



براساس نامه شماره ۳/۳/۱۳۹۲/۸ 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 رفتار)

دوفصلنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و یکم - دوره جدید -
شماره ۱۱
پاییز و زمستان ۱۳۹۳

روان‌شناسی بالینی و شخصیت ۱۱

اعضای هیئت تحریریه

به ترتیب حروف الفبا

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

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

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

شماره تماس: ۵۱۲۱۳۰۷۴ (۰۲۱)

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

این نشریه در چهار پایگاه اطلاعات علمی زیر نمایه می‌شود:

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

فهرست مقالات

“جستارهایی در روان‌شناسی بالینی و شخصیت”

- ◆ اثر بخشی بازی‌های توجیهی بر میزان عملکرد حافظه و یادگیری کودکان پیش دبستانی با ناتوانی‌های یادگیری عصب روانشناختی..... ۳
شیمای قلمزن، مختار ملک پور و سالار فرامرزی
- ◆ بررسی نقش پنج عامل بزرگ شخصیت در پیش بینی صبر و مؤلفه های آن در دانشجویان..... ۱۱
فرهاد خرمائی و اعظم فرمانی
- ◆ تعیین سطح پیش بینی کننده عزت نفس در خود ناتوان سازی میان دانشجویان ورزشکار قهرمان و غیرقهرمان در دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی..... ۲۵
لیلا سابقی، عصمت دانش، حسین رضابخش و نرگس سلیمی نیا
- ◆ بررسی اثربخشی اجرای برنامه آموزش فلسفه به کودکان بر کاهش تفکرات غیرمنطقی دانش آموزان دختر کلاس اول مقطع راهنمایی شهرستان بروجن..... ۳۷
سارا کلاتری، شکوه السادات بنی جمالی و زهره خسروی
- ◆ بررسی رابطه‌ی مهارت تفکر انتقادی با کیفیت زندگی، سلامت روان، مقبولیت اجتماعی و قدردانی دانشجویان پزشکی..... ۴۹
فرامرز بیجتوند، مهدی سبحانی‌نژاد، امیر نیک آذین و سهراب محمدی‌پویا
- ◆ تأثیر مداخلات شناختی - رفتاری بر کنترل خشم دانش آموزان دبیرستانی..... ۶۱
محسن شکوهی‌یکتا، نیره زمانی، مریم محمودی، جواد پورکریمی و سعید اکبری زردخانه
- ◆ کارآمدی مداخله رفتاری - ذهن آگاهی در ارتقاء خودپنداشت و بهبود کیفیت زندگی در دانشجویان دختر دارای تصویر بدنی منفی..... ۷۱
آزاده زمزمی، مزگان آگاه‌هریس و احمد علی‌پور
- ◆ بررسی اثربخشی نوروفیدبک در کاهش نشانه های نقص توجه و تمرکز و کاهش بیش فعالی و تکانشگری در بزرگسالان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی (ADHD)..... ۸۵
اعظم سادات مدنی، لیلا حیدری نسب، حمید یعقوبی و رضا رستمی
- ◆ رابطه بین اسکیزوتایپی و علایم افسردگی با توجه به نقش میانجی نشخوارفکری..... ۹۹
احمد منصوری، محمود منصوری و نسیمه منصوری
- ◆ پیش بینی اختلال جسمانی شکل در کودکان دارای اضافه وزن..... ۱۰۹
مهناز علی‌اکبری‌دهکردی، طیبه محتشمی، پرستو حسن‌زاده و معصومه تدریس تبریزی
- ◆ مقایسه باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی با بینش بالا، پایین و افراد سالم..... ۱۲۱
مصطفی طوبائی، محمد رضا شعبیری، غلامحسین قانلی و گیتی شمس

“ارزیابی بالینی و شخصیت”

- ◆ بررسی اعتبار و پایایی مقیاس رضایت از زندگی در دانشجویان..... ۱۳۵
فاطمه دائمی و محسن جوشنلو

“فرهنگ و دانش گستری در روان‌شناسی بالینی و شخصیت”

- ◆ MMPI-2-RF: چالش‌های دست یابی و استقرار..... ۱۴۷
محمدرضا شعبیری و سهیلا قمیان

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: قره‌باغان، 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). تأثیر نمک یسددار در کاهش ندول اندازه گواتر در شهریار. پایان نامه 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 AI. (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 نشریه ها نیز، ارسال نشده باشد.
- ۲. مقاله مستخرج از پژوهش نویسنده/ نویسندگان باشد.
- ۳. داوری اولیه برای مقاله های دریافتی انجام و سپس در صورت احراز شرایط عمومی اولیه فوق الذکر، جهت داوری برای سه داور، ارسال می گردد. چنانچه مقاله مورد تایید حداقل دو نفر از آنان، قرار نگرفت، عدم اولویت به نویسنده ابلاغ می گردد. 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 بخش های 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 می شود و در صورت دریافت تایید نهایی از سوی وی به علاوه تامین همه شروط نگارشی و تنظیمی فوق الذکر، در اولویت چاپ قرار می گیرد.
- ۵. هویت نویسنده/گان و داوران برای یکدیگر، نامشخص است.
- ۶. نویسندگان در ارجاعات خود به حداقل دو مقاله از شماره های قبلی نشریه روان شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار) ارجاع و آن ها را در فهرست منابع مقاله خود، رنگی کنند.
- ۷. مقاله های پژوهشی حوزه فرهنگ ایثار و شهادت چنانچه در راستای حیطه موضوعی نشریه باشند، در اولویت قرار می گیرند.

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 مقاله هایی در دو گستره یاد شده می باشد.

الف) نحوه تایپ مقاله:

- ۱. تایپ در محیط word 2003 با تنظیم های کامل زبان فارسی، انجام شود. اگر از نسخه های word بالاتر از ۲۰۰۳ استفاده می کنید، باید خروجی word خود را در قالب؛ * word 97-2003.doc ، تنظیم کنید.
- ۲. تایپ متن فارسی با رعایت فاصله و نیم فاصله باشد (به طور نمونه؛ "می شود"، "کتاب ها"، "کم تر"، "بیش تر" 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 تامین 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 می شود؛ 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).
 - 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).
- ۳. چکیده فارسی (۲۰۰ تا ۳۰۰ کلمه) به همراه کلید واژه ها (حداکثر هفت کلمه) شامل (مقدمه، روش، نتایج، بحث و نتیجه گیری و کلید واژه)
- ۴. چکیده انگلیسی: شامل (مقدمه، روش، نتایج، بحث و نتیجه گیری و کلید واژه) مقدمه.
- ۵. روش: شامل (نوع پژوهش، آزمودنی: جامعه آماری و نمونه پژوهش، ابزارهای پژوهش، شیوه انجام پژوهش و شیوه تحلیل داده ها).
- ۶. نتایج.
- ۷. بحث و نتیجه گیری.
- ۸. منابع.
- ۹. منابع.

ج) شیوه ارجاع دهی در متن

ارجاع دهی 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

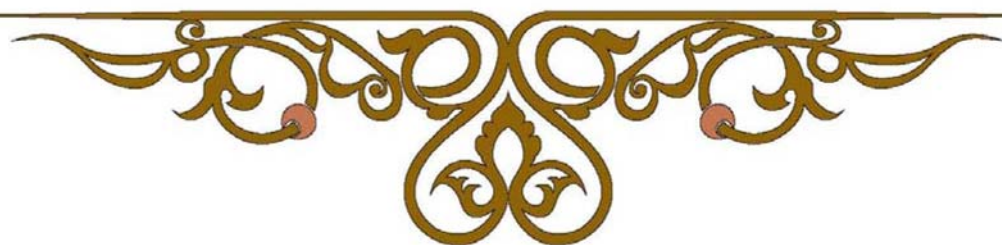
هیئت تحریریه نشریه، وظیفه خود می‌داند از تعدادی از همکاران فاضل و گرامی که زحمت داوری مقالات متعدد، در گستره روان‌شناسی بالینی و شخصیت را بر عهده داشته‌اند و با راهنمایی‌های ارزنده و ابراز نظر خویش بر غنا و اعتلای علمی مجله افزوده‌اند ضمن درج اسامی آن‌ها تجلیل و سپاسگزاری کند.

دانشگاه شاهد	اصغری مقدم	۱- دکتر محمد علی
دانشگاه پیام نور	آقایوسفی	۲- دکتر علیرضا
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی	بهمنی	۳- دکتر بهمن
دانشگاه شاهد	حیدری نسب	۳- دکتر لیلا
دانشگاه شهید بهشتی	دانش	۴- دکتر عصمت
دانشگاه شهید بهشتی	دیباچ‌نیا	۵- دکتر پروین
دانشگاه تهران	رحیمی‌نژاد	۶- دکتر عباس
دانشگاه تربیت مدرس	رسول زاده طباطبایی	۷- دکتر کاظم
دانشگاه شاهد	روشن	۸- دکتر رسول
دانشگاه پیام نور تهران	علی‌اکبری دهکردی	۹- دکتر مهناز
دانشگاه اصفهان	کجباف	۱۰- دکتر محمدباقر
دانشگاه الزهرا (س)	مهری‌نژاد	۱۱- دکتر سیدابوالقاسم
دانشگاه شاهد	نائینیان	۱۲- دکتر محمدرضا



جستارهایی در روان‌شناسی

بالینی و شخصیت



اثر بخشی بازی‌های توجهی بر میزان عملکرد حافظه و یادگیری کودکان پیش دبستانی با ناتوانی‌های یادگیری عصب روانشناختی

نویسندگان: شیما قلمزن^{۱*}، مختار ملک پور^۲ و سالار فرامزی^۳

- ۱- کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان.
- ۲- عضو هیئت علمی گروه روان شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان.
- ۳- عضو هیئت علمی گروه روان شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان.

*Email: sh.ghalamzan@yahoo.com

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بازیهای توجهی بر میزان عملکرد حافظه و یادگیری کودکان پیش دبستانی با ناتوانی‌های یادگیری عصب- روان شناختی انجام شد. پژوهش حاضر از نوع آزمایشی بوده و بر اساس طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل انجام شده است. بدین منظور با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای از بین کودکان پنج تا شش ساله شهر اصفهان تعداد ۲۰ نفر با ناتوانی یادگیری عصب- روان شناختی انتخاب و به تصادف در ۲ گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند، و بازیهای توجهی بر روی گروه آزمایش انجام گرفت. ابزارهای مورد استفاده در برگزیده آزمون تشخیصی عصب روانشناختی کانرز و مقیاس هوش کودکان پیش از دبستان ریون بود. داده ها با روش آماری تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها نشان دادند که بازیهای توجهی می تواند بر میزان عملکرد حافظه و یادگیری کودکان پیش دبستانی با ناتوانی های یادگیری عصب روانشناختی اثر داشته باشد ($P < 0/01$). بنابر این نتایج یاد شده ضمن همسویی با دیگر نتایج، امکان به کارگیری مقدماتی این نوع بازیها در کودکان پیش دبستانی با ناتوانی‌های عصب روانشناختی - تحولی، را فراهم ساخته است.

کلید واژه‌ها: بازی‌های توجهی، عملکرد حافظه، یادگیری، ناتوانی های یادگیری عصب- روان شناختی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
وختار

• دریافت مقاله ۹۲/۸/۲۹

• پذیرش مقاله: ۹۳/۴/۳

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015

Clinical Psy. & Personality

دو فصلنامه علمی- پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و یکم - دوره
جدید شماره ۱۱
پاییز و زمستان ۱۳۹۳

مقدمه

خود ذخیره کنند که این امر ممکن است مانع آن شود که آنان در حافظه بلندمدت خود مواد را به صورتی ثابت نگهداری کنند [۴]. گاترکول و بارلی نشان دادند که در کودکان عادی، تفاوت فردی در نگهداری کوتاه مدت مواد واجی در حافظه‌ی فعال می‌توانست نمره‌های آنان را پیش‌بینی کند. کودکانی که دچار ناتوانیهای یادگیری هستند، در حافظه شنوایی و بینایی شان نقایصی دارند [۵]. پژوهشگران متذکر می‌شوند که دانش‌آموزان با ناتوانیهای یادگیری نارساییهای بارزی در حافظه فعال (کوتاه مدت)^۷ نشان می‌دهند. علی‌رغم وجود مشکل در حافظه فعال، به کمک روش‌های درمانی می‌توان تا اندازه زیادی به ترمیم این مشکل اقدام نمود، و مطالعات تایید می‌کنند که ظرفیت حافظه فعال می‌تواند با آموزش افزایش یابد [۶-۱۱]. به طور کلی می‌توان گفت آموزش در زمینه حافظه می‌تواند به عنوان مداخله درمانی افراد با ظرفیت حافظه پایین که عاملی محدود کننده برای عملکرد تحصیلی این قبیل افراد است، به کاربرده شود [۱۲]. قسمت عمده رفتار انسان از یادگیری او نشأت می‌گیرد و یادگیری خود یک فرایند شناختی است. در یادگیری کودک عوامل زیادی دخالت دارند که از جمله آنها بازی می‌باشد. کودک هنگام بازی از راه دستکاری اشیاء و تماس با محرکات محیطی، حقایق را کشف کرده و از این راه تجربه می‌آموزد و مواجهه شدن با واقعیت او را به تفکر و تعمق وامی‌دارد و بدین ترتیب وسعت فکر، توانایی و دقت در او افزایش می‌یابد [۱۳]. مطالعات نشان می‌دهند که یک رابطه مثبت بین بازی و بهبود توجه، مهارت‌های برنامه‌ریزی^۸ و نگرشها^۹، دیدگاه‌گیری^{۱۰}، خلاقیت و تفکر واگرا^{۱۱}، پیش^{۱۲} و رشد زبان وجود دارد، و بازی برای رشد مهارت‌های شناختی اساسی، ضروری است [۱۴]. یافته‌های حاصل از تحقیقات در رابطه با مغز و یادگیری، بیانگر اهمیت بازی در دوران کودکی می‌باشد. مغز فعال، پیوندهای

ناتوانی‌های یادگیری در کودکان خردسال پیش از دبستان را «ناتوانی‌های یادگیری عصب روان شناختی- تحولی» می‌نامند. ناتوانی‌های یادگیری عصب روان شناختی- تحولی شامل آن گروه از مهارت‌های پیش‌نیاز است که کودک برای کسب و یادگیری موضوعات درسی به آن‌ها نیاز دارد [۱،۲]. ناتوانی‌های یادگیری عصب روان‌شناختی - تحولی، شامل اختلالات زیست شناختی- ژنتیکی^۱، اختلالات ادراکی - حرکتی^۲، اختلالات در پردازش دیداری^۳، اختلالات در پردازش شنیداری^۴، اختلالات حافظه^۵، و اختلالات توجه^۶ است. به عبارت دیگر، ناتوانی‌های یادگیری عصب روان شناختی- تحولی، به مشکل در مهارت‌های پیش از دبستان برمی‌گردد و شامل آن گروه از مهارت‌های پیش‌نیاز است که کودک برای یادگیری موضوعات درسی به آن‌ها نیاز دارد [۳].

حافظه فرایند رمزگذاری، ذخیره‌سازی و بازیابی اطلاعات است. این توانایی از عملکرد عقلانی و یادگیری قابل تفکیک می‌باشد. در واقع توانایی یادگیری تا حد بسیاری به حافظه وابسته است. تأثیرات یک تجربه‌ی یادگیری می‌بایست حفظ و نگهداری شود، تا پس از متراکم شدن این تجربیات یادگیری رخ دهد. وجود یک مشکل در حافظه می‌تواند باعث بروز نشانه‌های متفاوتی شود. اگر کودکی در بازشناسی و یا به خاطر آوردن اطلاعات شنیداری بینایی و یا لمسی مشکل داشته باشد، عملکرد و یادگیری او در مورد هر تکلیفی که نیازمند انجام پردازش‌هایی در یک یا چند زمینه فوق باشد، به سختی دچار مشکل خواهد شد. حافظه را انواع مختلفی چون، حافظه کوتاه‌مدت، حافظه بلندمدت، حافظه شنوایی، حافظه بینایی، حافظه لامسه، حافظه طوطی وار و حافظه‌ی معنایی می‌دانند. کودکان دارای مشکلات یادگیری نمی‌توانند اطلاعات زیادی را در حافظه فعال

7. Active (Short – term) Memory
8. planning skills
9. attitudes
10. perspective taking
11. divergent thinking
12. insight

1. Biological / Genetic Disorders
2. Perceptual – Motor Disorders
3. Visual Processing Disorders
4. Auditory Processing Disorders
5. Memory Disorders
6. Attention Disorders

ماتریس‌های پیش‌رونده ریون رنگی کودکان برای اندازه‌گیری سطح هوشی، و آزمون تشخیصی عصب روان شناختی کانرز از کلیه کودکان این کلاسها گرفته شد. با توجه به ملاکهای ورود به پژوهش، که همگی کودکان از نظر فیزیکی و ذهنی سالم بودند (ضریب هوشی نرمال)، ۲۰ نفر از کودکان که در آزمون کانرز نمره کمتری دریافت نمودند، انتخاب شدند و به صورت تصادفی ۱۰ نفر در گروه آزمایش و ۱۰ نفر در گروه گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش به صورت فردی و گاه گروه‌های ۳ نفره در ۸ جلسه بازی درمانی طی ۲ ماه شرکت نمودند و در انتهای جلسه از هر دو گروه آزمون تشخیصی عصب روان شناختی کانرز گرفته شد. بسته مداخله ای بازیهای توجهی توسط نویسندگان پژوهش بر اساس تجارب بالینی و نیز محتوای چند کتاب و مقاله پژوهشی در این رابطه تهیه گردید و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ از طریق اجرای بازی‌های توجهی روی ۲۰ نفر از کودکان ۰/۷۲ برآورد شد و روایی صوری آن توسط سه نفر از اساتید تایید شد (ر.ک. جدول ۱).

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شده است.

۱. آزمون کانرز: این آزمون در سال ۲۰۰۴ توسط کانرز برای ارزیابی مشکلات عصب روانشناختی کودکان ۵ تا ۱۲ سال ساخته شد. این آزمون مشکلات توجه، عملکرد حسی حرکتی، زبان، کارکرد های اجرایی، حافظه، یادگیری و شناخت را در ۴ طیف (مشاهده نشده، خفیف، متوسط، شدید) ارزیابی می کند. جدیدی و همکاران این پرسشنامه را ترجمه و هنجاریابی نموده اند. جدیدی و همکاران روایی این ابزار را به روش تحلیل عوامل بدست آورده اند. آنها روایی سازه این ابزار را مناسب گزارش نمودند و همچنین پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شده است [۲۱].

۲. آزمون ماتریس‌های پیش‌رونده ریون رنگی کودکان: این آزمون سال ۱۹۵۶ توسط ریون مورد تجدید نظر قرار گرفته است، این آزمون برای ارزیابی توانایی استدلال کودکان ۵ تا ۱۱ سال طراحی شده است و شامل ۳۶

نورولوژیکی بسیار مهمی برای یادگیری ایجاد می کند درحالیکه مغز غیرفعال این پیوندهای نورولوژیکی پایدار ضروری را ایجاد نمی کند. این تحقیقات نشان می دهند که بازی ایزاری برای رشد و گسترش ساختارهای عصبی و وسیله ای برای تمرین مهارتهای لازم در زندگی آینده است [۱۵]. همچنین تحقیقات سلمان، یوسفی، شور، جنسن، کریست، فرست و همکاران، به نقل از آیزنبرگ و کایزبری؛ دن، کلینگ برگ به اهمیت بازی در دوران کودکی اشاره کرده اند [۱۶-۲۰]. با توجه به اهمیت موضوع در این تحقیق سعی شده است که اثر بخشی بازی‌های توجهی بر میزان عملکرد حافظه و یادگیری کودکان با ناتوانیهای عصب روان شناختی پیش از دبستان مورد بررسی قرار گیرد. بدین منظور، این فرضیه که «بازی‌های توجهی بر میزان عملکرد حافظه کودکان با ناتوانی‌های یادگیری عصب روان شناختی پیش از دبستان موثر است» مورد بررسی و آزمون قرار گرفته است.

روش

نوع پژوهش

با توجه به ماهیت و اهداف پژوهش، این مطالعه به روش آزمایشی انجام شده است.

آزمودنی

جامعه آماری و نمونه پژوهش: جامعه آماری تحقیق حاضر، کلیه کودکان پسر ۵-۶ ساله پیش از دبستان آموزش و پرورش شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۹-۹۰ بودند. نمونه پژوهش حاضر ۲۰ نفر پسر (۱۰ نفر گروه آزمایش و ۱۰ نفر گروه کنترل) بودند، که به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. به این صورت که، از ۵ ناحیه ی شهر اصفهان، ۲ ناحیه (۲-۳) به تصادف انتخاب شدند و از بین این ۲ ناحیه ۴ مرکز پیش دبستانی به تصادف انتخاب شدند که تعداد آنها ۸ مرکز بود. سپس از هر مرکز ۲ کلاس به تصادف انتخاب شد. در ابتدا با توجه به ملاحظات اخلاقی به والدین فرم رضایت نامه آگاهانه داده شد و سپس مصاحبه بالینی از والدین و معلمان کودکان صورت گرفت و سپس آزمون

یک سال ۰/۶۰ و ۰/۸۰ گزارش کرد، که حاکی از حساسیت آزمون به نوسان‌هایی در برون داد فعالیت عقلی در اوایل دوران کودکی است. رجیبی، ضرایب پایایی باز آزمایشی و روایی همگرای آزمون ریون را برای کودکان به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۴۱ گزارش نموده است [۲۳].

شیوه تحلیل داده‌ها

در این تحقیق برای توصیف و تحلیل داده‌ها با به کارگیری نرم افزار SPSS از شاخص‌های آمار توصیفی از جمله ارائه‌ی میانگین و انحراف استاندارد و روش‌های آمار استنباطی از جمله تحلیل کوواریانس استفاده شد.

شکل هندسی در سه مجموعه‌ی A, AB, B می‌باشد که در زیر هر شکل هندسی شش شکل آمده است. در واقع، این آزمون به عنوان یک آزمون غیر کلامی استدلالی و به عنوان شاخصی از توانش سطح تحول عقلی توصیف شده است. نمره گذاری آزمون ریون رنگی کودکان به صورت صفر و یک می‌باشد و حداقل، حداکثر نمره‌ای که کودک می‌تواند در این آزمون کسب نماید ۰ و ۳۶ می‌باشد. کتون و همکاران ضریب پایایی دو نیمه آزمون فوق را برای سنین ۶ تا ۱۴ سال ۰/۴۶ تا ۰/۹۲ گزارش کردند [۲۲]. همچنین ریون ضرایب باز آزمایشی آزمون تجدید نظر شده‌ی ریون کودکان ۶/۵ تا ۹/۵ سال را به فاصله

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش بازی‌های توجهی بر حافظه و یادگیری گروه آزمایش

جلسه	موضوع	شرح مختصر	هدف
۱	آشنایی و اجرای تستها	تشریح کامل اختلال و ضرورت مداخله‌ی زود هنگام برای والدین و آشنایی با کودکان و اجرای آزمون‌های روانشناختی.	آشنایی
۲	نشانه‌گیری	این جلسه شامل نشانه‌گیری به هدف، شوت کردن توپ با پا از جلو موانع به سمت هدفهای تعیین شده.	تقویت توجه دیداری، هماهنگی چشم و دست، هماهنگی چشم و پا، تقویت تجسم فضایی.
۳	ببین و بگو	کودک باید با دقت به محیط نگاه کند و جزئیات را به خاطر بسپارد تا قادر به گفتن تغییرات ایجاد شده در محیط باشد.	تقویت توجه دیداری، تقویت حافظه.
۴	بازی‌های تعادلی	انجام حرکات موزون و اجرای آن‌ها توسط کودکان، بازی توپ و قاشق، بازی آب را نگه دار	تقویت توجه، کنترل بدن، بهبود هماهنگی چشم و دست
۵	بازی‌های طبقه بندی	مری و کودک طبقه بندی اشیاء، شغل‌ها، حیوانات و... را به صورت بازی تمرین نمودند.	تقویت توجه و بهبود مهارت طبقه بندی
۶	بازی تفاوت‌ها	تشخیص تفاوت‌های دو تصویر شبیه به هم، یافتن تصویر متفاوت از بین تصاویر	تقویت توجه دیداری، تقویت دقت، تقویت تمرکز
۷	بازی‌های حافظه	نشان دادن اشکال به مدت ۳۰ ثانیه به کودک و سپس گفتن آنچه دیده شده است، نشان دادن تصاویر به کودک به مدت ۳۰ ثانیه و سپس سوالاتی در رابطه با تصاویر پرسیده می‌شد، ساخت شکل با جوب کبریت	تقویت توجه دیداری، تقویت دقت، تقویت حافظه، تقویت حافظه‌ی دیداری
۸	بازی‌های متنوع	بازی‌های شکل و زمینه، تشخیص صداهای شنیده شده و کشیدن کد مربوط به هر کدام، بیان جزء به جزء اتفاقات روز، ادامه دادن نیمه دوم داستان گفته شده مری.	تقویت توجه، تقویت دقت، تقویت حافظه دیداری، تقویت حافظه شنیداری
۹	بازی تشابهات	مری به کودکان تصاویری نشان داده که تصاویر دو به دو شبیه هم بودند؛ کودک می‌بایست تصویر مشابه را روی یکدیگر قرار دهد.	تقویت توجه، تقویت تمرکز
۱۰	مازها	به کودک مازهایی از آسان به مشکل داده شد.	تقویت توجه، تقویت هماهنگی چشم و دست
۱۱	اجرای پس آزمون	اجرای آزمون کانرز	تعیین اثربخشی بازی‌های توجهی

اثر بخشی بازی‌های توجیهی بر میزان عملکرد حافظه و یادگیری کودکان پیش دبستانی با ناتوانی‌های یادگیری عصب روانشناختی

جدول ۲: مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمرات خرده مقیاس‌های عملکرد حافظه و یادگیری کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری عصب روان شناختی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پس‌آزمون	پیش‌آزمون		تعداد	گروه	
	انحراف معیار	میانگین			
۲/۶۳	۴/۵۰	۳/۹۴	۶/۴۰	۱۰	آزمایش
۳/۸۹	۷/۶۰	۴/۲۴	۷/۴۰	۱۰	کنترل
۲/۰۴	۳/۲۰	۲/۷۴	۴/۲۰	۱۰	آزمایش
۳/۰۲	۵/۷۰	۳/۳۰	۵/۶۰	۱۰	کنترل
۲/۵۵	۴/۱۰	۴/۰۰	۵/۴۰	۱۰	آزمایش
۳/۱۷	۵/۹۰	۳/۷۴	۵/۵۰	۱۰	کنترل
۲/۲۵	۲/۲۰	۲/۷۲	۲/۹۰	۱۰	آزمایش
۲/۰۱	۲/۶۰	۲/۰۱	۲/۶۰	۱۰	کنترل

با ۵/۴ بوده است که این مقدار در مرحله‌ی پس‌آزمون به ۴/۱ رسیده است. در گروه کنترل میانگین نمرات حافظه بلند مدت در مرحله‌ی پیش‌آزمون ۵/۵، در مرحله‌ی پس‌آزمون ۵/۹ بوده است. میانگین نمرات یادگیری عمومی گروه آزمایش در مرحله‌ی پیش‌آزمون برابر با ۲/۹ بوده است که این مقدار در مرحله‌ی پس‌آزمون به ۲/۲ رسیده است. در گروه کنترل میانگین نمرات یادگیری عمومی در مرحله‌ی پیش‌آزمون ۲/۶، در مرحله‌ی پس‌آزمون ۲/۶ بوده است که این کاهش نمرات در پس‌آزمون نشانه کاهش علائم ناتوانی‌های یادگیری و بهبودی می‌باشد.

همان‌طور که در جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین نمرات حافظه کوتاه مدت گروه آزمایش در مرحله‌ی پیش‌آزمون برابر با ۶/۴ بوده است که این مقدار در مرحله‌ی پس‌آزمون به ۴/۵ رسیده است. در گروه کنترل میانگین نمرات حافظه کوتاه مدت در مرحله‌ی پیش‌آزمون ۷/۴ و در مرحله‌ی پس‌آزمون ۷/۶ بوده است. میانگین نمرات حافظه فعال گروه آزمایش در مرحله‌ی پیش‌آزمون برابر با ۴/۲ بوده است که این مقدار در مرحله‌ی پس‌آزمون به ۳/۲ رسیده است. در گروه کنترل میانگین نمرات حافظه فعال در مرحله‌ی پیش‌آزمون ۵/۶، در مرحله‌ی پس‌آزمون ۵/۷ بوده است. میانگین نمرات حافظه بلند مدت گروه آزمایش در مرحله‌ی پیش‌آزمون برابر

جدول ۳: نتایج تحلیل مانکوا در رابطه با تأثیر بازی‌های توجیهی بر زیر مقیاس‌های عملکردهای حافظه کودکان دارای ناتوانی‌های عصب روانشناختی

توان آماری	میزان تأثیر	معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شناخت منبع تغییرات	
							پیش‌آزمون	عضو گروهی
۱/۰۰	۰/۵۸	۰/۰۱	۵۸/۷۴۶	۸۰/۲۸۷	۱	۸۰/۲۸۷	حافظه کوتاه مدت	پیش‌آزمون
۱/۰۰	۰/۴۷	۰/۰۱	۴۲/۹۰۱	۲۵/۹۰۴	۱	۲۵/۹۰۴	حافظه فعال	
۱/۰۰	۰/۴۷	۰/۰۱	۴۳/۳۷۲	۴۵/۰۴۷	۱	۴۵/۰۴۷	حافظه بلند مدت	
۱/۰۰	۰/۹۰	۰/۰۱	۳۸/۲۴۷	۴۷/۲۳۸	۱	۴۷/۲۳۸	یادگیری عمومی	
۰/۹۸	۰/۸۰	۰/۰۱	۱۹/۸۰۳	۲۷/۰۶۴	۱	۲۷/۰۶۴	حافظه کوتاه مدت	عضو گروهی
۰/۹۱	۰/۷۵	۰/۰۱	۱۲/۸۵۶	۷/۷۶۳	۱	۷/۷۶۳	حافظه فعال	
۰/۹۱	۰/۷۵	۰/۰۱	۱۲/۷۸۲	۱۳/۲۷۶	۱	۱۳/۲۷۶	حافظه بلند مدت	
۰/۷۳	۰/۳۵	۰/۰۱	۷/۶۷۷	۲/۶۲۳	۱	۲/۶۲۳	یادگیری عمومی	

داشته باشند. این مهارت‌ها، کارکردهای اجرایی / توجه، زبان، کارکردهای حسی - حرکتی، پردازش بینایی - فضایی، حافظه و یادگیری هستند. این مهارت‌ها از طریق تجربه، آموزش و یادگیری بدست می‌آیند. اکثر کودکان این مهارت‌ها را به صورت خودکار انجام می‌دهند ولی کودکان خردسال با ناتوانی یادگیری در این مهارت‌ها در هنگام یادگیری با مشکل مواجه هستند و باید به آنان آموزش داد. همچنین مطالعات زیادی نیز نشان داده‌اند که نقص در جنبه‌های عصب - روان شناختی کودکان پیش دبستانی تا حدود زیادی پیش‌بینی کننده عملکرد تحصیلی آنها در مدرسه می‌باشد لذا در برنامه‌ی آموزشی برای کودکان پیش از دبستان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری می‌توان با آموزش مستقیم به عنوان مثال بازی‌های حافظه‌ای باعث پیش‌گیری از مشکلات تحصیلی و اجتماعی شد. لذا، ضروریست با تشخیص و مداخله زودهنگام به این کودکان کمک نمود. به عبارت دیگر نقص در جنبه‌های عصب - روان شناختی کودکان پیش دبستانی با ناتوانی‌های یادگیری می‌تواند در سنین بالاتر پایدار بماند و برای کودکان در انجام تکالیف مدرسه مشکل جدی ایجاد نماید. با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده در خصوص جنبه‌های عصب - روان شناختی کودکان پیش دبستانی، و نقش آنها در عملکرد تحصیلی آینده آن‌ها، می‌توان با استفاده از ابزارهای معتبر آن‌ها را مورد سنجش و ارزیابی قرار داد و کودکانی که در معرض خطر ناتوانی هستند شناسایی نمود و براساس این تشخیص برای آن‌ها برنامه‌های مداخله‌ای زودهنگام مناسب طراحی نمود.

محدودیت‌هایی وجود داشت که از جمله می‌توان به این نکات اشاره کرد. این پژوهش صرفاً بر روی کودکان ۵-۶ سال صورت گرفت، لذا در تعمیم نتایج به سایر مقاطع سنی و پایه‌های تحصیلی باید احتیاط لازم صورت پذیرد، ضمناً در این تحقیق از آزمون پیگیری استفاده نشده است، و توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی بازی‌های توجهی روی مقاطع سنی دیگر اجرا گردد و از آزمون پیگیری نیز استفاده شود.

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد، با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیرهای (کمکی)، تفاوت بین میانگین‌های نمرات پس‌آزمون حافظه کوتاه مدت، حافظه فعال، حافظه بلند مدت و یادگیری عمومی کودکان دو گروه آزمایش و کنترل معنی‌دار است ($P < 0/05$). تفاوت بین نمرات دو گروه، بیان‌کننده این مطلب است که بازی‌های توجهی، بر حافظه کوتاه مدت، حافظه فعال، حافظه بلند مدت و یادگیری عمومی کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری عصب روان‌شناختی تأثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور اتا، می‌توان گفت ۵۸٪ - ۳۵٪ این تغییرات ناشی از تأثیر بازی‌های توجهی است. توان آماری ۰/۹۱ - ۰/۹۸ نیز نشان از کفایت حجم نمونه می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثر بخشی بازی‌های توجهی بر حافظه و یادگیری کودکان پیش دبستانی با ناتوانی‌های یادگیری عصب روان‌شناختی صورت گرفت. فرضیه‌های پژوهش بیان می‌دارد بازی‌های توجهی بر میزان حافظه و یادگیری کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری عصب روان شناختی پیش از دبستان موثر است. همان گونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). این یافته‌ها با مبانی نظری پژوهش قابل تبیین است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های تحقیقاتی کمبلاین، اسکات، منیروشاه، به نقل از دن؛ پلوراک استیل، سیدمن، والرا، سوانسون و ژرمن (۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۹) همسو می‌باشد.

محققان فوق در تحقیقات متعدد نشان داده‌اند برنامه‌های تشخیص و مداخله‌ای زودهنگام مداخله عصب روان شناختی از جمله تمرینات حافظه شنوایی، حافظه بینایی، بازی با تصاویر، حافظه حرکتی و حافظه بازشناسی بر توانبخشی حافظه و یادگیری کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری عصب روان شناختی / تحولی پیش از دبستان مؤثر است.

