زاری از خود، احساس تنبیه، بدبینی و در دانشجویان دختر به ماده‌های احساس تنبیه، بی‌زاری از خود، شکست‌های قبلی تعلق داشت. به نظر می‌رسد در هر دو گروه دختر و پسر نشانه‌های بی‌زاری از خود و احساس تنبیه برجسته‌تر از سایر علائم افسردگی باشد. در عامل دوم بالاترین بار عاملی در پسرها به ترتیب مربوط به ماده‌های تغییرات اشتها، تغییرات در الگوی خواب و در دخترها ماده‌های تغییرات در الگوی خواب و خستگی پذیری بود. به نظر می‌رسد در هر دو گروه دختر و پسر تغییرات در الگوی خواب مهم‌ترین علامت جسمی و فیزیولوژیک باشد. در حالی که در دانشجویان پسر هیچ یک از ماده‌های آزمون حذف نشد، در دانشجویان دختر ماده‌های تحریک پذیری، فقدان علائق جنسی و گریه کردن به این علت که بار عاملی آنها از ۰/۳۵ کمتر بود بر روی هیچ عاملی قرار نگرفتند. در مردها علائم عاطفی و شناختی روی یک عامل قرار دارد در حالی که در زنان علائم عاطفی هم در عامل اول در کنار علائم شناختی و هم در کنار علائم جسمی در عامل دوم قرار گرفتند. بنابراین به نظر می‌رسد زنان و مردان از نظر محتوای شناختی افسردگی تفاوت چندانی ندارند ولی از نظر علائم عاطفی متفاوت هستند. در مطالعاتی هم که در بعضی کشورهای دیگر انجام شده است در الگوی علائم افسردگی دانشجویان دختر و پسر تفاوت گزارش شده است [۲۶، ۲۷].

1. cognitive-affective factor
2. physiological factor

علائم افسردگی شدیدتری رنج می‌برند. یک علت این موضوع می‌تواند این باشد که معمولاً دانشجویان دوره کارشناسی ارشد به گونه‌ای افراد برگزیده‌ای هستند که توانسته‌اند دوره کارشناسی را با موفقیت پشت سر گذاشته و وارد دوره سخت‌تری شوند. به عبارت دیگر ممکن است دانشجویانی باشند که به دلیل سلامت روان بیشتر شانس موفقیت بیشتری داشته‌اند. تفاوت‌های مربوط به میزان تحصیلات در فرهنگ‌های مختلف بررسی شده است [۲۴، ۲۳]. هم‌چنین به نظر می‌رسد بین سن و نمرات افسردگی در پرسشنامه افسردگی بک-۲ رابطه معکوس وجود دارد. به عبارت دیگر با افزایش سن نمرات افسردگی کاهش می‌یابد [۶].

مقایسه یافته‌های این پژوهش با سایر پژوهش‌هایی که در ایران انجام شده است نشان داد ضریب آلفای بدست آمده در این پژوهش (۰/۸۷) معادل ضریب آلفای گزارش شده توسط قاسم زاده و همکاران برای دانشجویان در تهران است [۱۸]. روش دوباره سنجی پایایی آزمون (۰/۷۸) در مقابل گذر زمان را نشان داد که بالاتر از ضریب‌های بدست آمده توسط قاسم زاده و همکاران (۰/۷۳) بود. میانگین کل نمرات افسردگی در این مطالعه (M=۸/۶۶, SD=۹/۴۴) بالاتر از نمرات بدست آمده (M=۷/۹۶, SD=۹/۷۹) توسط قاسم زاده و همکاران بود [۱۸]. میانگین‌های نمرات دانشجویان شرکت‌کننده در این پژوهش در مقایسه با آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش قاسم زاده و همکاران در نه ماده (غم‌گینی، شکست‌های قبلی، احساس گناه، احساس تنبیه، بی‌زاری از خود، انتقاد از خود، گریه کردن، تغییرات در اشتها و فقدان علاقه جنسی) بطور معناداری بالاتر بود، در ماده‌های تغییرات در الگوی خواب و بی‌ارزشی نمرات مشابه بدست آمد و در سایر ماده‌ها شرکت‌کنندگان در پژوهش قاسم زاده و همکاران بطور معناداری نمرات بالاتری کسب کردند [۱۸]. در مجموع فقط در ماده‌های بی‌زاری از خود، بی‌ارزشی، تغییر در الگوی خواب و خستگی‌پذیری تفاوت بین دو گروه معنادار نبود. مقایسه نمرات آزمودنی‌های شرکت‌کننده در این پژوهش در

هم‌چنین تفاوت‌های جنسیتی از نظر میزان افسردگی مقایسه شد. در حالی که تفاوت دو جنس قابل انتظار بود و نمرات و شیوع بالاتر افسردگی در دخترها بکرات گزارش شده است [۳، ۶، ۱۷، ۲۵]، تفاوت دو گروه در نمرات کل آزمون معنادار نبود. مقایسه ماده‌های مختلف پرسشنامه در دانشجویان دختر و پسر در پژوهش فعلی نشان داد دانشجویان دختر به ترتیب در ماده‌های "انتقاد از خود"، "دشواری در تمرکز" و "تغییرات در الگوی خواب" و دانشجویان پسر به ترتیب در ماده‌های "انتقاد از خود"، "تغییرات در الگوی خواب" و "فقدان لذت" بالاترین میانگین‌ها را بدست آورده‌اند. مقایسه ماده‌های مختلف با یکدیگر نشان داد دانشجویان پسر بطور معناداری در ماده‌های بدبینی، شکست‌های قبلی، فقدان لذت و تحریک‌پذیری نمرات بالاتری نسبت به دانشجویان دختر کسب کرده‌اند، در حالی که دانشجویان دختر در ماده‌های احساس تنبیه، بلا تکلیفی و دشواری تمرکز نمرات بالاتری کسب کرده‌اند. به نظر می‌رسد دانشجویان پسر در حین اشتغال ذهنی با مشکلات قبلی و لذت نبردن از زندگی تا حدی نسبت به دانشجویان دختر بیشتر با احساس بدبینی و تحریک‌پذیر بودن به محیط واکنش نشان می‌دهند، در حالی که دانشجویان دختر بیشتر دچار احساس گناه شده و تمرکز خود را از دست می‌دهند و به گونه‌ای بیشتر با خودشان درگیر می‌شوند.

میانگین‌های نمرات افسردگی دانشجویان دو مقطع تحصیلی کارشناسی و کارشناسی ارشد مقایسه شد. دانشجویان دوره کارشناسی بطور معناداری میانگین‌های بالاتری نسبت به دانشجویان دوره کارشناسی ارشد کسب کردند. در دانشجویان هر دو دوره بالاترین میانگین‌ها به ماده‌های انتقاد از خود، دشواری تمرکز و تغییرات در الگوی خواب تعلق داشت. مقایسه ماده‌های مختلف در دو گروه دانشجویان نشان داد که دانشجویان دوره کارشناسی بطور معناداری در اکثر ماده‌های آزمون نمرات بالاتری بدست آوردند. این یافته‌ها نشان می‌دهد دانشجویان دوره کارشناسی به وضوح در ماده‌های مختلف آزمون نسبت به دانشجویان کارشناسی ارشد از

"بدینی" که در مطالعه فعلی با بار عاملی نسبتاً بالایی بر روی عامل اول قرار گرفته است در مطالعه بک و همکاران به علت بار عاملی کمتر از ۰/۳۵ بر روی هیچ یک از عامل‌ها قرار نگرفت، ولی ماده "تحریک پذیری" که در پژوهش فعلی بر روی هیچ عاملی قرار نگرفته است در مطالعه بک و همکاران با بار عاملی متوسط (۰/۵۰) بر روی عامل اول قرار گرفت. هم چنین در هر دو پژوهش ماده "فقدان علاقه جنسی" به علت بار عاملی پایین از مجموع سوالات حذف شد. احتمالاً دانشجویان ایرانی در مقایسه با دانشجویان مورد مطالعه بک و همکاران از نظر میزان بدینی و تحریک پذیری در هنگام ابتلاء به افسردگی متفاوت هستند. حذف ماده "از دادن علاقه جنسی" احتمالاً نشان دهنده این است که دانشجویان احساسات درونی مربوط به مسائل جنسی را به راحتی بیان نمی‌کنند و یا اینکه در این گروه این ماده دیرتر یا کمتر تحت تأثیر افسردگی قرار می‌گیرد. در مطالعه بک و همکاران بر روی بیماران افسرده این ماده با بار عاملی متوسط (۰/۵۲) بر روی عامل اول قرار گرفت [۶]. در مجموع این پژوهش نیز مانند برخی مطالعات دیگر [۲، ۱۱، ۱۳، ۱۵] وجود عامل‌های شناختی-عاطفی و جسمی در پرسشنامه را نشان داد. بک و همکاران برای بیماران هم دو عامل را مشخص کردند، اما بین این عوامل و عواملی که در این پژوهش برای دانشجویان بدست آمد تفاوت وجود دارد [۶]. به خصوص بر خلاف الگویی که برای بیماران بدست آمد (عامل اول: جسمی-عاطفی) در الگوی ما عامل شناختی-عاطفی بدست آمده است. بنابراین ممکن است برای دانشجویان علائم شناختی-عاطفی مهم تر از علائم جسمی باشد. در مجموع به نظر می‌رسد بیماران افسرده الگوی متفاوتی از علائم بیماری افسردگی را نشان دادند که به صورت دو عامل جسمی-عاطفی و شناختی دیده می‌شود. یافته‌های پژوهش حاضر و پژوهش دابسون و محمدخانی نشان می‌دهد در ایران افسردگی به میزان زیادی با بدینی همراه است.

میانگین نمرات افسردگی در این پژوهش (۹/۴۴) ،
 $(M=8/76SD=9/79)$ تقریباً معادل نمرات بدست آمده (۹/۷۹) ،

مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال افسردگی شرکت کننده در یک پژوهش در ایران نشان داد که دانشجویان در تمام ماده‌ها بطور معناداری نمرات بهتری کسب کردند [۱۰]. ضریب آلفای بدست آمده در پژوهش فعلی (۰/۸۷) از ضریب آلفای بدست آمده در پژوهش دابسون و همکاران پایین تر بود [۱۰]. هم چنین در پژوهش اخیر که بر روی بیماران افسرده انجام شده بود سه عامل جسمانی - حیاتی، شناختی - روانشناختی و بدینی احساس-بی‌ارزشی بدست آمد که با یافته‌های پژوهش فعلی تا حدی متفاوت است. در مجموع مقایسه یافته‌های پژوهش فعلی و پژوهش دابسون و محمدخانی که بر روی بیماران افسرده انجام شده است نشان داد این آزمون به خوبی می‌تواند بین بیماران افسرده و افراد بهنجار تفاوت قائل شود. عوامل بدست آمده در مطالعه فوق در مقایسه با پژوهش حاضر الگوی متفاوتی شامل سه عامل جسمی-حیاتی، شناختی-روانشناختی و بدینی-احساس بی‌ارزشی را نشان داد [۱۰].