در تبیین این فرض می‌توان گفت که کودکان برای تسلط بر تکالیف مدرسه باید بر یک سری مهارت‌ها تسلط

منابع

- 11- Valera E , Seidman LJ. (2006) Neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschoolers. *Infants and Young Children*. 19(2),94-108.
- 12- Goldberg MC, Mostofsky SH, Cutting LE, et al . (2005) *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
- ۱۳- محمد اسماعیل (۱۳۸۵) .۱. بازی درمانی (نظریه ها، روش ها و کاربرد های بالینی). تهران، نشر دانژه.
- 14- Klingberg T. (2010) Training and plasticity of working memory .*Trends in cognitive sciences*.
- 15- Isenberg JP, Quisenberry N. (2002) Play is essential for all children, Association for childhood education international ,Retrieved from the world wide web .<http://www.Altavista.com>.
- ۱۶- سلمان ز. (۱۳۷۱) بررسی تاثیر فعالیت های بدنی و بازی در تحول ذهنی کودکان پیش دبستانی ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، چاپ نشده، دانشگاه تربیت مدرس .
- ۱۷- یوسفی س. (۱۳۸۰) تاثیر بازی های دبستانی منتخب بر رشد حرکتی دانش آموزان دختر سال سوم مقطع دبستان شهر تهران ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، چاپ نشده، دانشگاه تهران .
- 18- Isenberg J., Quisenberry N. (2002) Play is essential for all children, Association for childhood education international, Retrieved from the world wide web .<http://www.Altavista.com>.
- 19- Dehn M J. (2008) *Working memory and academic learning*. New Jersey: Wiley.
- 20- Klingberg T. (2010) *Training and plasticity of working memory .Trends in cognitive science*, . 24,781-791.
- ۲۱- جدیدی م ، عابدی ا. (۱۳۹۰) انطباق و هنجاریابی پرسشنامه نوروبیولوژی کانرز بر کودکان ۵ تا ۱۲ سال شهر اصفهان. مقاله چاپ نشده. دانشگاه اصفهان.
- ۱- کرک س و چالفات ج . (۱۹۸۶) ناتوانی های یادگیری تحولی و تحصیلی . ترجمه رونقی س، خانجانی ز، وثوقی م. تهران: انتشارات سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور.
- 2- Kirk S , Gallagher J, Anastasiow NJ, et al. (2006) *Educating exceptional children* .Boston: Houghton Mifflin.
- ۳- عابدی ا، ملک پور م، مولوی ح، عریضی ح و امیری ش. (۱۳۸۶). مقایسه ویژگی های عصب روان شناختی کودکان خردسال با ناتوانی های یادگیری عصب روانشناختی /تحولی و عادی پیش از دبستان ، فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی .
- 4- Swanson HL ,Harris kp,& Graham S.(2003) *Hand Book of Learning disabilities*. New York : Guilford.
- 5- Gathercole SE, & Baddeley AD. (1993) *Phonological working memory: A critical building block for reading development and vocabulary acquisition? European Journal of Psychology of Education*. 8(3), 259-272.
- 6- Dehn M.J. (2008) *Working memory and academic learning* .New Jersey :Wiley.
- 7- Steele M.Making (2004) *The Case for Early Identification and Intervention for Young Children at Risk for Learning Disabilities*. *Children Education Journal*.;32(2),75-79.
- 8- Poldrack RA, Gabrieli JP. (2001) *Characterizing the Neural mechanisms of skill learning and repetition priming :evidence from mirror reading*.
- 9- Seidman LJ. (2006) *Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan*. *Clinical Psychology Review*. 26 . 466-485.
- 10- Swanson LH, Jerman O. (2007) *The influence of working memory on reading growth in subgroups of children with reading disabilities* .*Journal of Exceptional Child Psychology*.,96(4),249.

۲۳- رجیبی غ. (۱۳۸۵) هنجاریابی آزمون ماتریس های پیشرونده ریون رنگی کودکان در دانش آموزان شهر اهواز. روانشناسی معاصر. دوره سوم، شماره ۱.

22- Catton SM, Kiely PM, Crewther Dp, et al. (2005) A normative and reliability study for the Ravens Coloured progressive Matrices for Primary school aged children from Victoria, Australia, Personality and Individual Differences. 39, 3, 647-659 .

بررسی نقش پنج عامل بزرگ شخصیت در پیش بینی صبر و مؤلفه های آن در دانشجویان

نویسندگان: فرهاد خرمائی^{۱*} و اعظم فرمانی^۲

۱- استادیار دانشگاه شیراز.

۲- دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه پیام نور تهران.

*Email: khormaei@shirazu.ac.ir

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین نقش پنج عامل بزرگ شخصیت در پیش بینی صبر و مولفه های آن در دانشجویان بود. برای دستیابی به هدف یاد شده، تعداد ۵۱۶ دانشجوی دانشگاه شیراز به وسیله ی نمونه گیری خوشه ای به روش تناسب احتمالی با اندازه انتخاب و با تکمیل پرسش نامه ی پنج عامل بزرگ شخصیت (فرم کوتاه) و مقیاس صبر در این پژوهش شرکت کردند. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان نشان داد که پنج عامل بزرگ شخصیت به غیر از عامل گشودگی در تجربه، نمره ی کل صبر را پیش بینی کردند. همچنین این پنج عامل، مولفه های صبر را نیز پیش بینی نمودند. در تبیین یافته های پژوهش حاضر می توان این گونه نتیجه گیری کرد که عوامل شخصیتی با صبر مرتبط هستند. بنابراین هنگام کاربرد راهبردهای آموزش صبر توجه به ویژگی های شخصیتی مراجعان اهمیت دارد.

کلید واژه ها: پنج عامل بزرگ شخصیت، صبر، مولفه های صبر، ویژگی های شخصیتی

روان شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
رهتار

• دریافت مقاله: ۹۲/۶/۲۸

• پذیرش مقاله: ۹۳/۴/۱۶

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015*

Clinical Psy. & Personality

دو فصلنامه علمی- پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و یکم - دوره
جدید شماره ۱۱
پاییز و زمستان ۱۳۹۳

مقدمه

دارد، بنابراین بهترین واژه برای بررسی آثار روانشناختی آن، برابر خود واژه ی صبر است [۳].

در برخی دسته بندی ها صبر به سه قسمت صبر بر مصیبت، صبر بر طاعت و صبر بر معصیت تقسیم شده است [۴]. خرمائی، فرمانی و سلطانی [۵] براساس روش تحلیل عاملی پنج مولفه را در صبر مشخص کردند. این محققین با بررسی کل آیات قرآن در مورد صبر و معانی مستتر در این آیات، پنج مولفه صبر را مورد شناسایی قرار دادند. این مولفه ها عبارتند از: متعالی شدن (تحمل سختی ها و صبور بودن در مصایب و ناملایمات جهت دستیابی به هدف و رسیدن به قرب الهی و رشد معنوی بهتر)، شکیبایی (بردباری و تحمل مصایب و تاب آوری در مقابل سختی ها)، رضایت (پذیرش وضع موجود و قبول آنچه که فرد دارد)، استقامت (پایداری و ثبات در انجام امور و مداومت در کار و فعالیت) و درنگ (ایجاد وقفه در مقابل خواسته ها و کنترل پذیری امیال درونی). همچنین این محققین براساس این تقسیم بندی، مقیاس صبر را تدوین نمودند [۵].

پژوهش های مختلفی در مورد صبر و کارکردهای آن صورت گرفته است. در تمام این پژوهش ها بر اهمیت و فایده ی این آموزه ی دینی در ارتقا سلامت روان تاکید شده است [۳-۲، ۹-۶]. همچنین بعضی از پژوهش ها ارتباط صبر را با دیگر متغیرهای روانشناختی مورد بررسی قرار داده اند [۱۳-۱۰].

یکی از متغیرهایی که به نظر می رسد با صبر ارتباط دارد، شخصیت^۶ است. شخصیت گرایش^۷ و خصوصیات پایداری است که تعیین کننده ی تشابهات و تفاوت ها در رفتارهای روانشناختی (افکار، عواطف و اعمال) افراد است و این گونه رفتارها در طول زمان تداوم دارند و به راحتی نمی توان آنها را تنها پیامد فشارهای اجتماعی و زیستی یک لحظه در نظر گرفت [۱۴]. صبر با ویژگی های شخصیتی خاصی همراه می باشد. در تأیید این گفته می توان به مواردی اشاره نمود. به عنوان مثال، نوری [۳] در مطالعه ای عنوان می

صبر یکی از آموزه های مهم دینی و از راهبردهای مقابله ای مذهبی در برابر فشار روانی است [۱]. صبر از جمله مفاهیم اخلاقی است که در اخلاق اسلامی روی آن تاکید شده است. آنچه از این واژه به ذهن می آید حالتی است نفسانی که برای افراد خاصی هنگام شداید، مصیبت ها و گرفتاری ها رخ می دهد و موجب می شود شخص خود را نسبت به فشارها، سختی ها، مشکلات، مصیبت ها و از دست دادن ها از درون پایدار و مقاوم کند و واکنش های تند و احساسی و دور از عقل و شرع بروز ندهد. برخلاف تصور عامه، صبر به معنای کنار کشیدن و انفعال نیست؛ بلکه اصولاً صبر فعالیت عقلانی است که براساس آن فرد صابر برای رسیدن به اهداف خود از آن بهره می برد. صبر گاهی در اطاعت و گاهی نیز در دوری از معصیت معنای دهد و زمانی نیز در از دست دادن ها و مصیبت ها خود را نشان می دهد. در این مفهوم، صبر، تحمل و شکیبایی در برابر سختی ها و بلاها و مصیبت ها و متحمل شدن خسارت های جانی و مالی و مسایل مرتبط با آن در دنیاست. صبر دارای کارکردهای متعدد روانی- اجتماعی است و موجب افزایش سلامت روانی، طولانی شدن عمر، جلب محبت خداوند و افزایش خودآگاهی می شود و روابط انسان ها را با دیگران بهبودمی بخشد [۲].

در زبان انگلیسی و حتی در زبان فارسی واژه ای که بتواند معادل دقیق صبر باشد، وجود ندارد. بنابراین واژه هایی مانند شکیبایی، خویشتن داری، تحمل، استقامت و غیره شاید نتوانند معنای عمیق و گسترده صبر را منتقل سازند. بنابراین باید برای اقسام گوناگون صبر در روانشناسی به دنبال واژه هایی جداگانه گشت. به عنوان مثال، اصطلاحاتی مانند خودگردانی یا خودتنظیمی^۱، خودمهارگری^۲، کنترل تکانه^۳، تاب آوری^۴ و سرسختی^۵ از جمله مفاهیمی هستند که به صبر شباهت دارند. اما به طور کلی صبر در منابع اسلامی معنایی وسیع تر از موارد مزبور

1. Self- regulation
2. self- control
3. Impulse control
4. Resilience
5. Hardiness

6. Personality
7. Tendencies

های اخلاقی پیوند یابد. این موضوع هنگامی اهمیت بیشتری می یابد که این فضیلت اخلاقی در ارزش های دینی به عنوان سازه صبر تجلی یابد. بررسی پیوند میان شخصیت و صبر، بسط دانش را هم در حوزه ویژگی های شخصیتی به صورت عام و پنج عامل بزرگ شخصیت به صورت خاص موجب خواهد شد. به عبارت دیگر، پیوند بین شخصیت و مولفه های صبر که خودبازدارندگی و خودکنترلی در آن مستتر است، می تواند به بسط نظریه پنج عامل بزرگ شخصیت کمک نماید. از سوی دیگر، شناخت پیشایندهای صبر مبنای مهمی برای توسعه دانش در زمینه مولفه های صبر خواهد بود. همچنین آگاهی از این موضوع که کدام ویژگی شخصیتی پیوند مستحکم تر یا به عبارت دیگر، نقش پیش بینی کننده بیشتری برای مولفه های صبر دارد، امکان فراهم آوری دانش بیشتر برای گسترش مدل هایی در حوزه صبر را فراهم خواهد کرد. انجام پژوهش در این زمینه که کدام عامل شخصیتی با چه مولفه ای از صبر پیوند بیشتری دارد، دانشی را برای مشاورین و متخصصینی که در حوزه روابط و تعاملات انسانی فعالیت می کنند، فراهم خواهد ساخت که در تشخیص و پیش بینی پذیری رفتارهای مراجعین و سایر گروه های انسانی موفق تر عمل نمایند. علاوه بر این، با شناخت هر چه بیشتر مفهوم صبر از زوایای مختلف، می توان از آن به عنوان یک مداخله مهم در درمان اختلالات گوناگون استفاده کرد و یا آن را به عنوان یک تکنیک پیشگیرانه به منظور ارتقا سلامت روان افراد مورد استفاده قرار داد. لذا با توجه به اهمیت و ضرورت پژوهش در زمینه شخصیت و صبر، پژوهش حاضر براساس مدل پنج عامل بزرگ شخصیت، نقش این پنج عامل را در پیش بینی صبر و مولفه های آن در دانشجویان مورد بررسی قرار داده است. لازم به ذکر است که منظور از مولفه های صبر، پنج مولفه صبر با توجه به پژوهش خرمائی، فرمانی و سلطانی [۵] است. همچنین سوالات پژوهش حاضر به قرار زیر می باشد:

- ۱- آیا عامل روان نژندگرایی می تواند نمره کل صبر و پنج مولفه آن را پیش بینی کند؟
- ۲- آیا عامل توافق پذیری می تواند نمره کل صبر و پنج مولفه آن را پیش بینی کند؟

کند که ویژگی های تیپ شخصیتی A مشابه ویژگی های افراد ناشکیبا می باشد. افرادی که تیپ شخصیتی A دارند، بیشتر در معرض گرفتار شدن به فشار روانی هستند و پژوهشگران رفتار نوع A را از عوامل عمده ی بیماری قلبی در کنار کلسترول، فشار خون و وراثت می دانند. همچنین، افراد صابر ویژگی های شخصیتی خاصی دارند که این ویژگی ها آن ها را از افراد غیر صابر متمایز می کند. افراد صبور از اشتباهات دیگران می گذرند، در هنگام جهل و خشونت با مدارا رفتار می کنند، در برابر تهمت و ناسزای افراد جاهل با بردباری برخورد می کنند، هنگام مشکلات، خدا را به یاد می آورند، هنگام از بین رفتن یا مفقود شدن اموالشان از خود بردباری نشان می دهند، در موقعیت ترس و خوف از خود خویشتن داری نشان می دهند، در برابر نیازهای فیزیولوژیک خودکنترلی بیشتری نشان می دهند و در موقعیت های تنش زا می توانند خشم خود را کنترل کنند [۱۵].

یکی از نافذترین نظریه های شخصیتی معاصر مدل پنج عامل بزرگ شخصیت است که با اصطلاح پنج بزرگ معروف شده است [۱۹-۱۶]. این پنج عامل اغلب با عناوین روان نژندگرایی^۲ (N)، برون گرایی^۳ (E)، گشودگی در تجربه^۴ (O)، توافق پذیری^۵ (A) و وظیفه گرایی^۶ (C) معرفی می شوند. مدل پنج عامل بزرگ شخصیت در سال های اخیر به عنوان رویکردی پر طرفدار و قدرتمند برای مطالعه ویژگی های شخصیتی مورد توجه بسیاری از روانشناسان قرار گرفته است. این مدل بر این باور استوار است که انسان موجودی منطقی است که می تواند شخصیت و رفتار خویش را توضیح دهد. بر اساس این نظریه انسان موجودی است که روش زندگی خود را درک می نماید و توانایی تجزیه و تحلیل کنش ها و واکنش های خود را دارد [۲۰].

صبر یک فضیلت اخلاقی است. بنابراین نکته دارای اهمیت این است که چگونه شخصیت می تواند با فضیلت

1. Big Five
2. Neuroticism
3. Extraversion
4. Openness to experience
5. Agreeableness
6. Conscientiousness

مقیاس در ابتدا، کلیه آیات مرتبط با صبر در قرآن کریم را مشخص نمودند. مفاهیم کلیدی که کلیه آیات مرتبط با صبر بر آن تاکید دارند، را استخراج کردند. سپس از این مفاهیم کلیدی برای تدوین عباراتی که گویای این مفاهیم باشند، استفاده کردند. همچنین مفاهیمی که با یکدیگر مشابهت داشتند را حذف نموده و نهایتاً این عبارات را در قالب ۲۵ گویه براساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت از کاملاً درست تا کاملاً نادرست تنظیم کردند و ویژگی‌های روانسنجی آن را بر روی دانشجویان مورد بررسی قرار دادند. نتایج تحلیل عاملی مقیاس صبر به روش مولفه‌های اصلی همراه با چرخش واریماکس نشان دهنده ۵ مولفه‌ی صبر بود که به ترتیب متعالی شدن، شکیبایی، رضایت، استقامت و درنگ نامگذاری شدند. همچنین نتایج همسانی درونی شواهدی مبنی بر روایی همگرا و افتراقی مقیاس صبر فراهم نمود. به منظور سنجش پایایی مقیاس صبر از روش محاسبه ضرایب آلفای کرونباخ استفاده شد. ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۶۰ تا ۰/۸۴. و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس نیز ۰/۸۶. محاسبه شد [۵].

۲- پرسش‌نامه پنج‌عامل بزرگ شخصیت (فرم کوتاه): پرسش‌نامه‌ی پنج‌عامل بزرگ شخصیت توسط گلدبرگ [۲۱] ساخته شد. در ایران خرمائی [۲۲] روایی و پایایی این پرسش‌نامه را مورد بررسی قرار داد. خرمائی و همکاران [۲۳] براساس نتایج پژوهش خرمائی [۲۲] با انتخاب گویه‌هایی از پرسش‌نامه گلدبرگ [۲۱] فرم کوتاه‌تری را از این پرسش‌نامه تهیه کردند. نتایج تحلیل عاملی این محققین نشان دهنده استقلال پنج‌عامل بزرگ شخصیت بود. همچنین از میان ۲۵ گویه، ۴ گویه به علت عدم بارگذاری عاملی مناسب بر روی عامل مورد نظر حذف شدند و مجموع گویه‌ها به ۲۱ گویه تقلیل یافت. پنج‌عامل در مجموع ۶۰/۳۸ درصد واریانس کل نمونه را توضیح داده است. نتایج بررسی پایایی فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی پنج‌عامل بزرگ شخصیت نشان داد که ضرایب آلفا برای روان‌نژندگرایی و توافق‌پذیری ۰/۸۳، وظیفه‌گرایی ۰/۸۱ بوده است و در نهایت ضرایب آلفا برای عوامل برون‌گرایی و گشودگی در تجربه به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۶۹ محاسبه شده است.

- ۳- آیا عامل وظیفه‌گرایی می‌تواند نمره کل صبر و پنج مولفه آن را پیش‌بینی کند؟
۴- آیا عامل برون‌گرایی می‌تواند نمره کل صبر و پنج مولفه آن را پیش‌بینی کند؟
۵- آیا عامل گشودگی در تجربه می‌تواند نمره کل صبر و پنج مولفه آن را پیش‌بینی کند؟

روش

نوع پژوهش

طرح تحقیق پژوهش حاضر از نوع همبستگی می‌باشد. متغیر پیش‌بینی کننده (پیش‌بین) در این تحقیق پنج‌عامل بزرگ شخصیت است که این پنج‌عامل شامل روان‌نژندگرایی، برون‌گرایی، توافق‌پذیری، وظیفه‌گرایی و گشودگی در تجربه می‌شود. همچنین متغیر پیش‌بینی شونده (ملاک) صبر است که مولفه‌های آن شامل متعالی شدن، شکیبایی، رضایت، استقامت و درنگ می‌شود.

آزمودنی

جامعه‌ی پژوهش حاضر کلیه‌ی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شیراز بودند. تعداد ۵۱۶ دانشجوی به عنوان گروه نمونه به وسیله‌ی نمونه‌گیری خوشه‌ای^۱ به روش تناسب احتمالی با اندازه^۲ انتخاب شدند. به طوری که با توجه به نسبت جمعیت هر دانشکده، از دانشکده‌های ادبیات و علوم انسانی، اقتصاد و علوم اجتماعی، علوم تربیتی و روان‌شناسی، حقوق و علوم سیاسی، علوم و فنی و مهندسی تعداد ۱۵ کلاس انتخاب شدند و کلیه‌ی دانشجویان هر کلاس به عنوان گروه نمونه در پژوهش حاضر شرکت کردند.

ابزارهای پژوهش

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش به منظور گردآوری داده‌ها به قرار زیر می‌باشد:

- ۱- مقیاس صبر: این مقیاس با استفاده از مولفه‌های قرآنی و روایتی صبر توسط خرمائی، فرمانی و سلطانی [۵] تهیه شده است. این محققین به منظور ساخت این

1. cluster sampling
2. probability proportionate size

شیوه انجام پژوهش

پس از انتخاب آزمودنی ها، دو مقیاس فوق الذکر بر روی آن ها اجرا شد. پرسشنامه ها در کلاس درس به طور تصادفی بین دانشجویان توزیع شد. قبل از اقدام به توزیع پرسشنامه ها، هماهنگی های لازم با آموزش دانشکده و اساتید مربوطه به عمل آمد. برای ایجاد انگیزه در دانشجویان، در شروع کار هدف پژوهش برای آنها توضیح داده شد. همچنین شرکت کلیه دانشجویان در پژوهش داوطلبانه بود.

شیوه تحلیل داده ها

با استفاده از نرم افزار رایانه ای SPSS 16 عملیات آماری توصیفی و استنباطی مورد نیاز اعمال شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها در بخش آمار توصیفی، از

میانگین، انحراف استاندارد و ضریب همبستگی پیرسون و در بخش آمار استنباطی از رگرسیون چند گانه همزمان برای پیش بینی صبر و مؤلفه های آن استفاده شده است.

نتایج

کل آزمودنی های پژوهش ۵۱۶ نفر (۳۵۳ دختر و ۱۶۳ پسر) بودند. دامنه ی سنی آزمودنی ها از ۱۸ تا ۲۷ سال و میانگین سنی آن ها ۲۰/۸۸ سال بود (SD=۱/۶۹). جدول ۱ توزیع گروه نمونه برحسب دانشکده های مختلف و جنسیت دانشجویان را نشان می دهد. همچنین در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه نشان داده شده است.

جدول ۱: توزیع گروه نمونه برحسب دانشکده و جنسیت دانشجویان

دانشکده	دختر	پسر	کل
۱- ادبیات و علوم انسانی	۵۱	۲۱	۷۲
۲- اقتصاد و علوم اجتماعی	۶۸	۶	۷۴
۳- علوم تربیتی و روان شناسی	۵۵	۲۰	۷۵
۴- حقوق و علوم سیاسی	۳۱	۱۴	۴۵
۵- علوم پایه	۹۵	۳۴	۱۲۹
۶- فنی و مهندسی	۵۳	۶۸	۱۲۱
کل	۳۵۳	۱۶۳	۵۱۶

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه

متغیرهای مورد مطالعه	میانگین	انحراف استاندارد
برون گرایی	۱۶/۸۴	۲/۴۰
توافق پذیری	۱۰/۱۳	۱/۸۶
وظیفه گرایی	۱۰/۰۲	۳/۵۴
روان نژندگرایی	۱۱/۸۶	۳/۵۷
گشودگی نسبت به تجربه	۱۲/۰۶	۱/۸۶
نمره کل صبر	۸۵/۱۳	۱۲/۴۲
متعالی شدن	۲۹/۸۸	۵/۶۱
شکیبایی	۲۱/۲۰	۴/۲۲
رضایت	۱۲/۶۶	۲/۹۲
استقامت	۱۰/۵۸	۲/۲۳
درنگ	۱۰/۸۸	۲/۲۹

پیش بینی صبر و مولفه های آن از تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان استفاده شد. همانگونه که جدول ۴ نشان می دهد، روان نژندگرایی ($\beta = -.34$; $P < .001$)، توافق پذیری ($\beta = .18$; $P < .001$) و برون گرایی ($\beta = .10$; $P < .001$) توانستند نمره ی کل صبر را پیش بینی کنند که در این میان، روان نژندگرایی پیش بینی کننده ی منفی و توافق پذیری، وظیفه گرایی و برون گرایی پیش بینی کننده مثبت نمره کل صبر بودند. این عوامل در مجموع ۳۱ درصد از واریانس نمونه را تبیین نمودند.

جدول ۵ نشان می دهد که عوامل روان نژندگرایی ($\beta = -.10$; $P < .001$)، توافق پذیری ($\beta = .17$; $P < .001$)، وظیفه گرایی ($\beta = .18$; $P < .001$) و برون گرایی ($\beta = .13$; $P < .001$) توانستند مولفه ی متعالی شدن صبر را پیش بینی کنند. روان نژندگرایی پیش بینی کننده ی منفی و توافق پذیری، وظیفه گرایی و برون گرایی پیش بینی کننده ی مثبت متعالی شدن بودند. این عوامل در مجموع ۱۲ درصد واریانس نمونه را تبیین نمودند.

در این پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، همبستگی میان متغیرهای مورد مطالعه محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است. همانگونه که در این جدول مشاهده می شود، میان عامل روان نژندگرایی با نمره ی کل صبر و پنج مولفه ی آن همبستگی منفی معنادار وجود دارد ($P < .01$). عامل توافق پذیری با نمره ی کل صبر و همه مولفه های آن به غیر از مولفه ی استقامت همبستگی مثبت معنادار نشان داد ($P < .01$). عامل وظیفه گرایی نیز با نمره ی کل صبر و پنج مولفه ی آن همبستگی مثبت معنادار نشان داد ($P < .01$). همچنین عامل برون گرایی مدل پنج عاملی شخصیت با نمره ی کل صبر و مولفه های متعالی شدن و استقامت همبستگی مثبت معنادار نشان داد ($P < .01$). علاوه بر این، همبستگی این عامل با مولفه درنگ نیز معنادار بود ($P < .05$). سرانجام اینکه، همبستگی عامل گشودگی در تجربه با مولفه های شکیبایی، رضایت ($P < .01$) و درنگ ($P < .05$) مثبت و معنادار بود. به منظور بررسی نقش پنج عامل بزرگ شخصیت در

جدول ۳: ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

عوامل	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
روان نژندگرایی	۱										
توافق پذیری	-.15**	۱									
وظیفه گرایی	-.40**	.20**	۱								
برون گرایی	-.08	.01	.01	۱							
گشودگی	-.21**	.25**	.15**	.23**	۱						
متعالی شدن	-.19**	.22**	.26**	.15**	.01	۱					
شکیبایی	-.53**	.17**	.21**	.07	.12**	.34**	۱				
رضایت	-.41**	.27**	.37**	.02	.23**	.30**	.46**	۱			
استقامت	-.22**	.06	.33**	.15**	.02	.43**	.33**	.41**	۱		
درنگ	-.22**	.23**	.30**	.10*	.10*	.39**	.23**	.37**	.32**	۱	
نمره کل صبر	-.47**	.27**	.39**	.12**	.08	.81**	.72**	.68**	.66**	.60**	۱

** $P < 0.01$ * $P < 0.05$

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون چند گانه ی همزمان برای پیش بینی نمره کل صبر براساس پنج عامل بزرگ شخصیت

متغیر ملاک	متغیرهای پیش بین	B	S. E	β	t	Sig	R ²
نمره کل صبر	روان نژندگرایی	-۱/۱۹	.۱۶	-.۳۴	-۷/۳۷	.۰۰۱	.۳۱
	توافق پذیری	۱/۱۹	.۲۸	.۱۸	۴/۲۳	.۰۰۱	
	وظیفه گرایی	-.۷۶	.۱۵	-.۲۲	۴/۷۵	.۰۰۱	
	برون گرایی	-.۵۵	.۲۲	-.۱۰	۲/۴۸	.۰۱	

جدول ۵: نتایج تحلیل رگرسیون چند گانه ی همزمان برای پیش بینی مولفه ی متعالی شدن براساس پنج عامل بزرگ شخصیت

متغیر ملاک	متغیرهای پیش بین	B	S. E	β	t	Sig	R ²
متعالی شدن	روان نژندگرایی	-.۱۵	.۰۷	-.۱۰	-۲/۰۱	.۰۴	.۱۲
	توافق پذیری	.۵۲	.۱۴	.۱۷	۳/۷۶	.۰۰۱	
	وظیفه گرایی	-.۲۹	.۰۸	-.۱۸	۳/۷۰	.۰۰۱	
	برون گرایی	.۳۰	.۱۱	.۱۳	۲/۸۴	.۰۰۵	

بینی کننده ی مثبت رضایت بودند. این عوامل در مجموع ۲۶ درصد از واریانس نمونه را تبیین کردند. بر طبق نتایج جدول ۸، وظیفه گرایی ($P < .001$)؛ $\beta = .32$ و برون گرایی ($P < .01$)؛ $\beta = .14$ مولفه استقامت صبر را به صورت مثبت پیش بینی نمودند. این عوامل در مجموع ۱۶ درصد واریانس کل نمونه را تبیین کردند.

همانگونه که جدول ۹ نشان می دهد، عوامل توافق پذیری ($P < .001$)؛ $\beta = .17$ ، وظیفه گرایی ($P < .001$)؛ $\beta = .23$ و برون گرایی ($P < .01$)؛ $\beta = .11$ توانستند مولفه درنگ را به صورت مثبت پیش بینی کنند. این عوامل در مجموع ۱۴ درصد واریانس کل نمونه را تبیین کردند.

همانگونه که در جدول ۶ مشاهده می شود، دو عامل روان نژندگرایی ($P < .001$)؛ $\beta = -.52$ و توافق پذیری ($P < .01$)؛ $\beta = .10$ توانستند مولفه شکیبایی را پیش بینی کنند. روان نژندگرایی پیش بینی کننده ی منفی و توافق پذیری، پیش بینی کننده ی مثبت شکیبایی بودند. میزان R² نشان می دهد که این عوامل ۲۸ درصد واریانس نمونه را تبیین کردند.

با توجه به نتایج جدول ۷، روان نژندگرایی ($P < .001$)؛ $\beta = -.28$ ، توافق پذیری ($P < .001$)؛ $\beta = .16$ و وظیفه گرایی ($P < .001$)؛ $\beta = .21$ مولفه ی رضایت را پیش بینی نمودند. همچنین عامل گشودگی در تجربه ($P < .01$)؛ $\beta = .10$ نیز توانست این مولفه را پیش بینی کند. روان نژندگرایی پیش بینی کننده ی منفی، توافق پذیری، وظیفه گرایی و گشودگی در تجربه پیش

جدول ۶: نتایج تحلیل رگرسیون چند گانه ی همزمان برای پیش بینی مولفه ی شکیبایی براساس پنج عامل بزرگ شخصیت

متغیر ملاک	متغیرهای پیش بین	B	S. E	β	t	Sig	R ²
شکیبایی	روان نژندگرایی	-.۰۶۱	.۰۰۵	-.۰۵۲	-۱۱/۴۷	.۰۰۰۱	.۰۲۸
	توافق پذیری	.۰۲۳	.۰۰۹	.۰۱۰	۲/۴۳	.۰۰۱	
	وظیفه گرایی	.۰۰۳	.۰۰۵	.۰۰۲	.۰۵۳	.۰۵۹	
	گشودگی	.۰۰۰	.۰۰۹	.۰۰۰	.۰۰۸	.۰۹۳	

جدول ۷: نتایج تحلیل رگرسیون چند گانه ی همزمان برای پیش بینی مولفه ی رضایت براساس پنج عامل بزرگ شخصیت

متغیر ملاک	متغیرهای پیش بین	B	S. E	β	t	Sig	R ²
رضایت	روان	-۰/۲۲	۰/۰۳	-۰/۲۸	-۶/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۲۶
	نژندگرایی	۰/۲۶	۰/۰۶	۰/۱۶	۴/۰۱	۰/۰۰۱	
	توافق پذیری	۰/۱۷	۰/۰۴	۰/۲۱	۴/۶۱	۰/۰۰۱	
	وظیفه گرایی	۰/۱۶	۰/۰۶	۰/۱۰	۲/۳۹	۰/۰۱	

جدول ۸: نتایج تحلیل رگرسیون چند گانه ی همزمان برای پیش بینی مولفه ی استقامت براساس پنج عامل بزرگ شخصیت

متغیر ملاک	متغیرهای پیش بین	B	S. E	β	t	Sig	R ²
استقامت	روان	-۰/۰۵	۰/۰۳	-۰/۰۹	-۱/۸۴	۰/۰۶	۰/۱۶
	نژندگرایی	۰/۲۰	۰/۰۳	۰/۳۲	۶/۷۲	۰/۰۰۱	
	وظیفه گرایی	۰/۱۳	۰/۰۴	۰/۱۴	۳/۱۴	۰/۰۰۲	

جدول ۹: نتایج تحلیل رگرسیون چند گانه ی همزمان برای پیش بینی مولفه ی درنگ براساس پنج عامل بزرگ شخصیت

متغیر ملاک	متغیرهای پیش بین	B	S. E	β	t	Sig	R ²
درنگ	روان	-۰/۰۵	۰/۰۳	-۰/۰۸	-۱/۵۷	.۱۱	۰/۱۴
	نژندگرایی	۰/۲۰	۰/۰۵	۰/۱۷	۳/۶۵	۰/۰۰۱	
	توافق پذیری	۰/۱۵	۰/۰۳	۰/۲۳	۴/۷۷	۰/۰۰۱	
	وظیفه گرایی	۰/۱۰	۰/۰۴	۰/۱۱	۲/۴۲	۰/۰۱	
	برون گرایی	۰/۰۵	۰/۰۶	۰/۰۴	.۷۹	.۴۳	

بحث و نتیجه گیری

منابع صبر نشان می دهد که افراد صبور را می توان با توجه به برخی از نشانه های شخصیتی و رفتاری آنان شناخت. به عنوان مثال، فرد صبور از اشتباهات دیگران می گذرد (سوره ی شوری، ۴۳)، در هنگام جهل و خشونت با مدارا رفتار می کند (سوره ی فصلت، ۳۴ و ۳۵) و در موقعیت های تنش زا می تواند خشم خود را کنترل کند (سوره ی بقره، ۶۱). بنابراین می توان این گونه نتیجه گیری کرد که یکی از متغیرهایی که با صبر رابطه دارد، شخصیت است. یافته های پژوهش حاضر نیز نشان داد که پنج عامل بزرگ شخصیت با صبر همبستگی

صبر نگه داری و کنترل نفس در حالت خاصی است که سبب پایداری در انجام کارهای سخت، تحمل سختی ها و مشکلات و کنترل تکانه های شهوانی و پرخاشگری می شود [۳]. در قرآن و منابع دینی و فلسفی بر پیامدهای صبر تاکید فراوان شده است. به عنوان مثال، افزایش توانمندی و قدرت مقابله با مشکلات (سوره ی انفال، ۶۶)، بهره مندی از همراهی خداوند (سوره ی انفال، ۴۶)، بهبود روابط بین فردی و پیدا نمودن معنی در زندگی [۶] از جمله پیامدهای صبر می باشند. بررسی

نژندگرایی و رضایت از زندگی همبستگی منفی معنادار وجود دارد. با این وجود، پژوهشی که اخیراً در ایران توسط حسین خانزاده و طاهر [۳۰] انجام شده است، نشان داد که میان رون نژندگرایی و رضایت از زندگی رابطه معناداری وجود ندارد. تاکید بر این نکته ضرورت دارد که مفهوم رضایت از زندگی در روانشناسی مترادف با مولفه رضایت صبر نمی باشد، اما از بعضی جهات تا حدودی مشابه آن است. مولفه رضایت صبر به پذیرش وضع موجود و قبول آنچه که فرد دارد و جزع و فزع نکردن در مقابل کمبود پول و امکانات اشاره دارد.