مقایسه یافته‌های این مطالعه با پژوهش‌های انجام شده در کشورهای دیگر نشان داد ضریب آلفای بدست آمده در این پژوهش (۰/۸۷) از ضریب آلفای بدست آمده برای دانشجویان در امریکا (۰/۹۳) که توسط بک و همکاران بدست آمد کمتر است، اما از ضریب آلفای بدست آمده در بحرین (۰/۸۴) که توسط الموسوی بررسی شد بالاتر است [۴، ۶]. روش دوباره سنجی پایایی آزمون (۰/۷۸) در مقابل گذر زمان بالاتر از ضریب‌های بدست آمده توسط الموسوی (۰/۷۵) اما کمتر از ضریب بدست آمده (۰/۹۳) توسط بک و همکاران بود [۶]. در مجموع یافته‌های این پژوهش در مورد روایی و پایایی آزمون با یافته‌های پژوهش‌های دیگر در کشورهای مختلف هم خوانی دارد [۲ و ۱۱-۱۸]. علی‌رغم بعضی تفاوت‌ها، این یافته‌ها با نتایج بدست آمده توسط بک و همکاران بر روی دانشجویان شباهت زیادی دارد [۶]. در مطالعه فوق که بر روی ۱۲۰ دانشجو در امریکا انجام شد عامل اول تقریباً شبیه به عامل اول در پژوهش حاضر بود و عامل شناختی-عاطفی نامیده شد. با این تفاوت که ماده

امریکایی بطور معناداری بالاتر از دانشجویان پسر بود. هم چنین در پژوهش بک و همکاران میانگین نمرات کل و هم چنین نمرات دانشجویان دختر و پسر در آزمون بک-۲ نسبت به دانشجویان ایرانی بالاتر بود [۶]. این نتایج مانند بعضی یافته‌های دیگر نشان دهنده الگوهای متفاوت علائم افسردگی در دانشجویان دختر و پسر است [۲۶، ۲۷].

در مجموع یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد پرسشنامه افسردگی بک-۲ از روایی و پایایی کافی برای استفاده در جمعیت‌های دانشجویی ایرانی برخوردار است، اما باید تفاوت‌های جنسیتی و تحصیلی را در نظر گرفت و برای هر گروه هنجاریابی‌های ویژه آن گروه انجام شود و در موارد استفاده بالینی لحاظ شود. دانشجویان دختر و پسر الگوهای متفاوتی از علائم افسردگی را نشان می‌دهند و در ماده‌های مختلف نمرات متفاوتی کسب می‌کنند که باید در فرآیندهای ارزشیابی تشخیصی و درمان مورد توجه قرار گیرند. حتی سطح سواد افراد با افسردگی آنها مرتبط است. در پژوهش‌های آینده می‌توان این آزمون را برای گروه‌های مختلف اعم از دانشجویان و دانش آموزان در ارتباط با بعضی از خصوصیات جمعیت شناختی مانند سن، جنس و سطح تحصیلات هنجاریابی نمود.

منابع

- 1- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, G. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archive of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- 2- Whisman, M. A., Perez, J. E. & Ramel, W. (2000). Factor structure of the Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) in a student sample. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 545-551.
- 3- Gorenstein, C., Andrade, L., Filho, A., Tung, T. C. & Artes, R. (1999). Psychometric properties of the Portuguese version of the Beck Depression Inventory on Brazilian college students. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (5), 553-562.
- 4- Al-Musawi, N. M. (2001). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory-II with university students in Bahrain. *Journal*

($M=7/96SD=$ نمرات بدست آمده ($M=12/55$, $SD=9/93$) توسط بک و همکاران در دانشجویان امریکایی کمتر است [۶، ۱۸]. دانشجویان شرکت کننده در پژوهش حاضر در مقایسه با دانشجویان شرکت کننده در پژوهش بک و همکاران [۶] در امریکا در ماده‌های فقدان لذت، احساس تنبیه، گریه کردن و فقدان علائق جنسی نمرات بالاتری کسب کردند، در ماده بلاتکلیفی میانگین‌ها برابر بود و در سایر ماده‌ها دانشجویان امریکایی نمرات بالاتری کسب کردند. تفاوت نمرات دو گروه در تمام ماده‌ها به غیر از غمگینی و بلاتکلیفی معنادار بود. هم چنین به نظر می‌رسد دانشجویان ایرانی در مقایسه با دانشجویان دانشگاه‌های کشورهای دارای فرهنگ مشابه از افسردگی کمتری رنج می‌برند. در مطالعه الموسوی بر روی دانشجویان دانشگاه بحرین میانگین بالاتری ($M=13/44$, $SD=7/74$) نسبت به دانشجویان ایرانی بدست آمد [۴]. بر اساس هنجارهای بدست آمده توسط بک و همکاران بر روی دانشجویان امریکایی، دانشجویان ایرانی شرکت کننده در این مطالعه $7/8$ ٪ (۱۵۴ نفر) از افسردگی خفیف، $2/24$ ٪ (۴۴ نفر) از افسردگی متوسط، $1/6$ ٪ (۳۲ نفر) از افسردگی شدید رنج می‌برند و $88/2$ ٪ (۱۷۲۶ نفر) غیر افسرده هستند [۶]. ارقام فوق برای دانشجویان بحرینی به ترتیب 32 ٪ (۶۴ نفر)، 14 ٪ (۲۸ نفر)، 1 ٪ (۲ نفر)، و 53 ٪ (۱۰۶ نفر) گزارش شده است.

هم چنین تفاوت‌های جنسیتی از نظر میزان افسردگی مقایسه شد. در حالی که تفاوت دو جنس قابل انتظار بود و نمرات و شیوع بالاتر افسردگی در دخترها بکرات گزارش شده است [۲۵، ۱۷، ۶، ۳]، دانشجویان پسر نمرات بالاتری نسبت به دانشجویان دختر کسب کردند، اما تفاوت دو گروه همسو با نتایج گزارش شده در بعضی کشورهای دیگر مانند لبنان، تونس، فلسطین، امارات متحده عربی، یمن، اردن و سودان معنادار نبود [۱۷]. این یافته‌ها با نتایج بدست آمده توسط بک و همکاران بر روی دانشجویان دانشگاه در امریکا متفاوت است [۶]. در پژوهش فوق نمرات افسردگی دانشجویان دختر

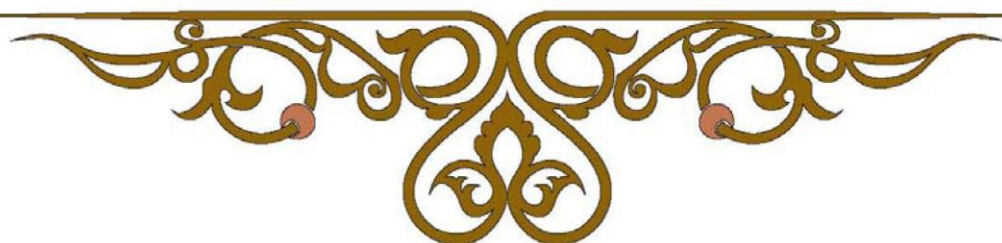
- Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, 10 (2), 83-89.
- 15- Chang, H. (2005). Dimensions of the Chinese Beck Depression Inventory-II in a University Sample. *Individual Differences Research*, 3(3), 193-199.
- 16- Wiebe, G. S. & Penley, G. A. (2005). A Psychometric Comparison of the Beck Depression Inventory-II in English and Spanish. *Psychological Assessment*, 17(4), 481-485.
- 17- Alnaseri, B. M. (2006). Gender differences in depression among undergraduates from seventeen Islamic countries. *Social Behavior and Personality*, 34(6), 729-738.
- 18- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N. & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric Properties of a Persian-Language Version of the Beck Depression Inventory Second Edition: BDI-II-Persian. *Depression and Anxiety*, 5(21), 185-192.
- 19- Hollon, S. D. & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy Research*, 4, 383-395.
- 20- Carmody, D. P. (2005). Psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory-II with college students of diverse ethnicity. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 9(1), 22-28.
- 21- Abdel-Khalek, A. M. (1998). Internal consistency of an Arabic adaptation of the Beck Depression Inventory in four Arab countries. *Psychological Reports*, 8 (82), 264-266.
- 22- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- 23- Stepto, A., Tsuda, A. & Yoshiyuki, W. J. (2007). Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(2), 97-107.
- 24- Mikolajczyk, R., Maxwell, A. E., El Ansari, W., Naydenova, V., Stock, C., Ilieva, S., of *Personality Assessment*, 77(3), 568-579.
- 5- Beck, A. T. & Beck, R. W. (1972). Screening depressed patients in family practice: A rapid technique. *Postgraduate Medicine*, 52, 81-85.
- 6- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1969). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- 7- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th Edition. (1994). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 8- Moran, P. W., & Lambert, M. G. (1983). A review of current assessment tools for monitoring changes in depression. In: Lambert, M. S., Christensen, E. R., DeJulio, S. (eds.). *The assessment of psychotherapy outcome*. New York: Wiley. 263-303.
- 9- Byrne, B. M., Stewart, S. M. & Lee, P. W. H. (2004). Validating of the Beck Depression Inventory-II for Hong Kong Community Adolescents. *International Journal of Testing*, 4(3), 199-216.
- ۱۰- دابسون، کیت و محمدخانی، پروانه (۱۳۸۶). *مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. ویژه نامه توانبخشی در بیمارها و اختلالات روانی، سال ۸، شماره ۲۹، صص ۸۰-۸۶.*
- 11- Storch, E. A., Roberti, J. W. & Roth, D. A. (2004). Factor structure, concurrent validity, and internal consistency of the Beck Depression Inventory-Second Edition in a sample of college students. *Depression and Anxiety*, 19 (3), 187-189.
- 12- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y)*, Palo Alto, CA: Mind Garden.
- 13- Steer, R. A. & Clark, D. A. (1997). Psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory-II with college students. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 10, 128-136.
- 14- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S. & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the

- ۳۱- تقوی، محمدرضا (۱۳۸۷). هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز. دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشور رفتار/ دانشگاه شاهد (روانشناسی بالینی و شخصیت)، سال ۱۵، شماره ۲۸، صص ۱-۱۳.
- 32- Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure of Negative Emotional States: Comparison of the Depression Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy*, 33, 335-342.
- ۳۳- سامانی، سیامک و جوکار، بهرام (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، سال ۲۶، شماره ۳، صص ۶۵-۷۶.
- ۳۴- اصغری مقدم، محمدعلی؛ ساعد، فواد؛ دیباج نیا، پروین و زنگنه، جعفر (۱۳۸۷). بررسی مقدماتی اعتبار و پایایی مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) در نمونه‌های غیربالینی. دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشور رفتار/ دانشگاه شاهد (روانشناسی بالینی و شخصیت)، سال ۱۵، شماره ۳۱، صص ۲۳-۳۸.
- 35- Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal consistency of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Dudziak, U. & Nagyova. I. (2008). Prevalence of depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(2), 105-112.
- 25- Endler, M. S., Rutherford. A. & Denisoff, E. (1999). Beck Depression Inventory: exploring Its dimensionality in a nonclinical population. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1307-1312.
- 26- Funabiki, D., Bologna. N. C., Pepping, M. & FitzGerald, K. C. (1980). Revisiting sex differences in the expression of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 89(2), 194-202.
- 27- Hammen, C. L. & Padesky, C. A. (1977). Sex differences in the expression of depressive responses on the Beck Depression Inventory, *Journal of Abnormal Psychology*, 86(6), 609-614.
- 28- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M. & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.
- 29- Goldberg, D. & Williams, P. (1989). A User Guide to the General Health Questionnaire (GHQ). Widsor, UK: NEER-Nelson.
۳۰. تقوی، محمد رضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q)، *مجله روانشناسی*، سال ۵، شماره ۴، صص ۳۸۹-۳۸۱.



دانش‌گستری در روان‌شناسی بالینی

و شخصیت



روش معناداری بالینی تغییرات درمانی: ویژگی‌ها، شیوه محاسبه، تصمیم‌گیری و محدودیت‌ها

نویسندگان: محمدعلی اصغری مقدم^{۱*} و محمد رضا شعیری^۲

۱- استاد گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد.

۲- دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد.

*Email: asghari7a@gmail.com

چکیده

استفاده از روش‌های معناداری آماری در تعیین اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی امری است رایج اما دارای محدودیت‌هایی. در واقع وجود تفاوت‌های معنادار آماری بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه درمانی، ضرورتاً به معنی برخوردار بودن بیماران درمان‌شده از عملکرد موفقیت‌آمیز در زندگی واقعی نیست. بدین خاطر استفاده از روش‌هایی ضرورت دارد که ضمن عبور از محدودیت‌های اجتناب‌ناپذیر روش‌های آماری، مکمل‌آزمون‌های معناداری آماری بوده و نتایج دقیق‌تری از اثر بخشی درمان‌های روان‌شناختی را آشکار سازند. یکی از این روش‌ها، روش معناداری بالینی تغییرات است. در این روش گفته می‌شود که اگر در پایان درمان، بیماری از گروه "افراد دارای بدکارکردی به دلیل بیماری" به گروه "افراد دارای کارکرد طبیعی" تغییر وضعیت داده باشد، می‌توان او را به عنوان فردی که به سطح تغییرات معناداری بالینی دست یافته است، طبقه‌بندی کرد. مقاله حاضر با توجه به این رویکرد، یکی از این روش‌ها، یعنی روش جاکوب سن و تراکس [۱] را، به دلیل سادگی و مشهورتر بودن، مطرح ساخته و در عین آموزش شیوه محاسبه آن، معیارهای تصمیم‌گیری و نیز محدودیت‌های این روش را برای متخصصین بالینی آشکار می‌سازد.

کلیدواژه‌ها: معناداری آماری، معناداری بالینی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
و نشر

• دریافت مقاله: ۹۲/۷/۲۵

• پذیرش مقاله: ۹۳/۲/۲۷

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

Clinical Psy. & Personality

دوفصلنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیست و یکم - دوره

جدید شماره ۱۰

بهار و تابستان ۱۳۹۳

مقدمه

(انحراف معیار) نمره افسردگی این بیماران با استفاده از مقیاس افسردگی بک به ترتیب برابر با ۲۷ (SD=۵) و ۲۱ (SD=۷) بوده است. آزمون آماری انجام شده (t=۵/۵۶, df =۳۹, p=۰/۰۰۱) نشان می‌دهد که بین نمره‌های پیش و پس از درمان تفاوت آماری معنادار وجود دارد.

هر چند با اطمینان قابل توجهی می‌توان گفت یافته فوق حاصل احتمال (تصادف) نیست اما آزمون آماری انجام شده اطلاعی در باره اندازه، اهمیت و معناداری بالینی یافته مذکور فراهم نمی‌آورد. از این گذشته، با توجه به نقاط برش آزمون افسردگی بک در جامعه ایرانی (۷۹/۹ / ۷/۶۹) (SD = ۷) [۴] می‌توان گروه را در پایان درمان در گروه "افسرده ها" طبقه بندی کرد.

روش محاسبه اندازه اثر^۴ [کوهن^۵، ۵] به عنوان راهی برای غلبه بر بخشی از مشکلات ناشی از استفاده از روش‌های معناداری آماری معرفی شده است جاکوبسن^۶ و تراکس^۷، [۱] در شرایط مساوی، یک اندازه اثر بزرگ، در مقایسه با اندازه ی اثر متوسط یا کوچک، از نظر بالینی دارای اهمیت بیشتری است، لذا استفاده از اندازه اثر می‌تواند نخستین مشکل مطرح شده در پاراگراف آغازین این مقاله را حل کند اما محاسبه اندازه اثر نه تنها در مورد نحوه و میزان تغییر تک تک اعضاء گروه اطلاعی ارائه نمی‌کند [۱ و ۶] بلکه به دلیل مستقل بودن آن از اهمیت بالینی تغییرات درمانی، استفاده از آن گاه می‌تواند گمراه کننده باشد. برای نمونه، اندازه اثر تغییرات درمانی ایجاد شده در برنامه درمانی فوق برابر با ۲/۱ است که با توجه به نقاط برش کوهن [۵] در گروه اندازه های اثر بزرگ قرار می‌گیرد (در صورت نیاز به آگاهی از چگونگی محاسبه اندازه اثر و سطوح آن به اصغری مقدم، [۲] مراجعه کنید).

اگرچه در مطالعات فراتحلیل و نیز بررسی ادبیات و

استفاده از روش های معناداری آماری^۱ در تعیین اثربخشی درمان های روان شناختی امری است رایج. اما این روش ها دست کم با سه محدودیت اساسی همراه است: ۱- اگرچه ممکن است تفاوت بین دو گروه کنترل و درمان یا تفاوت بین نتایج پیش آزمون و پس آزمون یک گروه درمانی از لحاظ آماری معنادار باشد اما این تفاوت ممکن است از لحاظ بالینی چندان واجد اهمیت نباشد؛ ۲- از آنجا که در روش معناداری آماری، نتایج به دست آمده از گروه درمان به عنوان یک کل مورد تحلیل قرار می‌گیرد، این روش ها اطلاعی در مورد چگونگی پاسخ درمانی هر یک از بیماران فراهم نمی‌آورد و ۳- روش معناداری آماری اهمیت نتایج درمان را در عمل معین نمی‌کند. به سخن دیگر، در پایان درمان، وجود تفاوت آماری معنادار بین گروه های درمان و کنترل یا بین نتایج پیش آزمون و پس آزمون ضرورتاً به معنی برخوردار بودن بیماران درمان شده از عملکرد موفقیت آمیز در زندگی واقعی نیست. بدین خاطر استفاده از روش هایی ضرورت دارد که ضمن عبور از محدودیت های اجتناب ناپذیر روش های آماری، مکمل آزمون های معناداری آماری بوده و نتایج دقیق تری از اثر بخشی درمان های روانشناختی را آشکار سازد. روش معناداری بالینی تغییرات^۲ مدعی چنین عبوری با ارایه ریختار های ساده است [ر. ک. ۲ و ۳].

در اینجا با ارائه مثالی به مشکلات معناداری آماری به شکل ملموس تری پرداخته می‌شود تا زمینه برای بحث های بعدی فراهم می‌گردد:

در یک برنامه رفتار درمانی شناختی افسردگی ۴۰ بیمار شرکت کرده اند. در این مطالعه شدت افسردگی بیماران با استفاده از نسخه فارسی مقیاس افسردگی بک^۳ [۴] اندازه گیری شده است. در ابتدا و پایان درمان، میانگین

4. Treatment effect size

5. Cohen

6. Jacobsen

7. Truax

1. Statistical significance of change

2. Clinical significance of change

3. Beck depression inventory(BDI-II)

اثر بخشی روان درمانی تعدیل کند. در پرتو این داده‌ها، اکنون می‌دانیم علی‌رغم وجود تفاوت آماری معنادار بین میانگین‌های دو گروه کنترل و درمان در پایان درمان، بخشی از افراد گروه درمان به روش‌های درمانی به‌کار گرفته شده پاسخ مطلوبی نداده‌اند و درصد کمی (احتمالاً ۵ تا ۱۰ درصد) از آنها وضعیت‌شان بدتر شده است [۱۰].

از معناداری بالینی تعاریف چندی ارائه شده است که از میان آنها دو تعریف زیر بیشتر مورد قبول هستند:

۱ - در پایان درمان، بیماران از نظر بالینی به میزان پایداری از پیشرفت در متغیر برآیند درمان، دست یافته باشند [۱۱]. این تعریف و رویکرد مبنای دو مقاله‌ای قرار گرفت که قبلاً منتشر شده است [۲ و ۳].

۲ - در پایان درمان، بیماران از جمعیت عمومی جامعه در متغیر برآیند درمان قابل تشخیص نباشند. جاکوب سن و همکاران [۶] در تعریف عملیاتی عبارت فوق بیان داشته‌اند که اگر در پایان درمان، بیماری از گروه "افراد دارای بدکارکردی به دلیل بیماری" به گروه "افراد دارای کارکرد طبیعی" تغییر وضعیت داده باشد می‌توان او را به عنوان فردی که به سطح معناداری بالینی دست یافته است، طبقه‌بندی کرد. مقاله حاضر با توجه به این تعریف و رویکرد نوشته شده است.

روش محاسبه معناداری بالینی

روش‌های چندی برای ارزیابی معناداری بالینی تغییرات درمانی معرفی شده است؛ نخستین این روش‌ها توسط جاکوب سن [۶ و ۱] معرفی شد و طی سال‌های بعد روش‌های دیگری برای محاسبه معناداری بالینی تغییرات درمانی پدید آمدند. لامبرت و همکاران [۹] ضمن واری نفاذانه و تفصیلی این روش‌ها (روش گالیک سن-لرد-نویک^۵ روش ادواردز-نانالی^۶، روش نانالی-کاش^۷، روش

منابع پژوهشی، استفاده از اندازه اثر بسیار ارزشمند است اما همان‌گونه که دیده شد این آماره ضمن داشتن محدودیت‌های خاص خود، پرسش‌هایی را بی‌پاسخ می‌گذارد که از میان آنها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: نمره افسردگی هریک از اعضاء گروه چقدر کاهش یافته است؟ آیا این میزان کاهش به حدی است که بتوان آن را از نظر بالینی دارای اهمیت دانست؟ آیا نمره افسردگی فرد یا افرادی از گروه بدنبال درمان در خلاف جهت مورد انتظار، افزایش یافته است؟ آیا بدنبال درمان، کیفیت زندگی بیماران با جمعیت عمومی جامعه قابل مقایسه است؟ آیا پس از درمان، نمره افسردگی هر یک از بیماران گروه به دامنه طبیعی بازگشته است؟ اینها نوعاً پرسش‌هایی هستند که تنها روش معناداری بالینی می‌تواند به آنها پاسخ دهد و روش‌های معناداری اماری و محاسبه اندازه اثر^۱ [۵] قادر به پاسخگویی بدان نیست. بنابر این ضرورت توجه به دیگر روش‌های معناداری بالینی به چشم می‌خورد.

روش معناداری بالینی تغییرات: تاریخچه و تعریف

طی دهه ۷۰ میلادی توجه روان‌شناسان بالینی به ضرورت واری واری تغییرات درمانی در سطح فردی جلب شد [برای نمونه، برجین^۲، ۷؛ کازدین^۳، ۸] و کمی بعد بررسی این تغییرات به عنوان مکمل روش معناداری اماری مطرح شد. در اوائل دهه ۸۰ میلادی، جاکوب سن و همکاران [۶] روشی برای ارزیابی معناداری بالینی تغییرات درمانی معرفی نمودند که به تدریج به یکی از پرکاربردترین روش‌ها برای ارزیابی معناداری بالینی تغییرات درمانی روان‌شناختی تبدیل شد [لامبرت^۴ و همکاران، ۹]. به تدریج داده‌هایی که با استفاده از معناداری بالینی گردآوری شد توانست نظر روان‌شناسان و سایر دست‌اندرکاران امر درمان را نسبت به کارآمدی و

5. Gulliksen-Lord-Novick
6. Edwards-Nunnally
7. Nunnally-Kotsch

1. Treatment effect size
2. Bergin
3. Kazdin
4. Lambert

جای ۲ از ضریب بازآزمایی متغیر برآیند درمان استفاده می‌کنند [جاکوب سن و همکاران، ۶؛ جاکوب سن و تراکس، ۱] برخی دیگر [مارتینوویچ^{۱۰} و همکاران، ۱۲؛ تین گی^{۱۱} و همکاران، ۱۳] استفاده از ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) را توصیه کرده‌اند.

معیار تصمیم‌گیری در مورد معناداری بالینی تغییرات

صرفنظر از شاخص پایای به کار رفته (ضریب بازآزمایی یا ضریب همسانی درونی)، اگر قدرمطلق شاخص تغییر پایدار از ۱/۹۶ بزرگتر بود می‌توان با ۹۵ درصد اطمینان گفت که تغییر مشاهده شده در نمره‌های پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون حاصل تصادف نیست بلکه نشانگر تغییری پایدار و واقعی است در نمره‌های پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون [۱۴ و ۱۶]. باید به این نکته توجه کرد که اگر قدرمطلق شاخص مذکور کمتر از ۱/۹۶ باشد مقیاس مورد استفاده به دلیل پایایی ضعیف قادر به تفکیک بین افرادی که به تغییر پایدار و واقعی دست یافته‌اند از افرادی که به چنین تغییری دست نیافته‌اند، نیست و در این صورت باید فرایند محاسبه معناداری بالینی تغییرات درمانی را متوقف کرد. در دو نوشته قبلی [اصغری مقدم، ۲، اصغری مقدم و همکاران، ۳] شاخص تغییر پایدار با استفاده از ضریب بازآزمایی انجام شد. در این نوشته و به منظور گسترش بحث، شاخص مذکور با استفاده از ضریب همسانی درونی محاسبه خواهد شد.