در پاسخ به دومین سوال پژوهش حاضر، یافته ها نشان داد که عامل توافق پذیری مدل پنج عاملی شخصیت نمره ی کل صبر و همه مولفه های آن به غیر از استقامت را پیش بینی می کند. این نتایج نشان داد افرادی که نوع دوست هستند، با دیگران احساس همدردی می کنند و مشتاق کمک به آنان هستند و اعتقاد دارند که دیگران نیز با آنان همین رابطه را دارند، در کنترل تکانه های شهوانی و پرخاشگری خود پایداری و مقاومت بیشتری می کنند. این افراد توانایی بیشتری در ایجاد وقفه در مقابل خواسته های خود دارند و از کنترل پذیری بیشتری در مقابل امیال درونی خود برخوردارند (درنگ). بر طبق پژوهش اسلان و چونگ- بلاندن^{۱۰} [۳۱] توافق پذیری، خود کنترلی را پیش بینی می کند. مک کالو و ویلوگی^{۱۱} [۳۲] نیز عنوان می کنند که توافق پذیری دربردارنده جنبه هایی از خودکنترلی است. زیرا این ویژگی شخصیتی شامل توانایی سازگاری با آرزوها و احساسات دیگران می شود. به همین دلیل است که پژوهش ها نشان داده اند که افراد توافق پذیر دینداری^{۱۲} بالایی دارند [۳۳-۳۷].

صبر یکی از فضیلت های اخلاقی است که در دین به ویژه دین اسلام به شدت بر آن تاکید شده است و از نشانه های دینداری می باشد. بنابراین پژوهش حاضر نیز همسو با پژوهش های فوق الذکر نشان داد که توافق پذیری عاملی قوی در پیش بینی یکی از نشانه های مهم

معنادار دارد و می تواند آن را پیش بینی کند. به طور اخص در پاسخ به سوال اول پژوهش حاضر، یافته ها نشان داد که عامل روان نژندگرایی مدل پنج عاملی شخصیت نمره ی کل صبر و مولفه های متعالی شدن، شکیبایی و رضایت را به طور منفی پیش بینی می کند. بنابراین افراد با احساسات منفی مانند ترس، غم، پرانگیختگی و خشم به عنوان یک صفت، به احتمال زیاد قدرت کمتری در کنترل تکانه ها دارند و میزان سازش ضعیف تری با دیگران و شرایط استرس زا دارند. اینگونه افراد به احتمال کمتری برای کسب رضایت پروردگار یا به عبارتی به منظور متعالی شدن، در مقابل تکانه ها و سختی ها مقاومت می کنند (متعالی شدن). همچنین افرادی که در عامل روان نژندگرایی نمره ی بالایی می گیرند بردباری و تاب آوری کمتری در مقابل سختی ها و مشکلات دارند (شکیبایی). پژوهش فایومبو^۱ [۲۴] نیز نشان داد که روان نژندگرایی با تاب آوری روانشناختی^۲ همبستگی منفی معنادار دارد و این سازه را به طور منفی پیش بینی می کند. این محقق این گونه نتیجه گیری می کند که هر چه شخصیت سالم تر باشد، در شرایط استرس زا تاب آوری بیشتری نشان خواهد داد. پژوهش ناکایا، اشیوو، و کانکو^۳ [۲۵] نیز گویای این یافته بود.

بر طبق یافته های پژوهش حاضر افراد روان نژندگرا از وضع موجود خود احساس رضایت کمتری دارند و از کمبود پول و امکانات شکایت می کنند (رضایت). پژوهش شیماک، اویشی، فر، و فاندرا^۴ [۲۶] نیز نشان داد که روان نژندگرایی و جنبه افسردگی^۵ آن قوی ترین پیش بین رضایت از زندگی^۶ است. همچنین، پژوهش های هیلز و آرگیل^۷ [۲۷]، سونز و لویف برور^۸ [۲۸] و کایز، شموتکین و ریف^۹ [۲۹] نشان دادند که میان روان

1. Fayombo
2. Psychological resilience
3. Nakaya, Oshio, & Kaneko
4. Schimmack, Oishi, Furr, & Funder
5. Depression
6. Life satisfaction
7. Hills & Argyle
8. Soons & Loiefbroer
9. Keyes, Shmotkin & Ryff

10. Aslan & Cheung- Blunden
11. McCullough & Willoughby
12. Religiousness

دینداری یعنی صبر است.

بر طبق یافته های پژوهش حاضر افراد دارای صفت شخصیتی توافق پذیری در مقابل سختی ها، گرفتاری ها، از دست دادن عزیزان خود بردباری بیشتری نشان می دهند (شکیبایی). پژوهش های فایومبو [۲۴]، گرازیانو و همکاران^۱ [۳۸] و پتر و همکاران^۲ [۳۹] نیز نشان دادند که که ویژگی شخصیتی توافق پذیری با تاب آوری همبستگی معنادار دارد و این سازه روانشناختی را پیش بینی می کند.

علاوه بر این، یافته های پژوهش حاضر نشان داد که افراد توافق پذیر از وضع موجود خود رضایت بیشتری دارند (رضایت). پژوهش های حسین خانزاده و طاهر [۳۰] و هایس و جوزف^۳ [۴۰] نیز نشان دادند که توافق پذیری با رضایت از زندگی رابطه معنادار دارد. همچنین بر طبق یافته های پژوهش حاضر، توافق پذیری با تحمل سختی ها و صبور بودن در مصایب و ناملازمات جهت دستیابی به هدف و رسیدن به قرب الهی و رشد معنوی بهتر همراه است (متعالی شدن).

در پاسخ به سوّمین سوال پژوهش حاضر، یافته ها نشان داد که عامل وظیفه گرایی توانایی پیش بینی صبر و مولفه های آن را دارد. این عامل نمره ی کل صبر و همه ی مولفه های آن به غیر از شکیبایی را پیش بینی نمود. افرادی که در عامل وظیفه گرایی نمره ی بالایی می گیرند، به اصول اخلاقی خود پایبند هستند، تعهدات اخلاقی خود را به طور دقیق انجام می دهند، خویشتن دار هستند و گرایش به تفکر دقیق پیش از عمل دارند. همانگونه که نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد افراد وظیفه گرا به احتمال بیشتری در جهت دستیابی به قرب الهی، مصایب و ناملازمات را تحمل می کنند (متعالی شدن) و از آنچه که دارند احساس رضایت بیشتری می کنند و در مقابل ناملازمات کمتر شکایت می کنند (رضایت). پژوهش های هایس و جوزف [۴۰] و دونیو و کوپر^۴ [۴۱] نیز نشان

دادند که وظیفه گرایی با رضایت از زندگی رابطه معنادار دارد.

علاوه بر این، بر طبق یافته های پژوهش حاضر افراد وظیفه گرا در رسیدن به هدف خود ثبات قدم دارند و موانع و مشکلات، آن ها را از هدفشان دور نمی کند (استقامت) و همچنین در مقابل لذات آنی و زودگذر مقاومت می کنند (درنگ). پژوهش مک کالو و ویلوگی [۳۲] نیز نشان داد که افراد وظیفه گرا خودکنترلی بالایی دارند. به طور کلی، پژوهش ها [۳۳-۳۷] نشان داده اند که توافق پذیری و وظیفه گرایی با دینداری همبستگی بالایی دارد. پژوهش حاضر نیز همسو با پژوهش های فوق الذکر نشان داد که از میان پنج عامل بزرگ شخصیت، توافق پذیری و وظیفه گرایی قوی ترین پیش بینی کننده های صبر که یکی از نشانه های دینداری است، می باشند. در پاسخ به چهارمین سوال پژوهش حاضر، یافته ها نشان داد که عامل برون گرایی نمره ی کل صبر و مولفه های متعالی شدن، استقامت و درنگ را پیش بینی می کند. برون گرایی بیانگر وجود رویکردی پراورزی به جهان مادی و اجتماعی فرد می باشد که با ویژگی های مردم آمیزی، فعال بودن، قاطعیت و جرات همراه می باشد [۴۲]. بر طبق این نتایج، افرادی که تمایل به شرکت در اجتماعات و مهمانی ها را دارند، در عمل قاطع، فعال و اهل گفتگو هستند، هیجان و تحرک را دوست دارند، تمایل زیادی به تجربه ی هیجان های مثبت دارند و به موفقیت در آینده امیدوارند، بیشتر احتمال دارد که بازداری بیشتری در مقابل هیجان های مخرب خود داشته باشند (درنگ). این گونه افراد پایداری و ثبات بیشتری در انجام کارهای خود نشان می دهند (استقامت) و مشکلات را قضا و قدر الهی می دانند و به گشایش و رحمت خداوند امیدوارند (متعالی شدن).

در پاسخ به آخرین سوال پژوهش حاضر، یافته ها نشان داد که عامل گشودگی در تجربه مولفه ی رضایت صبر را پیش بینی می کند. این یافته نشان می دهد افرادی که قدرت خوبی برای درک عواطف و هیجان های خود دارند، علاقمند به کسب تجارب مختلف هستند، آمادگی

1. Graziano et al
2. Penner et al
3. Hayes & Joseph
4. DeNeve & Cooper

می شود که پژوهش حاضر را با نمونه های متفاوت عادی و بالینی تکرار نمایند. همچنین پیشنهاد می شود ارتباط میان شخصیت و صبر با توجه به عامل جنسیت مورد بررسی قرار گیرد.

با توجه به اینکه پژوهش حاضر نشان داد که ویژگی های شخصیتی با صبر رابطه دارد و پیش بینی کننده ی این سازه روانشناختی است، بنابراین به مشاوران و درمانگران پیشنهاد می شود که در هنگام کاربرد راهبردهای آموزش صبر، ویژگی های شخصیتی مراجعین نیز مورد بررسی قرار گیرد و بر تقویت ویژگی های شخصیتی مثبت تأکید شود. همچنین با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که عامل روان نژادگرایی پیش بینی کننده ی منفی صبر و مؤلفه های آن است، به درمانگران توصیه می شود که در هنگام کاربرد راهبردهای آموزش صبر با شناسایی مراجعین با ویژگی های شخصیتی در معرض خطر (مانند، روان نژادگرایی) به تسهیل روند درمان کمک کنند.

منابع

- ۱- حسین ثابت، فریده. (ب ۱۳۸۷). مقیاس سنجش صبر برای نوجوانان. روان شناسی و دین، سال ۱، ش ۴، صص ۷۳-۸۷.
- ۲- ایزدی طامه، احمد، برجعلی، احمد، دلاور، علی و اسکندری، حسین. (۱۳۸۷). صبر، مبانی نظری و کارکردهای روانی- اجتماعی. تعلیم و تربیت اسلامی، سال ۱۷، ش ۷۸، صص ۱۰۱-۱۲۸.
- ۳- نوری، نجیب الله. (۱۳۸۷). بررسی پایه های روان شناختی و نشانگان صبر در قرآن. روانشناسی و دین، سال ۱، ش ۴، ۱۶۸-۱۴۳.
- ۴- کلینی، ابی جعفر بن یعقوب. (۱۳۸۲). اصول کافی، ترجمه و شرح جواد مصطفوی. تهران: وفا.
- ۵- خرمائی، فرهاد، فرمانی، اعظم، و سلطانی، اسماعیل. (زیر چاپ). ساخت و بررسی ویژگی های روانسنجی مقیاس صبر. مجله اندازه گیری تربیتی.

بازبینی ارزش های مذهبی، سیاسی و اجتماعی خود را دارند و درک عمیق تری از هنر و زیبایی دارند، از زندگی خود احساس رضایت بیشتری می کنند و در مقابل کمبودها و ناملایمات کمتر شکایت می کنند (رضایت). به عبارت دیگر، افرادی که گشوده هستند درگیر فعالیت هایی می شوند که نیازهای روانشناختی آن ها را ارضا کند و به این ترتیب از زندگی خود لذت بیشتری می برند [۴۳]. همچنین عامل گشودگی در تجربه پیش بینی کننده قوی رضایت زناشویی است [۴۴].

از یافته های پژوهش حاضر می توان این گونه نتیجه گیری کرد که شخصیت از عوامل مهم و تاثیرگذار در صبر می باشد. در مدل خودتنظیمی ارائه شده توسط میشل و آیدوک [۴۵] شخصیت عامل مهمی در رسیدن به رفتارهای خودتنظیمی قلمداد شده است. البته باید خاطر نشان کرد که خودتنظیمی واژه ای مترادف با صبر نیست و تنها از بعضی جهات با صبر مشابهت دارد. همچنین باید بر این نکته تأکید کرد که با توجه به فقدان پیشینه پژوهشی تجربی در مورد ارتباط میان شخصیت و صبر، امکان مقایسه ی نتایج پژوهش حاضر با سایر پژوهش های مرتبط وجود ندارد و بنابراین نتایج پژوهش حاضر با بعضی از سازه های مشابه مؤلفه های صبر مقایسه شده است.

پژوهش حاضر با محدودیت هایی همراه بود که باید مورد توجه قرار گیرد. نخست اینکه، پژوهش حاضر بر روی دانشجویان دانشگاه و گروه سنی جوان صورت گرفته، بنابراین در تعمیم نتایج به جمعیت عمومی و دیگر گروه های سنی با محدودیت هایی روبروست. ثانیاً، با توجه به مقطعی بودن مطالعه ی حاضر، برای مشخص کردن روابط علی بین سازه های پژوهش، انجام مطالعه ی طولی ضروری به نظر می رسد. سرانجام اینکه، استفاده از پرسش نامه به عنوان ابزار پژوهش که امکان جمع آوری اطلاعات دقیق تر را محدود می کند، نیز یک محدودیت به حساب می آید.

به پژوهشگران علاقمند به مطالعه ی صبر پیشنهاد

- ۱۳- فرمائی، اعظم، خرمائی، فرهاد و دوکوهکی، نجمه. (۱۳۹۳). بررسی نقش صبر و مولفه های آن در پیش بینی رضایت زناشویی والدین دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر شیراز. ششمین کنگره ملی آسیب شناسی خانواده. دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده.
- 14- Maddi, S. R. (1996). Personality theories: A comparative analysis (6th ed). California: Brooks/ Cole Publishing Company.
- ۱۵- شکوفه فرد، شایسته. (۱۳۹۰). بررسی رابطه ی مولفه های صبر و پرخاشگری در دانشجویان دانشگاه شیراز. پایان نامه کارشناسی، شیراز: دانشگاه شیراز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- 16- Digman, J. M. (1990). Personality Structure: Emergence of the Five-Factor Model. *Annu Rev Psychol*. Vol 41: pp. 417-440.
- 17- Goldberg, L. R. (1992). The development of markers for the Big- Five factor structure. *Psychol Assess*. Vol 4: pp. 26- 42.
- 18- John, O. P. (1990). The "Big Five" factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and questionnaires. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 66- 100). New York: Guilford Press.
- 19- Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1992). Personality: Structure and assessment. *Annu Rev Psychol*. Vol 43: pp. 473- 504.
- 20- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the Five-Factor Model. In J. S. Wiggins (Ed.), *The Five-Factor Model of personality: Theoretical perspectives* (pp. 51- 87). New York: Guilford Press.
- 21- Goldberg, L. R. (1999). A broad-bandwidth, public-domain, personality inventory measuring the lower-level facets of several five-factor models. In I. Mervielde, I. Deary, F. De Fruyt, & F. Ostendorf (Eds.), *Personality psychology in Europe* (Vol. 7, pp. 1-28). Tilburg, the Netherlands: Tilburg University Press.
- ۶- غباری بناب، باقر. (۱۳۷۹). صبر به عنوان روش خودسازی و مقابله ای. مقاله ارائه شده در اولین همایش بین المللی دین و سلامت روان. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- ۷- غباری بناب، باقر و خدایاری فرد، محمد. (۱۳۷۹). رابطه توکل به خدا، اضطراب، صبر و امیدواری در شرایط ناگوار. مقاله ارائه شده در اولین همایش بین المللی دین و سلامت روان. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- ۸- ایزدی طامه، احمد، برجعلی، احمد، دلاور، علی و اسکندری، حسین. (۱۳۸۹). مقایسه تاثیر آموزش صبر و حل مسئله بر کاهش پرخاشگری و انتخاب راهبردهای مقابله ای دانشجویان دانشگاه علوم انتظامی. فصلنامه دانش انتظامی، سال ۱۱، ش ۳، صص ۲۰۷-۱۸۲.
- ۹- حسین ثابت، فریده. (الف ۱۳۸۷). اثربخشی آموزش صبر بر اضطراب، افسردگی و شادکامی. دو فصلنامه مطالعات اسلام و روان شناسی، سال ۱، ش ۲، صص ۷۹-۹۲.
- ۱۰- شریفی، طیبه، مهرابی زاده هنرمند، مهناز و شکرکن، حسین. (۱۳۸۲). نگرش دینی و سلامت عمومی و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی اهواز. اندیشه و رفتار، سال ۱۱، ش ۱، صص ۹۹- ۸۹.
- ۱۱- شکوفه فرد، شایسته و خرمائی، فرهاد. (۱۳۹۱). صبر و بررسی نقش پیش بین مولفه های آن در پرخاشگری دانشجویان. روان شناسی و دین، سال ۵، ش ۲، صص ۹۹-۱۱۲.
- ۱۲- رزم زن، زینب. (۱۳۹۰). بررسی رابطه مولفه های صبر و تاب آوری با تعالی معنوی در دانشجویان دانشگاه شیراز. پایان نامه کارشناسی، شیراز: دانشگاه شیراز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

- 32- McCullough, M. E., & Willoughby, B. L. B. (2009). Religion, self-regulation and self-control: Associations, explanations and implications. *Psychol Bull.* Vol 134, No 1: pp. 69- 93.
- 33- Ashton, M. C., Kibeom, L., & Goldberg, L. R. (2004). A hierarchical analysis of 10710 English personality descriptive adjectives. *J Pers Soc Psychol.* Vol 87: pp. 707- 721.
- 34- McCullough, M. E., Tsang, J., & Brion, S. L. (2003). Personality traits in adolescence as predictors of religiousness in early adulthood: Findings from the Terman Longitudinal Study. *Pers Soc Psychol Bull.* Vol 29: pp. 980- 991.
- 35- Saroglou, V., & Fiasse, L. (2003). Birth order, personality and religion: A study among young adults from a three-sibling family. *Pers Individ Dif.* Vol 35: pp. 19- 29.
- 36- Wink, P., Ciciolla, L., Dillon, M., & Tracy, A. (2007). Religiousness, spiritual seeking and personality: Findings from a longitudinal study. *J Pers.* Vol 75, 1051- 1070.
- 37- McCullough, M. E., Enders, C. K., Brion, S. L., & Jain, A. R. (2005). The varieties of religious development in adulthood: A longitudinal investigation of religion and rational choice. *J Pers Soc Psychol.* Vol 89: pp. 78- 89.
- 38- Graziano, W. G., Habashi, M. M., Sheese, B. E., & Tobin, R. M. (2007). Agreeableness, empathy, and helping: A person X situation perspective. *J Pers Soc Psychol.* Vol 93, No 4: pp. 583- 599.
- 39- Penner, L. A., Fritzsche, B. A., Craiger, J. P., & Freifeld, T. S. (1995). Measuring the prosocial personality. *Adv Pers Assess.* Vol 10: pp. 147- 163.
- 40- Hayes, N., & Joseph, S. (2002). Big 5 correlate of three measures of subjective well-being. *Pers Individ Dif.* Vol 34: pp. 723- 727.
- 41- DeNeve, K. M., & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of personality traits and subjective well-being. *Psychol Bull.* Vol 124: pp. 197- 229.
- ۲۲- خرمائی، فرهاد. (۱۳۸۵). بررسی مدل علی ویژگی های شخصیتی، جهت گیری های انگیزشی و سبک های شناختی. رساله ی دکتری، شیراز: دانشکده ی روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز.
- ۲۳- خرمائی، فرهاد، فرمانی، اعظم، سلطانی، اسماعیل، و شکرپور، علی. (۱۳۹۲). بررسی مقدماتی ارتباط میان ویژگی های شخصیتی، صبر و نومیدی در دانشجویان. طرح پژوهشی مصوب دانشگاه.
- 24- Fayombo, G. (2010). The relationship between personality traits and psychological resilience among the Caribbean adolescents. *Intl J Psychol Stud.* Vol 2, No 2: pp. 105- 116.
- 25- Nakaya, M., Oshio, A., & Kaneko, H. (2006). Correlations for Adolescent Resilience Scale with big five personality traits. *Psychol Rep.* Vol 98, No 3: pp. 927- 930.
- 26- Schimmack, U., Oishi, S., Furr, R. M., & Funder, D. C. (2004). Personality and life satisfaction: A facet-level analysis. *Pers Soc Psychol Bull.* Vol 30: pp. 1062- 1075.
- 27- Hills, P., & Argyle, M. (2001). Emotional stability as a major dimension of happiness. *Pers Individ Dif.* Vol 31: pp. 1357- 1364.
- 28- Soons, P. M., & Liefbroer, C. (2009). Patterns of life satisfaction, personality and family transitions in young adulthood. *Adv Life Course Res.* Vol 14: pp. 87- 100.
- 29- Keyes, L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *J Pers Soc Psychol.* Vol 82: pp. 1007- 1022.
- 30- Hosseinkhanzadeh, A. A., & Taher, M. (2013). The relationship between personality traits with life satisfaction. *Sci Res.* Vol 3, No 1: pp. 99- 105.
- 31- Aslan, S., & Cheung- Blunden, V. (2010). Where does self-control fit in the Five-Factor Model? Examining personality structure in children and adults. *Per Individ Dif.* Vol 53: pp. 670- 674.

۴۴- قلی زاده، زلیخا، برزگری، لیلی، غریبی، حسن و باباپور خیرالدین، جلیل. (۱۳۸۹). بررسی رابطه پنج عامل بزرگ شخصیتی NEO- FFI با رضایت زناشویی. مجله روانشناسی بالینی و شخصیت، سال ۱۷، شماره ۴۳، صص ۶۶-۵۷.

45- Mischel, W., & Ayduk, O. (2002). Self-regulation in a cognitive- affective personality System: Attentional control in the service of the self. *Self Identity*. Vol 1: pp. 113- 120.

۴۲- دائمی، فاطمه، بخشی، علی و جوشن لو، محسن. (۱۳۹۲). آیا می توان از NEO- FFI برای سنجش پنج عامل اصلی شخصیت در ایران بهره برد؟ مجله روانشناسی بالینی و شخصیت، سال ۲۰، شماره ۹، صص ۱۰۶-۹۵.

43- Stephan, Y. (2009). Openness to experience and active older adults' life satisfaction: A trait and facet- level analysis. *Pers Individ Dif*. Vol 47: pp. 637- 641.

تعیین سطح پیش‌بینی کننده عزت‌نفس در خود ناتوان‌سازی میان دانشجویان ورزشکار قهرمان و غیرقهرمان در دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

دانشور
وهتار

نویسندگان: لیلا سابقی^۱، عصمت دانش*^۲، حسین رضابخش^۳ و نرگس سلیمی نیا^۴

- ۱- کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.
- ۲- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.
- ۳- استادیار گروه روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.
- ۴- دانشجوی دکترای روانشناسی تربیتی، دانشگاه علوم مالزی.

*Email: esmat_danesh@yahoo.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین و مقایسه میزان خود ناتوان‌سازی و عزت‌نفس در میان دانشجویان ورزشکار قهرمان و دانشجویان ورزشکار غیر قهرمان بود. روش پژوهش پس‌رویدادی و جامعه آماری ۹۷۵ نفر دانشجوی دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی دانشگاه آزاد واحد کرج در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای و فرمول برآورد نمونه بورگ و گال، ۱۱۵ نفر به تفکیک مقطع تحصیلی، جنس و وضعیت قهرمانی انتخاب شد. ابزار پژوهش پرسشنامه خود ناتوان‌سازی جونز، رودالت و عزت‌نفس روزنبرگ بود. داده‌ها از طریق تحلیل واریانس دو راهه تک‌متغیری، ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون تک‌متغیری تحلیل شد. نتایج حاکی از عزت‌نفس بالاتر ورزشکاران قهرمان از ورزشکاران غیرقهرمان بود، اما تفاوت معناداری بین سطح عزت‌نفس و خود ناتوان‌سازی دانشجویان ورزشکار دختر و پسر قهرمان و غیرقهرمان مشاهده نشد. رابطه بین عزت‌نفس و خود ناتوان‌سازی در دانشجویان ورزشکار پسر قوی‌تر از این رابطه در بین دانشجویان ورزشکار دختر و رابطه بین خود ناتوان‌سازی و عزت‌نفس دانشجویان ورزشکار تربیت بدنی معکوس بود. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد خود ناتوان‌سازی و عزت‌نفس پیش‌بینی کننده یکدیگرند و چون رابطه معکوس بین عزت‌نفس و خود ناتوان‌سازی در دانشجویان ورزشکار غیرقهرمان قوی‌تر از این رابطه در بین دانشجویان قهرمان است، می‌توان با فراهم آوردن زمینه‌ها و امکانات برای کسب موفقیت، عزت‌نفس و خود توانمندسازی افراد را افزایش داد.

● دریافت مقاله: ۹۲/۳/۱۲

● پذیرش مقاله: ۹۳/۳/۱۷

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter

2014-2015

Clinical Psy. & Personality

دو فصلنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و یکم - دوره
جدید شماره ۱۱
پاییز و زمستان ۱۳۹۳

کلید واژه‌ها: خود ناتوان‌سازی، عزت‌نفس، دانشجویان ورزشکار، قهرمان، غیرقهرمان

مقدمه

بر طبق سوگیری خود سودمند، افراد در مجموع موفقیت را سریعاً به صورت علت درونی و شکست را به صورت علت بیرونی می‌بینند. این سوگیری به اعمال راهبردهایی جهت محافظت از عزت‌نفس یا افزایش آن اشاره دارد بر این اساس موفقیت‌ها و توانایی‌ها به عوامل درونی و شکست‌ها به عوامل و شرایط بیرونی نسبت داده می‌شود [۳]. سارانک^۷ بر این باور است که خود ناتوان‌سازی با سازه‌های روانشناختی از جمله ترس از شکست، افسردگی، عزت‌نفس و تنیدگی همبستگی دارد [۵].

این حقیقت که افراد مانع موفقیت خود می‌شوند پدیده‌ای نادر یا جدید نیست. در اوایل سال ۱۹۲۹ روان تحلیل‌گر معروف آلفرد آدلر مشاهده نمود که بیماران از قرار معلوم به رفتار خود شکن^۸ مبادرت می‌ورزند. علاوه بر این، در حکایات فکاهی نشریات عمومی بسیار دیده می‌شود که چگونه گاهی افراد باهوش برای تضعیف کارایی عملکرد خود کارهایی احمقانه انجام می‌دهند [۶]. در تعریف عزت‌نفس دو بخش را در نظر می‌گیرند، یکی داشتن احساس اطمینان در برخورد با چالش‌های زندگی (باور به خود توانمندی) و دیگری احساس داشتن صلاحیت برای خوشبخت شدن (احترام به خود یا عزت‌نفس). باور به خود توانمندی به معنای داشتن اطمینان به عملکرد ذهن است. یعنی این که باور کنیم توانایی فکرکردن، درک‌نمودن، آموختن، انتخاب کردن و تصمیم‌گیری داریم. یعنی این که بتوانیم حقایق و واقعیت‌های مربوط به نیازها و خواسته‌های خود را درک کنیم و به خود اعتماد و اتکا داشته باشیم. احترام به خود یا داشتن عزت‌نفس، به معنای اطمینان داشتن به ارزش خود است، یعنی آن که به خود حق بدهیم زندگی کنیم و شاد باشیم [۷]. عزت‌نفس یک نیاز اساسی است که در فرآیندهای زندگی نقش مهم و به سزایی بر عهده دارد زیرا بر رشد و سلامت و طبیعی بودن فرد کمک می‌کند [۸]. خود ناتوان‌سازی در ورزش به عنوان یک ویژگی و یک پدیده وضعیتی و یا به عبارتی بهتر یک راهبرد، تعریف

خود ناتوان‌سازی^۱ اولین بار توسط جونز و برگلاس^۲ در ۱۹۷۸ مطرح شد و آن‌ها از این اصطلاح برای توصیف فرایندی استفاده کردند که طی آن افراد از عزت-نفس خود در رویارویی با خطرات قابل توجه محافظت می‌کنند [۱]. آن‌ها خود ناتوان‌سازی را به عنوان هر عمل یا انتخاب، تعریف کردند که شامل مجموعه عملکردهایی است که فرصت برونی کردن (یا عذر تراشی) شکست و درونی کردن (پذیرش منطقی موفقیت به عنوان توانایی شخصی) موفقیت را افزایش می‌دهد. طبق نظر آن‌ها خود ناتوان‌سازها در دنیای ورزش کسانی هستند که عملکرد بد خود را به عوامل خارجی نسبت می‌دهند [۲]. در واقع طبق نظر آن‌ها خود ناتوان‌سازی زمانی رخ می‌دهد که افراد تکلیف مربوط به خود را، پیش‌بینی‌کننده شکست بدانند و در نتیجه برای احساس کامیابی موانعی را ایجاد کنند [۳]. به نظر می‌رسد یکی از ساختارهای زیربنایی خود ناتوان‌سازی نظریه اسناد علی^۳ باشد. نظریه اسناد علی فریتز هایدلر^۴ که در سال ۱۹۵۸ مطرح گردید به شرایطی مربوط است که در آن فرد مسئول پیامدهای رفتاری خود شناخته می‌شود. بر اساس این نظریه، اسنادها تحت تأثیر خواسته‌ها و نیازهای فرد قرار دارند و به منظور حفظ و افزایش عزت‌نفس^۵، سوگیری‌های اسنادی صورت می‌گیرد. [۴]. اساس نگرش اسنادهای علی در ورزش این است که مردم، مریبان، بازیکنان، والدین، تماشاچیان و رسانه‌ها درباره علت‌های احتمالی برد و باخت یا موفقیت و شکست می‌اندیشند. آنچه در اینجا مهم است این است که محتوای این تبیین‌ها اغلب بر عواطف آینده ورزشکاران و مؤثر بودن عملکردشان اثر می‌گذارد. از جهتی دیگر سوگیری خود سودمندی^۶ نیز در پژوهش‌های اسناد ورزشی مورد حمایت قرار گرفته است.

1. Self-handicapping
2. Jones & Berglas
3. causal attribution
4. Fritz Heider
5. self-esteem
6. self-serving

7. Sahranc

8. self-defeating

توانمندی‌اش عزت‌نفس او نیز کاهش خواهد یافت، خود ناتوان‌سازی، رفتاری برای جلوگیری از پیامدهای منفی شکست خواهد بود. در واقع رفتار خود ناتوان‌سازی برای حفاظت از خود و عزت‌نفس شکننده انجام می‌شود [۱۵]. خود ناتوان‌سازی یک استدلال به حساب می‌آید به این دلیل که برای نیاز به حفاظت از عزت‌نفس کلی انگیزه‌ای وجود داشته باشد. این انگیزه نشان می‌دهد که چگونه خود ناتوان‌سازی به وسیله پیش‌بینی شرایط تهدید برای عزت‌نفس یا دستکاری (بازخورد موفقیت غیرتصادفی) که تردیدهایی را در مورد توانایی شخص ایجاد می‌کند افزایش پیدا می‌کند [۱۶]. برای توضیح بیشتر مطلب می‌توان گفت، افکار غیرواقعی با میزان بالا باعث افزایش عزت‌نفس مثبت‌تر و کاهش انگیزه بعدی می‌شود، همچنین این افکار در حضور راهبردهای خود ناتوان‌سازکننده افزایش یافته و از عزت‌نفس در استنباط از شکست حفاظت می‌کنند و همچنین فاکتور متزلزل در مدل خود ناتوان‌سازی برای عذرتراشی در عملکرد پایین به منظور حفاظت از عزت‌نفس هستند، در نتیجه اینطور به نظر می‌رسد اگر میزان عزت‌نفس بالا باشد، نیاز به استفاده از راهبردهای خود ناتوان‌سازکننده، بسیار تقلیل پیدا خواهد کرد و استفاده از راهبردهای خود ناتوان‌سازی بسته به میزان عزت‌نفس فرد می‌باشد [۱۷].

صرفنظر از پیامدها، به نظر می‌رسد خود ناتوان‌سازی یک بازی بدون باخت است - حداقل در شرایطی که تأثیرات عملکرد بسیار مهمتر از موفقیت در عملکرد است [۱۸]. راهبرد خود ناتوان‌سازی را می‌توان انحرافی از رفتار دفاع از خود و یا خدمت به خود دانست. تمایل خدمت به خود زمانی است که افراد مکرراً ادعای موفقیت دارند و منکر این موضوع هستند که در شکست‌شان نیز خودشان مقصرند. در حقیقت افراد، خودشان عمداً از پذیرش مسئولیت شکست ممانعت می‌کنند، این یک مثال از رفتار دفاع از خود است. در واقع به وسیله این راهبرد دفاع از خود است، که افراد می‌توانند به طور مداوم از موفقیت‌ها بهره‌برداری کنند ولی حاضر به پذیرش شکست‌ها نشوند [۱۹].

شده است، بدین معنا که، خود ناتوان‌سازی / ایجاد موانع، به فرد امکان کاهش گستره تلاش برای پیشگیری از تجربه شکست را می‌دهد [۹]. جونز و برگلاس در پژوهش دیگر خود در رابطه با ورزشکاران به نکات خاصی پی بردند، برای مثال خود ناتوان‌سازان در دنیای ورزش کسانی هستند که عملکرد بد خود را به عوامل خارجی نسبت می‌دهند. مثل یک ورزشکار تنیس که بعد از یک ضربه بد رشته‌های راکت خود را تنظیم می‌کند و تنظیم نبودن آن را باعث ضربه بد می‌داند و یا ورزشکاران گلف که از انجام تمرینات اجتناب می‌کنند تا بعداً بتوانند بهانه‌ای برای عملکرد احیاناً ضعیف خود داشته باشند [۱۰]. ورزشکاران برجسته، اغلب به اسناد صدمه بدنی (علت بیرونی بی‌ثبات) می‌پردازند تا عملکرد ضعیف خود را تبیین کنند. به‌ویژه اگر نبود موفقیت همچنان ادامه داشته باشد [۱۱]. از دیدگاه اسنادی، خود ناتوان‌سازی رابطه بین توانایی و عملکرد را مبهم می‌سازد. بنابراین، یک ورزشکار خود ناتوان‌ساز که عملکرد ضعیفی دارد می‌تواند شکست خود را ناشی از موانع فراروی خود بداند تا توانایی یا ضعف عملکرد [۱۲] در نتیجه، عزت-نفس حفظ می‌شود و بالعکس. اگر فرد موفق شود، مسلماً مکانیسم‌های مشابه موفقیت را به توانایی‌های فردی خود نسبت خواهد داد که در نتیجه باعث افزایش عزت‌نفس می‌شود. در واقع خود ناتوان‌سازی راهبردی است که به میزان عزت‌نفس وابسته می‌باشد. همچنین در این راستا یوسال و کنی^۱، نیز عقیده دارند خود ناتوان‌سازی در کوتاه مدت موجب افزایش احترام به خود یا عزت‌نفس می‌شود، اما خود ناتوان‌سازی در بلند مدت کاهش سطح عزت‌نفس را در پی خواهد داشت [۱۳].