ارائه یک نمونه عینی

قبل از پرداختن به یک مثال بالینی، قابل اشاره است که در دو مقاله قبلی در مورد معناداری بالینی [ر. ک. اصغری مقدم، ۲، اصغری مقدم و همکاران، ۳] در نمونه‌های عینی ارائه شده، شاخص تغییر پایدار با استفاده از ضریب بازآزمایی محاسبه شده بود. اما در این نوشته و مثال عینی ارائه شده، به منظور گسترش بحث، شاخص

روش هوسولین لرد^۱، روش هاج من و اریندل^۲ و روش مدلسازی خطی سلسله‌مراتبی^۳، استفاده از روش جاکوب سن و تراکس [۱] را به دلیل سادگی و مشهورتر بودن، توصیه کرده‌اند.

روش جاکوب سن و تراکس [۱] (همانند سایر روش‌هایی که به اختصار از آنها نام برده شد)، شامل دو گام است: در گام نخست شاخص تغییر پایدار^۴ محاسبه می‌شود؛ این شاخص نشان می‌دهد که آیا تغییرات مشاهده شده در پایان درمان، نسبت به قبل از درمان، از لحاظ آماری پایا^۵ است؟ به سخن دیگر، آیا این تغییرات، تغییراتی هستند واقعی یا ناشی از خطای اندازه‌گیری؟ در گام دوم، و به دنبال تعیین شاخص تغییر پایدار، نقطه برشی^۶ تعیین می‌شود که دست‌یابی به آن نشان‌دهنده معناداری بالینی تغییر است.

برای محاسبه شاخص تغییر پایدار از فرمول شماره ۱ استفاده می‌شود. در این فرمول تفاوت نمره پس‌آزمون x (post) هرآزمودنی از نمره پس‌آزمون (x_{pre}) وی، بر دو برابر مجذور خطای معیار اندازه‌گیری^۷ تقسیم می‌شود.

$$RCI = \frac{X_{post} - X_{pre}}{\sqrt{2SE^2}} \quad (1)$$

خطای معیار اندازه‌گیری نیز با استفاده از فرمول شماره ۲ محاسبه می‌شود. در این فرمول SD، انحراف معیار متغیر درمان، قبل از درمان و r ، ضریب پایایی (ضریب بازآزمایی^۸ یا ضریب همسانی درونی) (آلفای کرونباخ^۹) متغیر برآیند درمان است.

$$SE = SD \sqrt{1 - r} \quad (2)$$

در حالی که برخی از پژوهشگران در فرمول بالا به

1. Hsu-Linn-Lord
2. Hageman and Arrindell
3. Hierarchical Linear Modeling
4. Reliable Change Index (RCI)
5. Reliable Change Index
6. Cut-off point
7. Standard error of measurement
8. Test-retest reliability
9. Cronbach alpha

10. Martinovich

11. Tingey

مذکور با استفاده از ضریب همسانی درونی محاسبه خواهد شد.

در اینجا به منظور نشان دادن چگونگی محاسبه شاخص تغییر پایدار و معناداری بالینی تغییر، از میان ۵۶۷ بیمار مبتلا به درد مزمن که طی ۵ سال در برنامه رفتاردرمانی شناختی درد مزمن شرکت کرده بودند [۱۵] ۱۰ بیمار به تصادف انتخاب شدند و نمره‌های قبل و بعد از درمان آنها مورد استفاده قرار گرفت. این اطلاعات در جدول ۱ نشان داده شده است. در این مثال، میانگین (انحراف معیار) نمره‌های افسردگی قبل و پس از درمان به ترتیب برابر با ۱۷ (۷/۳۰) و ۸/۸ (۶/۵) بود. نتایج حاصل از آزمون t برای نمونه‌های همبسته حاکی از کاهش معنادار نمره‌های افسردگی پس از درمان، در مقایسه با قبل از درمان است ($t=۳/۲۲$, $df=۹$, $p=۰/۰۱$).

با استفاده از اطلاعات جدول ۱، شاخص تغییر پایدار و معناداری بالینی تغییرات درمانی نشان داده خواهد شد. برای انجام این محاسبه‌ها، از ضریب همسانی درونی مقیاس افسردگی DASS-42 [۱۶] که در نمونه‌ای از بیماران درد مزمن برابر با ۰/۹۵ [۱۷] گزارش شده است، استفاده شد. برای تسهیل یادگیری چگونگی محاسبه RCI، چگونگی محاسبه شاخص مذکور برای بیمار شماره ۱ نشان داده شده است؛ برای بقیه بیماران فقط نتیجه محاسبه در جدول زیر نشان داده می‌شود

$$SE = 7.30 \sqrt{1 - 0.95}$$

$$SE = 1.63$$

$$RCI = \frac{23 - 14}{\sqrt{2 \times 1.63^2}}$$

$$RCI = \frac{9}{\sqrt{2 \times 2.65}}$$

$$RCI = 3.91$$

از آنجا که میزان قدر مطلق شاخص تغییر پایدار همه بیماران از ۱/۹۶ بزرگتر است می‌توان گفت میزان تغییر نمره همه بیماران، در پایان درمان نسبت به قبل از درمان، به حدی رسیده است که بتوان آن را تغییری پایدار به حساب آورد. با اینحال ممکن است علامت منفی همراه با

RCI بیمار شماره ۲ نیز سوال برانگیز باشد. به همین خاطر، در پاراگراف‌های بعدی این ابهام برطرف خواهد شد.

بعد از محاسبه شاخص تغییر پایدار، لازم است نقطه بُرشی تعیین گردد که بر اساس آن بتوان تعیین کرد آیا معناداری بالینی تغییر رخ داده است یا نه؟ براساس نظر جاکوبسن و همکاران [۶]، پس از پایان درمان اگر نمره بیمار در متغیر برآیند درمان به حدی تغییر کرده باشد که جایگاه او از گروه "افراد دارای بدکارکردی به دلیل بیماری" به گروه "افراد دارای کارکرد طبیعی" تغییر کرده باشد می‌توان او را به عنوان "بهبود یافته" (فردی که به سطح تغییر معناداری از لحاظ بالینی دست یافته است)، تلقی کرد. این حد را نقطه بُرشی که با استفاده از فرمول شماره ۳ محاسبه می‌شود، تعیین می‌کند [۶].

بعد از محاسبه نقطه برش چگونه می‌توان قضاوت کرد که بیماری مفروض دارای کارکرد طبیعی شده است؟ برای چنین قضاوتی از معیار زیر استفاده خواهد شد: بیمارانی که قبل از شروع درمان نمره آنها در متغیر برآیند درمان بزرگتر یا برابر با این نقطه بُرش و پس از پایان درمان کوچکتر از آن باشد را می‌توان به عنوان افرادی که در پایان درمان از گروه "افراد دارای بدکارکردی به دلیل بیماری" به گروه "افراد دارای کارکرد طبیعی" تغییر مکان داده‌اند، طبقه‌بندی کرد [۶].

در اینجا ابتدا از دو مطالعه قبلی، اطلاعاتی در باره میانگین و انحراف معیار افسردگی در جمعیت سالم و گروه بیماران درد مزمن (گروهی شبیه به گروه ۱۰ نفره‌ای که اطلاعات آنها در این مطالعه مورد واریسی قرار می‌گیرد) ارائه می‌شود. میانگین و انحراف معیار افراد سالم به ترتیب برابر با ۷/۱۹ و ۶/۵۴ (لوی باند و لوی باند، ۱۶) و میانگین و انحراف معیار افسردگی در جمعیت دارای درد مزمن به ترتیب برابر با ۱۴/۳۰ و ۱۱/۹۰ [۱۷] است.

(۳)

(انحراف معیار بیماران × میانگین افراد سالم) + (انحراف معیار غیر بیماران × میانگین بیماران) = نقطه بُرش
 انحراف معیار بیماران + انحراف معیار گروه سالم

جدول ۱: نمره های قبل و بعد از درمان و تفاوت بین آنها، شاخص تغییر پایدار و سطح معناداری بالینی در متغیر افسردگی

بیمار	قبل	بعد	تفاوت بین قبل و بعد	RCI	دستیابی به سطح معناداری بالینی
۱	۲۳	۱۴	۹	۳/۹۱	خیر
۲	۱۴	۲۴	-۱۰	-۴/۳۴	خیر
۳	۱۶	۴	۱۲	۵/۲۱	بله
۴	۱۲	۶	۶	۲/۶۰	بله
۵	۱۳	۶	۷	۳/۰۴	بله
۶	۱۴	۸	۶	۲/۶۰	بله
۷	۵	۰	۵	۲/۱۷	خیر
۸	۱۷	۷	۱۰	۴/۳۴	بله
۹	۲۸	۱۰	۱۸	۷/۸۲	خیر
۱۰	۲۸	۹	۱۹	۸/ ۲۶	بله

قرار دارند و نمی توان گفت میزان تغییر در آنها از لحاظ بالینی معنادار است. و بالاخره، اگرچه نمره افسردگی بیمار شماره ۵ در مرحله پس از درمان برابر با صفر است اما از آنجا که نمره وی قبل از شروع درمان پایین تر از نقطه برش به دست آمده (یعنی ۹/ ۷۱) است نمی توان او را به درستی طبقه بندی کرد. این موارد جزء محدودیت های روش معناداری بالینی تغییر درمانی است که در بخش بعدی مورد بحث قرار خواهد گرفت و راه حل هایی برای آن ارائه خواهد شد. سرانجام این که افزایش شدت افسردگی بیمار شماره ۲ در خلاف جهت مورد انتظار بوده است و افسردگی وی از لحاظ بالینی وخیم تر شده است. این بیمار را می توان در گروه افرادی قرار داد که درمان آنها را بطور منفی تحت تاثیر قرار داده است.

$$\text{نقطه برش} = \frac{(14.30 \times 6.54) + (7.19 \times 11.90)}{6.54 + 11.90} = 9.71$$

براساس نقطه بُرش به دست آمده می توان گفت بیمارانی که نمره افسردگی آنها قبل از درمان برابر یا بزرگتر از ۹/ ۷۱ و پس از پایان درمان کوچکتر از ۹/ ۷۱ بوده است، توانسته اند جایگاه خود را از گروه "افراد دارای بد کارکردی به دلیل افسردگی" به گروه "افراد دارای کارکرد طبیعی" تغییر دهند. پس می توان این مقدار تغییر را از نظر بالینی معنادار تلقی کرد. بنابراین، بیماران شماره های ۳، ۴، ۵، ۶، ۸ و ۱۰ را می توان به عنوان افراد "بهبود یافته" طبقه بندی کرد؛ نمره افسردگی پس از درمان بیماران شماره های ۱ و ۹ (علیرغم کاهش قابل توجه) هنوز بالاتر از ۹/ ۷۱ است؛ بنابراین، این بیماران هنوز در گروه "افراد ناتوان به دلیل افسردگی"

محدودیت‌های روش معناداری بالینی تغییرات درمانی

علیرغم توانمندی‌های روش معناداری بالینی، این روش به نوبه خود دارای محدودیت‌هایی به شرح زیر است: ۱- ناتوانی در طبقه‌بندی صحیح دستاوردهای درمانی بیمارانی که در آغاز درمان دارای درجات خفیف تا متوسطی از مشکل بوده‌اند؛ ۲- نداشتن روش‌شناسی مشخص برای طبقه‌بندی دستاوردهای درمانی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن؛ ۳- محدودیت‌های ناشی از فقدان داده‌های هنجاری ابزارهای ارزیابی برآیند درمان و ۴- پایایی ناکافی افرادی که در سطح بالای "بهبود نیافتن" و یا سطح پایین "بهبود یافته" قرار می‌گیرند. در ادامه این محدودیت‌ها مورد بحث قرار خواهند گرفت و برای موارد ۱ و ۲ راه‌حل‌هایی ارائه خواهند شد.

۱-۶- ناتوانی در طبقه‌بندی صحیح دستاوردهای درمانی بیمارانی که در شروع درمان دارای درجات خفیف تا متوسطی از مشکل بوده‌اند، از سال‌ها قبل مطرح بوده است [برای نمونه، هسن و همکاران، ۱۸]. همانند سایر درمان‌ها، در درمان‌های روان‌شناختی نیز ممکن است افرادی که دارای مشکلات خفیف تا متوسطی هستند، وارد فرایند درمان شوند. اگر نمره این افراد در شروع درمان برابر یا پایین‌تر از نقطه بُرشی باشد که "افراد ناتوان به دلیل بیماری" را از "افراد بهنجار جامعه" جدا می‌کند امکان تغییر برای این بیماران بسیار محدود است و آنها هرگز نخواهند توانست به ملاک معناداری بالینی تغییر دست یابند. به عنوان نمونه، نمره افسردگی بیمار شماره ۷ قبل از شروع درمان برابر با ۵ و در پایان درمان برابر با صفر است. با همه اینها، چون قبل از شروع درمان این بیمار در گروه "افراد ناتوان به دلیل بیماری" قرار نداشته است در پایان درمان نمی‌توان او را به درستی در طبقه "بهبود یافته" قرار داد زیرا نمی‌توان گفت درمان باعث شده است جایگاه او از گروه "افراد

ناتوان به دلیل بیماری" به گروه "افراد بهنجار جامعه" تغییر کند.

تین‌گی و همکاران [۱۳] برای حل مشکل فوق راه‌حلی پیشنهاد کرده‌اند که نسبت به روش جاکوب سن و تراکس [۱] عملی‌تر است. آنها برآیند و مقوله‌ای "بهبود یافته" و "بهبود نیافتن" را گسترش داده و مقوله سوم تحت عنوان "بطور پایایی پیشرفت کرده" را به آن افزوده‌اند. در نتیجه، در این روش، افراد در پایان درمان در یکی از سه مقوله زیر طبقه‌بندی می‌شوند: "بهبود یافته" (افرادی که به نقطه برش معناداری بالینی تغییر دست یافته‌اند)، "بطور پایایی پیشرفت کرده" (کسانی که به نقطه برش معناداری بالینی دست نیافته‌اند اما به نقطه برش شاخص تغییر پایدار دست یافته‌اند) و "بهبود نیافتن" (افرادی که به هیچ‌کدام از دو نقطه برش مذکور دست نیافته‌اند).

راه‌حل فوق به دو دلیل اشکار دامنه کاربست روش معناداری بالینی تغییرات درمانی را افزایش می‌دهد:

الف: این روش مشکل طبقه‌بندی صحیح بیمارانی را که با درجات خفیف یا متوسطی از مشکل وارد فرایند درمان می‌شوند، حل می‌کند زیرا اگرچه این بیماران نمی‌توانند به نقطه برش معناداری بالینی تغییرات درمان دست یابند اما می‌توانند در گروه افرادی که "بطور پایایی پیشرفت کرده‌اند"، قرار گیرند. در همین رابطه نشان داده شده است که افرادی که در این گروه قرار می‌گیرند به حدی از تغییر دست یافته‌اند که بتوان آن را از نظر بالینی با اهمیت تلقی کرد [آن کوتا^۲ و ابلس^۳، ۱۹؛ لانن^۴ و اگلز، ۲۰]؛

1. Reliably improved

1. Ankuta

²Ables

³Lunnen

۶-۳- فقدان داده های هنجاری ابزارهای ارزیابی برآیند درمان یکی دیگر از محدودیت هایی است که پژوهشگران به هنگام محاسبه معناداری بالینی تغییرات درمانی با آن مواجه اند. یک مقیاس مطلوب باید ضمن حساس بودن در برابر تغییرات درمانی از اعتبار و پایایی قابل توجهی برخوردار باشد و داده های هنجاری مناسب در مورد آن در دسترس باشد. هر چند طی سال های اخیر مطالعات روان سنجی مطلوبی در مورد بسیاری از مقیاس های که می توانند به عنوان ابزارهای بررسی برآیند درمان به کار روند انجام شده است، اما فقدان داده های هنجاری در مورد این ابزارها به کار گیری آنها را در مطالعات معناداری بالینی محدود می کند.

۶-۴- از آنجا که معناداری بالینی بر مفهومی دو وجهی (بهبود یافته درمقابل بهبود نیافته) استوار است، لذا پایایی افرادی که در سطح بالای بهبود نیافته و یا سطح پایین بهبود یافته قرار می گیرند، محل پرسش و تردید است و هنگام قضاوت در مورد میزان پیشرفت های درمانی این افراد بهتر است جانب احتیاط را رعایت کرد.

نتیجه گیری

در انتها شایسته است به جای هر سخنی، هشدار گریملی ایونز [۲۱] را در مورد نتایج تلاش های بالینی جدی بگیریم: «در حالی که نتایج درمانی متوسط، دست اندرکاران درمان را راضی می کند، انتظار بیماران بیش از این هاست».

منابع

- 1- Jacobson N.S., Truax P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consulting and Clinical Psychology*; 59:12-19.

ب: این راه حل همچنین می تواند مشکل طبقه بندی صحیح افرادی را که در شروع درمان دارای درجات شدیدی از مشکل بوده اند، حل کند. برای نمونه بیمار شماره ۹ را در نظر بگیرید؛ نمره افسردگی او قبل از شروع درمان ۲۸ و در پایان درمان ۱۰ است. هر چند این بیمار از همان ابتدای درمان در گروه "افراد دارای بدکارکردی به دلیل افسردگی" قرار داشته است و علیرغم اینکه نمره افسردگی او ۱۸ نمره کاهش یافته است اما درمان نتوانسته است جایگاه او را از "افراد دارای بدکارکردی به دلیل افسردگی" به گروه "افراد دارای کارکرد طبیعی" تغییر دهد. اما با استفاده از راه حل پیشنهادی تین گی و همکاران [۱۳] می توان او را در گروه "بطور پایایی پیشرفت کرده" طبقه بندی کرد.

۶-۲- نداشتن روش شناسی مشخص برای طبقه بندی دستاوردهای درمانی افراد دارای بیماری های مزمن. همان گونه که در جای دیگر به تفصیل بحث شده است [اصغری مقدم، ۲، اصغری مقدم و همکاران، ۳] بسیار بعید و در مواردی امکان ناپذیر است که افراد مبتلا به بیماری های مزمن در فرآیند درمان به حدی تغییر کنند که در پایان درمان عملکرد آنها از عملکرد افراد عادی غیر قابل تشخیص باشد. اما این گفته به آن معنا نیست که چنین افرادی نمی توانند به تغییرات قابل توجهی در جریان درمان دست یابند. علاوه براین، در مورد افرادی که در شرایط نامناسب اجتماعی زندگی می کنند (برای نمونه، زندگی در فقر شدید یا محیط های جنایت خیز) و نیز در مورد بازماندگان بلایای طبیعی نیز اعاده عملکرد طبیعی و بازگشت به میانگین می تواند چندان واقع گرایانه نباشد. برای حل این مشکلات نیز روش پیشنهاد شده به وسیله تین گی و همکاران [۱۳] می تواند چاره ساز باشد و بیمارانی را که به شاخص تغییر پایدار دست یافته اند در گروه بیماران "بطور پایایی پیشرفت کرده" قرار داد.

- ۱۱- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B., & McGlinchey, J. B. (1999). Method for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 300–307.
- ۱۲- Martinovich, Z., Saunders, S., & Howard, K. (1996). Some comments on “assessing clinical significance.” *Psychotherapy Research*, 6, 124–132.
- ۱۳- Tingey, R. C., Lambert, M. J., Burlingame, G. M., & Hansen, N. B. (1996). Assessing clinical significance: Proposed extensions to method. *Psychotherapy Research*, 6, 109–123.
- ۱۴- Smith BH, Macfarlane GJ, Torrance N (2007). Epidemiology of chronic pain, from the laboratory to the bus stop: time to add understanding of biological mechanisms to the study of risk factors in population-based research? *Pain*, 127: 5-10
- ۱۵- Nicholas MK, Asghari A, Corbett M, Smeets RJEM, Wood BM, Overton S, Perry C, Tonkin LE, Beeston L. (2012). Is adherence to pain self-management strategies associated with improved pain, depression and disability in those with disabling chronic pain? *European Journal of Pain*; 16:93-104.
- ۱۶- Lovibond PF, Lovibond SH (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research Therapy*; 33: 335-343.
- ۱۷- Nicholas MK, Asghari A, Blyth FM. (2008). What do the numbers mean? Normative data in chronic pain measures. *Pain*; 134:158–173.
- ۱۸- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E.M. (2003). The psychotherapy dose effect in naturalistic settings revisited: Response to Gray. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 507–508.
- ۱۹- Ankuta, G. Y., & Ables, N. (1993). Client satisfaction, clinical significance, and meaningful change in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 70–74.
- ۲- اصغری مقدم، محمدعلی. (۱۳۸۸) معناداری آماری، معناداری بالینی: تقابل یا توازی. بازتاب دانش، نشریه‌ای در باره شناخت، مغز و رفتار، شماره ۱۳، صص ۲۴–۱۵.
- ۳- اصغری مقدم، محمدعلی؛ شعیری، محمدرضا؛ حامدی، وجیهه؛ شهنی، راضیه؛ محرایان، نرگس. (۱۳۹۰) معناداری بالینی تغییر در کارآزمایی‌های بالینی درد مزمن. *مجله روان‌شناسی بالینی*، سال سوم، شماره ۱، صص ۷۷–۶۳.
- ۴- Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. (2005). Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory second edition: BDI-II-Persian. *Depression and Anxiety* 21:185–192.
- ۵- Cohen J. (1988) *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- ۶- Jacobson N.S., Follette WC, Revenstorf D (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*; 15:336-352 .
- ۷- Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *The handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York: Wiley.
- ۸- Kazdin, A. E. (1977). Assessing the clinical or applied importance of behaviour change through social validation. *Behaviour Modification*, 1, 427-452.
- ۹- Lambert MJ, Hansen NB, Bauer S. (2008). Assessing the clinical significance of outcome results. In: AM Nezu and CM Nezu (eds). *Evidence-based outcome research*, Oxford Press, (pp.359-178)
- ۱۰- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *The handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed.). New York: Wiley.

21-Grimley Evans J.(1995) Evidence-based or evidence-biased medicine? *Age Ageing* ,24:461–3.

20- Lunnen, K. M., & Ogles, B. A. (1998). A multiperspective, multivariable evaluation of reliable change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 400–410.

**CLINICAL
PSYCHOLOGY
&
PERSONALITY**

Danoshvar
Rafar

Received on: 17/10/2013

Accepted on: 17/05/2014

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

Treatment Changes Clinical Significance Method: Properties, Calculation Method, Decision Making and Limitations

Asghari Moghaddam, M.A.^{1} and Shairi, M.R.²*

- 1. Professor, Shahed University.*
- 2. Associate Professor, Shahed University.*

*Email: asghari7a@gmail.com

Abstract

Statistical significant methods are usually used to evaluate the effectiveness of the psychological treatments; however, these methods have a number of inherent limitations. In fact, significant differences between the pre-treatment and post-treatment scores of patients per se do not necessarily indicate that the patients have reached the level of successful performance in their real life. Thus, those methods are required which supplement statistical significance tests and reflect more precise results of psychological treatments effectiveness in addition to pass inevitable limitations of statistical methods. One of these methods is clinical significance of the treatment changes. Based on this method, a change in therapy is clinically significant if a patient moves from “dysfunctional group due to disease” to the “functional group” during the course of the treatment. This paper will discuss the Jacobsen and Traux method due to its simplicity and fame. Also, it will show how to calculate the clinical significance change and finally indicates decision making criteria and limitations of the method for clinical psychologists.