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که هم عزت‌نفس بالا و هم عزت‌نفس پایین در موقعیت‌های مختلف با خود ناتوان‌سازی رابطه دارد [۱۴]، به اعتقاد اسمیت^۲، در شرایطی که فرد پیش‌بینی می‌کند عملکرد ضعیفی خواهد داشت و در نتیجه با زیر سؤال رفتن شایستگی و

1. Uysal & Knee
2. Smith

را دارد، اگر بتوان به میزان عزت‌نفس و در نتیجه میزان استفاده از خودناتوان‌سازی ورزشکاران قهرمان و غیرقهرمان دست یافت، می‌توان از ورزشکاران دارای خود ناتوان‌سازی پایین و عزت‌نفس بالا، انتظار موفقیت بیشتری داشت. بنابراین هدف اساسی پژوهش حاضر تعیین سطح پیش‌بینی‌کننده عزت‌نفس در خود ناتوان‌سازی میان دانشجویان ورزشکار قهرمان و غیرقهرمان بود. هدف‌های دیگری که در این پژوهش دنبال شدند، عبارت بود از:

۱. تعیین تفاوت میزان خود ناتوان‌سازی ورزشکاران [قهرمان] و ورزشکاران [غیرقهرمان] دختر و پسر.
۲. تعیین تفاوت میزان عزت‌نفس ورزشکاران [قهرمان] و ورزشکاران [غیرقهرمان] دختر و پسر.
۳. تعیین رابطه خود ناتوان‌سازی با عزت‌نفس دانشجویان دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی.
۴. تعیین تفاوت شدت رابطه بین خود ناتوان‌سازی و عزت‌نفس ورزشکاران [قهرمان] و ورزشکاران [غیرقهرمان].
۵. تعیین تفاوت شدت رابطه بین خود ناتوان‌سازی و عزت‌نفس دانشجویان دختر و پسر دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع طرح‌های پس‌رویدادی بو است.

آزمودنی

جامعه پژوهش عبارت بود از کلیه دانشجویان دختر و پسر دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج به تعداد ۹۷۵ نفر، که در زمان پژوهش در یکی از مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ مشغول به تحصیل بودند. نمونه نیز شامل ۱۱۵ نفر بود که از طریق فرمول برآورد نمونه بورگ و گال ۱۹۸۹ در مقایسه دو گروه، با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای به تفکیک مقطع تحصیلی، جنس و

اگرچه در ایران پژوهش‌های معدودی در زمینه خود ناتوان‌سازی صورت گرفته است اما به نظر می‌رسد هیچ‌کدام رابطه آن را با عزت‌نفس و در جامعه ورزشی مورد بررسی قرار نداده است، با توجه به این که سلف^۱، بر این باور است که رفتار خود ناتوان‌سازی باید در زمینه اجتماعی بررسی شود زیرا خود ناتوان‌سازی تنها زمانی به کار می‌رود که عزت‌نفس در معرض تهدید باشد؛ و با توجه به این که ورزش دارای شرایطی است که احتمال موفقیت در آن با تردید همراه است و با احتمال بالایی فرد ممکن است مورد ارزیابی قرارگیرد، به نظر می‌رسد بررسی این متغیرها فضائی ایده‌آل برای تعیین ماهیت و روابط خود ناتوان‌سازی باشد [۲۰]. همچنین در بررسی ادبیات، خلاء پژوهشی در بررسی این موضوع در جامعه ورزشی مشاهده می‌شود، در حالی که از مجموع پژوهش‌های موجود، چنین استنباط می‌شود که بهتر است این متغیر در جامعه ورزشی نیز مطالعه شود. با توجه به اینکه در فرآیند تعلیم و تربیت (به خصوص در ورزشکاران) توجه به این عوامل پایه‌ای امری اساسی و دارای اهمیت بسیار بالایی است، به این دلیل که اگر در شناسایی و میزان استفاده از راهبردهای خود ناتوان‌سازی و میزان عزت‌نفس اشخاص موفق عمل نکنیم، نمی‌توان رفتارها و واکنش‌های افراد و به خصوص ورزشکاران را درست پیش‌بینی کرد. بنابراین بهترین شیوه آموزش برای رشد مؤلفه‌هایی مانند (خود ناتوان‌سازی و عزت‌نفس) آشنایی هرچه بیشتر مربیان و برنامه‌ریزان ورزشی با این مفاهیم وابسته به روانشناسی است. توجه به مسائل روانشناختی ورزشکاران در اغلب اوقات بسیار مهمتر از ابعاد زیست‌شناختی آنان است [۲۱]. مسئله پژوهش برای پژوهشگر از اینجا آغاز می‌شود که میزان عزت‌نفس به چه اندازه می‌تواند خود ناتوان‌سازی را پیش‌بینی نموده و چه تفاوتی میان خود ناتوان‌سازی و عزت‌نفس ورزشکاران دختر و پسر قهرمان و غیر قهرمان وجود دارد. با توجه به اینکه خود ناتوان‌سازی نقش سازنده‌ای در میزان موفقیت در ورزش و عملکردهای بعدی ورزشکار

1. Self

روزنبرگ در سال ۱۹۶۵ برای اندازه‌گیری عزت‌نفس کلی و ارزش شخصی ساخته شد. این مقیاس شامل ۱۰ عبارت کلی است که میزان رضایت از زندگی و داشتن احساس خوب در مورد خود را می‌سنجد. ضرایب آلفای کرونباخ این مقیاس در نوبت اول ۰/۸۷ برای مردان و ۰/۸۶ برای زنان و در نوبت دوم ۰/۸۸ برای مردان و ۰/۸۷ برای زنان محاسبه شده است [۲۳]. همبستگی آزمون مجدد در دامنه ۰/۸۸-۰/۸۲ و ضریب همسانی درونی یا آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۸-۰/۷۷ قرار دارد. این مقیاس از روایی داخلی رضایت بخشی ۰/۷۷ برخوردار است. پایایی نسخه فارسی با روش بازآزمایی، به فاصله ده روز محاسبه شده و ضریب همبستگی ۰/۷۴ به دست آمده است [۲۴]. در پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش همسانی درونی محاسبه شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی درونی مناسب آزمون در نمونه پژوهشی مورد مطالعه است.

شیوه تحلیل داده‌ها: داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس دو راهه تک‌متغیری، ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون تک‌متغیری تحلیل شد.

نتایج

از ۱۱۵ دانشجوی ورزشکار بر حسب جنس و وضعیت آزمودنی‌ها ۱۱/۳ درصد پسر قهرمان، ۳۸/۳ درصد پسر غیرقهرمان، ۸/۷ درصد دختر قهرمان، ۴۲/۶ درصد دختر غیرقهرمان بودند. بر حسب جنس و مقطع تحصیلی ۳۳/۰ درصد پسر و ۸/۳۴ دختر در مقطع کارشناسی، و ۱۶/۵ درصد پسر و ۱۵/۷ درصد دختر در مقطع کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بودند. در مقطع کارشناسی ۹/۶ درصد دانشجویان قهرمان و ۵۸/۳ درصد دانشجویان غیرقهرمان و در مقطع کارشناسی ارشد ۹/۶ درصد دانشجویان قهرمان و ۲۲/۶ درصد دانشجویان غیرقهرمان بودند.

جدول ۱ نشان می‌دهد که میزان خود ناتوان‌سازی بین دانشجویان ورزشکار دختر و پسر قهرمان و غیرقهرمان دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی تفاوت ندارد.

وضعیت قهرمانی، سپس به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از فهرست اعضای جامعه انتخاب شدند. لازم به توضیح است که منظور از قهرمان، ورزشکارانی هستند که در زمینه‌های مختلف ورزشی (تکواندو، کاراته، جدو، شنا و همچنین ورزش‌های گروهی از جمله فوتبال، والیبال و بسکتبال)، دارای مدال‌های قهرمانی از نوع طلا، نقره، برنز و یا ترکیبی از آنها را در سطح کشور و بالاتر به مدت ۳ دوره داشته‌اند.

ابزار پژوهش

۱. مقیاس خود ناتوان‌سازی^۱: این مقیاس ۲۵ ماده‌ای در سال ۱۹۸۲، توسط جونز و رودوال^۲ به منظور سنجش رفتارهای خود ناتوان‌ساز ساخته شد. پرسش‌ها در مقیاس ۶ درجه ای لیکرت از کاملاً مخالفم = ۰ تا کاملاً موافقم = ۵ تنظیم شده است. حداقل نمره آزمودنی‌ها ۰ و حداکثر آن ۱۲۵ است. همسانی درونی این مقیاس از ۰/۳۸ تا ۰/۷۰ گزارش شده است [۲۲]. پایایی مقیاس با بازآزمایی در طی یک ماه $r=0.74$ به دست آمده است [۲۳]. مقیاس خود ناتوان‌سازی توسط حیدری، دهقانی و خدائپناهی (۱۳۸۸)، به فارسی ترجمه ویژگی‌های روانسنجی آن مورد بررسی قرار گرفته است. تحلیل عاملی اکتشافی داده‌ها نشان داد که ۲۳ ماده از مقیاس بر روی سه عامل "خلق منفی"، "تلاش" و "عذرتراشی" دارای بار عاملی هستند که جمع نمره خلق منفی با نمره معکوس تلاش نشان‌دهنده خود ناتوان‌سازی رفتاری و جمع نمره خلق منفی با عذرتراشی نشان‌دهنده خود ناتوان‌سازی ادعایی است. آلفای کرونباخ عوامل از ۰/۶ تا ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۷ و ضریب پایایی نیز ۰/۸۴ می‌باشد [۱۴]. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش همسانی درونی محاسبه شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۵۲ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی درونی مناسب آزمون در نمونه پژوهشی مورد مطالعه است.

۲. مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ^۳: این مقیاس توسط

1. Self-Handicapping Scale (SHS)
2. Rhodewalt
3. Rosenberg Self-Esteem Scale (SES)

جدول ۱: خلاصه تجزیه و تحلیل واریانس دو راهه خود ناتوان‌سازی

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر مجذور اتا جزئی
عامل A (وضعیت: قهرمان / غیرقهرمان)	۷۳/۹۵۴	۱	۷۳/۹۵۴	۶۷۰/۰	-
عامل B (جنس: دختر / پسر)	۷۷/۳۶۲	۱	۷۷/۳۶۲	۷۰۰/۰	-
عامل تعامل A×B (وضعیت × جنس)	۱۶۸/۰۳۹	۱	۱۶۸/۰۳۹	۵۲۱/۰	-
خطا	۱۲۲۶۰/۲۰۰	۱۱۱	۱۱۰/۴۵۲		
کل	۱۲۵۷۹/۵۵۵	۱۱۴			

جدول ۲: خلاصه تجزیه و تحلیل واریانس دو راهه عزت‌نفس

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر مجذور اتا جزئی
عامل A (وضعیت: قهرمان / غیرقهرمان)	۲۱۱/۵۰	۱	۲۱۱/۵۰	۶۸۵ ^{**} /۷	۰۶۵/۰
عامل B (جنس: دختر / پسر)	۰۸۳/۰	۱	۰۸۳/۰	۰۱۳/۰	-
عامل تعامل A×B (وضعیت × جنس)	۷۱۷/۶	۱	۷۱۷/۶	۰۲۸/۱	-
خطا	۲۷۲/۷۲۵	۱۱۱	۵۳۴/۶		
کل	۲۸۳/۷۸۲	۱۱۴			

^{**}P<۰/۰۱ ^{*}P<۰/۰۵

جدول ۲ نشان می‌دهد که از منظر تأثیر وضعیت (قهرمان / غیرقهرمان)، عزت‌نفس ورزشکاران قهرمان بالاتر از ورزشکاران غیرقهرمان است و از نظر تأثیر جنس عزت‌نفس دانشجویان ورزشکار دختر و پسر دانشکده تربیت بدنی تفاوت ندارد. جدول ۳ نشان می‌دهد که رابطه عزت‌نفس و خود ناتوان‌سازی دانشجویان ورزشکار تربیت بدنی معکوس است. جدول ۴ نشان می‌دهد که عزت‌نفس پیش‌بینی کننده خود ناتوان‌سازی است و خود ناتوان‌سازی پیش‌بینی کننده عزت‌نفس است. برای تعیین سهم هر کدام از متغیرهای پژوهش در پیش‌بینی متغیر دیگر، ضریب رگرسیون محاسبه و آزمون شده است که نتیجه آن در جدول ۵ ملاحظه می‌شود.

جدول ۳: ضرایب همبستگی و آزمون معناداری بین نمره‌های عزت‌نفس و خود ناتوان‌سازی

آزمون ضریب همبستگی		آزمون خطی بودن رابطه		Y	X
T	r _{XY}	F		خود ناتوان‌سازی	عزت‌نفس
^{**} ۰۵۲/۳	- ۰/۲۷۶	^{**} ۴۰۰/۸			

^{**}P<۰/۰۰۱ ^{*}P<۰/۰۵

جدول ۴: تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی خود ناتوان‌سازی بر اساس عزت‌نفس [و بلعکس]

F	درجه آزادی	^۲ R	R
۹/۳۳۲ ^{**}	۱ و ۱۱۳	۰/۰۷۶	۰/۲۷۶

^{**}P<۰/۰۰۱ ^{*}P<۰/۰۵

تعیین سطح پیش‌بینی کننده عزت‌نفس در خود ناتوان‌سازی میان دانشجویان ورزشکار قهرمان و غیرقهرمان ...

جدول ۵: ضریب رگرسیون برای پیش‌بینی خود ناتوان‌سازی بر اساس عزت‌نفس [و بلعکس]

t	Beta	ضریب b	متغیر پیش‌بین	
۳۲/۸۲۷ **	-----	۵۹/۰۸۶	مقدار باقیمانده (a)	متغیر پیش‌بین: عزت‌نفس
- ۳/۰۵۵ **	- ۰/۲۷۶	- ۱/۱۰۲	عزت‌نفس	متغیر ملاک: خود ناتوان‌سازی
۶/۳۸۸ **	-----	۸/۰۱۸	مقدار باقیمانده (a)	متغیر پیش‌بین: خود ناتوان‌سازی
- ۳/۰۵۵ **	- ۰/۲۷۶	- ۰/۰۶۹	خود ناتوان‌سازی	متغیر ملاک: عزت‌نفس

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

جدول ۶: ضرایب همبستگی و آزمون معناداری بین نمره‌های عزت‌نفس و خود ناتوان‌سازی (به تفکیک قهرمانی و غیرقهرمانی)

غیرقهرمان		قهرمان		Y	X
آزمون ضریب همبستگی	آزمون خطی بودن رابطه	آزمون ضریب همبستگی	آزمون خطی بودن رابطه		
t	rXY	F	t	rXY	F
۳/۷۰۸ **	- ۰/۳۴۳	۱۱/۸۱۰ **	۱/۰۸۱	۰/۲۳۵	۴/۲۶۰ **
					عزت‌نفس
					خود ناتوان‌سازی

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

جدول ۷: ضرایب همبستگی و آزمون معناداری بین نمره‌های عزت‌نفس و خود ناتوان‌سازی (به تفکیک جنس)

پسر		دختر		Y	X
آزمون ضریب همبستگی	آزمون خطی بودن رابطه	آزمون ضریب همبستگی	آزمون خطی بودن رابطه		
t	rXY	F	t	rXY	F
۳/۰۱۲ **	- ۰/۳۵۵	۸/۶۲۸ **	۱/۵۲۸	- ۰/۲۰۰	۳/۳۲۱ **
					عزت‌نفس
					خود ناتوان‌سازی

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

خود ناتوان‌سازی از مباحث جالب و تا حدودی جدید در روانشناسی می‌باشد که در آینده نزدیک نظر بسیاری از روانشناسان و مشاوران را به خود جلب خواهد کرد. همچنین امروزه کلمه عزت‌نفس نیز در میان روانشناسان و مشاوران و حتی افراد عادی جامعه جهت شناخت رفتار، عملکرد و واکنش طرف مقابل خود به کار برده می‌شود. پرداختن به این مفاهیم و اهمیت آن در موفقیت انسان و ثمرات آن (به خصوص در ورزش) حداقل به دو دلیل مهم است و باید مورد توجه قرار گیرد. نخست آنکه این مفاهیم در ذات خود دارای ارزش تربیتی هستند و پرورش انسان‌های صاحب عزت‌نفس بالاتر، دارای خود پنداره‌ای

جدول ۵ نشان می‌دهد که رابطه بین عزت‌نفس و خود ناتوان‌سازی در دانشجویان ورزشکار غیرقهرمان دانشکده تربیت بدنی قوی‌تر از این رابطه در بین دانشجویان ورزشکار قهرمان است.

چنانکه در جدول ۶ دیده می‌شود، شدت رابطه بین عزت‌نفس و خود ناتوان‌سازی دانشجویان ورزشکار دختر و پسر دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی متفاوت است.

جدول ۷ نشان می‌دهد که رابطه بین عزت‌نفس و خود ناتوان‌سازی در دانشجویان ورزشکار پسر دانشکده تربیت بدنی قوی‌تر از این رابطه در بین دانشجویان ورزشکار دختر است.

ضعیف‌تر خود ناتوان‌سازی استفاده می‌کنند، می‌تواند توجیه دیگری برای این عدم تفاوت باشد.

نتایج تحقیق نشان داد عزت‌نفس ورزشکاران قهرمان نسبت به عزت‌نفس ورزشکاران غیرقهرمان بالاتر است. این تفاوت را با استناد به پیشینه پژوهش می‌توان این چنین تبیین نمود: بر پایه پژوهش‌های پیشین علیان [۲۹]، همسو با پژوهش حاضر نشان می‌دهد که؛ تفاوت قهرمانان ورزشی در مقایسه با سایر ورزشکاران در عزت‌نفس، معنادار است. همچنین مارتین و براولسی^۵ [۳۰]، دریافتند عزت‌نفس رابطه معناداری با عملکرد مثبت ورزشکاران دارد و نتیجه این عملکرد مثبت نیز متعاقباً قهرمان شدن را در پی خواهد داشت، در نتیجه عزت‌نفس نیز افزایش خواهد یافت، در نتیجه عزت‌نفس نیز افزایش خواهد یافت. برای تبیین این یافته می‌توان گفت، اگر توانایی‌های فرد و در نتیجه موفقیت‌ها و متعاقباً عزت‌نفس فرد افزایش پیدا کند رفتارهای خود ناتوان‌سازکننده نیز کاهش می‌رود [۳۱]. غرور عنصر کلیدی در تعریف عزت‌نفس است، به عبارت دیگر ما هنگامی احساس غرور می‌کنیم که بتوانیم مسئولیت مهمی را قبول کنیم یا فرد ارزشمندی برای اجتماع باشیم. در واقع غرور را می‌توان با هیجان‌های مثبتی نظیر احساس فتح، پیروزی، دلیری و شجاعت در یک گروه قرار داد؛ در نتیجه قهرمان شدن، احساس غرور بیشتر و متعاقباً عزت‌نفس بالاتری را به وجود خواهد آورد [۳۲].

از سوی دیگر بین عزت‌نفس و خود ناتوان‌سازی دانشجویان تربیت بدنی رابطه معکوس وجود دارد، این در حالی است که یافته بساک نژاد [۳۳] اعلام می‌کند؛ بین عزت‌نفس و خود ناتوان‌سازی همبستگی منفی وجود دارد و پراپاوسیس و گراو^۶ [۳۴]، نیز دریافتند عزت‌نفس به عنوان یک میانجی منفی نیرومند برای صفت خود ناتوان‌سازی به کار می‌رود. در اضافه، عزت‌نفس با استفاده از خود ناتوان‌سازی رابطه منفی دارد و عزت‌نفس

مثبت، اهل رقابت، چالش، کسب موفقیت و احساس شایستگی یکی از اهداف اساسی هر نظام تربیتی می‌باشد. دوم آنکه، این مفاهیم برای سایر اهداف عالی انسانی زمینه و بستر مناسبی هستند. ضمناً آنها با شناخت و آگاهی از راهبردهای خود ناتوان‌ساز و میزان عزت‌نفس خود می‌توانند از عوارض منفی (خود ناتوان‌سازی) و یا میزان عزت‌نفس (پایین‌شان) آگاه شوند و در جهت اصلاح دیدگاه خود گام بردارند. در راه نیل به این هدف یافته‌های این پژوهش نشان داد که خود ناتوان‌سازی دانشجویان دختر و پسر رشته تربیت بدنی در یک سطح است. یافته پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات محققان دیگر از بعد جنس، از جمله جشو^۱ [۲۵] که دریافت زن‌ها به احتمال کمتری در موقعیت‌های گروهی خود ناتوان‌ساز هستند و فراری و تاپس^۲ [۲۶]، نیز که نشان داد شیوع خود ناتوان‌سازی در میان مردها نسبت به زن‌ها بالاتر است و از بعد وضعیت، با پژوهش‌های الیوت، کاری، فریر و هاگوست^۳ [۲۷]، که دریافتند که بین خود ناتوان‌سازی و عملکرد ضعیف ورزشی رابطه مثبت وجود دارد و کادویل، مارتین، فاموس و گرنیجون^۴ [۲۸] که نشان دادند عزت‌نفس با استفاده از خود ناتوان‌سازی رابطه منفی دارد و عزت‌نفس بالا باعث کاهش استفاده از خود ناتوان‌سازی در حیطه ورزشی می‌شود، همخوانی ندارد؛ ضمناً با پژوهش دیگر آن‌ها نیز که به این نتیجه رسیدند که در زمینه ورزش کاربرد موقعیتی خود ناتوان‌سازی با عملکرد ضعیف‌تر، احساس کارایی و عزت‌نفس پایین همراه است تطابق ندارد، شاید این تضاد را بتوان با این موضوع که، گرایش‌های خود ناتوان‌سازی با انواع روش‌های مقابله با مشکلات بر اساس احساسات مرتبط هستند تبیین کرد و این موضوع که ورزشکارانی که گرایش‌های قوی‌تر خود ناتوان‌سازی دارند، از راهکارهای مبتنی بر احساسات همانند انکار/اجتناب و تفکر آرزومندانه بیش از ورزشکاران دارای گرایش‌های

1. Joshua
2. Ferrari & Tice
3. Elliot, Cury, Fryer & Huguet
4. Coudeville, Martin, Famose & Gernigon

5. Martin & Brawley
6. Prapavessis, & Grove

این که چگونه توسط دیگران مشاهده می‌شود و مشاهده عملکرد برجسته دیگران، ممکن است مورد تهدید قرار گیرد که این به نوبه خود باعث استفاده از راهبردهای خود ناتوان‌سازی خواهد شد [۳۷].

رابطه بین عزت‌نفس و خود ناتوان‌سازی در دانشجویان ورزشکار غیرقهرمان تربیت بدنی قوی‌تر از این رابطه در بین دانشجویان ورزشکار قهرمان است. یافته‌ها، همسو با پژوهش حاضر نشان دادند، عزت‌نفس به عنوان یک میانجی منفی نیرومند به کار می‌رود، بنابراین می‌توان استدلال نمود، خود ناتوان‌سازی بعنوان یک استراتژی مدیریتی مهم و ابزاری برای حفظ و ارتقاء وجهه عمومی و فردی شخص بکار می‌رود، در نتیجه، خود ناتوان‌سازی رابطه بین توانائی و عملکرد را مبهم می‌سازد [۳۲، ۲۸، ۱۳]. زیرا در صورت شکست، اطمینان دارند که شکست خود را به عوامل بیرونی نسبت خواهند داد و در نتیجه عزت‌نفسشان حفظ خواهد شد [۳۸].

رابطه بین عزت‌نفس و خود ناتوان‌سازی در دانشجویان ورزشکار پسر دانشکده تربیت بدنی قوی‌تر از این رابطه در بین دانشجویان ورزشکار دختر است. این یافته با یافته بساک نژاد [۳۳] و یافته مک کرا، هرت و میلنر^۴ [۳۹]، که زنان در موقعیت‌های گروهی نسبت به مردان کمتر ادعای خود ناتوان‌سازی دارند و همچنین زنان کمتر از مردان دست از تلاش برمی‌دارند ولی مردان تا زمانی که احتمال پیروزی و به دست آوردن پاداش وجود داشته باشد تلاش می‌کنند و همچنین با یافته ریسکا، رین و کولی^۵ [۴۰]، که ادعا کردند میزان استفاده از خود ناتوان‌سازی در ورزشکاران مرد، با میزان استفاده از کلماتی اعم از: مشکلات تیم/ مربی ورزشی و یا آسیب جسمانی که برای حفظ عزت‌نفسشان گزارش می‌کنند، مشخص می‌شود، در حالی که زنان کمتر از این کلمات در گزارش‌هایشان برای حفظ عزت‌نفسشان استفاده می‌کنند، همسو است. برای تبیین این یافته می‌توان گفت، مردها به احتمال بیشتری از خود ناتوان‌سازی

بالا باعث کاهش استفاده از خود ناتوان‌سازی در حیطة ورزشی می‌شود [۲۷]. این رابطه را می‌توان چنین تبیین نمود: از آنجایی که خود ناتوان‌سازی یک استدلال به حساب می‌آید، وجودش برای حفاظت از عزت‌نفس ضروری به نظر می‌رسد. این انگیزه نشان می‌دهد که چگونه خود ناتوان‌سازی به وسیله پیش‌بینی شرایط، عزت‌نفس فرد را نشان می‌دهد [۱۶]. از طرف دیگر راهبردهای خود ناتوان‌سازی از عزت‌نفس در استنباط از شکست حفاظت می‌کنند و همچنین، خود ناتوان‌سازی برای عذر تراشی در عملکرد پایین به منظور حفاظت از عزت‌نفس نیز می‌تواند عامل مؤثری باشد [۳۳]. در ادامه با استفاده از تحلیل رگرسیون تک متغیری، مشخص گردید که عزت‌نفس پیش‌بینی کننده خود ناتوان‌سازی است و خود ناتوان‌سازی پیش‌بینی کننده عزت‌نفس است. این یافته با یافته مارتین و براولی^۱ [۹]، مبنی بر اینکه سطح عزت‌نفس ورزشکاران پیش‌بینی کننده‌ای قوی برای خود ناتوان‌سازی ورزشکاران است همسو بوده و از طرفی با یافته ریچارد، جانسون، کولین و وود^۲ [۳۴]، که دریافتند عزت‌نفس پیش‌بینی کننده دقیقی برای خود ناتوان‌سازی است، به این معنی که نمره‌های خود ناتوان‌سازی بالا پیش‌بینی کننده عزت‌نفس پایین بودند و همچنین نمره‌های خود ناتوان‌سازی پایین پیش‌بینی کننده عزت‌نفس بالا بودند و پولفورد، جانسون و آواید^۳ [۳۵]، نیز که دریافتند که عزت‌نفس پیش‌بینی کننده معناداری برای خود ناتوان‌سازی افراد است نیز، هم راستا است. برای تبیین این یافته می‌توان گفت، در موقعیت‌هایی که توانایی بالقوه افراد در حد بالا ارزیابی می‌شود، تمایلات خود ناتوان‌سازی افزایش می‌یابد. وقتی این موقعیت‌ها متعارف باشد، خودپنداره فرد دائماً محک می‌خورد، عزت‌نفس وی تهدید می‌شود و ساز و کارهای غلبه بر این تهدید که همان خود ناتوان‌سازی است، فعال می‌گردد [۳۶]. از طرف دیگر عزت‌نفس فرد از طرق مختلف شامل

4. McCrea, Hirt & Milner
5. Riska, Yin & Cooley

1. Martin & Brawley
2. Richards, Janson, Collins & Wood
3. Pulford, Johnson & Awaida

۴- کریمی، یوسف. (۱۳۸۳). روانشناسی اجتماعی. تهران: نشر ارسباران.

5- Sahranc, U. (2011). An investigation of the relationships between self-handicapping, depression, anxiety, and stress. *International Online Journal of Educational Sciences*, 3, 526-540.

6- Siegel, P., Scillitoe, J., Parks-Yancy, R. (2005). Educing the tendency to self-handicap. *Journal of Experimental Social Psychology*, 41, 589-597.

۷- براندن، ناتانیل. (۱۳۸۲). روان‌شناسی عزت‌نفس. ترجمه مهدی فرچه داغی. تهران: نشر نخستین. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

۸- کرمی بلداجی، روح‌الله؛ بهارلو، غفار؛ زارعی، اقبال و ثابت زاده، ماجده. (۱۳۹۲). اثر بخشی آموزش رویکرد شناختی-رفتاری عزت‌نفس بر پرخاشگری نوجوانان پسر مقطع دبیرستان شهر شهرکرد. فصلنامه بالینی و شخصیت رفتار (دانشور رفتار)، دوره جدید، شماره ۹، صفحات ۳۳-۴۲.

9- Martin, K. A., & Brawley, L. R. (2002). Self-handicapping in physical achievement settings: the contributions of self-esteem and self-efficacy. *Journal of Self and Identity*, 1, 337-351.

10- Smith, J. L., Hardy, T., & Arkin, R. (2009). When practice doesn't make perfect: Effort expenditure as an active behavioral self-handicapping strategy. *Journal of Research in Personality*. 43, 95-98.

11- McAuley, E. (1991). Efficacy, attributional, and effective responses to exercise participation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 13, 382-393.

12- Coudeville, G. R., Martin, K. A. & Famose J. P. (2008). Determinants of Self-handicapping strategies in sport and their Effects on athletic performance. *Journal of Social Behavior and Personality*, 36, 391-398.

13- Uysal, A., & Knee, C. R. (2012). Low trait self-control predicts self-handicapping. *Journal of Personality*, 80, 59-78.

استفاده می‌کنند و به ظاهر ادعا می‌کنند که تلاش کمی کرده‌اند، که این رفتار غیر قابل پذیرش است. در نتیجه هنگامی که آنها نمی‌توانند احساساتشان را کنترل کنند با باورهای خود شکن مواجه می‌شوند و این خود شکنی آنها نیز ناشی از رفتارهای خود ناتوان ساز کنندشان است [۴۱]. در واقع اگر مردها احتمال بدهند عملکردشان با شکست مواجه می‌شود، با انجام رفتارهای خود ناتوان سازکننده یا وقت کشی خود را توجیه می‌کنند [۴۰]، به همین سبب اهمیت پژوهش‌هایی در این زمینه محرز می‌گردد و ایجاب می‌نماید که تأثیرات خود ناتوان سازی بر عزت‌نفس و عزت‌نفس بر خود ناتوان سازی به خصوص در ورزشکاران مورد بحث و بررسی قرار گیرد. در نهایت این مسئله پژوهشی در بین دانشجویان ورزشکار (دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی) دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج به اجرا در آمد تا با شناسایی میزان استفاده از خود ناتوان سازی و میزان عزت‌نفس، رابطه و تفاوت حاکم بین (ورزشکاران قهرمان و ورزشکاران غیر قهرمان) به دست آید و یافته‌های پژوهش را به مربیان، مسئولین ورزشی، برنامه‌ریزان ورزشی و ورزشکاران ارائه داد، تا به طور علمی و دقیق از میزان استفاده از خود ناتوان سازی و عزت‌نفس ورزشکاران آگاهی داشته و برای نیل به موفقیت هرچه بیشتر ورزشکاران گامهای مؤثرتری بردارند.

منابع

1- Prapavessis, H., Maddison, R. & Grove, J. R. (2003). Self-handicapping tendencies, coping, and anxiety responses among athletes. *Journal of Self and Identity*, 22, 357-375.

۲- نیکنام، ماندانا؛ حسینیان، سیمین و یزدی، سیده منور. (۱۳۸۹). رابطه باورهای کمال گرایانه و رفتارهای خودناتوان ساز در دانشجویان. *مجله علوم رفتاری*. دوره ۴، شماره ۲، صفحات ۱۰۳-۱۰۸.

3- Alter, A. L, Forgas, J. P. (2007). On being happy but fearing failure: The effect of mood on Self-handicapping strategies. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43, 947-954.

- ۲۴- وحدت نیا، فاطمه. (۱۳۸۴). بررسی مقایسه ای رابطه عزت نفس، خودپنداره و رضایت زناشویی در زنان آزار دیده توسط همسر و زنان غیر آزار دیده شهر تهران. پایان نامه تحصیلی کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.
- 25- Joshua, J. (2009). Gender Differences in Claimed Self-Handicapping: The Role of Group Status and Effort. Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for graduation with research distinction in Psychology in the undergraduate colleges of The Ohio State University.
- 26- Ferrari, J. R., & Tice, D. M. (2000). Procrastination as a self-handicap for men and women: task-avoidance strategy in a laboratory setting. *Journal of Research in Personality*, 34, 73-83.
- 27- Elliot, A. J, Cury, F., Fryer, J. W., & Huguet, P. (2006). Achievement goals, Self-handicapping, and performance attainment: A mediational analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 28, 344-361.
- 28- Coudeville, G. R., Martin, K. A., Famose J. P., & Gernigon, C. (2008). Effects of Self-handicapping strategies on anxiety before athletic performance. *Journal of Sport Psychologist*, 22, 304-315.
- ۲۹- علیان، محمد حسین. (۱۳۸۴). مقایسه هوش هیجانی قهرمانان و ورزشکاران رشته های گروهی و انفرادی با افراد غیر ورزشکار. پایان نامه تحصیلی کارشناسی ارشد رشته روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.
- 30- Martin, K. A., & Brawley, L. R. (2002). Self-handicapping in physical achievement settings: the contributions of self-esteem and self-efficacy. *Journal of Self and Identity*, 1, 337-351.
- 31- Flamm, A. (2006). When Thinking It Means Doing It: Prefactual Thought In Self-handicapping Behavior. Dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctoral of philosophy in psychology, Department of education, university of Konstanz. Hirt, E. R., McCrea, S. M., & Boris, H. I. (2003). "I Know You Self-Handicapped Last Exam": Gender Differences in Reactions to Self-Handicapping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (1), 177-193.
- 14- Carron, A. V., Prapavessis, H. & Grove, J. R. (1994). Group effects and Self-handicapping. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 16, 246-257.
- ۱۵- حیدری، محمود، دهقانی، محسن و خدایناهی، محمد کریم. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر شیوه فرزندپروری ادراک شده و جنس بر خود ناتوان‌سازی. فصلنامه خانواده پژوهی، شماره ۱۸، صفحات ۱۳۷-۱۲۵.
- 16- McCrea, S. M. & Hirt, E. R. (2001). The role of ability judgments in Self-handicapping. *Journal of personality and social psychology bulletin*, 27, 1387-1389.
- 17- McCrea, S. M. (2008). Self-handicapping, Excuse Making, and Counterfactual Thinking: Consequences for self-Esteem and Futur Motivation. *Journal of personality and social psychology*, 95(2) , 274-292.
- 18- Pychyl, T. A. (2008). Delay as Self-handicapping strategies : I can protect may Self-image by procrastinating?. Available on ([http:// www. Psychology today.com](http://www.Psychology today.com)).
- 19- Baumeister, Roy. F. & Bashman, Brad. J. (2008). Drug choose a Self-handicapping strategies in response to noncontingent success. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(4), 405-417.
- 20- Ommundsen, Y. (2004). Self-handicapping related to task and performance-approach and avoidance goals in physical education. *Journal of Applied Sport Psychologist*, 16, 183-197.
- ۲۱- رحمانی، مه‌ری. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی بر ارتقاء سلامت روان و خودپنداره دانشجویان دختر ورزشکار. فصلنامه بالینی و شخصیت رفتار (دانشور رفتار)، دوره جدید، شماره ۹، صفحات ۷۵-۸۴.
- 22- Kathleen, A. M. & Lawrence, R.B. (1999). Is the self-handicapping scale reliable in non-academic achievement domains? *Journal of Personality and Individual Differences*, 27(5), 901-911.
- 23- Mayerson, N. H., & Rhodewalt, f. (1988). The role of Self-protective attributions in the experience of pain. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 2003-2018.