Keywords: Statistical significance, Clinical significance

Received on: 13/03/2012

Accepted on: 16/09/2013

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

Application of the Beck Depression Inventory-II in Iranian University Students

Rahimi, C.H.^{1}*

1. Associate Professor, University of Shiraz.

*Email: crahimi@hotmail.com

Abstract

The Beck Depression Inventory is probably the most widely used self-report questionnaire for measurement of depression in university students. This study aimed to evaluate the psychometric characteristics of BDI-II and to detect its relation with sexuality and level of education and comparison of severity and type of symptoms in a large Iranian student sample. A sample of 2260 undergraduate and graduate students (66.8% female, 33.2% male) at the University of Shiraz completed BDI-II. We examined the reliability (internal consistency, test-retest) and validity (concurrent, factor analysis) of BDI-II. Then, we compared the rate of depression using independent t-test in male and female students and also in graduate and undergraduate students. In next step, type of depression symptoms in students was analyzed in relation to sexuality and education. The results showed that internal consistency was high (Cronbach's alpha=0.87) and it had an acceptable consistency during the time ($r=0.73$). The concurrent validity of the BDI-II was supported by positive correlations with different measures (GHQ-28, DASS-21). Factor analysis produced a two-factor solution including cognitive-affective and somatic dimensions for the total sample. The data were also analyzed for sex differences in the factor structure. The difference between boys and girls was not significant but undergraduate students had significantly higher scores than graduate students in BDI-II. Also, students represented various patterns of symptoms. In general, the findings supported the validity and reliability of the BDI-II in an Iranian student sample. The expression of depressive symptoms in Iranian male and female students was different. The severity of depression in students was in relation with the level of education.

Keywords: The Beck Depression Inventory-II, Validity, Reliability, Student

Received on: 27/10/2012

Accepted on: 16/12/2013

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

Factor structure, Validity, and Reliability of General Health Questionnaire (GHQ-28) in Iranian Adolescents

Naeinian, M.R.^{1}, Nik Azin, A.² and Shairi, M.R.³*

1. Assistant Professor, Shahed University.

2. M.A. in Clinical Psychology, Shahed University.

3. Associate Professor, Shahed University.

*Email: mnrainian@yahoo.com

Abstract

Investigation of Factor structure, validity, and reliability of general health questionnaire (GHQ) in Iranian adolescents was the purpose of present study. Study design was descriptive and 1497 high school students (789 girls and 708 boys) from Qom, Damghan, and Bojnood cities were selected using cluster sampling. General Health Questionnaire (GHQ) as the main questionnaire, and General Anxiety Index (GAD-7) and Personal Wellbeing Index- School Children (PWI-SC) were used to assess convergent validity. Results of explanatory and parallel factor analysis revealed three factors predicting 36.36 percent of variance in scores of general health questionnaire. Indexes of confirmatory factor analysis showed good fitness of three-factor model and in general 8 questions were removed. Correlation between three dimensions of 20 item general health questionnaire with main questionnaire was strong and significant, with GAD-7 was moderate and with PWI-SC was strong (moderate for depression dimension). Cronbach's alpha value for dimensions and total score of questionnaire were acceptable and test-retest coefficients were strong. 20 items general health questionnaire with vitality and energy, anxiety and somatic symptoms, and depression was obtained.

Keywords: General health questionnaire, Vitality and energy, Anxiety, Somatic symptoms, Depression, Validity, Reliability.

Received on: 07/01/2013

Accepted on: 15/03/2014

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

A Preliminary Study of Validity and Reliability of Spirituality Assessment Inventory (SAI)

Ghomian, S.^{1} and Heydarinasab, L.²*

1. M.A. in Clinical Psychology, Shahed University.

2. Assistant Professor, Shahed University.

*Email: Ghomian_s@yahoo.com

Abstract

The aim of this study was to evaluate the preliminary psychometric properties of Spirituality Assessment Inventory (SAI) at the Universities of Tehran, Shahid Beheshti and Allameh Tabatabai. Research has been conducted in two stages: In the first stage, the test was translated into English by an English language specialist and a psychologist. After comparing translations, revisions were made and ultimately the final questionnaire was prepared. Then, to get an early alpha, the test conducted on the initial sample (including 52 children) and alpha coefficients were calculated for the first (test) and second run (retest) within 15 days. Also, the test - retest correlation coefficient was calculated at two times. In the second stage, the test was performed on the original sample (N=312). In this study, Spiritual Assessment Inventory, Shams Bias Religious Questionnaire, Adult Personality Well-Being Index and Beck Depression Inventory, were used. Alpha coefficients obtained in the first run (0/96-0/64) and in the second run (0/96-0/70). Also, the test - retest correlation coefficient at two times was obtained 0/ 91- 0/72. Content validity results were reported as acceptable. Regarding the construct validity, significant positive correlations between the subscales and concurrent validity of the questionnaire were obtained. Also good results for the concurrent validity were obtained. Moreover, there was no significant difference between men and women in terms of spirituality in all subscales (except for Grandiosity subscale). Conclusion: The overall, results indicate a good reliability and validity of Spirituality Assessment Questionnaire.

Keywords: Spirituality, Spirituality measurement questionnaires, Psychometric properties

Received on: 11/10/2013

Accepted on: 14/04/2014

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

Validity and Reliability of Multidimensional Sexual Satisfaction Scale for Women (SSSW) in One Sample of Iranian Women

Roshan Chesli, R.^{1}, Mirzaei, S.² and Nikazin, A.³*

1. Associat Perfessor, Shahed University.

2. M.A. in Clinical Psychology, University of Isfahan.

3. M.A. in Clinical Psychology, Shahed University.

*Email: rasolroshan@yahoo.com

Abstract

The purpose of present study is investigation of the validity and reliability of the multidimensional sexual satisfaction scale for women (SSSW) in Iranian women. In a descriptive design study 628 married women students were selected using available sampling. Sexual satisfaction scale for women (SSSW) as the main questionnaire and the female sexual function index (FSFI), Locke Wallace Marital Adjustment Test (LWMAT), female sexual distress scale (FSDS), Indrx of Sexual Satisfaction Scale (ISS) and Depression, anxiety and stress scale (DASS-21) were used to examine the convergent and divergent validity. Confirmatory Factor analysis confirmed the five factor model of questionnaire (RMSEA = 0.80) and did not remove any of the questions. Correlation Between five dimensions of sexual satisfaction scale for women (SSSW) with the conceptually same dimensions of other questionnaire was moderate to strong and significant. Cronbach's alpha coefficient for the total score was 0.96 and for dimensions it was 0.82 to 0.91 which were acceptable. Test-retest coefficient for the sexual satisfaction score and its dimensions ranged from 0.73 to 0.97. In general, sexual satisfaction scale for women (SSSW) with good features such as multidimensional structure and emphasis on sexual distress as same as sexual satisfaction has an appropriate psychometric properties in Iranian women population.

Keywords: Sexual satisfaction scale for women (SSSW), Sexual satisfaction, Sexual distress, Validity, Reliability.

Received on: 21/09/2013

Accepted on: 29/04/2014

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

Effectiveness of Behavioral Couple Therapy in Improvement of Marriage Performance and Reduction of Marital Conflicts in Couples with One Addicted Member

Mahdizadeh, S.N.^{1}, Soleimani, A.² and Fathi Ashtiani, A.³*

1. M.A. in Family Therapy Psychology, University of Science and Culture.

2. Assistant Professor, University of Science and Culture.

3. Professor, Baqiyatallah University of Medical Sciences.

*Email: nm.psychology@yahoo.com

Abstract

The purpose of this paper is to determine differences related to marriage performance and marital conflicts among couples with one addicted member which are created due to behavioral couple therapy. To this end, 30 pairs (60) of the patients of the Center for Therapeutic Community (TC) in Mashhad were selected using random sampling and were randomly assigned to experimental and control groups. Experimental group received 12 weekly sessions of 60-minute behavioral couple therapy while the control group did not receive any specific intervention. In this study to collect data on pre-test and post-test questionnaires, marriage function (MFAI) and marital conflict (MCQ) were used. Whitney U-test results (in case of non-normal distribution scale) indicate significant differences between control and experimental groups on the variables of marriage and marital conflicts. Comparison of averages showed that training in behavioral marital therapy significantly improves performance and effectively reduces marital conflict, and married couples in the experimental group showed a significant increase ($P < 0/05$) in marriage performance and significant reduction ($P < 0 / 05$) in marital conflicts. In general, the results of this study suggest that couples who have received behavioral couple therapy compared with couples who did not receive this treatment, had better marriage performance and less marital conflict.

Keyword: Behavioral couple therapy, Marriage performance, Marital conflict, Addiction.

Received on: 28/07/2012

Accepted on: 27/08/2013

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

A Study of Structural Relations of some Psychological Risk and Protective Factors to Addiction Potential

Davoudi, I.^{1}, Eshrati, T.², Zargar, Y.³ and Hashemi Sheikh Shabani, E.⁴*

1. Assistant Professor, Shahid Chamran University of Ahvaz.

2. M.A. in Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz.

3. Associate Professor, Shahid Chamran University of Ahvaz.

4. Associate Professor, Shahid Chamran. University of Ahvaz

* Email: davoudi_i@scu.ac.ir

Abstract

The purpose of this study was developing, testing and modifying a model to understand the relationships between some psychological risk and protective factors to addiction potential. This study used structural equation modeling (SEM) to evaluate the associations between parenting styles and potential addiction mediated by novelty seeking, behavior problems and coping strategies in a sample of 572 third grade high school students (male: 328, female: 244) in Mashhad, Iran. The participants were selected through multistage random sampling. Data were collected by questionnaires containing, Parenting Style Questionnaire, Temperament and Character Inventory, Coping Inventory for Stressful Situation, Achenbach Youth Self-Report Scale and Iranian Addiction Potential Scale. Amos-16 model program software was applied for structural equation modeling. In general, the modified model had a good fit with the data (CFI = .90, RMSEA = .07) after deleting the coefficients without significance, and considering covariance between some of error variables. The present study found many of the predicted relations between parenting styles and potential addiction mediated by novelty seeking, behavior problems and coping strategies, although the most of purposed paths between permissive parenting style and other variables were not significant. Based on standard coefficients, emotion-oriented, problem-oriented, avoidance-oriented coping strategies and problem behaviors have more effect on addiction potential, respectively. The clinical and applied implications of results and model presented in this study are discussed in details.

Keywords: Parenting style, Novelty seeking, Behavior problem, Coping strategy, Addiction potential.

**CLINICAL
PSYCHOLOGY
&
PERSONALITY**

Daneshvar
Rafar

Received on: 20/12/2012

Accepted on: 17/03/2014

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

Assessment of Relationship between Maladaptive Schemas and Child Rearing Styles in People with Personality Disorders Cluster B

Ahmadi, N. ^{1} and Ghoreyshi Rad, F. ²*

1. M.A. in Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University.

2. Associate Professor, Azarbaijan Shahid Madani University.

*Email: ahmadinasrin42@yahoo.com

Abstract

Personality disorders especially personality disorders cluster b is considered as one of the main problems in medical and society problems. The aim of this study is to assess the relationship between early maladaptive schemas and child rearing styles to recognize their role in personality disorders cluster b.

The method of this research is descriptive and correlation. The population included 476 students of Azarbaijan University of shahid Madani who were selected by random categorical method. The outcome of the research shows that 351 people had personality disorders cluster b traits. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III), Young early maladaptive schemas-short form (YSQ-SF) and Baumrind child rearing styles perception questionnaires were used. Data Analysis was performed by Pearson correlation and Logistic regression.