- 37- Bilis, D. (2001). Benefits of Self-handicapping in sport: A field of University athletes. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33, 213-223.
- 38- McCrea, S. M., Hirt, E. R. & Milner, B. J. (2008). She works hard for the money: Valuing effort underlies gender differences in behavioral self-handicapping. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44, 292-311.
- 39- McCrea, S. M., Hirt, E. R. & Milner, B. J. (2008). She works hard for the money: Valuing effort underlies gender differences in behavioral self-handicapping. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44, 292-311.
- 40- Riska, T. A., Yin, Z. & Cooley, D. (1998). Effect of trait and situational self-handicapping on competitive anxiety among athletes. *Journal of Psychology*, 17 (1), 48-56.
- 41- Hirt, E. R., McCrea, S. M., & Boris, H. I. (2003). "I Know You Self-Handicapped Last Exam": Gender Differences in Reactions to Self-Handicapping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (1), 177-193.
- 32- Prapavessis, H. & Grove, J. R. (1998). Self-handicapping and self-esteem. *Journal of Applied Sport Psychologist*, 10, 157-175.
- ۳۳- بساک نژاد، سودابه. (۱۳۸۹). رابطه حرمت خود، کمال گرایی و خودشیفتگی با خودناتوان سازی در گروهی از دانشجویان. *مجله علوم رفتاری*، شماره (۱۳): صفحات ۸۴-۶۹.
- 34- Richards, H. D. B., Janson, G., Collins, D. J. & Wood, J. E. (2002). Predictive self-handicapping and self-esteem in physical activity achievement context. *Journal of Personality and Individual Differences*, 32, 589-602.
- 35- Pulford, B. D., Johnson, A. & Awaida, M. (2005). A cross-cultural study of predictors of self-handicapping in university students. *Journal of Personality and Individual Differences*, 39, 727-737.
- ۳۶- رئیس، فاطمه، هاشمی شیخ بهایی، اسماعیل، و فاتحی زاده، مریم. (۱۳۸۱). رابطه خودناتوان سازی تحصیلی دانش آموزان با اهداف تسلط، عملکردگرا و عملکردگریز دانش آموز، والدین، معلم و کلاس. *فصلنامه خانواده پژوهی*. شماره (۳-۴)، صفحات ۹۱-۱۰۱.

بررسی اثربخشی اجرای برنامه آموزش فلسفه به کودکان بر کاهش تفکرات غیرمنطقی دانش آموزان دختر کلاس اول مقطع راهنمایی شهرستان بروجن

نویسندگان: سارا کلاتری^{۱*}، شکوه السادات بنی جمالی^۲ و زهره خسروی^۳

۱- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه الزهراء.

۲- دانشیار دانشگاه الزهراء.

۳- استاد دانشگاه الزهراء.

*Email: kalantari.meybodi@gmail.com

چکیده

کودکی یکی از دوران های سرنوشت ساز و حساس زندگی انسان می باشد. در دنیایی که بسیاری از افراد بزرگسال از تفکرات غیرمنطقی و تبعات آن رنج می برند، توجه به دوره های حساس کودکی و نوجوانی برای آموزش تفکر منطقی به افراد، امری ضروری به نظر می رسد. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی برنامه فلسفه برای کودکان (P4C) در کاهش تفکرات غیرمنطقی دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی شهرستان بروجن انجام شده است. برای انجام این امر با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای، دو کلاس انتخاب گردید سپس از هر کلاس ۱۵ نفر به صورت تصادفی انتخاب شد و با روش جایگزینی تصادفی، یک کلاس به عنوان گروه آزمایش و کلاس دیگر به عنوان گروه کنترل انتخاب گردید. این دو گروه در یک طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند. بدین صورت که پس از اجرای پیش آزمون بر روی هر دو گروه، برنامه آموزش فلسفه برای کودکان به مدت ۱۵ جلسه بر روی گروه آزمایش انجام شد. در پایان هر دو گروه در پس آزمون شرکت نمودند. به منظور کنترل اثرات پیش آزمون، داده های حاصل از این پژوهش به روش تحلیل کوواریانس (ANCOVA) مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج این تحلیل نشان داد برنامه فلسفه برای کودکان به طور معناداری تفکرات غیرمنطقی را در گروه آزمایش کاهش داده است. این کاهش معنادار در تمام خرده مقیاسهای پرسشنامه تفکرات غیر منطقی کودکان و نوجوانان به جز خرده مقیاس عدم تحمل در برابر ناکامی های کاری نیز مشاهده شد.

کلید واژه‌ها: تفکرات غیرمنطقی، فلسفه برای کودکان، دانش آموزان دختر

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
وشتار

• دریافت مقاله: ۹۲/۲/۲۸

• پذیرش مقاله: ۹۲/۱۱/۸

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter

2014-2015

Clinical Psy. & Personality

دو فصلنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد

سال بیست و یکم - دوره

جدید شماره ۱۱

پاییز و زمستان ۱۳۹۳

مقدمه

سلامتی به عنوان یک حق بشری و یک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده و برای ارضای نیازهای اساسی و بهبود کیفیت زندگی انسان حیاتی است [۱]. اگرچه داشتن مقداری آشفتنگی هیجانی در زندگی آدمی امری طبیعی می باشد، اما گاه انسانها آشفتنگی هیجانی بیش از حدی را تجربه می کنند. این آشفتنگی های زیاد، تا حدی از عقاید یا نگرش های ناکارآمد ناشی می شود [۲]. بنابراین یک راه مقابله با آشفتنگی های موجود در زندگی امروز بشر، مقابله کردن با عقاید غیر منطقی افراد و جایگزین کردن آن ها با عقاید منطقی تری است که در مجموع فلسفه جدید و نتیجه بخش زندگی را تشکیل می دهد. بشر برای سازگاری و تطابق با محیط، نیازمند آگاهی و مجهز شدن به مهارتهایی است که او را در مقابل استرس یاری کنند [۳]. شاید بتوان گفت یکی از مهمترین دلایل وجود تفکرات غیرمنطقی در انسان ها، عدم وجود مهارت های تفکر در آن هاست. ما به این دلیل غیرمنطقی می اندیشیم که صحیح اندیشیدن را نیاموخته ایم. در سال های اخیر علاقه فزاینده ای به مداخله «مهارت های تفکر» ایجاد شده است. یکی از راه های اساسی هدایت افراد به سمت داشتن زندگی سالم و معقول، آموزش روش های صحیح تفکر به کودکان است. برای رسیدن به این مقصود از دهه ها پیش حرکت هایی در دنیا شکل گرفته است. برنامه هایی تحت عنوان آموزش تفکر به کودکان که هدف آن ها آموزش تفکر، استدلال و حل مسئله به کودکان است. به گونه ای که امروزه آموزش مهارت های تفکر یکی از با ارزش ترین حوزه های تحقیق و آموزش در جهان است [۴]. برای آموزش تفکر به کودکان برنامه های متعددی تدوین و استفاده شده است. یکی از موفق ترین و پرکاربردترین برنامه های موجود برنامه «فلسفه برای کودکان» است. فلسفه برای کودکان، شاید تازه ترین و بزرگترین گامی است که در راستای تلاش برای کاربردی کردن فلسفه و آموزش عملی تفکر انتقادی و با هدف تقویت و بالا بردن مهارت

های استدلال، داوری و قدرت تمیز برداشته شده است. این برنامه، نمونه روشنی از کاربرد فلسفه در تربیت است اما با دیگر برنامه های فلسفه کاربردی تفاوت اندکی دارد و آن اینکه این برنامه می خواهد به شاگردان کمک کند تا خودشان کار فکری انجام دهند و مسائل را خودشان حل کنند [۵]. این برنامه توسط ماتیو لیپمن^۲ و همکارانش در دانشگاه مونکتگر (ایالات متحده) تهیه شده است و متشکل از قصه هایی است که بگونه ای خاص نگاشته شده اند و کارشان شروع کردن مباحثه فلسفی است. هسته مرکزی برنامه در برگیرنده تعدادی رمان فلسفی همراه با کتاب های راهنمای معلمان است که برای کودکان سه سال به بالا مناسبند. به عقیده لیپمن، هر رمان مضمونی از عملکرد ذهن آدمی و هدفی یگانه - ایفای نقش سکوی پرتاب به سوی مناظره ی عقلانی - را در بر دارد. رمان های فلسفی لیپمن، پر از معما، پرسش و مسائلی پیرامون مفاهیم هستند. هدف آموزشی روشنی دارند؛ یعنی برانگیختن پرسشگری و مباحثه فلسفی. این رمان ها، نمونه هایی از گفت و گو های منطقی و اندیشمندانه در میان کودکان را نشان می دهند و لیپمن امیدوار است خوانندگانش هنگام بحث درباره پرسش های برخاسته از آن متون، از این نمونه ها الگو بگیرند [۶]. هدف کلی برنامه فلسفه برای کودکان، ایجاد «مباحثه فلسفی» به وسیله آفرینش «اجتماع پژوهشی» در سطح کلاس است [۷]. عمده نظریه پردازان و صاحب نظران مهارت های تفکر، به طور فعالانه ای یادگیرندگان را به کارکردن به صورت مشارکتی تشویق می کنند [۸]. عبارت اجتماع پژوهشی اولین بار توسط پیرس^۳ به کار رفت. منظور وی از این واژه، به کارگیری فرایند پژوهش در کلاس درس و توجه به فعالیت های پژوهشی در کنار فعالیت های آموزشی بود. اما می توان از این واژه برداشت دیگری داشت. کلاس درس آزمایشگاه و مهم ترین فعالیت فراگیران، پژوهش است. کلاس درس، زمانی به اهداف واقعی خود دست می یابد که در پژوهش غوطه ور شود

2. Lipman

3. Pierce

1. Philosophy for Children

معلم باید تعادلی بین تشویق کردن همه کودکان جهت دنبال کردن ایده های یکدیگر برقرار کند و راه های مختلف را برای کندوکاو باز کند، (۸) ثبت بحث. و (۹) خاتمه و مرور: خلاصه کردن، انعکاس فرایند کار و اینکه تغییری در ذهن آنها ایجاد شده یا نه [۷].

تاریخچه مطالعات انجام شده در مورد اثربخشی برنامه P4C در ایران، چندان طولانی نیست. با این وجود در سالهای اخیر پژوهش های چندی در این باره انجام شده است. صفایی مقدم و همکاران نشان دادند که اجرای برنامه آموزش فلسفه به کودکان بر مهارت های استدلال دانش آموزان پسر مقطع سوم راهنمایی تاثیر مثبتی می گذارد [۱۰]. مرعشی و همکاران نیز روش اجتماع پژوهشی را بر پرورش مهارت های استدلال در دانش آموزان دختر پایه سوم راهنمایی مؤثر دانسته اند [۱۱]. ناجی و قاضی نژاد نتایج برنامه ی فلسفه برای کودکان را روی مهارتهای استدلالی و عملکرد رفتاری کودکان ۱۰ تا ۱۱ ساله مورد بررسی قرار دادند. مهارتهای تقویت شده شامل استدلال، تمییز مشابه، داوری و قضاوت درست، تفکر انتقادی، خلاق و مسئولانه بود. اعتماد به نفس و قدرت حل مسأله هم در کودکان بطور قابل توجهی بالا رفته بود [۱۲]. جهانی نشان داد که برنامه «آموزش فلسفه به کودکان» از توانایی لازم برای رشد مهارت های استدلالی و ارتقاء و رشد مهارت های خلاق بین کودکان ایرانی برخوردار است [۱۳ و ۱۴].

طباطبایی در پژوهشی دریافت که بعد از ۱۰ جلسه مداخله، دانش آموزان گروه آزمایش در روحیه پرشگری و تفکر انتقادی افزایش چشم گیری داشتند. علاوه بر این تحلیل کیفی رفتار و عملکرد کودکان نشان از بهبود قابل ملاحظه در مهارت های اجتماعی داشت [۱۵].

در خارج از کشور مطالعات متعددی در مورد اثر بخشی برنامه های مهارت های تفکر انجام گرفته است [۹]. این مطالعات، برخی پیامدهای مثبت اما متغیر را شناسایی نموده اند و پیشنهاد می کنند که مداخلات شناختی می توانند در پیامدهای یادگیری سستی مورد ارزیابی سهمی باشند. مجموعه پژوهشهای انجام شده در

و در آن همه کس و همه چیز به پژوهش دعوت شود. در این حالت است که اجتماع پژوهشی شکل می گیرد، افکار پرورش می باید، خلاقیت رشد می کند و اصول اخلاقی یعنی تحمل و مدارا، سعه صدر و پذیرش ابهامات، نمود عینی پیدا می کند [۵].

برنامه «فلسفه برای کودکان» که به اختصار آن را (P4C) می نامیم، برنامه ای است که با تأکید بر گفتگو با همسالان و مباحثه هوشیارانه، باعث پیامد های مثبت برای نوجوانان می شود. P4C کودکان را به هوشیارتر بودن نسبت به تفکر و یادگیری خود- یعنی آگاه بودن از آن چه می اندیشند و یاد می گیرند و به بیان دیگر فراشناخت - تشویق می کند. به علاوه این فرایند نیازمند مهارتهای اجتماعی و ارتباطی و رشد همدلی هیجانی و حساسیت نسبت به احساسات دیگران است. در نتیجه، درگیر شدن در P4C همان گونه که اثرات شناختی، افزایش عزت نفس و خودکارآمدی، افزایش هوش اجتماعی و هوش هیجانی و شاید دیگر مهارت های قابل انتقال را به دنبال دارد، ممکن است اثرات اجتماعی- عاطفی زیادی در بر داشته باشد؛ هم چنین در کاهش اضطراب و افزایش رفتار های مثبت در کلاس و افزایش خودپنداره و پرورش سازگاری هیجانی و کاهش تفکر غیر منطقی موثر است [۹]. فیشر^۱ معتقد است که «فلسفه برای کودکان» یک روش موفق در آموزش تفکر است. تجربه جهانی و شواهد بدست آمده در بیش از ۵۰ کشور جهان نشان می دهد که «فلسفه برای کودکان» به رشد مهارت های فکری در کودکان کمک کرده است [۱۰]. هاینز فرایند کندوکاو فلسفی را در ۹ مرحله خلاصه می کند: (۱) شروع کار: توافق بر سر قوانین تعامل، آغاز کار با تمرینات تن آرامی و غیره، (۲) ارائه محرکی برای برانگیختن کندوکاو، (۳) دادن زمانی برای تفکر، (۴) پرشگری: شاگردان در مورد سوالات مورد علاقه یا مبهم خود می اندیشند، (۵) ارتباط: ایجاد حلقه های ارتباطی بین سوالات، (۶) انتخاب یک سوال برای آغاز کندوکاو، (۷) ساختن ایده های یکدیگر که در طی آن

1. Fisher

اقتصادی - اجتماعی جامعه مورد نظر نزدیکتر بود، انتخاب شد. جهت کنترل تأثیر آموزشهای رایج مدرسه بر شرکت کنندگان، هر دو گروه باید از یک کلاس (سطح) و با محتوای آموزشی مشابه انتخاب می شدند. لذا کلاس اول به صورت تصادفی انتخاب شد و با استفاده از جایگزینی تصادفی از دو کلاس اول موجود در این مدرسه، یک کلاس به عنوان گروه آزمایش و یک کلاس به عنوان گروه کنترل انتخاب گردید. با توجه به آنچه گفته شد، ابتدا مقیاس تفکر غیر منطقی توسط دانش آموزان دو کلاس تکمیل گردید، سپس بر اساس پیشینه پژوهشی موجود و با توجه به اینکه تعداد بهینه جهت انجام مداخله ۱۵ نفر ذکر شده بود، در بین دانش آموزان هر کلاس، ۱۵ نفر به صورت تصادفی جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند. به عبارت دیگر ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

۱- مجموعه داستان های فکری: کتاب سه جلدی داستان های فکری [۲۰] علاوه بر اینکه کتابی در مورد کند و کاو فلسفی است، مجموعه ای از داستان های فکری برای کودکان ۸ تا ۱۲ ساله است. این داستان ها کودکان را تشویق می کنند تا سوال های خود را درباره موضوعاتی مانند ماهیت حقیقت، خوبی و زیبایی، انصاف و دوستی، ظاهرو واقعیت و غیره مطرح کنند. درباره تجربه خود پیرامون زمان و تغییر بحث کنند و روابط خود و محیط را بررسی نمایند. داستان ها کودکان را به پرسیدن، بررسی پیامد ها و پیش فرض ها، استفاده از ملاک ها، و کاوش نظرات گوناگون دعوت می کند. از آنجا که این داستان ها رنگ و بوی فلسفی دارد تفکر منطقی و مهارت های استدلال را تقویت می کنند و به پرورش صفاتی که به خوب قضاوت کردن در زندگی روزمره منجر می شود، کمک می کند.

داستان های انتخابی

از کتاب سه جلدی یاد شده با مشورت متخصصان امر، ۴ داستان که با تعریف مورد نظر این پژوهش از تفکر

خارج از کشور نشان می دهند که برنامه آموزش فلسفه بر طیف وسیعی از متغیرهای شناختی، هیجانی و شخصیتی مؤثر است که از آن جمله می توان به استدلال منطقی [۱۶] و [۱۷]؛ درک مطلب [۱۸]، عزت نفس [۱۷]، تفکر خلاق، توانایی های شناختی و هوش هیجانی [۱۹] اشاره نمود.

با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر برنامه آموزش فلسفه به کودکان بر کاهش تفکرات غیرمنطقی و زیر مقیاس های آن در دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی شهرستان بروجن انجام شده است.

روش

نوع پژوهش

این پژوهش از نوع کاربردی است. از آنجا که در این پژوهش تاثیر برنامه آموزش فلسفه بر تفکرات غیرمنطقی دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی مورد بررسی قرار گرفته است و با توجه به اینکه امکان گزینش کاملاً تصادفی آزمودنی ها وجود نداشته است؛ لذا این پژوهش از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی قلمداد می گردد. متغیر مستقل موجود در این پژوهش برنامه ی «آموزش فلسفه» و متغیر وابسته «میزان تفکرات غیرمنطقی دانش آموزان» می باشد. بنابراین طرح کلی این پژوهش از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل می باشد.

آزمودنی

جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از کلیه دانش آموزان دختر کلاس اول مقطع راهنمایی که در سال تحصیلی ۸۸-۸۷ در مدارس شهرستان بروجن مشغول به تحصیل بودند که بنابر آمار موجود، این جامعه حدود ۵۸۵ نفر بودند. از آنجا که مداخله مورد نظر بایستی به صورت گروهی انجام می گرفت و از طرفی امکان انتخاب تصادفی تک تک افراد و قرار دادن آن ها در گروه آزمایش و کنترل- به دلیل شرایط خاص تحصیلی و تداخل برنامه درسی دانش آموزان- وجود نداشت، از بین دو مدرسه دخترانه که به روش خوشه ای تصادفی انتخاب شده بود، یک مدرسه که به میانگین ویژگی های

بود. در این پژوهش ۴ عامل شناسایی شد که مجموعاً ۳۹/۹٪ واریانس را تبیین می نمودند. این ۴ عامل برای نام گذاری به آلبرت ایس و روان شناسان متعدد دیگری ارائه شد و نهایتاً عوامل خود کم بینی^۵، عدم تحمل در برابر قوانین ناکام کننده^۶، عدم تحمل در برابر ناکامی های کاری^۷ و نیاز به منصف بودن^۸ نام گذاری شدند. (همان منبع). این مقیاس دارای ۲۸ سوال است که بر اساس روش آماری تحلیل عامل با چرخش واریماکس ۴ عامل خودکم بینی (سوالات ۱، ۵، ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۱، ۲۴، ۲۷)، عدم تحمل در برابر قوانین ناکام کننده (سوالات ۲، ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۲۲، ۲۵)، عدم تحمل در برابر ناکامی های کاری (سوالات ۳، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹، ۲۳، ۲۶، ۲۸) و نیاز به منصف بودن (سوالات ۴، ۸، ۱۲، ۱۶، ۲۰) را شامل می شود.

سوالات این آزمون بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود. بدین صورت که فرد با انتخاب یکی از گزینه های خیلی مخالفم، کمی مخالفم، مطمئن نیستم، کمی موافقم یا خیلی موافقم به ترتیب نمره ۱، ۲، ۳، ۴ یا ۵ دریافت می کند. بدین ترتیب فرد می تواند در این مقیاس، حداقل نمره ی ۲۸ و حداکثر نمره ی ۱۴۰ کسب کند.

روایی محتوایی این مقیاس توسط ایس (به نقل از [۲۲]) مورد تایید قرار گرفته است. جهت بررسی روایی همگرا و واگرایی این مقیاس نیز از آزمون اضطراب صفت اسپیلبرگر، مقیاس های خشم صفت و کنجکاوی صفت اسپیلبرگر استفاده شده است. برنارد و کرونان [۲۲] همبستگی بین نمره ی کل این مقیاس را با اضطراب صفت ($r = 0/40$)، با خشم صفت ($r = 0/43$) و با کنجکاوی صفت ($r = -0/23$) گزارش نموده اند. هم چنین پایایی درونی این آزمون توسط محققین نامبرده بر اساس روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۰ و برای زیر مقیاس ها بین ۰/۸۴ تا ۰/۶۰ گزارش شده است. مقیاس

غیرمنطقی انطباق بیشتری داشتند، جهت بحث در کلاس انتخاب شدند. این ۴ داستان عبارتند از: ۱) داستان «لانه پرنده»، با ایده های چگونه به نظر می رسیم، دست انداختن، رعایت احساسات دیگران، اختلاف نظر، موافقت. ۲) داستان «بال دار»، با ایده های توجیهات، اعمال، حوادث و مسولیت، چه کسی باید تصمیم بگیرد من چه کنم، درغویی یا راست گویی و جر و بحث. ۳) داستان «گابریل»، با ایده های عزت نفس، اعتماد به نفس، قواعد و ملاک ها، افراد خوب و هنر خوب. ۴) داستان «دعوا»، با ایده های درست و نادرست، انصاف، خشونت، تأمل، آداب، قول دادن و خرد والدین.

۲- مقیاس تفکرات غیرمنطقی کودکان و نوجوانان (CASI)
مقیاس تفکرات غیرمنطقی کودکان و نوجوانان^۱ برای اولین بار در سال ۱۹۸۸ توسط برنارد و لاوز^۲ [۲۱] بر روی ۵۶۷ کودکان و نوجوانان کلاس چهارم تا یازدهم جهت تعیین روایی سازه نظریه رفتاردرمانی عقلانی-عاطفی^۳ ایس اجرا شد. برنارد و لاوز، مقیاس غیرمنطقی بودن کودک و نوجوان (CASI) را با هدف سنجش عقاید غیرمنطقی کودکان و نوجوانان بین ۱۰ تا ۱۸ سال طراحی نمودند. تحلیل عوامل این مقیاس با بیش از ۲۳۰۰ دختر و پسر کلاس ۴ تا ۱۲، شش عامل غیرمنطقی بودن را شناسایی کرد که عبارتند از خودکم بینی، ناهمناوی، نیاز به دیگران، وابستگی، نیاز به آسایش و تحمل پایین ناکامی. هم بستگی های معناداری بین غیرمنطقی بودن کلی و (زیرمقیاس های غیرمنطقی بودن) با اضطراب، خشم و خودپنداره بدست آمد. برنارد و کرونان^۴ این مقیاس را مورد بازبینی قرار دادند [۲۲]. این پژوهش به دنبال آن بود که ساختار عاملی مقیاس تجدید نظر شده را شناسایی کند و چگونگی ارتباط آن را با نظریه ایس در مورد طبیعت تفکرات غیرمنطقی کودکان بررسی نماید. هم چنین بررسی ارتباط بین تفکرات غیرمنطقی و هیجانی بودن کودکان نیز به عنوان میزان روایی همگرا مورد نظر

5. Self-Downing
6. Intolerance of Frustrating Rules
7. Intolerance of Work Frustration
8. Demands for Fairness

1. Child and Adolescent Scale of Irrationality
2. Bernard & Laws
3. Rational Emotional Behavior Therapy
4. Cronan

۳- نحوه آرایش دانش آموزان در کلاس: در یک

اجتماع پژوهشی، مشارکت کنندگان رو در روی یکدیگر به نحوی می‌نشینند که بتوانند صدای یکدیگر را بشنوند و همدیگر را ببینند. معلم نیز برای داشتن تعامل کافی با همه دانش آموزان، مانند یکی از اعضای کلاس در درون حلقه قرار می‌گیرد.

انجام مداخله

وضع قوانین گروه: پیش از شروع کار معلم باید با

توافق دانش آموزان قوانینی را جهت اداره بهتر بحث‌ها تدوین نماید. آن چه در مورد تدوین قوانین اهمیت دارد، این است که هر چند مضمون آن‌ها اغلب تکراری است، اما قوانینی که تدوین می‌شوند تفاوت دارند و بر اساس نظرات و نیازهای افراد گروه شکل می‌گیرند. برخی قوانین مباحثه می‌تواند شامل مواد زیر باشد: افراد برای شرکت در بحث باید نوبت بگیرند، نظریه‌هایی که داده می‌شود باید با موضوع مورد بحث در ارتباط باشد، هیچ‌کس نباید هنگام صحبت دیگری حرف بزند و مزاحمت ایجاد کند [۴].

چگونگی انجام مداخله: دانش آموزان فرایند تفکر را با

خواندن داستان آغاز می‌کردند. بدین صورت که دانش آموزان به نوبت یک بند را می‌خواندند. به دانش آموزی که آمادگی خواندن با صدای بلند را نداشت اجازه داده می‌شد، تا با گفتن کلمه "نفر بعدی"، نوبت را به دیگری واگذار کند. پس از محرک آغازین که همان داستان انتخاب شده بود، باید زمانی به تفکر اختصاص می‌یافت تا وقت کافی صرف توجه و تفکر طولانی شود. در این هنگام باید آن‌ها را تشویق کرد که از خود بپرسند و فکر کنند در رابطه با چیزی که خوانده‌اند چه نکته‌ای برایشان جالب، عجیب یا مبهم است [۴]. سپس دانش آموزان تشویق می‌شدند تا درباره آن چه خوانده‌اند، سوال‌هایی را مطرح کنند و بر اساس نظر معلم یا رای دانش‌آموزان سوالی برای شروع بحث انتخاب می‌شد. بدین ترتیب طرح بحث صورت می‌گرفت و به دنبال آن تمرین‌هایی جهت تثبیت و تکمیل آنچه دانش آموزان در

تفکرات غیرمنطقی کودکان و نوجوانان (CASI) از خصوصیات روانسنجی مطلوبی در جمعیت ایرانی برخوردار می‌باشد. به گونه‌ای که پایایی درونی این آزمون بر اساس روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ و با استفاده از روش بازآزمایی با فاصله‌ی زمانی سه هفته برابر با ۰/۷۷ می‌باشد. این مقیاس از روایی محتوایی مطلوبی برخوردار است. همچنین همبستگی معنادار نمرات کل مقیاس تفکرات غیرمنطقی کودکان و نوجوانان (CASI) با نمرات مقیاس افسردگی کودکان ۰/۶۶، نشانگر روایی همگرایی مطلوب این مقیاس و هم بستگی منفی و معنادار مقیاس یاد شده با پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت (۰/۶-) تاییدی بر روایی و اگرایی این مقیاس می‌باشد [۲۳].

شیوه انجام پژوهش

مرحله پیش از آزمون و آماده سازی جهت مداخله

پس از انتخاب نمونه به روشی که قبلاً گفته شد، مقیاس (CASI)، جهت انجام پیش از آزمون بر روی گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. پس از انتخاب افراد جایگزینی تصادفی گروه آزمایش و کنترل و هماهنگی‌های لازم با مدیریت آموزشگاه ساعاتی جهت انجام پژوهش در نظر گرفته شد و مداخله با شرایط زیر آغاز گردید.

۱- مکان انجام مداخله: با توجه به این که این مداخله،

به صورت اجتماع پژوهشی و در قالب گروهی انجام می‌گیرد، و جهت همسان سازی شرایط گروه‌های آزمایش و کنترل، کلاسی که گروه نمونه از آن انتخاب شده بود، به عنوان مکان انجام مداخله مورد استفاده قرار گرفت.

۲- زمان انجام مداخله: از آن جا که پیشینه‌ی موجود،

اجرای دو جلسه در هفته را بهینه می‌داند، لذا گروه آزمایش به مدت ۱۵ جلسه تحت اجرای گروهی برنامه آموزش فلسفه به روش «اجتماع پژوهشی» قرار گرفتند. لازم به ذکر است، به دلیل لزوم هماهنگی پژوهشگر با برنامه آموزشگاه، جلسات روزهای شنبه به مدت ۹۰ دقیقه و روزهای پنجشنبه به مدت ۴۵ دقیقه به طول می‌انجامد.

کودکان در کاهش تفکرات غیرمنطقی در گروه آزمایش و با هدف کنترل اثرات پیش آزمون بر نتایج مداخله، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

نتایج

میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت کنندگان در پژوهش برای نمره کل افراد در پرسشنامه تفکرات غیرمنطقی و نیز خرده مقیاسهای آن به تفکیک گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) در جدولهای شماره یک و دو، آمده است.

طرح بحث به آن دست یافته بودند، انجام می شد. در مرحله پایانی هر جلسه، دانش آموزان به ارزیابی فرایند بحث، محتوای بحث و کیفیت فعالیت خود در طول بحث می پرداختند.

مرحله پایانی: با پایان اجرای مداخله، مجدداً مقیاس (CASI)، جهت انجام پس آزمون بر روی هر دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد.

شیوه تحلیل داده‌ها

جهت بررسی میزان اثربخشی برنامه آموزش فلسفه به

جدول ۱: شاخص های توصیفی نمرات تفکر غیر منطقی و خرده مقیاس های آن در گروه آزمایش

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	بیشترین	کمترین
تفکر غیرمنطقی (نمره کل)	پیش آزمون	۸۴/۲۶	۸/۳۴	۱۰۲	۷۳
	پس آزمون	۶۹/۲	۱۱/۱۵	۹۳	۵۵
خودکم بینی	پیش آزمون	۲۳/۱۳	۷/۵	۳۶	۸
	پس آزمون	۱۷/۱۳	۵/۵۷	۳۰	۱۰
عدم تحمل در برابر قوانین ناکام کننده	پیش آزمون	۱۶/۲	۵/۶۸	۳۲	۱۰
	پس آزمون	۱۴/۷۳	۴/۰۰۸	۲۳	۷
عدم تحمل در برابر ناکامی های کاری	پیش آزمون	۲۴/۶۶	۵/۰۰۹	۳۲	۱۶
	پس آزمون	۲۲/۸	۶/۷۲	۳۷	۱۱
نیاز به منصف بودن	پیش آزمون	۲۰/۲۶	۴/۰۴	۲۵	۱۲
	پس آزمون	۱۴/۵۳	۳/۶۲	۱۹	۸

جدول ۲: شاخص های توصیفی نمرات تفکر غیر منطقی و خرده مقیاس های آن در گروه کنترل

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	بیشترین	کمترین
تفکر غیرمنطقی (نمره کل)	پیش آزمون	۸۵	۱۳/۰۱	۱۰۴	۶۷
	پس آزمون	۸۵/۶	۱۳/۱۳	۱۱۶	۷۱
خودکم بینی	پیش آزمون	۲۲/۸	۷/۳۵	۳۵	۱۰
	پس آزمون	۲۲/۴	۸/۵۴	۳۸	۱۰
عدم تحمل در برابر قوانین ناکام کننده	پیش آزمون	۱۹/۹۳	۶/۵۲	۳۲	۱۰
	پس آزمون	۲۱	۶/۷	۳۵	۱۳
عدم تحمل در برابر ناکامی های کاری	پیش آزمون	۲۳/۲۶	۵/۶۳	۳۳	۱۵
	پس آزمون	۲۴/۲۶	۴/۲۸	۳۳	۱۷
نیاز به منصف بودن	پیش آزمون	۱۹	۴/۲۵	۲۵	۱۱
	پس آزمون	۱۷/۹۳	۴/۷۴	۲۵	۹

جدول ۳: تحلیل کوواریانس برای مقایسه نمرات تفکر غیرمنطقی در گروه کنترل و آزمایش

سطح معنای	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منابع تغییر	
۰/۰۰۱	۴۷/۲۱	۹۸/۱۸۴۱	۱	۹۸/۱۸۴۱	پیش آزمون	تفکر غیرمنطقی (نمره کل)
۰/۰۰۱	۹۵/۲۱	۲۷/۱۸۸۳	۱	۲۷/۱۸۸۳	گروه	
		۷۷/۸۵	27	۰۱/۲۳۱۶	خطا	
			30	۱۸۵۸۹۸	کل	
۰/۰۰۱	۳۸/۸	۸۵۹/۳۵	۱	۸۵۹/۳۵	پیش آزمون	خودکم بینی
۰/۰۰۳	۱۰/۲۹	۲۲۸/۰۱	۱	۲۲۸/۰۱	گروه	
		۲۲/۱۴	۲۷	۵۹۷/۹۸	خطا	
			۳۰	۱۳۳۸۷	کل	
۰/۰۰۱	۱۹/۱۱	۳۵۴/۳۷	۱	۳۷/۳۵۴	پیش آزمون	عدم تحمل در برابر قوانین ناکام کننده
۰/۰۲	۶/۱۷	۱۱۴/۴۹	۱	۴۹/۱۱۴	گروه	
		۱۸/۵۳	۲۷	۵۰۰/۵۶	خطا	
			۳۰	۱۰۷۲۶	کل	
۰/۰۲	۵/۷۶	۱۵۶/۴۳	۱	۱۵۶/۴۳	پیش آزمون	عدم تحمل در برابر ناکامی های کاری
۰/۲۸	۱/۱۸	۳۲/۰۸	۱	۳۲/۰۸	گروه	
		۲۷/۱۴	۲۷	۷۳۲/۹	خطا	
			۳۰	۱۷۵۲۰	کل	
۰/۰۰۱	۱۸/۸۹	۲۰۵/۲۸	۱	۲۰۵/۲۸	پیش آزمون	نیاز به منصف بودن
۰/۰۰۲	۱۲/۰۲	۱۳۰/۶۷	۱	۱۳۰/۶۷	گروه	
		۱۰/۸۶	۲۷	۲۹۳/۳۷	خطا	
			۳۰	۸۴۹۱	کل	

خودکم بینی ($F(1,27)=10/29, P<0/01$)، عدم تحمل در برابر قوانین ناکام کننده ($F(1,27)=6/17, P<0/05$) و خرده مقیاس نیاز به منصف بودن نیز مشاهده گردید ($F(1,27)=12/02, P<0/01$). به بیان دیگر میانگین نمرات گروه آزمایش در خرده مقیاسهای یادشده در مقایسه با گروه کنترل، کاهش معناداری داشته است. تنها در یکی از زیر مقیاس های پرسشنامه تفکرات غیرمنطقی یعنی عدم تحمل ناکامی های کاری، تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل یافت نشد. البته باید یادآور شد که حتی در این خرده مقیاس نیز گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل پیشرفت نشان داده است، اما این پیشرفت تفاوت معناداری را بین گروههای آزمایش و کنترل ایجاد ننموده است ($F(1,27)=1/18, P>0/05$). با این وجود با توجه

همانگونه که پیش تر اشاره شد، جهت بررسی میزان اثربخشی «برنامه آموزش فلسفه به کودکان» در کاهش تفکرات غیرمنطقی در گروه آزمایش و با هدف کنترل اثرات پیش آزمون بر نتایج مداخله، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شده است. نتایج این تحلیل در جدول ۳ خلاصه شده است.