There were significant relationship between early maladaptive schemas and child rearing styles. Furthermore entitlement/grandiosity, dependence/incompetence, self-sacrifice and enmeshment/undeveloped self significantly predicted personality disorders cluster b.

Our study showed that people with personality disorders cluster b traits suffer from high levels of early maladaptive schemas and their child rearing styles are maladaptive.

Keywords: Personality disorders cluster b, Early maladaptive schemas, Child rearing styles

**CLINICAL
PSYCHOLOGY
&
PERSONALITY**

Daneshvar
Rafar

Received on: 07/07/2013

Accepted on: 10/05/2014

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

Effectiveness of Mindfulness based Cognitive Therapy Versus Cognitive Behavioral therapy on predictors of Relapse in Patients with Recurrent Depression

Melyani, M.¹, Alahyari, A. A.^{2}, Azad Falah, P.³, Fathi Ashtiani, A.⁴ and Tavoli, A.⁵*

1. Ph.D Candidate of Psychology, Tarbiat Modares University.

2. Assistant Professor, Tarbiat Modares University.

3. Associate Professor, Tarbiat Modares University.

4. Assistant professor, Behavioral Sciences Research Center of Baqiyatallah Medical Science University.

5. Ph.D Candidate of Psychology, Tarbiat Modares University.

*Email: abasallahyari@gmail.com

Abstract

The present study was carried out to examine the effectiveness of mindfulness based cognitive therapy versus cognitive behavioral therapy on predictors of relapse in recurrent depression.

The study draws pre-test - post-test design in which 40 patients with recurrent depression were selected and randomly assigned to MBCT and CBT groups. They were assessed by Beck Depression Inventory – II, Ruminative Responses Scale, Dysfunctional Attitude Scale, Self-Compassion scale at pre - post intervention.

The results of MANCOVA and ANCOVA Test supported the effectiveness of cognitive behavioral therapy on residual depression, dysfunctional attitudes in comparison with mindfulness based cognitive therapy. On the other hand, mindfulness based cognitive therapy has been proved to be more effective in reduction of rumination, cognitive reactivity and self compassion.

In sum, it is proposed that combination of CBT and MBCT could be more effective on predictors of relapse in recurrent Depression.

Keywords: Mindfulness based cognitive therapy, Cognitive behavior therapy, Depression

Received on: 21/04/2013

Accepted on: 16/11/2013

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

The Relationship between Big Five Personality Factors and Belief in an Just and A Unjust World, Beliefs of Justice Compensation

Golparvar, M.^{1}, Barazandeh, A.² and Javadian, Z.³*

1. Associate Professor, Islamic Azad University Khorasgan Branch.

2. M.A. in Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch.

3. M.A. in Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch.

*Email: drmgolparvar@gmail.com

Abstract

This research was conducted with the aim of investigating the relationship between big five personality factors and belief in just and unjust world, and beliefs of justice compensation among male students. Research statistical population was the male students of high school which 196 persons were selected using simple random sampling. Research instrument were big five personality factors (Goldberg, 1992), belief in an unjust world questionnaire (Dalbert et al, 2001), belief in a just world questionnaire (Sutton & Douglas, 2005), and beliefs of justice compensation questionnaire (Golparvar & Vaseghi, 2011). Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis. Results revealed that neuroticism and conscientiousness have significant predictive power for prediction of belief in a just world for self, neuroticism have significant predictive power for prediction of belief in an unjust world and active justice compensation beliefs, and agreeableness have significant predictive power for prediction of passive justice compensation beliefs.

Keywords: Big five personality factors, Belief in a just world, Belief in an unjust world, Beliefs of justice compensation, Male students.

Received on: 31/04/2013

Accepted on: 14/05/2014

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

Causal Relationship of Disease Perception, Pharma-Following and Life Quality in Aged People with Parkinson

Barghi Irani, Z.^{1}, Aliakbari Dehkordi, M.², Zare, H.³, Alipour, A.⁴ and Shahidi, G. A.⁵*

1. Assistant Professor of Psychology, Payam Nour University.
2. Associate Professor of Psychology, Payam Nour University.
3. Professor of Psychology, Payam Nour University.
4. Professor of Psychology, Payam Nour University.
5. Assistant Professor of Psychology, Iran University of Medical Sciences.

*Email: z_irani@pnu.ac.ir

Abstract

Parkinson Disease (PD) is a type of degenerative disorder for central nervous system at old age. The present study is intended to review the effectiveness of Cognitive- Behavioral Therapy (CBT) on quality of life among the old people who suffer from Parkinson disease. In this survey, the methodology was considered as semi- experimental with pre- test and post- test plan along with a control group of statistical population from Parkinson disease patients where the research samples included 100 participants who were chosen by available sampling technique and divided into test and control groups randomly. Research tools include 1) demographic questionnaire, 2) Scale of Quality of Life (Q.O.L), 3) Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ), 4) pharmaceutical following questionnaire. Results represent evaluation of proposed relationship model using structure equations modeling and analyses indicated that data were perfectly fit with the model by fitness indicators (IFI= 0.91, CFI= 0.91). Analyses showed that illness perception ($r= 0.95$) and pharmaceutical following ($r= 0.86$) have a direct relationship with quality of quality of life among the old people who suffer from Parkinson disease but there is no direct relation between that illness perception and pharmaceutical following. Therefore, it could be concluded that health has various aspects influencing quality of life and psychological factors such as that illness perception and pharmaceutical following as well as quality of life have relationship with each other as psychological factors affect quality of life which cause health problems and illness to old people with Parkinson disease.

Keywords: Illness perception, Pharmaceutical following, Quality of Life, Parkinson Disease (PD)

Received on: 25/06/2012

Accepted on: 14/05/2013

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

Effectiveness of Group Cognitive- Existential Therapy on Depression of Parents with Children Having Cancer

Eskandari, M.¹, Bahmani, B.^{2}, Hasani, F.³, Dadkhah, A. A.⁴ and
Naghiyayee, M.⁵*

1. M.A. in Consulting Psychology, Azad University, Science and Research Branch, Tehran.
2. Assistant Professor, University of Welfare and Rehabilitation Sciences.
3. Assistant Professor, Azad University Central Tehran Branch.
4. Professor, University of Welfare and Rehabilitation Sciences.
5. M.A. in Consulting Psychology, University of Welfare and Rehabilitation Sciences.

*Email: bbahmani43@yahoo.com

Abstract

This Study used a semi experimental method using the pretest – posttest and control group to evaluate the effectiveness of cognitive-existential therapy on depression of parent with children having cancer. For this purpose, 30 parents with children having cancer (24 to 54 years old) were divided randomly into experimental and control groups. Both groups were evaluated with Beck depression Inventory–II (1996), before the intervention. The experimental group received group cognitive-existential therapy in 12 sessions, each lasting 90 minutes (2 sessions per week), but no formal psychological intervention was applied in control group. At the end of intervention, both groups were reassessed. The data were processed by SPSS-16 software for statistical analysis of covariance test. Results indicate significant differences in rates of depression between the two groups in favor of experimental group and shows that cognitive-existential therapy can be effective in reducing depression of parents whom their children are diagnosed with cancer.

Keyword: Cognitive-existential therapy, Depression, Parents with children having cancer

**CLINICAL
PSYCHOLOGY
&
PERSONALITY**

Danoshvar
Rafiar

Received on: 22/12/2012

Accepted on: 16/11/2013

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

Effectiveness of Enneagram Personality Types Teaching on Educational Adaptation of Students

Sepehrian Azar, F.^{1} and Fattahy, O.²*

1. Associate Professor of Psychology, University of Orumieh.

2. M.A. in Psychology, University of Orumieh.

*Email: f.sepehrianazar@urmia.ac.ir

Abstract

The purpose of this study is to examine the effectiveness of enneagram personality types teaching on educational adaptation of students. To achieve this, 120 students were selected through available samples and assigned to experimental (60 students) and control groups (60students) in a completely accidental method and asked to answer Baker & Siryk of educational adaptation questionnaire before and after intervention. Experimental group received enneagram of personality training for six 1.5-hour sessions. The research method of this study was quasi-experimental, pretest–posttest randomized group design. Data analysis involved both descriptive and deductive statistical tests including mean, standard deviation, Cronbach’s alpha, t test, and analysis of co-variance. Analysis of the data submitted to t test and analysis of co-variance indicated significant and meaningful differences between control and experimental group in level of educational adaptation. The result of this study shows that enneagram training has positive effects on educational adaptation.

Keywords: Enneagram, Personality types, Educational adaptation

Received on: 02/01/2013

Accepted on: 15/02/2014

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

The Study of Moderating Role of Pain Catastrophizing on the Relation between Pain Severity and Suicidal Ideation in Chronic Pain Patients

Boroumand, A.^{1}, Asghari Moghaddam, M. A.², Shaeeri, M. R.³ and Mesgarian, F.⁴*

1. M.A. in Clinical Psychology, Shahed University.
2. Professor, Shahed University.
3. Associate Professor, Shahed University.
4. M.A. in Clinical Psychology, Shahed University.

*Email: Boroumand.a1386@gmail.com

Abstract

Catastrophizing, as a maladaptive pain coping strategy, has a vast negative impact on level of compatibility and quality of chronic pain patients' psychosocial-social life. These negative influences can predict suicidal ideations and their severity even after control of depression and anxiety. The purpose of this study is to investigate the relationship between pain severity and pain catastrophizing with suicidal ideation and to examine the moderating role of catastrophizing on the relation between pain severity and suicidal ideation in chronic pain patients.

Using a convenience sampling method, 264 chronic pain patients were selected from several public and private pain clinics in Tehran. These patients completed a number of questionnaires measuring suicidal ideation, catastrophizing and pain severity. The collected data were analysed, using Pearson correlation and hierarchical multiple regression analysis.

There were significant and meaningful correlations between suicidal ideation in one hand and pain severity ($r=0.30$, $p<0.01$) and suicidal ideation and catastrophizing ($r= 0.48$, $p< 0.01$) on the other hand. The result of multiple regression analysis indicates catastrophizing has a moderating role in the relationship between pain severity and suicidal ideation.

Our results suggest that there is a meaningful relation between pain severity and suicidal ideation in chronic patients and catastrophizing moderates this relation. This finding highlights the need for pain self-management programmes controlling both pain severity and catastrophizing.

Keywords: Chronic pain, Suicide ideation, Pain severity, Catastrophizing

**CLINICAL
PSYCHOLOGY
&
PERSONALITY**

Daneshvar
Rafar

Received on: 13/04/2013

Accepted on: 14/02/2014

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

Effectiveness of Psychodrama in the Treatment of Ornithophobia (A Case Study)

Pourrezaian, H.^{1}, Sohrabi, F.² and Pourrezaian, M.³*

1. M.A. Psychology, Allameh Tabatabaee University.

2. Associate Professor, Allameh Tabatabaee University.

3. Assistant Professor, Shahed University.

*Email: pourrezaian911@st.atu.ac.ir

Abstract

The purpose of current article is survey of influence of psychodrama on treatment of ornithophobia. Psychodrama was introduced for the first time by Moreno in 1921 as one of innovative psychotherapy methods.

This method is often used for treatment of psychological disorders with emotional disorders such as depression and interpersonal problems. Though in this research, researchers have used psychodrama to treat the Ornithophobia as an anxiety disorder. The research started with this important problem that whether psychodrama can be effective for treatment of Ornithophobia. This experimental research has tried to answer the mentioned problem.

Ornithophobia was initially diagnosed in the patient using criteria of DSM IV-TR and then rate of the patient's fear was measured by a researcher-made test and a behavioral test –patient's encounter with a bird. This rate of the patient's fear and its changes was checked via two other tests, one of them in the middle of treatment and the other at the end. Analyses in the first and second tests were respectively quantitative and quantitative-qualitative (heart pulse and observation on changes in face and behavior of patient). Treatment intervention which was psychodrama in this survey lasted eight sessions (2 hours per session), two sessions per week, and generally a month.

Results of the tests and changes in the patient's behaviors (encountering with bird and touching it without symptoms of anxiety) showed that psychodrama was effective to treatment of the patient.

This result is similar to former researches surveying the effectiveness of psychodrama on treatment of other psychological disorders. The result of this research shows that psychodrama can be used for treatment of animal's phobia too. Although more researches with more number of subjects must be conducted in order to help psychotherapists to use this method with more confidence for treatment of their patients.

Keywords: Psychodrama, Ornithophobia



فهرست کتب منتشر شده و زیر چاپ دانشگاه شاهد از سال ۱۳۹۱ الی ۱۳۹۳

نشانی فروشگاه: تهران، ابتدای آزادراه خلیج فارس، روبه‌روی حرم مطهر حضرت امام خمینی (ره)، معاونت پژوهش و فناوری، مرکز چاپ و انتشارات. □
وبسایت مرکز چاپ و انتشارات: http://shahed.ac.ir/po/SitePages/Sistem_Poplications.aspx و آدرس الکترونیکی: Press@shahed.ac.ir
دورنگار: ۰۲۱-۵۱۲۱۳۵۴۹ تلفن: ۰۲۱-۵۱۲۱۴۱۲۲

ردیف	عنوان	نویسنده / مترجم	سال	قطع	نوبت چاپ	موضوع	قیمت (ریال)
۱	فلوسیتومتری: اساس، کاربرد و رفع خطاهای رایج	طوبی غضنفری و همکاران	۹۳	وزیری	اول	پزشکی	۱۵۲۰۰۰
۲	بیوشیمی مرگ سلولی	طوبی غضنفری و همکاران	۹۳	وزیری	اول	پزشکی	۹۵۰۰۰
۳	ریاضیات و عینیت فیزیکی	محمدرضا سعیدی و همکار	۹۳	وزیری	اول	علوم پایه	۱۲۵۰۰۰
۴	میکروپزشناسی مولکولی عفونت‌های پوست (باکتریایی و قارچی)	پرویز اولیاء و همکاران	۹۳	وزیری	اول	پزشکی	۱۶۸۰۰۰
۵	مبانی ماتریس‌ها و جبر خطی	محمدعلی نصر آزادانی	۹۳	وزیری	اول	علوم پایه	۱۶۶۰۰۰
۶	جانورشناسی بی‌مهرگان (۱)	منیژه کریمی	۹۳	وزیری	نهم	علوم پایه	۱۲۸۰۰۰
۷	مبانی آنالیز عددی	ابوالفضل تازی	۹۳	وزیری	اول	علوم پایه	۱۵۶۰۰۰
۸	بذر گیاهان دارویی و زراعی	حشمت امیدی و همکاران	۹۳	وزیری	اول	کشاورزی	۱۷۵۰۰۰
۹	نظریه معادلات دیفرانسیل، سیستم‌های دینامیکی و کاربردها	بهرز رئیس	۹۳	وزیری	اول	علوم پایه	۱۳۸۰۰۰
۱۰	الگوریتم ژنتیک در فضای تک و چندهدفه	مهدی بشیری	۹۳	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۱۳۹۰۰۰
۱۱	دین، دینداری و مردم‌سالاری	ابوالفضل ذوالفقاری	۹۳	وزیری	اول	علوم انسانی	۹۸۰۰۰
۱۲	میکروپزشناسی نیتروفیکاسیون و دنتیروفیکاسیون	پرویز اولیاء و همکاران	۹۳	وزیری	اول	پزشکی	زیر چاپ
۱۳	درآمدی بر نظریه کدگذاری	حسام‌الدین شریفی و همکار	۹۳	وزیری	اول	علوم پایه	۱۲۸۰۰۰
۱۴	ژنوتائپینگ دانه گرده	علاءالدین کردنائیچ	۹۳	وزیری	اول	کشاورزی	۷۰۰۰۰
۱۵	فلسفه تربیتی فارابی	محمدحسن میرزاحمدی	۹۳	وزیری	اول	علوم انسانی	۷۹۰۰۰
۱۶	طراحی سیستم‌های صنعتی (۱)	مهدی بشیری و همکاران	۹۳	وزیری	چهارم	فنی و مهندسی	۱۶۵۰۰۰
۱۷	مدیریت زنجیره تأمین	راشد صحرائیان و همکار	۹۳	وزیری	اول	فنی و مهندسی	زیر چاپ
۱۸	درآمدی بر دیدگاه‌های تربیتی ملا احمد نراقی	محسن فرمهبنی فراهانی و همکاران	۹۳	وزیری	اول	علوم انسانی	زیر چاپ
۱۹	آشنایی با GAMS (ویرایش دوم)	مهدی بشیری	۹۳	وزیری	دوم	فنی و مهندسی	زیر چاپ
۲۰	طراحی سیستم‌های صنعتی ۲ (ویرایش دوم)	مهدی بشیری و همکاران	۹۳	وزیری	دوم	فنی و مهندسی	۱۵۸۰۰۰
۲۱	مباحث نوین در تصمیم‌گیری چندمعیاره (ویرایش دوم)	مهدی بشیری	۹۳	وزیری	دوم	فنی و مهندسی	زیر چاپ
۲۲	مدل‌های آماری و نمودارهای کنترل برای فرایندهای باکیفیت بالا	امیرحسین امیری و همکار	۹۲	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۱۳۲۰۰۰
۲۳	سیستم‌های دینامیکی، مکانیک سماوی و مدارهای ماهواره‌ای	بهرز رئیس	۹۲	وزیری	اول	علوم پایه	۱۲۸۰۰۰
۲۴	ماکس وبر	ابوالفضل ذوالفقاری	۹۲	وزیری	اول	علوم انسانی	۱۱۸۰۰۰
۲۵	طراحی مدارهای مجتمع CMOS	ناصر محمدزاده	۹۲	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۱۹۲۰۰۰
۲۶	سیستم‌های دینامیکی و نظریه آشوب	بهرز رئیس	۹۲	وزیری	اول	علوم پایه	۹۸۰۰۰
۲۷	روبات‌های جوشکار	محمدحسین کاظمی	۹۲	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۸۸۰۰۰
۲۸	آسیب‌شناسی عمومی مقایسه‌ای: نتوبلازی (جلد سوم)	رضا صداقت و همکار	۹۲	وزیری	اول	پزشکی	۱۲۸۰۰۰
۲۹	ده مورد در اخلاق پزشکی	گروهی از اعضاء هیئت علمی...	۹۲	وزیری	اول	پزشکی	۳۵۰۰۰
۳۰	کاربرد الگوریتم‌های ابتکاری و فراابتکاری در طراحی سیستم‌های صنعتی	مهدی بشیری و همکار	۹۲	وزیری	ویرایش دوم	فنی و مهندسی	۹۸۰۰۰
۳۱	طراحی برای شش سیگما	امیرحسین امیری و همکاران	۹۲	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۸۸۰۰۰
۳۲	طراحی سیستم‌های صنعتی (۱)	مهدی بشیری و همکاران	۹۲	وزیری	سوم	فنی و مهندسی	۱۶۵۰۰۰
۳۳	Devices in English Literature Rhetorical	ابوالفضل خادمی	۹۱	وزیری	اول	ادبیات زبان انگلیسی	۵۲۰۰۰
۳۴	آناتومی سیستم اعصاب مرکزی	مرجان حشمتی و همکار	۹۱	وزیری	اول	پزشکی	۸۸۰۰۰
۳۵	نظریه آزادی و آموزش و پرورش آزاد	محمدحسن میرزاحمدی و همکاران	۹۱	وزیری	اول	علوم انسانی	۶۵۰۰۰

Table of Contents

◆ Effectiveness of Psychodrama in the Treatment of Ornithophobia (A Case Study)	1/۲۱۵
<i>Pourrezaian, H., Sohrabi, F. and Pourrezaian, M.</i>	
◆ The Study of Moderating Role of Pain Catastrophizing on the Relation between Pain Severity and Suicidal Ideation in Chronic Pain Patients	2/۲۱۴
<i>Boroumand, A., Asghari Moghaddam, M. A., Shaeeri, M. R. and Mesgarian, F.</i>	
◆ Effectiveness of Enneagram Personality Types Teaching on Educational Adaptation of Students	3/۲۱۳
<i>Sepehrian Azar, F. and Fattahy, O.</i>	
◆ Effectiveness of Group Cognitive-Existential Therapy on Depression of Parents with Children Having Cancer	4/۲۱۲
<i>Eskandari, M., Bahmani, B., Hasani, F., Dadkhah, A. A. and Naghiyayee, M.</i>	
◆ The Effectiveness of Cognitive- Behavioral Therapy with Old People (CBTO) on Quality of Life in Patients Suffering from Parkinson Disease (PD)	5/۲۱۱
<i>Barghi Irani, Z., Aliakbari Dehkordi, M., Zare, H., Alipour, A. and Shahidi, G. A.</i>	
◆ The Relationship between Big Five Personality Factors and Belief in an Just and A Unjust World, Beliefs of Justice Compensation	6/۲۱۰
<i>Golparvar, M., Barazandeh, A. and Javadian, Z</i>	
◆ Effectiveness of Mindfulness based Cognitive Therapy Versus Cognitive Behavioral therapy on predictors of Relapse in Patients with Recurrent Depression	7/۲۰۹
<i>Melyani, M., Alahyari, A. A., Azad Falah, P., Fathi Ashtiani, A. and Tavoli, A.</i>	
◆ Assessment of Relationship between Maladaptive Schemas and Child Rearing Styles in People with Personality Disorders Cluster B	8/۲۰۸
<i>Ahmadi, N. and Ghoreyshi Rad, F.</i>	
◆ A Study of Structural Relations of some Psychological Risk and Protective Factors to Addiction Potential	9/۲۰۷
<i>Davoudi, I., Eshrati, T. , Zargar, Y. and Hashemi Sheikh Shabani, E.</i>	
◆ Effectiveness of Behavioral Couple Therapy in Improvement of Marriage Performance and Reduction of Marital Conflicts in Couples with One Addicted Member	10/۲۰۶
<i>Mahdizadeh, S.N. , Soleimani, A. and Fathi Ashtiani, A.</i>	
◆ Validity and Reliability of Multidimensional Sexual Satisfaction Scale for Women (SSSW) in One Sample of Iranian Women	11/۲۰۵
<i>Roshan Chesli, R. , Mirzaei, S. and Nikazin, A.</i>	
◆ A Preliminary Study of Validity and Reliability of Spirituality Assessment Inventory (SAI)	12/۲۰۴
<i>Ghomian, S. and Heydarinasab, L.</i>	
◆ Factor structure, Validity, and Reliability of General Health Questionnaire (GHQ-28) in Iranian Adolescents	13/۲۰۳
<i>Naeinian, M.R. , Nik Azin, A. and Shairi, M.R.</i>	
◆ Application of the Beck Depression Inventory-II in Iranian University Students	14/۲۰۲
<i>Rahimi, C.H.</i>	
◆ Treatment Changes Clinical Significance Method: Properties, Calculation Method, Decision Making and Limitations	15/۲۰۱
<i>Asghari Moghaddam, M.A. and Shairi, M.R.</i>	

CLINICAL PSYCHOLOGY & PERSONALITY

(Daneshvar Raftar)

Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twentieth Year, No.10
Spring & Summer 2014

Clinical Psychology and Personality 10

Editorial Board

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

- **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*
- **Printing Technician:** *Masoumeh Rezaei Asmarud*
- **Managing Editor:** *Mansoreh Toumari (B.SC.)*
- **Literary Editor:** *(English): Jalal Jafariha*
- **Pagination:** *Sara Hajian*
- **ISSN:** *2345-2188*

Address:

Shahed University, Opposite to Holy Shrine of
Imam Khomeini, Tehran-Qom Highway, Tehran, Iran
P.O. Box: 18151-159

website: <http://cpap.shahed.ac.ir>

E-mail: cpap@shahed.ac.ir

Index:

1. www.isc.gov.ir
2. www.sid.ir
3. www.magiran.com