چنانچه از جدول ۳ برمی آید، بعد از حذف اثر پیش آزمون بر نمرات پس آزمون، بین میانگین نمرات تفکر غیرمنطقی گروههای آزمایش و کنترل در پس آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد [$F(1, 27)=21/95, p<0/01$]. بدین صورت که نمرات پس آزمون تفکر غیرمنطقی دانش آموزان در گروه آزمایش به طور معناداری پایین تر از نمرات پس آزمون تفکر غیرمنطقی دانش آموزان در گروه کنترل می باشد. این تفاوت در خرده مقیاس های

گذار از تفکر غیرمنطقی به تفکر منطقی را در اختیار فرد قرار می‌دهد. این یافته‌ها با اکثر یافته‌های حاصل در این زمینه همسو است که از این میان می‌توان به لیپمن [۱۶]؛ کامینگز^۱ [۲۴]؛ شلفر^۲ و همکاران [۲۵]؛ ویلیامز (به نقل از [۹])؛ ساسویل^۳ [۱۷] اشاره نمود. همچنین پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور نیز، توانایی این برنامه را در بهبود توانایی استدلال در نوجوانان موردتایید قرار داده است که با یافته‌های این پژوهش همسو می‌باشد (برای مثال: [۱۰]، [۱۱] و [۱۲]).

همانگونه که مشاهده شد برنامه P4C نمرات خودکم بینی را نیز در گروه آزمایش کاهش داده است. در رویکرد ایس هیجان‌ها و احساسات ناشی از اختلالات هیجانی تا حد زیادی از افکار عقاید یا سازه‌های ذهنی افراد ناشی می‌شوند. این رویکرد بر این فرض بنا شده است که افراد عقاید غیرمنطقی عمده‌ای دارند که با حفظ کردن آن‌ها به طور اجتناب‌ناپذیری به «تضعیف خود» می‌پردازند. عباراتی مثل «مخرب نفس و متلاشی کننده نفوذ خود» و «تضعیف خود» به خوبی این حقیقت را روشن می‌سازند که تفکرات غیرمنطقی به طرق مختلف باعث از بین رفتن حرمت نفس فرد و کوچک شمردن خویشان یا خودکم‌بینی در فرد می‌شود. بهترین واژه برای نشان دادن این تأثیر مخرب افکار غیرمنطقی، عبارت «خودشکن» یا «خودویرانگر» است که ایس در مورد تفکرات غیرمنطقی استفاده می‌کند. پس به روشنی می‌توان دریافت که تفکرات غیرمنطقی باعث خودکم بینی در فرد می‌شوند. برنامه فلسفه برای کودکان می‌تواند تفکرات غیرمنطقی را در کودکان و نوجوانان اصلاح نماید. آنچه مسلم است اصلاح تفکرات غیرمنطقی باعث کاهش احساس خودکم بینی و افزایش عزت نفس افراد خواهد شد. به اعتقاد فیشر [۱۸] آموزش فلسفه به کودکان باعث پرورش پندارهای مثبت (عزت نفس، اندیشناک بودن نسبت به دیگران) در کودک و نوجوان می‌شود. جامعه کاوشگر عزت نفس و خودباوری عقلانی را بالا می‌برد. ساسویل

به سایر یافته‌ها می‌توان گفت که «برنامه آموزش فلسفه» باعث کاهش تفکر غیر منطقی در نوجوانان شرکت کننده در پژوهش شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

فلسفه با فراخواندن ما به بررسی آن چه می‌اندیشیم و آن چه باور داریم آغاز می‌شود و بر این عقیده است که نباید زندگی را با بی‌تدبیری سپری کنیم. شاید ساده‌ترین کار، تبیین این مسئله است که چرا برنامه آموزش تفکر باعث کاهش تفکرات غیرمنطقی در دختران نمونه پژوهش شده است. چرا که فلسفه وجودی این برنامه آموزش دادن راه‌های صحیح اندیشیدن به دانش آموزان است. برنامه‌های آموزش تفکر بر اهمیت آشکار کردن فرایندهای ناآشکار تفکر تأکید می‌ورزند. این برنامه‌ها به دانش‌آموزان کمک می‌کنند تا به تدریج که برای حل مشکلاتشان تلاش می‌کنند، از فرایندهای تفکر آگاه شوند. این آگاهی مهم است، چرا که به نظر می‌رسد دانش آموزان را برای تجدید نظر در شیوه و محتوای تفکر خود آماده می‌سازد و با قرار دادن شقوق مختلف یک مسئله در برابر دانش آموزان آن‌ها را قادر می‌سازد دست از شیوه‌های قبلی تفکر خود بردارند و روشهای جایگزین را که سالم تر و کارآمد تر هستند برگزینند. لذا نوجوانان بر طبق سطوح شناختی خودشان قوانینی را که بر تفکر منطقی حاکم است، خواهند آموخت. در واقع در این پژوهش هدف آموزش فلسفه محقق شده است چراکه هدف مورد نظر در برنامه «فلسفه برای کودکان» این است که کودکان به انسان‌هایی متفکر تر، انعطاف‌پذیرتر، با ملاحظه تر و منطقی تر تبدیل شوند [۶]. شرکت در بحث‌های گروهی امکان‌پذیرترین عناصر و نیز بهترین شیوه استدلال منطقی را در اختیار فرد قرار می‌دهد چراکه شرکت در گروه باعث تعدیل عقاید فرد می‌شود. و بالاخره اینکه فضای جامعه کاوشگر امکان آزمودن شیوه‌های مختلف تفکر و انتخاب بهترین‌ها را در تعامل با دیگران برای فرد فراهم می‌آورد. در یک جمله می‌توان گفت برنامه فلسفه برای کودکان تمام ابزارهای لازم برای

1. Cummings
2. Scheleifer
3. Saseeville

در برابر قوانین ناکام کننده تفاوت معناداری مشاهده نشده است، می‌توان چنین گفت که طبق اصول اولیه P4C، تعیین کننده سمت و سوی بحث‌های گروهی، خود دانش‌آموزان شرکت کننده در مداخله هستند. این امر سبب می‌شد پژوهشگر از اعمال نفوذ در فرایند بحث خودداری نماید و همین مسأله سبب شد پرداختن به برخی مقوله‌ها مثل عدم تحمل در برابر قوانین ناکام کننده به طور کاملاً مستقیم ممکن نشود. اگرچه بحث‌ها گاه به طور ضمنی و تلویحی به این حوزه‌ها نیز وارد می‌شد. این مسأله سبب می‌شد تفکرات دانش‌آموزان در مورد ناکامی‌های کاری به طور مستقیم مورد چالش قرار نگیرند و در نتیجه تغییر معناداری در این زمینه مشاهده نشده است

در تبیین این یافته که P4C نیاز به منصف بودن را در دانش‌آموزان کاهش داده است باید گفت: برای رسیدن به این پذیرش که دنیا آنگونه که ما فکر می‌کنیم منصفانه و ایده آل نیست، راههای مختلفی وجود دارد. یکی از این راهها گذشت زمان است. بزرگ شدن در دنیایی که چندان منصفانه نیست کم کم این باور را در فرد به وجود می‌آورد که توقع انصاف از همه کسانی که با آنها در ارتباطیم کار معقولی نیست. اما روش دیگر برای تعدیل دیدگاه آرمان‌گرایانه کودکان، آموزش واقعیت‌های موجود در زندگی به آن‌هاست. برنامه فلسفه برای کودکان با فراهم آوردن داستان‌هایی که در آن‌ها نمونه‌هایی از رفتار غیر منصفانه در دنیای واقعی ارائه شده است سعی بر آن دارد تا این واقعیت را به کودکان و نوجوانان بیاموزد که در دنیای واقعی گاه بی‌انصافی‌هایی وجود دارد که اگرچه درست نیستند اما اتفاق می‌افتند بنابراین باید وجود آن‌ها را پذیرفت و برای آن‌ها چاره‌ای اندیشید. برنامه آموزش فلسفه به کودکان موضوعاتی از قبیل حقوق مردم جوان، سلطه بزرگسالان، روابط انسانی، تقلب، تعهد کودکان، دروغ‌گویی، راست‌گویی، تشخیص، عدالت، حقیقت در تبلیغ و سیاست و انصاف را در بر می‌گیرد. نوجوانان بر طبق سطوح شناختی و هم‌چنین از طریق محتوای موضوع اصلی و

[۱۷] تاثیر P4C بر عزت نفس را گزارش نموده است. فیلد (به نقل از [۹]) نیز نتایج مداخله P4C را بر روی ۱۲۳ کودک سنین ۷ تا ۸ سال در طی یک دوره سال تحصیلی کرده است. در گروه P4C دانش‌آموزان در تعاملات کلامی منفی کاهش قابل ملاحظه و در رفتارهای مربوط به عزت نفس افزایش معناداری ملاحظه شد. تریکی و تاپینگ^۱ نیز شواهدی از اثربخشی کندوکاو گروهی بر عزت نفس را گزارش می‌کنند [۹]. همه یافته‌های فوق با یافته‌های پژوهش حاضر که نشان می‌دهد برنامه فلسفه برای کودکان باعث کاهش خودکم بینی در نوجوانان می‌شود، همخوانی دارند.

یکی از دلایل اصلی بالارفتن تحمل دانش‌آموزان در برابر قوانین ناکام کننده، «فرایند» آموزش فلسفه برای کودکان است. همانگونه که پیش‌تر اشاره شد، این برنامه به صورت گروهی و در قالب جامعه پژوهشی انجام می‌پذیرد. این جامعه پژوهشی دارای قوانینی است که برای نظم بخشیدن به مباحثات گروهی وضع شده‌اند و به ناچار محدودیتهایی را برای دانش‌آموزان ایجاد می‌نماید که در واقع برای آنها ناکام کننده است. قوانینی مانند اینکه: به نظرات و پیشنهاد های همه گوش دهید، به همه به یک اندازه فرصت صحبت کردن بدهید، وقتی یکی از افراد صحبت می‌کند، حرف نزنید. اما از سوی دیگر «علت و ضرورت این قوانین» برای دانش‌آموزان تبیین می‌شود تا بفهمند قوانین اگرچه گاهی ناکام کننده هستند اما به ما کمک می‌کنند با یکدیگر روابط بهتری برقرار کنیم، به همدیگر احترام بگذاریم و بهتر به مقاصد خود برسیم. نکته مهمتر اینکه افراد نه تنها این موارد را می‌شنوند بلکه با تمام وجود آن را در گروه تجربه می‌کنند. آنچه تحمل افراد را در برابر این قوانین بیشتر می‌کند این است که قوانین به صورت «توافقی» وضع می‌شوند و دانش‌آموزان احساس نمی‌کنند مجبورند قوانینی را اطاعت کنند که به آنها تحمیل شده است [۵].

در مورد اینکه چرا علیرغم پیشرفت معنادار در سایر زیرمقیاسهای تفکر غیرمنطقی، در زیرمقیاس عدم تحمل

1. Trickey & Topping

منابع

۱- رحیمیان بوگر، اسحق؛ محمدی فر، محمدعلی؛ نجفی، محمود؛ دهشیری، غلامرضا. (۱۳۹۲). تاثیر مهارتهای زندگی بر سلامت عمومی دانشجویان. دو فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت، شماره ۸، ص ۲۴.

2- Ciarrochi, Joseph. (2004). Relationships between Dysfunctional Beliefs and Negative indices Of Well-Being: A Critical Evaluation Of The Common Beliefs Survey –III. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 22(3). pp. 125-136.

۳- سپهریان آذر، فیروزه. (۱۳۹۲). رابطه هوش هیجانی، شیوه های مقابله با استرس و هوش عمومی با پیشرفت تحصیلی دانش آموزان پیش دانشگاهی، دو فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت، شماره ۹، ص ۲۴.

4- Vye, Nancy. J., & Bransford, John, D. (1981). Programs for teaching thinking. Educational Leadership, 39(1), pp.26-30

5- Lipman, M. (2003). Thinking in Education, Cambridge University Press.

۶- فیشر، رابرت. (۱۳۸۵). آموزش تفکر به کودکان (ترجمه مسعود صفایی مقدم و افسانه نجاریان). اهواز: رسش. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۱).

7- Haynes, J. (2001). Children as philosophers. London: Routledge Falmer.

8- Burke, A., & Williams, M. (2008). " developing Young thinker: A intervention aimed to enhance children's thinking ". Thinking skills and creativity,(3), pp.104-124.

9- Trickey,S., & Topping, K. J. (2006). Collaborative Philosophical Enquiry for School Children Socio-Emotional Effects at 11 to 12 Years. School Psychology International, 27(5), pp. 599-614.

گفتگوی کلاسی، چگونگی تحلیل جایگزین ها، توافق ها، انصاف، ارتباطات و موقعیت ها را خواهند آموخت [۲۶]. در پایان باید خاطر نشان ساخت که ممکن است میزانی از تاثیرات برنامه P4C بر متغیرهای مورد پژوهش، ناشی از رابطه ایجاد شده بین پژوهشگر (معلم) و دانش آموزان شرکت کننده در پژوهش بوده باشد. نکته ای که در پژوهش های پیشین اشاره ای به آن نشده و اهمیت آن نادیده گرفته شده است این مسئله می باشد که گرد آمدن عده ای دانش آموز در یک گروه کوچک با تعاملات نسبتا زیاد و عمیق، برای دو بار در هفته فرایند ارتباطی گسترده و پیچیده ای را بین دانش آموزان فعال می سازد که خود این تعاملات، فارغ از اینکه محتوای بحث گروه چه چیزی باشد، می تواند در شرکت کنندگان ایجاد تغییر نماید.

محدودیت ها و پیشنهادات

این پژوهش نیز به نوبه خود با محدودیت هایی روبرو بوده است. یکی از محدودیت های عمده این طرح، محدودیت های موجود در برنامه هفتگی دانش آموزان و عدم امکان تعیین زمان های مناسب تر جهت انجام مداخله بود. البته موارد مذکور خود محدودیت بزرگتری را دامن می زد و آن اینکه امکان انتخاب گروهها به صورت کاملا تصادفی وجود نداشت. پیشنهاد می شود اثربخشی برنامه بر روی دانش آموزان پسر نیز مورد بررسی قرار گیرد و اثربخشی برنامه فلسفه برای کودکان در گروههای سنی مختلف و دانش آموزان مقاطع مختلف تحصیلی از جمله ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان مورد مطالعه قرار گیرد. تهیه برنامه « فلسفه برای کودکان» بر اساس داستان های بومی و ایرانی نیز می تواند اثربخشی این برنامه را بیفزاید. از دیگر محدودیت های این پژوهش این است که، همانگونه که در بحث اشاره شد، تعامل معلم با گروه آزمایش فارغ از محتوای برنامه، می تواند بر نتایج مداخله تأثیر بگذارد.

- 17- Saseeville, M. (1994). Self esteem, Logical skills and Philosophy for children. *Thinking*, 4(2), pp. 30-42 .
- 18- Fisher, Robert. (2007). Dialogical teaching: developing thinking and metacognition through philosophical discussion. *Early child and development*, 177(6,7), pp.615-631.
- 19- Burg, G. (2003). Philosophy in schools: Education for democracy or democratic education. *critical & creative thinking. The Australian Journal of Philosophy for children*, 11(2), pp.18-30.
- ۲۰- کم، فیلیپ. (۱۳۸۵). داستان های فکری (ترجمه فرزانه شهرتاش و ابراهیمی لویه). تهران: انتشارات شهرتاش.
- 21- Bernard, M. E., & Laws, W. (1988). Childhood irrationality and mental health. Paper presented at the 24th International Congress of Psychology, Sydney, Australia.
- 22- Bernard, M. E., & Cronan, F. (1999). The Child and Adolescent Scale of Irrationality: Validation Data and Mental Health Correlates. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22, pp.131-146
- ۲۳- کلانتری میبیدی، سارا (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی اجرای برنامه آموزش فلسفه به کودکان بر کاهش تفکرات غیرمنطقی دانش آموزان دختر کلاس اول مقطع راهنمایی شهرستان بروجن، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء، دانشکده علوم انسانی.
- 24- Cummings, N. (1981). Analytical Thinking for Children: Review of the Research. *Analytic Teaching*, 2(1), pp.26-28.
- 25- Schlefer, M., Pierre, L., & Anita, C. (1987). "The Effect of Pixie Program on Logical and Moral Reasoning". *Thinking*, 7(2), pp.121-138.
- 26- Trickey, S., & Topping, K. J. (2004). "Philosophy for children: A systematic review". *Research Papers in Education*. 19(3), pp. 365-380.
- ۱۰- صفایی مقدم و همکاران. (۱۳۸۵). بررسی تاثیر روش اجتماع پژوهشی در برنامه آموزش فلسفه به کودکان بر پرورش مهارت های استدلال دانش آموزان پس پایه سوم راهنمایی مدرسه نمونه دولتی اهواز. *مجله علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، سال سیزدهم، ۳ (۲)، صص ۳۱-۵۴.
- ۱۱- مرعشی، منصور، حقیقی، جمال، بنایی، زهرا، و بشلیده، کیومرث. (۱۳۸۶). بررسی تاثیر روش اجتماع پژوهشی بر پرورش مهارت های استدلال در دانش آموزان دختر پایه سوم راهنمایی. *فصل نامه مطالعات برنامه درسی*، سال دوم، شماره ۷، صص ۹۵-۱۲۲.
- ۱۲- ناجی، سعید، و قاضی نژاد، پروانه. (۱۳۸۶). بررسی نتایج برنامه فلسفه برای کودکان روی مهارت های استدلالی و عملکرد رفتاری کودکان. *فصل نامه مطالعات برنامه درسی*. سال دوم، شماره ۷، صص ۱۲۳-۱۵۰.
- ۱۳- جهانی، جعفر. (۱۳۸۶). بررسی تاثیرات برنامه آموزش فلسفه به کودکان در رشد منش های اخلاقی دانش آموزان. *فصلنامه علمی- پژوهشی مطالعات برنامه درسی*، سال دوم، شماره ۷، صص ۶۰-۳۷.
- ۱۴- جهانی، جعفر. (۱۳۸۷). آموزش تفکر خلاق به نوجوانان: رویکرد پژوهش محور. *فصلنامه علمی- پژوهشی اندیشه های نوین تربیتی*. دوره ۴، شماره ۳، صص ۲۹-۵۴.
- ۱۵- طباطبایی، زهرا. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش فلسفه برای کودکان و نوجوانان بر پرسشگری و تفکر انتقادی دانش آموزان، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی، دانشگاه الزهراء، دانشکده علوم اجتماعی.
- 16- Lipman, M. (1998). Teaching students to think reasonably: Some findings of the Philosophy For Children Program. *Clearing House*, 71(5), pp. 231-247.

بررسی رابطه‌ی مهارت تفکر انتقادی با کیفیت زندگی، سلامت روان، مقبولیت اجتماعی و قدردانی دانشجویان پزشکی

نویسندگان: فرامرز بیجونود*^۱، مهدی سبحانی نژاد^۲، امیر نیک آذین^۳
و سهراب محمدی پویا^۴

- ۱- دانشجوی دکتری علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی.
- ۲- دانشیار دانشگاه شاهد.
- ۳- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد.
- ۴- کارشناس علوم تربیتی دانشگاه پیام نور نهاوند.

*Email: bijnavand_faramarz@yahoo.com

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه‌ی مهارت تفکر انتقادی دانشجویان پزشکی با کیفیت زندگی، سلامت روان، مقبولیت اجتماعی و قدردانی آنان صورت گرفته است. روش مورد استفاده در پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی است. ابزارهای گردآوری داده‌ها، پنج پرسشنامه‌ی: تفکر انتقادی واتسون - گلیرز، کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF)، سلامت روانی گلدبرگ و هیلیر (GHQ-12)، نسخه کوتاه مقیاس مقبولیت اجتماعی مارلو - کراون (SDS) و قدردانی مک کگ و همکاران (GQ) بوده است. جامعه پژوهش مورد نظر را کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل رشته‌های علوم پزشکی دانشگاه شاهد تشکیل داده‌اند که از این میان، تعداد ۱۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شده‌اند. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی و رگرسیون خطی چند متغیره و آزمون تی، استفاده گردید. نتایج حاصل از انجام پژوهش نشان داد که: بررسی رابطه بین مهارت تفکر انتقادی با سلامت روان، مبین ارتباط مثبت و معنادار بعد ارزیابی مدارک و شواهد از تفکر انتقادی با سلامت روانی ($P < 0/05$) و ارتباط منفی و معنادار بین بعد استنتاج ($P < 0/05$) و تفسیر از تفکر انتقادی با سلامت روانی ($P < 0/01$) می‌باشد به علاوه بین بعد استنتاج از تفکر انتقادی با مقبولیت اجتماعی، رابطه‌ی منفی و معنادار وجود داشته است ($P < 0/05$) و همچنین همبستگی بین ابعاد تفکر انتقادی با متغیر قدردانی نیز مثبت و معنادار بوده است ($P < 0/05$). مهارت تفکر انتقادی با بعد سلامت روانی کیفیت زندگی نیز رابطه مثبت و معنادار داشته است ($P < 0/05$). در نهایت نتایج نشان داد که مجموع متغیرهای سلامت روان، مقبولیت اجتماعی، قدردانی و کیفیت زندگی (ابعاد سلامت محیط، روابط اجتماعی، سلامت روانی و سلامت جسمانی)، ۳۲ درصد واریانس تفکر انتقادی را تبیین می‌کنند.

کلید واژه‌ها: تفکر انتقادی، کیفیت زندگی، سلامت روان، مقبولیت اجتماعی، قدردانی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
ورژنار

• دریافت مقاله: ۹۲/۱/۲۹

• پذیرش مقاله: ۹۲/۱۲/۱۲

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter

2014-2015

دو فصلنامه علمی- پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و یکم - دوره
جدید شماره ۱۱
پاییز و زمستان ۱۳۹۳

مقدمه

از مهمترین نیازهای عصر حاضر در زمینه‌ی تربیت افرادی که بتوانند در عرصه‌های مختلف جامعه حضوری فعال و منطقی داشته باشند، توجه و دستیابی به مهارت تفکر انتقادی است. تفکر انتقادی به‌عنوان مهارت اساسی برای مشارکت عاقلانه در یک جامعه‌ی دموکراتیک شناخته شده است و در دنیای مدرن امروزی به‌عنوان مهارتی ضروری مورد حمایت می‌باشد [۱]. ریشه‌های خردمندانه‌ی تفکر انتقادی قدمتی دیرینه دارد، روش تدریس و دیدگاه سقراط در ۲۵۰۰ سال قبل مؤید این مطلب است [۲]. به‌طور کلی، تفکر انتقادی از زمان سقراط و روش گفتگوی اکتشافی وی با فلسفه در ارتباط است [۳]. بررسی لغت‌نامه‌های متفاوت برای یافتن تعریف مشترک از تفکر انتقادی نشانگر آن است که اغلب آنها تفکر انتقادی را استفاده از ذهن برای قضاوت و ارزیابی دقیق و سنجیده در نظر می‌گیرند [۴]. در ادامه برای روشن شدن معنا و مفهوم تفکر انتقادی، به پاره‌ای از تعاریف صاحب‌نظران و اندیشمندان اشاره می‌کنیم: جان دیوئی در کتاب «چگونه فکر می‌کنیم» ماهیت و ذات تفکر انتقادی را «قضاوت معلق» یا «تردید سالم» (نقد سازنده) و پرهیز از تعجیل در قضاوت تعریف می‌کند [۵]. تفکر انتقادی یک فرایند شناختی می‌باشد که فرد در این فرایند با بررسی دلایل و تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست آمده به نتیجه‌گیری از آن‌ها و به قضاوت و تصمیم‌گیری می‌پردازد [۶]. همچنین، تفکر انتقادی، تفکری مستدل و تیز بینانه درباره این‌که چه چیزی را باور کنیم و چه اعمالی را انجام دهیم، تعریف شده است [۷ و ۸]. دیگر متخصصان معتقدند که تفکر انتقادی به معنای تعمق هدف‌مندانه بوده [۹]، و همچنین آزمون مدرک و منطقی است که ما و دیگران از آن استفاده می‌کنیم [۳]. تفکر انتقادی، توانایی پذیرش مسئولیت پیامدهای تفکر خویش است [۱۰] این نوع تفکر، تفکری است منطقی، منظم و هدف‌دار که شامل حل مسأله، فرمول‌بندی نتایج، محاسبه احتمالات و تصمیم‌گیری می‌باشد [۱۱]. در مجموع تعاریف زیادی برای تفکر انتقادی مطرح شده است که همه آن‌ها عناصر نسبتاً

مشترکی را برای تفکر انتقادی در نظر گرفته و در این میان، بیش از همه می‌توان به شناخت دقیق مسائل، تجزیه و تحلیل بهتر، قضاوت و تصمیم‌گیری اصولی و منطقی اشاره کرد.

همانند هر مفهوم علوم انسانی در مورد تفکر انتقادی نیز باید به اثر گذاری آن بر حیطه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی توجه کرد. اگر چه تفکر انتقادی به‌طور مستقیم بر سلامت جسمانی فرد اثر نمی‌گذارد ولی در سیستم مراقبت سلامت یکی از مهارت‌های اصلی برای ارتقای بهره‌وری می‌باشد. تفکر انتقادی یکی از مهارت‌های اصلی برای پرستاران و پزشکان در تصمیم‌گیری بالینی می‌باشد و همین امر در بهبود سلامت جسمی و روانی بیماران موثر است [۱۲ و ۱۳]. بسیاری از محققان تفکر انتقادی را نوعی مهارت شناختی و توانایی حل مسأله می‌دانند. بنابراین می‌توان گفت که ارتباط بین تفکر انتقادی و سلامت دوسویه می‌باشد؛ به عبارت دیگر مشکلات مرتبط با سلامتی باعث اختلال در توجه شده و فرآیند تفکر دانشجویان را مختل می‌سازد [۱۴] و از سویی دیگر توجه به تفکر انتقادی به عنوان مؤلفه‌ای کلیدی در سلامت روان ضرورت دارد [۱۵]. دانشجویانی که روی مسائل تفکر و تمرکز می‌کنند، با موقعیت‌های مختلف بهتر سازگار شده و از سلامت روان بهتری برخوردارند [۱۶ و ۱۷ و ۱۸]. همچنین، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین تفکر انتقادی با سلامت عمومی و ابعاد آن ارتباط معنادار وجود دارد [۱۹]. کیفیت زندگی مفهومی، چند بعدی - شامل ابعاد سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت محیط و روابط اجتماعی -، پویا و ذهنی می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی^۱ (WHO)، کیفیت زندگی را به عنوان ادراک فرد از موقعیتش در زندگی، در بافت فرهنگی و ارزشی، همراه با اهداف، استانداردها، انتظارات و علاقه‌مندی‌های وی تعریف می‌کند و می‌افزاید کیفیت زندگی مفهومی گسترده است که به شکلی پیچیده تحت تأثیر سلامت جسمانی، حالت روان شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و رابطه شخص با افراد مهم در

1. World Health Organization

دارد [۲۴]. گروهی از انسان‌ها همیشه مطابق با نظرات و اعتقادات خود صحبت می‌کنند. اگر از آنها در مورد موضوعی سؤال شود، با صداقت به سؤالات پاسخ می‌دهند، حتی اگر پاسخ‌های آنها طرد اجتماعی به دنبال داشته باشد (مقبولیت اجتماعی پایین). گروهی دیگر، طوری رفتار می‌کنند که مورد تأیید دیگران قرار گیرند. اگر از آنها در مورد موضوعی سؤال شود، به نحوی پاسخ می‌دهند که فکر می‌کنند، دیگران دوست دارند آن‌طور پاسخ داده شود (مقبولیت اجتماعی بالا). بنابراین پذیرش و مقبولیت اجتماعی، همانند پیوستاری است که در یک انتهای آن مقبولیت اجتماعی خیلی بالا و در انتهای دیگر، مقبولیت اجتماعی پائین وجود دارد. طبیعی است که اغلب افراد در حد وسط قرار دارند [۲۵]. با توجه به تعاریف و ویژگی‌هایی که از مفهوم تفکر انتقادی بیان کردیم، منطقی به نظر می‌رسد که افراد دارای مهارت تفکر انتقادی بالاتر بیش از این که به فکر تأیید اجتماعی باشند، مطابق با نظرات و اعتقاداتی که به واقعیت نزدیک می‌دانند رفتار می‌کنند. قدردانی، ویژگی روانی - اجتماعی دیگری است که ممکن است در فرد منتقد وجود داشته باشد. قدردانی، هیجانی است که بیشتر مردم آن را غالباً به شدت تجربه می‌کنند. قدردانی حالتی شناختی - عاطفی و به طور معمول همراه با این ادراک است که فرد منفعتی شخصی دریافت کرده است که مستحقش نبوده و یا آنرا به دست نیآورده بلکه این منفعت به خاطر نیت‌های خوب فرد دیگری نصیبش شده است [۲۵]. حال سوال اصلی اینجاست که آیا یک فرد انتقادگر فردی قدردان نیز می‌باشد؟ این پرسشی است که پژوهش حاضر در کنار سایر پرسش‌ها در جستجوی آن می‌باشد.

با توجه به موارد فوق، برخورداری از مهارت‌های تفکر انتقادی در جهت تحقق هویت خویشتن و بهبود زندگی فردی و اجتماعی، اهمیت فراوانی دارد، از طرف دیگر نیز کیفیت زندگی در غالب ابعاد چندگانه‌ی آن، سلامت روان، مقبولیت اجتماعی و قدردانی، همگی مؤلفه‌هایی در جهت بالابردن سطح زندگی فردی و اجتماعی، سلامت روانی، پذیرش اجتماعی، و قدردانی

زندگی او قرار می‌گیرد [۲۰]. مطالعات نشان داده‌اند که کیفیت زندگی بالا، با رفاه عمومی^۱ و احساس ارزشمندی زندگی، و کیفیت زندگی پایین با نارضایتی و حتی بی‌علاقگی به زندگی همراه است. از سوی دیگر، فرصت‌های یادگیری رفتار و مهارت‌های جدید، کلید رضایت‌مندی قلمداد شده، افزایش مهارت‌های مقابله، کاهش استرس و ارتقاء بهزیستی را فراهم می‌آورد [۲۱]. کیفیت زندگی مفهومی گسترده‌تر از سلامت بوده و سایر ابعاد اجتماعی و محیطی را در بر می‌گیرد. همان‌گونه که اشاره شد تفکر انتقادی ماورای توانایی حل مشکل بوده، از طرفی به تفکر سمت و سوی فلسفی می‌دهد و از طرف دیگر یک فرایند شناختی است که توسط استدلال و تفکر انعکاسی مشخص می‌شود [۲۲]، و با استفاده از استراتژی‌ها یا مهارت‌های شناختی، احتمال دستیابی به بازده مطلوب را بالا می‌برد [۲۳]. شیوه تفکر نقادانه می‌تواند ما را در تصمیم‌گیری بهتر و استدلال و ارزیابی منابع مختلف کمک کند [۱]، لذا این نوع تفکر می‌تواند بر کیفیت زندگی فرد اثر بگذارد. نکته‌ای که باید به آن اشاره کرد این است که بیشتر اوقات کلمه‌ی انتقادی معنای ضمنی نقد کردن را به ذهن شنونده متبادر می‌کند که معنای منفی دارد و حالتی ناخوشایند و نامساعد را روی یک ایده، تئوری یا عمل می‌اندازد و اگر از واژه‌ی انتقادی در تفکر انتقادی به این معنا استفاده شود، آن‌گاه به تفکر انتقادی به عنوان یک ارزیابی غیر سازنده نگریسته می‌شود [۱]. حال سؤال اصلی اینجاست که آیا داشتن تفکر انتقادی، مقبولیت اجتماعی^۲ فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟ مقبولیت اجتماعی عبارت است از صفت شخصیتی که با قابلیت پذیرش فرد در اجتماع یا ارتباطات بین فردی تعبیر می‌شود. مقبولیت اجتماعی با پذیرش اجتماعی^۳، تأیید اجتماعی^۴، محبوبیت^۵، وضعیت اجتماعی^۶، میزان رهبری یا هر کیفیتی که فرد را از نظر اجتماعی مقبول می‌سازد، ارتباط

1. General Welfare
1. Social Desirability
2. Social Acceptance
3. Social Approval
4. Popularity
5. social status

از ارتباط با دیگران بهره می‌گیرد.

به این ترتیب، هدف پژوهش حاضر، تعیین رابطه‌ی مهارت‌های تفکر انتقادی با کیفیت زندگی، سلامت روان، مقبولیت اجتماعی، و قدردانی می‌باشد. بر این اساس سؤالات پژوهشی زیر مطرح و بررسی شده‌اند:

۱. آیا بین مهارت‌های تفکر انتقادی با سلامت روان رابطه وجود دارد؟

۲. آیا بین مهارت‌های تفکر انتقادی با مقبولیت اجتماعی رابطه وجود دارد؟

۳. آیا بین مهارت‌های تفکر انتقادی با قدردانی رابطه وجود دارد؟

۴. آیا بین مهارت‌های تفکر انتقادی با ابعاد کیفیت زندگی (بعد سلامت محیط، بعد روابط اجتماعی، بعد سلامت روانی و بعد سلامت جسمانی) رابطه وجود دارد؟

۵. مجموع متغیرهای سلامت روان، مقبولیت اجتماعی، قدردانی و کیفیت زندگی (بعد سلامت محیط، بعد روابط اجتماعی، بعد سلامت روانی و بعد سلامت جسمانی) به چه میزان ابعاد تفکر انتقادی را تبیین می‌نمایند؟

روش

نوع تحقیق

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد که به منظور بررسی رابطه‌ی مهارت‌های تفکر انتقادی با کیفیت زندگی، سلامت روان، مقبولیت اجتماعی و قدردانی انجام شده است.

آزمودنی

جامعه آماری تحقیق شامل کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل در رشته‌های علوم پزشکی دانشگاه شاهد می‌باشد. نمونه آماری متشکل از ۱۰۰ نفر از دانشجویان رشته‌های تحصیلی مختلف بوده - در تحقیقات همبستگی، نمونه‌ی آماری بین ۱۰۰ تا ۱۵۰ نفر کفایت می‌کند [۲۸]- که به روش نمونه گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب گردیده‌اند.

فردی و اجتماعی بوده و به ارتباط سالم افراد بشر در جامعه یاری می‌رساند. در ارتباط با پژوهش حاضر، مطالعات و پژوهش‌های مرتبطی صورت نگرفته است، و بیشتر پژوهش‌ها و مطالعاتی که مرتبط با موضوع ما هستند، به صورت جداگانه به بحث تفکر انتقادی و دیگر متغیرها پرداخته‌اند که در ادامه به تعدادی از مهم‌ترین و مرتبط‌ترین آنها اشاره می‌کنیم:

در پژوهشی [۱۹] با عنوان "ارتباط بین سلامت روان و تفکر انتقادی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد" این نتایج حاصل شد که بین تفکر انتقادی با سلامت عمومی و ابعاد آن ارتباط معنادار و مثبت وجود دارد. به این معنا که مهارت بالاتر در تفکر انتقادی موجب سلامت روان بالاتر در دانشجویان می‌گردد.

در پژوهشی دیگر [۲۶] با عنوان "به کارگیری آموزش تفکر انتقادی در آموزش عالی به منظور پاسخگویی به نیازهای جامعه" این یافته‌ها حاصل شد که کسب توانایی تشخیص مشکلات و طرح سؤالات توسط دانشجو، نتایج مثبتی را در پی دارد که عبارتند از: تعمق در مشکلات برای جلوگیری از ابهام‌ها و ایجاد دانش لازم به منظور رفع آنها، افزایش میزان یادگیری و انجام خودارزیابی، کسب اعتماد به نفس، همکاری در کار گروهی و تعامل با دانشجویان، آماده شدن برای سازگاری با محیط، مشارکت در برنامه‌ریزی آموزشی.

پژوهشی دیگر [۲۷] نیز به "بررسی ملاک‌هایی در افراد متفکر منتقد" پرداخت. یافته‌ها نشان داد که ملاک‌های مهم برای فردی که تفکر انتقادی را در خود به خوبی پرورش داده عبارتند از: ۱- پرسش‌ها و مسائل ضروری را طرح و آن را به صورت واضح و دقیق تنظیم می‌کند. ۲- اطلاعات مربوط را جمع‌آوری و ارزیابی می‌کند و از باورهای انتزاعی برای تفسیر آنها بهره می‌گیرد. ۳- به نتایج راه‌حل‌های مستدل می‌رسد و آنها را با ملاک‌ها و استانداردهای مربوط می‌آزماید. ۴- با فکر باز و روشن در سیستم‌های مختلف فکری، تفکر می‌کند و فرضیه‌ها و نتایج کاربردی آنها را تشخیص داده و ارزیابی می‌کند. ۵- برای به دست آوردن راه‌حل مشکلات پیچیده،

ابزارهای تحقیق

برای گردآوری داده‌ها از پنج نوع پرسشنامه‌ی استاندارد استفاده شده است.

پرسشنامه‌ی تفکر انتقادی (واتسون - گلیزر، ۱۹۸۰): ابزاری است که توانایی تفکر انتقادی آزمودنی را از طریق ۸۰ سوال عمومی که در پنج بخش مهارت‌های (استنباط، تشخیص پیش فرض‌ها، استنتاج، تعبیر و تفسیر، ارزیابی مدارک و دلایل) اندازه می‌گیرد. هر یک از بخش‌های نامبرده دارای ۱۶ سوال است. نمره کل آزمون ۸۰ است و امتیاز کسب شده از هر بخش می‌تواند بین ۰ تا ۱۶ متغیر باشد. آزمودنی به ترتیب در بخش استنباط از طریق تشخیص درستی یا نادرستی عبارات، در بخش تشخیص پیش فرض‌ها با تشخیص وجود یا عدم وجود پیش فرض‌ها در عبارات ذکر شده، در بخش استنتاج با مشخص کردن نتایج استخراج شده یا نشده از موقعیت، در بخش توانایی تعبیر و تفسیر با مشخص کردن تعبیر و تفسیرهای استخراج شده یا نشده از شرح حال‌ها و بالاخره در بخش ارزشیابی دلایل با تشخیص دلایل قوی و دلایل ضعیف به سوالات جواب می‌دهد. هر یک از آزمودنی‌ها با توجه به امتیازات کل کسب شده از آزمون می‌تواند در یکی از طبقات ضعیف (امتیاز زیر ۵۴)، متوسط (امتیاز ۵۹-۵۴) و قوی (امتیاز ۸۰-۶۰) از نظر توانایی تفکر انتقادی قرار گیرد.

در پژوهشی [۲۹] جهت پایایی آزمون از روش تی زوجی استفاده شده است. در این روش جهت پاسخگویی در مطالعه مقدماتی، پرسشنامه در دو مرحله به فاصله ۱۰ روز در اختیار ۵ نفر دانشجوی ترم اول، ۵ نفر دانشجوی ترم آخر و ۴ نفر پرستار شاغل قرار گرفت و نتیجه آزمون $P=0.56$ را بدست داد.

روایی آزمون به روش روایی محتوایی تعیین گردیده است. بدین منظور پس از ترجمه فرم الف آزمون و همسان‌سازی آن با شرایط فرهنگی و اجتماعی کشور، این آزمون به همراه برگه مشخصات دموگرافیک به منظور نظر خواهی در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ایران قرار گرفت و پس از اعلام نظر

اساتید و انجام اصلاحات، پرسشنامه تأیید شد. **پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) [۳۰]:** پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت دارای فرم های ۱۰۰ و ۲۶ سوالی می‌باشد که در این پژوهش از فرم ۲۶ سوالی استفاده گردید. این پرسشنامه شامل چهار بُعد سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط می‌باشد. در پژوهشی که نجات و همکاران [۳۱] بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام دادند میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه در تمام ابعاد به جز بُعد روابط اجتماعی بالای ۰.۷۰ بدست آمد. همچنین همبستگی میان تمام ابعاد بالای ۰.۷۰ بدست آمد که نمایانگر اعتبار مناسب ابزار می‌باشد.

پرسشنامه‌ی سلامت روان ۱۲^۱ (GHQ-12) [۳۲]: پرسشنامه اصلی پرسشنامه دارای ۶۰ سوال بوده و سپس فرم های ۲۸، ۲۰ و ۱۲ سوالی آن نیز تهیه گردیده است که در پژوهش حاضر از فرم ۱۲ سوالی پرسشنامه استفاده شد. در پژوهشی که منتظری و همکاران [۳۳] بر روی ۷۸۴ فرد جوان ایرانی انجام دادند، میزان پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ ($Cronbach's\ alpha\ coefficient = 0.87$) قابل قبول گزارش شد. همچنین اعتبار همگرایی ابزار از طریق همبستگی با پرسشنامه کیفیت زندگی عمومی بالا گزارش شد ($r = -0.56, P < 0.000$).

نسخه کوتاه مقیاس مقبولیت اجتماعی مارلو-کراون^۳ (SDS) (رینولدز^۳، ۱۹۸۲): این مقیاس شامل ۱۳ گویه می‌باشد که پاسخ دهنده‌گان به صورت صحیح یا غلط به سوالات پاسخ می‌دهند. برای هر پاسخ که طبق فرم صحیح پر شده باشد نمره ۱ و اگر بر خلاف آن باشد نمره صفر داده می‌شود. اعتبار سازه این مقیاس توسط رینولدز (۱۹۸۲) با استفاده از مقیاس‌های پرسشنامه MMPI مورد بررسی قرار گرفته که حاکی از اعتبار همگرایی بالای مقیاس می‌باشد. در ایران در پژوهشی که توسط نجاریان [۳۴] بر روی نمونه ۴۳۴ نفری از دانشجویان صورت گرفته است حاکی از پایایی

1. General Health Questionnaire
2. Marlowe - Crowne Social Desirability / Scale - short form
3. Reynolds

رضایت‌بخش ابزار می‌باشد.

پرسشنامه‌ی قدردانی (GQ)[۳۵]: این ابزار شامل شش گویه و یک عامل کلی بوده که برای سنجش تفاوت‌های فردی در آمادگی فرد برای تجربه قدردانی در زندگی روزانه‌اش ساخته شده است. اعتبار این آزمون در پژوهش‌های متعدد و بین فرهنگی رضایت‌بخش بوده است. همچنین آلفای کرونباخ این پرسشنامه از ۰.۷۵ تا ۰.۸۲ بوده است. در ایران در پژوهشی که آقا بابایی و همکاران [۳۶] با هدف بررسی ویژگی‌های روانسنجی این ابزار مورد بررسی قرار گرفته است، ضریب پایایی این پرسشنامه ۰.۸۱ بدست آمد. همچنین نتایج تحلیل عاملی حاکی از اشباع یک عامل در پرسشنامه بود.

شیوه تحلیل داده‌ها

در این پژوهش پس از گردآوری داده‌ها، با استفاده از آزمون همبستگی به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته شده است.

نتایج

جدول زیر میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲ نتایج آزمون همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

بررسی سؤال اول پژوهش

همانطور که از جدول فوق مشاهده می‌شود در پاسخ

به سؤال اول پژوهش که عبارت بود از «آیا بین مهارت‌های تفکر انتقادی با ابعاد کیفیت زندگی (بعد سلامت محیط، بعد روابط اجتماعی، بعد سلامت روانی و بعد سلامت جسمانی) رابطه وجود دارد؟»، باید گفت که بین تفکر انتقادی با تنها یک بعد از کیفیت زندگی (بعد سلامت روانی) رابطه مثبت و معنادار یافت شد ($P < 0/05$). به عبارت دیگر دانشجویانی که دارای مهارت‌های تفکر انتقادی بالاتری بودند از سلامت روانی بیشتری برخوردار بودند.

بررسی سؤال دوم پژوهش

در پاسخ به سؤال دوم پژوهش که عبارت بود از «آیا بین مهارت‌های تفکر انتقادی با سلامت روان رابطه وجود دارد؟»، باید گفت که نتایج نشان داد در کل بین مهارت‌های تفکر انتقادی و بهداشت روان، رابطه منفی و معنادار وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین همبستگی بین ابعاد تفکر انتقادی با سلامت روان، حاکی از ارتباط مثبت و معنادار بین بعد ارزیابی مدارک و شواهد از تفکر انتقادی با سلامت روانی ($P < 0/05$) و ارتباط منفی و معنادار بین بعد استنتاج ($P < 0/05$) و بعد تفسیر از تفکر انتقادی با سلامت روانی ($P < 0/01$) می‌باشد. به عبارت دیگر دانشجویانی که در برخورد با مدارک و شواهد به ارزیابی درستی یا نادرستی آن می‌پردازند از سلامت روانی بالاتری برخوردارند.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تفکر انتقادی، قدردانی، بهداشت روان، مقبولیت اجتماعی، و کیفیت زندگی (بعد سلامت محیط، بعد روابط اجتماعی، بعد سلامت روانی و بعد سلامت جسمانی).

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
تفکر انتقادی	۱۱/۸۷	۲/۱۵
قدردانی	۲۲/۱۵	۴/۸۲
بهداشت روان	۲۵/۰۹	۵/۸۹
مقبولیت اجتماعی	۱۳/۵۳	۲/۱۵
بعد سلامت محیط از کیفیت زندگی	۲۴/۱۹	۵/۰۳
بعد روابط اجتماعی از کیفیت زندگی	۸/۹۰	۲/۲۴
بعد سلامت روانی از کیفیت زندگی	۱۹/۰۴	۳/۹۶
بعد سلامت جسمانی از کیفیت زندگی	۲۶/۳۹	۴/۴۹

جدول ۲: آزمون همبستگی پیرسون بین متغیر تفکر انتقادی با متغیر های قدردانی، بهداشت روان، مقبولیت اجتماعی، و کیفیت زندگی (بعد سلامت محیط، بعد روابط اجتماعی، بعد سلامت روانی و بعد سلامت جسمانی).

متغیر	شاخص	بهداشت روان	قدردانی	مقبولیت اجتماعی	سلامت جسمانی	سلامت روانی	سلامت اجتماعی	سلامت محیطی
تفکر انتقادی	ضریب همبستگی	-۰/۴۱	۰/۲۷	-۰/۱۵	۰/۱۱	۰/۲۹	۰/۱۵	۰/۰۱
	خطا (p)	۰/۰۰	۰/۰۲	۰/۲۳	۰/۳۸	۰/۰۱	۰/۲۱	۰/۸۹
استنباط	ضریب همبستگی	-۰/۲۱	۰/۱۵	۰/۲۰	۰/۱۶	۰/۱۵	-۰/۰۷	-۰/۰۳
	خطا (p)	۰/۰۹	۰/۲۳	۰/۱۱	۰/۱۸	۰/۲۱	۰/۵۶	۰/۵۶
پیش فرض ها	ضریب همبستگی	-۰/۱۹	۰/۲۰	-۰/۱۰	-۰/۰۲	۰/۲۰	۰/۱۲	۰/۰۷
	خطا (p)	۰/۱۳	۰/۱۰	۰/۴۱	۰/۸۷	۰/۱۰	۰/۳۴	۰/۵۷
استنتاج	ضریب همبستگی	۰/۰۱	-۰/۰۴	-۰/۲۴	-۰/۱۴	-۰/۱۵	-۰/۰۶	-۰/۳۲
	خطا (p)	۰/۸۹	۰/۷۰	۰/۰۲	۰/۲۵	۰/۲۱	۰/۶۱	۰/۰۱
تفسیر	ضریب همبستگی	-۰/۴۷	۰/۲۳	-۰/۰۶	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۲۳	۰/۲۲
	خطا (p)	۰/۰۰	۰/۰۶	۰/۶۲	۰/۳۸	۰/۳۴	۰/۰۶	۰/۰۸
ارزیابی مدارک و شواهد	ضریب همبستگی	-۰/۱۹	۰/۱۶	-۰/۲۲	۰/۱۱	۰/۴۰	۰/۲۱	۰/۰۸
	خطا (p)	۰/۱۱	۰/۱۸	۰/۰۸	۰/۳۶	۰/۰۰	۰/۰۹	۰/۵۰

بررسی سؤال سوم پژوهش

در پاسخ به سؤال سوم پژوهش که عبارت بود از «آیا بین مهارت‌های تفکر انتقادی با مقبولیت اجتماعی رابطه وجود دارد؟»، باید گفت که نتایج نشان داد در کل بین تفکر انتقادی با مقبولیت اجتماعی رابطه‌ی منفی وجود دارد. اما این ارتباط، فقط در بعد استنتاج از تفکر انتقادی با مقبولیت اجتماعی، منفی و معنادار می‌باشد ($P < ۰/۰۵$). به عبارت دیگر دانشجویانی که بر اساس مقدمات جزئی به نتایج کلی می‌رسند، اصولاً سعی ندارند که در نظرات و اعمال خود، به انتظارات دیگران توجه نشان دهند بلکه مطابق با واقعیات نتیجه گرفته شده عمل می‌کنند.

بررسی سؤال چهارم پژوهش

در پاسخ به سؤال چهارم پژوهش که عبارت بود از «آیا بین مهارت‌های تفکر انتقادی با قدردانی رابطه وجود دارد؟»، باید گفت که نتایج نشان داد بین مهارت‌های تفکر انتقادی و متغیر قدردانی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). به عبارت دیگر، دانشجویانی که از مهارت‌های تفکر انتقادی بالاتری برخوردارند، از ویژگی قدردانی بیشتری برخوردارند.

جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس و تحلیل رگرسیون خطی چند متغیره را نشان می‌دهد.

جدول ۳: آزمون تحلیل واریانس بین متغیر تفکر انتقادی با متغیرهای قدردانی، بهداشت روان، مقبولیت اجتماعی، و کیفیت زندگی (بعد سلامت محیط، بعد روابط اجتماعی، بعد سلامت روانی و بعد سلامت جسمانی).

مدل	مجموع مربعات	درجات آزادی	میانگین مربعات	F	مقدار خطا
رگرسیون	۱۱۵/۵۷	۷	۱۶/۵۱۱	۵/۲۳	۰/۰۰
باقیمانده	۱۳۷/۴۰	۹۳	۳/۱۵		
کل	۲۸۸/۹۸	۱۰۰			

مدل یک؛ پیش‌بین‌کننده: متغیرهای قدردانی، بهداشت روان، مقبولیت اجتماعی، بعد سلامت محیط، بعد روابط اجتماعی، بعد سلامت روانی و بعد سلامت جسمانی کیفیت زندگی.

متغیر مستقل: تفکر انتقادی

جدول ۴: مشخصه‌های آماری رگرسیون تفکر انتقادی از طریق متغیرهای قدردانی، بهداشت روان، مقبولیت اجتماعی، و کیفیت زندگی (بعد سلامت محیط، بعد روابط اجتماعی، بعد سلامت روانی و بعد سلامت جسمانی).

شاخص متغیر	ضریب رگرسیون استاندارد نشده β	خطای انحراف استاندارد	ضریب رگرسیون استاندارد شده (β)	تی (t)	خطا (p)
قدردانی	-۰/۰۰۴	۰/۰۷	-۰/۰۱	-۰/۰۵	۰/۹۵
بهداشت روان	-۰/۲۶	۰/۰۶	-۰/۷۱	-۴/۰۴	۰/۰۰
مقبولیت اجتماعی	-۰/۰۵	۰/۱۱	-۰/۰۵	-۰/۴۵	۰/۶۵
بعد سلامت محیط	-۰/۳۲	۰/۰۸	-۰/۷۵	-۳/۸۵	۰/۰۰
بعد روابط اجتماعی	-۰/۱۸	۰/۱۴	-۰/۱۸	-۱/۲۷	۰۰/۲۰
بعد سلامت روانی	۰/۲۴	۰/۱۰	۰/۴۴	۲/۲۵	۰/۰۲
بعد سلامت جسمانی	۰/۰۳	۰/۰۸	۰/۰۶	۰/۳۸	۰/۷۰

$\gamma^2=0.32, P<0.05$

بررسی سؤال پنجم پژوهش

در پاسخ به سؤال پنجم پژوهش که عبارت بود از «آیا متغیرهای قدردانی، بهداشت روان، مقبولیت اجتماعی، کیفیت زندگی (بعد سلامت محیط، بعد روابط اجتماعی، بعد سلامت روانی و بعد سلامت جسمانی) بر روی متغیر تفکر انتقادی تأثیر دارند؟» باید گفت: نتایج جدول حاکی از آن است که میزان تحلیل واریانس (F) بدست آمده از مدل فوق معنادار بوده و متغیرهای قدردانی، بهداشت روان، مقبولیت اجتماعی، بعد سلامت محیط، بعد روابط اجتماعی، بعد سلامت روانی و بعد سلامت جسمانی می‌توانند تغییرات مربوط به تفکر انتقادی را پیش‌بینی کنند. به عبارت دیگر متغیرهای مذکور بر روی تفکر انتقادی تأثیر دارند. در نتیجه به‌منظور مشخص ساختن میزان تأثیر

از آزمون رگرسیون به روش ورود^۱ استفاده می‌کنیم. همانطور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد مجموع متغیرهای قدردانی، بهداشت روان، مقبولیت اجتماعی، کیفیت زندگی (ابعاد سلامت محیط، روابط اجتماعی، سلامت روانی و سلامت جسمانی)، ۳۲ درصد واریانس تفکر انتقادی را پیش‌بینی می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی مهارت‌های تفکر انتقادی با کیفیت زندگی، سلامت روان، مقبولیت اجتماعی، و قدردانی انجام شده است. نتایج پژوهش

1. Enter

ویژگی‌هایی که از مفهوم تفکر انتقادی بیان کردیم، منطقی به نظر می‌رسد که افراد دارای مهارت تفکر انتقادی بالاتر بیش از این که به فکر تأیید اجتماعی باشند، مطابق با نظرات و اعتقاداتی که به واقعیت نزدیک می‌دانند رفتار می‌کنند. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین تفکر انتقادی و متغیر قدردانی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. تفکر انتقادی، نقد کردن صرف نیست [۴۱]، علاوه بر آن، منظور از کلمه‌ی انتقادی در این جا، نگاه گله‌مندانه و شکایت‌آمیز هم نمی‌باشد بلکه نگاهی تیزبینانه^۱ است [۴۲]. اگر معنای واقعی تفکر انتقادی در نظر گرفته شود می‌توان به این نتیجه رسید که یک متفکر انتقادی صرفاً به دنبال گله کردن نیست بلکه با دیدگاهی منصفانه به امور می‌نگرد و توانایی قدردانی دارد. در عین حال، از آنجا که این پژوهش اولین نمونه تحقیق انجام شده در راستای بررسی رابطه‌ی مهارت‌های تفکر انتقادی با کیفیت زندگی، سلامت روان، مقبولیت اجتماعی، و قدردانی بوده و پژوهش دیگری در این زمینه صورت نگرفته است؛ فرصت مقایسه‌ی یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های مرتبط دیگر، از پژوهشگر سلب گردیده است. با توجه به نتایج پژوهش به برنامه‌ریزان درسی در سطح وزارت آموزش و پرورش و آموزش عالی پیشنهاد می‌گردد که به گنجانیدن برنامه‌هایی جهت پرورش مهارت‌های تفکر انتقادی در دانش‌آموزان و دانشجویان توجه نشان دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود که کارگاه‌هایی برای اساتید دانشگاه برگزار گردد که در آن به آموزش مهارت‌های تفکر انتقادی و ارائه و معرفی روشهای تدریسی که به پرورش تفکر انتقادی در دانشجویان می‌انجامد، پرداخته شود. در نهایت در راستای نتایج پژوهش، به دست‌اندرکاران در سطح وزارت بهداشت پیشنهاد می‌گردد که با پرورش مهارت‌های تفکر انتقادی در افراد جامعه در جهت بالا بردن سلامت روانی افراد گام بردارند.

حاضر نشان می‌دهد بین تفکر انتقادی و سلامت روانی رابطه منفی وجود دارد؛ به عبارتی با توجه به اینکه کسب نمره بالاتر در پرسشنامه سلامت روان حاکی از بهداشت روانی پایین‌تر است، افرادی که در این پرسشنامه نمره بالاتری کسب می‌کنند، سلامت روانی پایین‌تری دارند. بنابراین افرادی که دارای تفکر انتقادی پایین‌تری می‌باشند، سلامت روانی پائین‌تری نیز دارند. این نتیجه منطقی به نظر می‌رسد زیرا ضرورت تفکر انتقادی به عنوان مؤلفه‌ای کلیدی در سلامت روان پذیرفته شده است [۱۵]. عوامل متعددی ممکن است در سلامت روان تأثیر داشته باشند [۳۷] که مسلماً یکی از این عوامل مهارت تفکر انتقادی است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بسیاری از مشکلات روانی- اجتماعی، محصول مهارت‌های زندگی ضعیف است که نیازمند توجه و مداخله به موقع است [۳۸] و یکی از این مهارت‌های زندگی، مهارت تفکر انتقادی می‌باشد. دانشجویانی که روی مسائل تفکر و تمرکز می‌کنند (از ویژگی‌های مهارت تفکر انتقادی)، با موقعیت‌های مختلف بهتر سازگار شده و از سلامت روان بهتری برخوردارند [۱۶ و ۱۷ و ۱۸]. یافته‌های فوق با یافته‌های پژوهشگرانی [۱۹] که در پژوهش خود نشان می‌دهند بین تفکر انتقادی با سلامت عمومی و ابعاد آن ارتباط معنادار و مثبت وجود دارد، همخوانی دارد. همچنین نتایج پژوهش حاکی از ارتباط منفی و معنادار بین یکی از ابعاد مهارت تفکر انتقادی با مقبولیت اجتماعی می‌باشد. در دایره‌المعارف جامع آموزش و پرورش، تفکر انتقادی به معنای کاربرد دیدگاه‌ها و رویکردهای شخصی به جای پذیرش ساده و بدون ارزیابی در مورد قضاوت‌ها، نگرش‌ها و اطلاعات دیگران تعریف شده است [۳۹]. بررسی لغت‌نامه‌های متفاوت برای یافتن تعریف مشترک از تفکر انتقادی نشانگر آن است که اغلب آنها تفکر انتقادی را استفاده از ذهن برای قضاوت و ارزیابی دقیق و سنجیده در نظر می‌گیرند [۴]. همچنین، تفکر انتقادی عبارت است از عدم سوگیری شخصی به هنگام مواجهه با مسائل، تعقل در قضاوت کردن و روشن‌اندیشی در مورد موضوعات [۴۰]. بنابراین با توجه به تعاریف و

- 13- Mullen. M. Mullen. M. (2009). Examining patterns of change in the critical thinking skills of graduate nursing students. *Journal nurs educ*, vol. 48, no. 6 ,pp. 310 -18.
- 14- Jain. S. Dowson. M. (2009). Mathematics anxiety as a function of multidimensional self-regulation and self- efficacy. *Contempt educ psychol*, vol. 34, no. 3, pp. 240-9.
- 15- Nardi. D. Schlotman, E. Siwinski. S. (1997). Breaking ground: Combining community service, critical thinking and writing in a mental health clinical course. *Arch psychol nurs*, vol. 11, no. 2, pp. 88-95.
- 16- Thoitys. P. A. (1995). Stress, coping and social support processes: where are we? What next. *Journal health soc behav*, vol. 38, pp. 53-79.
- 17- Terry. D. J. (1994). Determination of coping of state and situational factors. *Journal peers soc psychol*, vol. 60, pp. 895-910.
- 18- Folkman. S. Lazarus. R. S. (1991). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal abnorm psychol*, vol. 95, pp. 107-13.
- ۱۹- امین خندقی، مقصود و پاک مهر، حمیده (۱۳۹۰). ارتباط بین سلامت روان و تفکر انتقادی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد، اصول بهداشت روانی، سال ۱۳، شماره ۳، صص ۱۱۴-۱۲۳.
- 20- 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 clin pidemiol*, vol. 53, no.1, pp.19-23.
- 21- Goodinson. S. Singleton. J. (1989). Quality of life: a critical review of current concepts, measures and their clinical implications. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 26, no. 4, pp.327-341.
- 22- Glen. S. (1995). Developing critical thinking in higher education. *journal of nurse education today*, vol. 15, pp. 170-176.
- 23- Halpern. D. F. (1996). Teaching critical thining for transfer across domains. *american psychologist*, vol.53, pp. 449-455.
- منابع**
- 1- Andolina. M. (2001). Critical thinking for working students. Columbia delmar press.
- ۲- شهابی، محمود (۱۳۸۴)، تفکر انتقادی و آموزش انتقادی، آموزش علوم اجتماعی، دوره هشتم، شماره ۴، صص ۱۰-۱۶.
- 3- Johnson. E. B. (2002). Contextual teaching and learning: what it is and why its here to stay. united kingdom, corwin press.
- 4- Nichols. M .(2003). Critical thinking process. Net ce website, continuing education on line, available: [http:// www. Netce. Com/ course. Asp? Course=319](http://www.Netce.Com/course.Asp?Course=319).
- 5- Dewey . J .(1982). How we think. Mass, heath loriginally published.
- 6- Brunner. J. (1984). Critical thinking in teacher education: towards a demythologization. *journal of teacher education*, vol 40, no3, pp 14-19.
- 7- Ennis. R. H. (1985). A logical basis for measuring critical thinking skills. *educational leadership*, vol43,pp 44-48.
- 8- Ennis. R. h. (2002). An outline of goals for a critical thinking curriculum and its assessment. available at:[http://faculty .ed .Uiuc . edu /rhennis](http://faculty.ed.Uiuc.edu/rhennis).
- 9- Paul. R. C. (1992). Critical thinking: what every person needs to survive in a rapidly changing world(2nd revised ed). santa rosa, ca: foundation for critical thinking.
- 10- Paul. R. C. (1994). Teaching critical thinking in the strong sense. in k.s. walters(ed), re-thinking reason: new perspectives in critical thinking, (pp.181-198), albany, ny: suny.
- 11- Papastephanlou. M. (2004). Educational critique, critical thinking and the critical philosophical traditions. *Journal of philosophy of education*, No 38, pp370-377.
- ۱۲- جاویدان جاویدان، فاطمه و دهقان، محمدصادق (۱۳۸۹)، تفکر انتقادی و مهارت بالینی دانشجویان پزشکی، اولین همایش کشوری تفکر انتقادی و نظام سلامت، ۳-۵ اسفند، اصفهان.

- 33- Montazeri. A. Harirchi. A. M. and Shariati. M. and Garmaroudi. G. and Ebadi. M. & Fateh. A. (2003). The 12-item general health questionnaire (GHQ-12): translation and validation study of the Iranian version. *Journal health and quality of life outcomes*, no. 1, p.66.[persian].
- ۳۴- نجاریان، بهمن و سودانی، منصور (۱۳۸۰)، ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش تحریف واقعیت، مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره ۳، سال ۸، شماره‌های ۱ و ۲، صص ۹۹-۱۱۴.
- 35- MacCullough. M. E., Emmons. R. A. Tsang. J. (2002). The grateful disposition: a conceptual and empirical topography, *Journal of personality and social psychology*, vol. 82, no.1, pp.112-127.
- ۳۶- آقابابایی، ناصر؛ فراهانی، حجت و فاضلی مهرآبادی، علیرضا (۱۳۸۹)، سنجش قدردانی در دانشجویان و طلاب؛ بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه قدردانی، مطالعات اسلام و روان‌شناسی، سال ۴، شماره ۶، صص ۷۵-۸۸.
- ۳۷- نجفی، محمود و فولادچنگ، محبوبه (۱۳۸۶)، رابطه‌ی خودکارآمدی و سلامت روان در دانش‌آموزان دبیرستانی، دانش‌سور رفتار (روان‌شناسی بالینی و شخصیت)، سال ۱۴، شماره ۲۲، صص ۸۲-۶۹.
- ۳۸- رحیمیان بوگر، اسحق؛ محمدی‌فر، محمد علی؛ نجفی، محمود و دهشیری، غلامرضا (۱۳۹۲)، تأثیر مهارت‌های زندگی بر سلامت عمومی دانشجویان، روان‌شناسی بالینی و شخصیت، سال ۲۰، شماره ۸، صص ۲۳-۳۴.
- 39- Tiwari. D.(2008). *Encyclopaedic dictionary education*. crescent publishing corporation.
- 40- Clark. D. Holt .J. (2001). Strategies to overcome obstacles in the facilitation of critical thinking in nursing education. Vol. 25, pp. 291-298.
- 24- marlowe. D. Crowne. D. P. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of consulting psychology*, vol. 24, no. 4, pp. 349-354.
- 25- Bono. G., McCullough. M. E. (2006). Positive responses to benefit and harm: bringing forgiveness and gratitude Into cognitive psychotherapy. *Journal of cognitive psychotherapy*, vol. 20, no. 2, pp.1-10.
- ۲۶- شاه‌ولی، منصور (۱۳۷۶)، به‌کارگیری آموزش تفکر انتقادی در آموزش عالی به‌منظور پاسخگویی به نیازهای جامعه، مجموعه مقالات نخستین سمینار آموزش عالی در ایران، جلد دوم، انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی، صص ۲۹-۴۸.
- 27- Paul. R., Elder. L. (2001). *The miniature guide to critical thinking concepts and tools. the foundation for critical thinking*.
- ۲۸- خلعتبری، محمدجواد (۱۳۸۵)، آمار و روش تحقیق، تهران، انتشارات پردازش.
- ۲۹- اسلامی، محسن (۱۳۸۲)، ارائه‌ی الگویی برای طراحی و اجرای برنامه‌ی خواندن انتقادی و بررسی اثر آن بر تفکر انتقادی و نوشتن تحلیلی، رساله دکتری، تهران، دانشگاه تربیت معلم.
- 30- WHOQOL Group. (1998b). Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Journal psychol med*, vol. 28, pp. 551-558.
- ۳۱- نجات، سحر ناز؛ منتظری، علی؛ هلاکوئی نائینی، کوروش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، رضا (۱۳۸۵)، استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL- BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۴، شماره ۴، صص ۱-۱۲.
- 32- Goldberg. D. P. Hillier. V. F. (1979). A scaled version of the general health questionnaire, *Journal psychological medicine*, no. 9, pp. 139-145.

۴۲- سیف، علی اکبر (۱۳۷۹)، روان‌شناسی
پرورشی (روان‌شناسی یادگیری و آموزش)، تهران،
انتشارات آگاه.

41- Wunningham. M. Preusser. B. (2001).
Crotoca; tjomlong om ,edoca;- sirgoca;
settomgs (a case study approach), missouri,
mosby, inc press.

تأثیر مداخلات شناختی - رفتاری بر کنترل خشم دانش آموزان دبیرستانی

نویسندگان: محسن شکوهی یکتا^۱، نیره زمانی^۲، مریم محمودی^۳، جواد پور کریمی^۴
و سعید اکبری زردخانه^۵

۱- دانشیار دانشگاه تهران.

۲- کارشناس ارشد روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی.

۳- دانشجوی دکتری روانشناسی کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی.

۴- استادیار پژوهشکده مطالعات توسعه جهاد دانشگاهی واحد تهران.

۵- دانشجوی دکتری سنجش و اندازه گیری دانشگاه علامه طباطبایی.

*Email: myekta@ut.ac.ir

چکیده

خشم و کنترل آن در میان نوجوانان و جوانان از اهمیت زیادی برخوردار است و یکی از دلایل مراجعه به کلینیک‌های روان شناختی، خشم و پرخاشگری می‌باشد. به همین جهت، انجام مطالعات برای کاهش خشم و افزایش مکانیزم‌های کنترل خشم از موضوعات بسیار مهم تلقی می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش کنترل خشم با رویکرد شناختی- رفتاری بر صفت و ابراز خشم انجام شده است. این پژوهش از نوع پژوهش‌های شبه آزمایشی است. آزمودنی‌های این مطالعه را ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختر پایه دوم دبیرستان مدرسه شاهد تشکیل دادند که داوطلب شرکت در کارگاه بودند و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این تعداد آزمودنی در دو گروه با برنامه مداخله یکسان آموزش مدیریت خشم را به مدت هفت جلسه (هفته‌ای یک بار) و در جلسات دو ساعته، گذراندند. ابزار پژوهش، سیاهه خشم حالت- صفت اسپیلبرگر بود که قبل و پس از آموزش بوسیله دانش‌آموزان تکمیل شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری بیانگر افزایش معنادار کنترل خشم درونی در گروه نمونه پس از طی دوره آموزشی است. لذا می‌توان ادعان داشت که با روش مداخله شناختی- رفتاری، می‌توان به افزایش کنترل خشم و مدیریت آن دست یافت.

کلید واژه‌ها: مدیریت خشم، رویکرد شناختی- رفتاری، خشم درونی، خشم بیرونی.

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
و رفتار

• دریافت مقاله: ۹۲/۱/۲۲

• پذیرش مقاله: ۹۲/۸/۲۸

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015*

Clinical Psy. & Personality

دو فصلنامه علمی- پژوهشی
دانشگاه شاهد

سال بیست و یکم - دوره

جدید شماره ۱۱

پاییز و زمستان ۱۳۹۳

مقدمه

دوره نوجوانی از بحرانی‌ترین دوران زندگی است. اساساً همه نظریه‌های نوجوانی توافق دارند بر سر این که مرحله نوجوانی ذاتاً پرفشار و احتمالاً رابطه والد-نوجوان نسبت به ارتباط والد-کودک تعارضی‌تر است [۱]. غالباً نوجوانان درگیر نوسانات پرشور عاطفی هستند، دوران نوجوانی با شور و هیجان، احساس‌های متناقض، تحریکات فیزیولوژیکی و عواطفی پرتنش همراه است. این دوران حساس، نقش بسیار مهمی در شکل‌گیری شخصیت آینده فرد دارد. احتمالاً هیچ دوره رشدی به اندازه دوره نوجوانی موجب سردرگمی والدین، معلمان و متخصصان بالینی نمی‌شود [۲].

تغییرات هورمونی و جسمانی در این دوره دیده می‌شود، که افزایش نیاز به استقلال را به همراه می‌آورد [۳، ۴]. یکی از مهمترین تکالیف رشدی که از افراد در مرحله نوجوانی انتظار می‌رود، الگوهای رفتاری برآورده‌کننده نقش‌های بزرگسالان است. مهارت در هیجانات و کنترل هیجانی در طول تحول اجتماعی و هیجانی در بین رایج‌ترین تکالیف رشدی این دوره فهرست می‌شوند [۵، ۶].

در این میان، مشکلات مربوط به خشم مانند پرخاشگری و خصومت از دلایل مهم ارجاع کودکان و نوجوانان به مراکز روانشناسی و مشاوره است [۷]. نزدیک به ۵۰ سال است که پژوهشگران کودکان و نوجوانان با رفتار پرخاشگرانه را مورد بررسی قرار داده‌اند [۸، ۹، ۱۰]. بدون مداخله، پیش‌آگهی برای کودکانی که الگوهای مزمن رفتار پرخاشگرانه را نشان می‌دهند، ضعیف است [۱۱]. یافته‌های پژوهشی وجود نشانه‌هایی از ضعف در مدیریت خشم، مهارت‌های حل مساله و مهارت‌های اجتماعی را در رفتارهای جوانان پرخاشگر گزارش کرده‌اند [۱۲]. از جمله مشکلات عدم کنترل خشم می‌توان به از دست دادن خلق، بحث و جدل با بزرگسالان، رفتار مقابله‌ای و نادیده گرفتن قوانین در خانه یا مدرسه اشاره کرد [۱۳].

بررسی‌ها نشان داده‌اند که چنانچه نوجوان به

راهبردهای مقابله‌ای کارآمد مجهز نباشد و توانایی کمی برای درک هیجان‌های خود و دیگران داشته باشد، در برخورد با فشارها و بحران‌های دوران نوجوانی توان کمتری خواهد داشت و مشکلات رفتاری بیشتری را به صورت پرخاشگری، افسردگی و اضطراب نشان خواهد داد [۱۴، ۱۵]. پژوهشگران در بررسی ارتباط سبک‌های مقابله ناکارآمد خشم با سبک‌های رفتاری افراد گزارش کرده‌اند نوجوانان دارای سبک مقابله سرکوبی خشم، به مصرف الکل گرایش بیشتری دارند، طی هفته ساعات کمتری را به فعالیت‌های ورزشی اختصاص می‌دهند و نسبت به همسالان فعالیت فیزیکی کمتری دارند [۱۶].

به این ترتیب، مداخلات مدیریت خشم به عنوان مجموعه‌ای از راهبردها برای کمک به کودکان و نوجوانانی که به علت پرخاشگری در معرض خطر هستند آشکار شده است [۱۷]. برنامه‌های مدیریت خشم تلاش برای کاهش رفتار پرخاشگرانه با کاهش دادن پاسخ‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی در ارتباط با پرخاشگری را در مقابل بالا بردن پاسخ‌های متناسب اجتماعی و غیرپرخاشگرانه دارا هستند. در این برنامه‌ها به نوجوانان آموزش داده می‌شود تا رفتار پرخاشگرانه را با مهارت‌های پیش‌اجتماعی^۱ جایگزین کنند. به آنها کمک می‌شود تا گام به گام مهارت‌های جدید را شکل دهند. نمونه‌ای از این مهارت‌ها عبارتند از: مهارت‌های اجتماعی، همدلی، کنترل تکانه، کنترل خشم، راهبردهای منطقی هیجانی، مهارت‌های ارتباط مثبت، راهبردهای آرام‌سازی شناختی، حل مساله اجتماعی و مدیریت استرس.

در مراکز درمانی و مدارس تعداد زیادی از مداخلات روانی-اجتماعی برای کودکان و نوجوانان با مشکلات کنترل خشم مورد استفاده قرار می‌گیرد. یکی از مداخلات، مدل شناختی-رفتاری نوآکو^۲ [۱۰] است. بررسی اثربخشی این مدل در گروه‌های جوانان حاکی از آن است که این مداخلات قادر است مهارت‌های مدیریت خشم دانش‌آموزان را بهبود بخشد [۱۸، ۱۹، ۷، ۲۰-۲۵].

1. prosocial
2. Novaco

مبنی بر تأثیر آموزش مدیریت خشم در بهبود سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان [۳۱]، پیشرفت تحصیلی [۳۲]، افزایش سازگاری فردی-اجتماعی [۳۳]، کاهش تعارضات والد-نوجوان [۳۴]، افزایش در مهارت‌های مقابله‌ای خشم [۲۱، ۲۵]، کاهش افسردگی [۲۴]، بهبود عزت نفس [۲۵] و کاهش مشکلات رفتاری و بهبود بهداشت روان [۳۵].

در اغلب پژوهش‌های انجام شده گروه‌های مورد مداخله متشکل از پسران بوده و یا توجهی به اثر متغیر جنسیت نشده است و این در حالی است که علل و شیوه‌های بروز خشم در گروه‌های دختران و پسران متفاوت است. بل^۱، فستر^۲ و مش^۳ [۳۶] در پژوهش خود به این نکته اشاره می‌کنند که پسران رفتارهای پرخاشگرانه را به گونه مستقیم‌تر (جنگ و دعوا) و دختران به صورت غیرمستقیم (شایعه پراکنی) نشان می‌دهند. این دو صورت متفاوت در ابراز خشم مطمئناً می‌تواند در برنامه‌ها و سنجش خشم تأثیر بگذارد. تنها مداخله‌ای که در گروه نوجوانان دختر در ایران صورت گرفته است، پژوهشی است که از سوی هاشمیان، شفیعی آبادی و سودانی [۳۳] انجام شده است. آنها اثر آموزش مهارت‌های کنترل خشم را بر سازگاری دختران سال اول دبیرستان بررسی کرده‌اند و نتایج حاکی از اثربخشی آموزش کنترل خشم بر افزایش سازگاری فردی-اجتماعی بوده است؛ اگرچه، اثر برنامه موردنظر بر خشم و مولفه‌های آن بررسی نشده است. لذا پژوهش حاضر در راستای تعیین اثربخشی مداخله آموزش کنترل خشم بر مولفه‌های ابراز خشم در گروه‌های دختران صورت گرفت.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نظر شیوه گردآوری داده‌ها شبه آزمایشی و با استفاده از پیش‌آزمون-پس‌آزمون تک گروهی انجام گرفت.

پژوهشگران با به کارگیری برنامه کنترل خشم نشان دادند که مداخله در بهبود رفتار پرخاشگری و پردازش‌های شناختی-اجتماعی کودکان موثر بوده است [۲۶]. در پژوهشی یک مدل چندگانه آموزش کنترل خشم را برای ۲۶ دانش‌آموز با مشکل خشم و پرخاشگری شدید و رفتارهای ایذایی استفاده شد. آموزش شامل دو مؤلفه بوده است: حل مساله اجتماعی (تکنیک‌های بازسازی شناختی، بازآموزی اسنادی و تولید راه‌حل) که نقص‌های شناختی-اجتماعی درگیر در خشم و پرخاشگری را مورد هدف قرار می‌دهد و آموزش مهارت‌های اجتماعی (مبتنی بر تکنیک‌های الگوبرداری، مرور ذهنی رفتار و بازخورد اصلاحی) که توانایی‌های اجتماعی را برای حل تعارضات میان فردی و مهارت‌های مقابله‌ای برای بیان مناسب خشم مورد توجه قرار می‌دهد. نتایج نشان داده‌است هر دو مؤلفه پرخاشگری، مشکلات سلوک و فراوانی ابراز خشم را کاهش داده‌اند. علاوه بر این، آموزش‌ها در بهبود ارتباطات با والدین و پاسخدهی مناسب به موقعیت‌های برانگیزاننده در ارتباط با همسالان مؤثر بوده، و نتایج به دست آمده در پیگیری سه ماهه همچنان قابل مشاهده بوده است [۲۷].

مطالعه‌ای اشاره داشته است بر اینکهنامه مداخله بالینی (شامل هدف‌گذاری، مدیریت خشم، همدلی و مهارت‌های اجتماعی) می‌تواند حضور فعال دانش‌آموزان را در مدرسه بهبود بخشد و مسائل انضباطی آنها را کاهش دهد [۲۸]. علاوه بر این پژوهشگران [۱۹] با آموزش کنترل خشم به نوجوانان دارای مشکلات رفتاری و هیجانی شدید مشاهده نمودند که به دنبال آموزش، نزاع با همسالان کاهش و صحبت با مشاور در هنگام عصبانیت افزایش یافت. همچنین، استفاده از برنامه‌های گروه درمانی کنترل خشم با رویکرد شناختی-رفتاری نشان می‌دهد که آموزش در بهبود مکانیسم‌های انطباقی خشم و کاهش حساسیت نسبت به محرک‌ها، در نوجوانان مبتلا به پرخاشگری موثر بوده [۲۹]؛ و در جوانان بزهکار، کاهش رفتارهای نامناسب را به دنبال داشته است [۳۰].

همچنین پژوهش‌های اخیر شواهدی فراهم نموده‌اند

1. Bell
2. Foster
3. Mash

۴ درجه‌ای از «هرگز» (نمره یک) تا «همیشه» (نمره چهار) به این سیاهه پاسخ می‌دهند. در مطالعه حاضر خرده‌مقیاس‌های خشم صفت، بیان خشم بیرونی و درونی و کنترل خشم بیرونی و درونی مورد استفاده قرار گرفت. روایی^{۱۰} و اعتبار^{۱۱} این سیاهه در مطالعات مختلف رضایت بخش بوده است [۳۸]. اسپیلبرگر [۳۷] نشان داد که ضرایب آلفای خشم حالت برابر با ۰/۹۳، خشم صفت ۰/۸۷، احساس خشم ۰/۸۵، تمایل به بروز کلامی خشم ۰/۸۷، تمایل به بروز فیزیکی خشم ۰/۸۸، خلق و خوی خشمگینانه ۰/۸۳، واکنش خشمگینانه ۰/۷۰، بیان خشم بیرونی ۰/۶۷، بیان خشم درونی ۰/۸۰، کنترل خشم درونی ۰/۹۱ و کنترل خشم بیرونی ۰/۸۳ می‌باشد. همسانی درونی بالای خرده‌مقیاس‌ها و ارتباط مثبت آن با سایر مقیاس‌های خشم و خصومت، حاکی از روایی مناسب آن است [۳۷، ۳۸].

شیوه انجام پژوهش

گروه نمونه در دو گروه با برنامه مداخله یکسان آموزش را دریافت کردند. قبل از آموزش، شرکت‌کنندگان به مقیاس حالت-صفت خشم اسپیلبرگر پاسخ دادند و سپس برنامه مداخله، آموزش مدیریت خشم، به مدت هفت جلسه دو ساعته و هر هفته یک جلسه اجرا گردید. بعد از اتمام دوره آموزش، مقیاس مذکور مجدداً به عنوان پس‌آزمون توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد.

در این پژوهش از برنامه مداخله آتش بازی استفاده شد. این برنامه با رویکرد شناختی-رفتاری و با تأکید بر روابط بین والدین با کودکان، یک مدل چندگانه آموزشی در زمینه مدیریت خشم ارائه می‌دهد که شامل سه مولفه است: ۱) مفهوم سازی: آموزش درباره ماهیت خشم و چگونگی واکنش افراد به آن. این یادگیری از طریق بحث درباره تجارب خشم‌انگیز گذشته فرد انجام می‌گیرد، ۲) کسب مهارت و تمرین کردن: استفاده از راهبردهای مقابله‌ای با رویکرد شناختی-رفتاری. در این مرحله فرد،

آزمودنی

در این پژوهش گروه نمونه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختر پایه دوم دبیرستان یکی از مدارس شهر تهران را تشکیل دادند که داوطلب شرکت در کارگاه بودند. براساس اطلاعات جمعیت شناختی ۴۱/۹ درصد از شرکت‌کنندگان در رشته ریاضی، ۲۵/۸ درصد رشته علوم تجربی و ۲۹ درصد رشته علوم انسانی بودند. ۴۵/۲ درصد آزمودنی‌ها ۱۵ ساله، ۴۱/۹ درصد ۱۶ ساله و ۶/۵ درصد از آن‌ها ۱۴ سال سن داشتند. میانگین سنی دانش‌آموزان ۱۵/۳۷ و انحراف معیار ۰/۶۲ بود.

ابزارهای پژوهش

سیاهه خشم حالت-صفت اسپیلبرگر^۱ (۱۹۹۹): اسپیلبرگر^۲ [۳۷] با در نظر گرفتن تمایز بین دو نوع خشم، سیاهه حالت-صفت خود را معرفی کرد. این سیاهه، یک ابزار ممداد و کاغذی است و دارای ۵۷ گویه، شش مقیاس و پنج خرده‌مقیاس است. به گونه کلی گویه‌ها به سه بخش تنظیم شده است؛ بخش اول به اندازه‌گیری خشم حالت می‌پردازد که در آن شرکت‌کنندگان شدت احساس خود را درجه بندی می‌کنند. این بخش ۱۵ گویه را در بر می‌گیرد و شامل سه خرده‌مقیاس احساس خشم^۳، تمایل به بروز کلامی خشم و تمایل به بروز فیزیکی خشم است. بخش دوم، خشم صفت را با دو خرده‌مقیاس واکنش خشمگینانه^۴ و خلق و خوی خشمگینانه^۵ و با ۱۰ گویه اندازه‌گیری می‌کند. بخش سوم، بروز و کنترل خشم را می‌سنجد که دربرگیرنده خرده‌مقیاس‌های بیان خشم بیرونی^۶ و بیان خشم درونی^۷، کنترل خشم درونی^۸، کنترل خشم بیرونی^۹ است. پاسخ‌دهندگان در یک مقیاس

1. State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)
2. Spielberger
3. feeling anger
4. anger reaction
5. anger temperament
6. anger expression-out
7. anger expression-in
8. anger control-in
9. anger control-out

10. validity

11. reliability

جمله مهارت‌هایی بودند که در برنامه مورد توجه قرار گرفتند. در رویکرد شناختی - رفتاری به افراد کمک می‌شود که الگوهای تعریف شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص دهند و در آن، از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته استفاده می‌شود. افراد شرکت کننده مهارت‌هایی را کسب می‌کنند که با غنی کردن خزانه رفتاری خود، می‌توانند در موقعیت‌های مختلف واکنش‌های سازگارانه نشان بدهند و بدین وسیله روابط اجتماعی خود را تقویت کنند.

این کارگاه از مجموعه کارگاه‌های آموزشی یکی از مراکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره شهر تهران بوده و اجرای آن توسط یکی از متخصصان باسابقه این مرکز صورت گرفت. لازم به ذکر است که تدوین‌کنندگان کارگاه آموزشی مدیریت خشم متشکل از سه نفر از اساتید متخصص روان‌شناسی بوده‌اند که بر اجرای کارگاه نیز نظارت داشته‌اند.

شیوه تحلیل داده‌ها

در این تحقیق علاوه بر استفاده از امار توصیفی از روش مانوا برای مقایسه متغیرها در گروهها استفاده شده است.

نتایج

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرها مربوط به نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که در مرحله پس‌آزمون میانگین‌های گروه نمونه در خرده‌مقیاس‌های خلق و خوی خشمگینانه، واکنش خشمگینانه، ابراز خشم بیرونی و ابراز خشم درونی نسبت به پیش‌آزمون کاهش نشان می‌دهد. در این میان خرده‌مقیاس ابراز خشم درونی بیشترین کاهش را نشان می‌دهد. علاوه بر این، میانگین خرده‌مقیاس‌های کنترل خشم بیرونی و کنترل خشم درونی در مرحله پس‌آزمون بیشتر از مرحله پیش‌آزمون است. به منظور آزمون وجود یا عدم وجود تفاوت معنادار آماری در بین میانگین‌های خرده‌مقیاس‌های مراحل پیش و پس‌آزمون، از تحلیل واریانس چند متغیری^۱ استفاده شد.

مهارت‌های آموخته شده را زیر نظر درمانگر تمرین می‌کند، و ۳) کاربرد و پیگیری: این مولفه شامل کاربرد مهارت‌های آموخته شده در زندگی واقعی است. برای رسیدن به این مرحله، فرد با موقعیت‌های فراخوان خشم، روبرو می‌شود. تغییر و جایگزینی شناخت‌های جدید، جزء اصلی برنامه کنترل خشم است. در واقع، براساس نظریه شناختی، خشم نتیجه الگوی تفکر و نوع انتظارات افراد می‌باشد و تغییر در الگوی تفکر، موجب قطع و پرهیز از خشونت می‌شود. تکنیک دیگر شناختی برای کنترل خشم، شیوه ثبت خشم است. فرد تشویق می‌گردد که رویدادهای محرک خشم را یادداشت نماید و ادراکات حاضر در آن لحظه که تعبیر او از رویداد خشم‌انگیز را تحت تأثیر قرار می‌دهد شناسایی و مکتوب کند. شرکت‌کننده‌ها ضمن بازسازی شناختی، خرده مهارت‌های رفتاری کنترل خشم را فرا می‌گیرند و تمرین می‌کنند تا بتوانند به هنگام مواجه شدن با موقعیت‌های فراخوان خشم به نحو مناسب عمل کنند.

از نکات دیگر در این کارگاه، توجه به ساختار خشم است که چه پیشایندهایی (حوادث برانگیزاننده و افکار) باعث شکل‌گیری هیجان و احساس خشم می‌شود و پس‌آیند آن چه رفتارهایی شکل می‌گیرد؛ با توجه به این فکر که احساس و عمل بر یکدیگر تاثیر متقابل دارند. پرداختن به اندیشه‌ها و افکار خشم برانگیز و شناخت خطاهای فکری از اهم اصول برنامه مداخله‌ای می‌باشد. در بخش دوم (مهارت‌های مدیریت خشم) علایم ناشی از خشم و موقعیت‌ها و حوادث خشم‌برانگیز از طریق ثبت و یادداشت روزانه و نظارت بر خود، شناسایی می‌شوند. در آموزش کنترل تکانه به آزمودنی‌ها آموخته می‌شود تا ابتدا با تشخیص برانگیزاننده‌های خشم و علایم بدنی، پدید آمدن آن‌ها را تشخیص دهند. سپس برای مواجهه با یک مسأله و مدیریت تکانه خشم خود، راهبردهای آرام بودن را تمرین می‌کنند. این راهبردها شامل شمارش اعداد، تنفس عمیق، خودگویی‌های مثبت، آرام‌سازی عضلات، ایجاد وقفه و تصویرسازی ذهنی است. مهارت ارزشیابی، خودبیانگری به صورت سازگارانه و حل مسأله نیز از

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون خردمقیاس‌های مربوط به خشم صفت و ابراز خشم

متغیر	خرده‌مقیاس	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خشم‌صفت	خلق و خوی خشمگینانه	۷/۸۹	۱/۹۳	۷/۲۹	۲/۱۴
	واکنش خشمگینانه	۱۴/۵۲	۳/۸۲	۱۴/۲۳	۳/۲۰
ابراز خشم	ابراز خشم بیرونی	۱۸/۵۶	۳/۱۷	۱۸/۱۹	۳/۷۵
	ابراز خشم درونی	۱۸/۲۰	۳/۲۱	۱۷/۲۳	۳/۸۱
	کنترل خشم بیرونی	۲۰/۴۶	۵/۳۲	۲۱/۵۹	۴/۹۳
	کنترل خشم درونی	۲۰/۷۸	۵/۶۰	۲۲/۱۹	۵/۶۷

جدول ۲: خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی میانگین خردمقیاس‌های ابراز خشم

خرده‌مقیاس	نوع سوم مجموع مجذورات	درجات آزادی	نسبت F	سطح معناداری	مربع ایتای سهمی
ابراز خشم بیرونی	۲/۰۶	۱	۰/۳۴	۰/۵۷	۰/۰۱
ابراز خشم درونی	۱۴/۲۸	۱	۳	۰/۰۹	۰/۱۰
کنترل خشم بیرونی	۱۹/۳۲	۱	۳/۰۷	۰/۰۹	۰/۱۰
کنترل خشم درونی	۲۹/۳۸	۱	۵/۸۸	۰/۰۲	۰/۱۷

داد نیمرخ میانگین خردمقیاس‌های مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون این سیاهه تفاوت معناداری ندارند (۰/۲۰ و $\text{Partial Eta Squared} = ۰/۰۵$ و $p > ۰/۰۵$ و $df = (۴ و ۲۶)$ در عین حال، نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها نشان داد از چهار خردمقیاس، تنها کنترل خشم درونی تغییرات معناداری را نشان می‌دهد. البته تغییرات خردمقیاس‌های ابراز خشم درونی و کنترل خشم بیرونی هم در دامنه گرایش^۲ به معناداری (۰/۱۰ $p <$) قرار دارند (جدول ۲). بر اساس اندازه اثر هم می‌توان ذکر کرد این مداخله دارای بیشترین اثربخشی بر متغیر کنترل خشم درونی بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر نشان داد که از میان مقیاس‌ها و خردمقیاس‌های پرسشنامه حالت-صفت خشم، مداخله انجام شده تنها موجب افزایش معنادار میزان کنترل خشم درونی گردید. این یافته با نتایج پژوهش‌های بسیاری هماهنگی دارد [برای مثال، ۲۱، ۲۵،

این تحلیل برای بخش‌های خشم صفت و ابراز خشم به صورت جداگانه صورت گرفت. نتایج حاصل از داده‌های بخش خشم صفت (با دو خردمقیاس) نشان داد نیمرخ میانگین‌های دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری از هم ندارند ($\text{Partial Squared} = ۰/۱۱$ و $\text{Eta Squared} = ۰/۰۵$ و $p > ۰/۰۵$ و $df = (۲ و ۲۸)$ و $F = ۱/۵۸$ و $W = ۰/۸۹$). بررسی نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها^۱ نیز نشان داد پیش‌آزمون و پس‌آزمون هیچ یک از دو خردمقیاس، در بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، تفاوت معناداری ندارند. مقایسه اثربخشی آموزش ارائه شده بر اساس شاخص مربع ایتای سهمی در خردمقیاس‌ها هم نشان می‌دهد اندازه اثر تغییرات خردمقیاس خلق و خوی خشمگینانه بیشتر از خردمقیاس دیگر است. لذا می‌توان ذکر کرد در این آموزش متغیر خلق و خوی خشمگینانه به نسبت واکنش خشمگینانه تغییر بیشتری را نشان می‌دهد.

اجرای تحلیل واریانس چند متغیری بر روی داده‌های حاصل از بخش ابراز خشم (با چهار خردمقیاس) نشان

2. trend

1. between subject effect

اشاره دارند که افرادی که از سبک‌های دلبستگی مختلفی برخوردارند، از سبک‌های متفاوت مدیریت خشم بهره می‌جویند.

شاید دلیل اثربخشی مداخله مورد استفاده در پژوهش حاضر را بتوان این‌گونه تبیین کرد که مرور موقعیت‌های خشم‌انگیز، شناخت احساسات مرتبط با خشم، آشنایی با اثرات انتقال برانگیختگی و جا به جایی خشم به آزمودنی‌ها کمک می‌کند تا دریابند درونی و بیرونی کردن خشم ناشی از جا به جایی نادرست این احساس است و در برخی موارد نیز خشم، دفاعی در برابر سایر احساسات است. در اغلب مواقع، خشم اولین پاسخ فرد در هنگام صدمه یا تهدید است تا از آسیب‌پذیری و درد ناشی از آسیب اجتناب کند. تجربه این احساسات در فرایند درمان از طریق به چالش کشیدن دفاع‌های فرد می‌تواند منجر به افزایش توانایی او در کنترل خشم بیرونی گردد [۲۹].

برون‌ریزی خشم را می‌توان سبک روان‌رنجوری دانست که از فرد در برابر تجربه احساسات زیربنایی دفاع می‌نماید. کنار گذاشتن این سبک‌های روان‌رنجور و تجربه این احساسات زیربنایی در فرایند درمان منجر به توانایی فرد برای تعدیل احساسات و کنترل برون‌ریزی خشم می‌گردد [۴۶]. در همین راستا، پژوهشی که از سوی گودرزی و معینی رودبالی [۴۷] انجام شده است، نشان می‌دهد که به کار بردن سبک‌های ناکارآمد در دانش آموزان می‌تواند سلامت روانی آنان را به خطر اندازد. در پژوهشی مشخص شده است که سبک مهارگری با ویژگی شخصیتی وابسته، ارتباط مستقیم و با سه ویژگی ضداجتماعی، پرخاشگری و منفعل-پرخاشگر ارتباط معکوس دارد [علیلو، اسمعیلی، واحدی و رضایی، ۴۸].

توجه به نقطه نظرات دیگران و بالا بردن ظرفیت تفکر در رابطه با پیامدهای هر یک از راه‌حل‌ها و توانایی تعمیم راه‌حل‌ها، می‌تواند توانایی شناختی کودکان و نوجوانان را افزایش دهد. در پژوهش‌ها، تکانشوری به عنوان پیش‌بینی‌کننده پرخاشگری و مانع یادگیری نشان داده شده است [۴۹]. در پژوهش حاضر، کنترل تکانه به صورت آموزش آرام بودن، توقف و سپس تفکر صورت گرفت. از سوی دیگر، روش‌های بازسازی باورهای معیوب و غیر منطقی و

بر خلاف یافته‌های پیشین [۳۹، ۴۱، ۴۲] این دوره آموزشی نتوانست در صفت خشم، ابراز خشم درونی و بیرونی تغییرات قابل ملاحظه و معناداری ایجاد کند. عدم معناداری در خرده مقیاس‌های ابراز خشم شاید مرتبط با برنامه آموزشی باشد؛ که بیشتر تاکید آن بر مهارت‌ها و تمرین‌های رفتاری کنترل خشم بوده است و کمتر به بیان خشم پرداخته شده است. در ضمن به نظر می‌رسد ابراز خشم مربوط به سبک‌های شخصیتی فرد باشد که به سختی تغییر می‌کنند و معمولاً نسبت به تغییر مقاوم می‌باشند. همین‌طور، چنین مقاومتی نسبت به تغییر را در خرده‌مقیاس صفت خشم مشاهده می‌کنیم. از این رو احتمالاً در کنار مداخله شناختی- رفتاری نیاز به برنامه آموزشی است که ابعاد دیگر را نیز در برگیرد و یا مداخله طولانی‌مدت‌تری نیاز است. همچنین در تبیین این مسئله می‌توان گفت در آموزش کنترل خشم تمرین‌های رفتاری به فرد کمک می‌کند تا بتواند این مهارت را به صورت عینی بیاموزد، در صورتی که در ابراز خشم، مولفه هیجانات بیشتر دخیل است و واکنش فرد آنی‌تر و خودکار است و تنها آموزش‌های رفتاری کافی نیست. بنابراین به سختی می‌توان این بعد را تحت تاثیر قرار داد.

از دلایل احتمالی عدم اثربخشی مداخله می‌توان به این موضوع اشاره کرد که دختران نوجوان ایرانی سبک بیانی خشم متفاوتی دارند؛ به طور مثال در پژوهشی که از سوی توماس [۴۳] که در ترکیه صورت گرفته است، وی نشان داد که سبک ابراز خشم زنان ترک متفاوت از زنان امریکایی است. این پدیده را شاید بتوان این‌گونه تبیین کرد که فرهنگ، شیوه‌های ابراز خشم را تحت تاثیر قرار می‌دهد. یافته‌های برخی از پژوهش‌ها نیز حاکی از آن است که ملاحظات فرهنگی بایستی در به کار بردن ملاک‌های اختلالات روان‌پزشکی و دسته‌بندی ریشه‌های فرهنگی نشانه‌شناسی متمرکز شوند [۴۴]. این نکته هم بایستی مورد توجه واقع شود که اثربخشی مدیریت خشم تابع تغییرات برخی متغیرهای میانجی نیز می‌باشد. چرا که این متغیرها می‌توانند توانایی فرد را در مدیریت خشم تحت تاثیر قرار دهند. برای مثال افروز و همکاران [۴۵]

تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش حاضر می‌گردد. لذا امیداست که پژوهشگران علاقمند به حوزه مدیریت خشم، در آینده چنین پژوهش‌هایی را با گروه‌های مختلف دانش‌آموزی، از جمله پسران، و در سطح گسترده‌تر اجرا نمایند.

منابع

- 1- Montemayor, R. (1983). Parent and adolescent in conflict: All families some of the time and some families most of the time. *Journal of early adolescence*. Vol. 3, Nos. 1-2, p. 83-103
- ۲- تامپسون پروت و داگلاس براون. (۱۳۸۳). روان‌درمانی و مشاوره کودکان و نوجوانان (کاربردهای عملی در مراکز درمانی و مدارس). (ترجمه حسن فرهی). انتشارات ارجمند. تهران.
- 3- Kulaksızoğlu, A. (1990). Young ages and youth problems in our country. *Gençlik çağı ve ülkemizde gençlik sorunları*. Marmara Üniversitesi, Atatürk Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Dergisi, 1, 71-87
- 4- Onur, B. (Ed.) (1987). *Ergenlik psikolojisi*. (2. baskı). Ankara: Hacettepe Taş Kitapçılık.
- 5- Köknel, Ö. (1986). *Personality from anxiety to happiness. Kaygıdan mutluluğa kişilik*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi
- 6- Yeşilyaprak, B. (2000). *Eğitimde rehberlik hizmetleri*. (2. baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım
- 7- Sukhodolsky, D. G., Kassinove, H., & Gorman, B. S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 247-269.
- 8- Bandura, A., & Walters, R. H. (1959). *Adolescent aggression*. New York: Ronald
- 9- Dodge, K. A. (1986). A social information processing model of social competence in children. In M. Perlmutter (Ed.), *Minnesota symposium on child psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum
- 10- Novaco R. W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, MA: Heath.
- 11- Leff, S. S., Power, T. J., Manz, R. H., Costigan, T. E., & Nabors, L. A. (2001). School-based aggression prevention programs for young children: Current status and implications for violence prevention. *School Psychology Review*, 30(2), 344-362.

جایگزینی پاسخ‌های مناسب، تصحیح بازخوردها، ادراک‌ها، انتظارات، اسنادها و تضعیف گرایش‌های مربوط به اشتغال فکری می‌تواند در افزایش کنترل خشم درونی مؤثر باشد.

در یک جمع بندی کلی می‌توان گفت که خشم به عنوان واکنشی در برابر فشار روانی در نظر گرفته می‌شود، افرادی که در رابطه با کنترل خشم مشکل دارند، منابع روان‌شناختی لازم را برای کنار آمدن با فشارهای روانی ندارند. بنابراین باید یاد بگیرند که چگونه به طور مؤثر با فشار روانی مقابله و آن را مدیریت کنند. از سوی دیگر، بر اساس شواهد پژوهشی، آموزش مؤلفه‌های مدیریت خشم بر یادگیری و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان مؤثر است. دانش‌آموزانی که در کنترل خشم و پرخاشگری مشکل دارند با رفتارهای خود، جو متشنجی برای خود و دیگران پدید می‌آورند و از آن جا که مهارت‌های اجتماعی مناسب برای کنترل خود و رویدادهای پیرامونی ندارند، در سطوح بالای برانگیختگی توجه آنها محدود شده و در نتیجه در درک کامل آنچه که لازم و مناسب است، شکست می‌خورند.

بر طبق مطالعات متعدد، آموزش مدیریت خشم بر سازگاری، مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های سلامت و بهداشت روان تاثیرگذار است. بنابراین پیشنهاد می‌شود آموزش مدیریت خشم به عنوان یک ماده درسی فوق برنامه از سوی مراجع ذیربط، در برنامه درسی مدارس گنجانده شود و روان‌شناسان و مشاوران مدارس به آموزش این گونه مهارت‌ها اهتمام وافر می‌کنند. همچنین می‌توان به دست اندرکاران توصیه نمود امکان استفاده از چنین آموزش‌هایی را برای معلمان و والدین فراهم آورند. در ضمن پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی مدیریت خشم، ارزیابی‌های پیگیرانه‌ای در دستور کار قرار بگیرد، تا مشخص شود تغییرات اثرات برنامه‌های مداخلاتی در طول زمان چگونه است. شاید برخی آموزش‌های کنترل و ابراز خشم پس از گذشت زمان اثرات قابل‌سنجش ایجاد کنند. در ضمن از محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از شرکت‌کنندگان در دسترس و داوطلب است، که این امر موجب کاهش

- 23- Coonerty-Femiano, A. (2009). Developing and evaluating an anger management intervention for boys: What does gender have to do with it? Dissertation Abstracts International, 69, 5771.
- 24- Flanagan, R., Allen, K., & Henry, D. J. (2010). The impact of anger management treatment and rational emotive behavior therapy in a public school setting on social skills, anger management, and depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 28, 87-99.
- 25- Down, R., Willner, P., Watts, L., & Griffiths, J. (2011). Anger management groups for adolescents: A mixed-methods study of efficacy and treatment preferences. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16, 33-52.
- 26- Lochman, J. E., Curry, J. F., Dane, H., & Ellis, M. (2001). The Anger Coping Program: An empirically-supported treatment for aggressive children. *Residential Treatment for Children & Youth*, 18, 63-73.
- 27- Sukhodolsky, D. G., Vitulano, L. A., Carroll, D. H., McGuire, J., Leckman, J. F., & Scahill, L. (2009). Randomized trial of anger control training for adolescents with Tourette's syndrome and disruptive behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 4, 413-421.
- 28- Freiden, J. (2005). GAME: Aclinical intervention to reduce adolescent violence in school. <http://wwwlip.umi.com/dissertation/fullcit/3199466>.
- 29- Young, L., Lester, D. (2001). Gestalt Therapy Approach to Crisis Intervention with Suicidal Clients. *Brief Treat and Crisis Interven*, 1, 65-74
- 30- Kendall, tacket, K. (2002). The health effects of childhood abuse: Four pathways by with abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect*. 26, 715-728.
- 31- Mohammadia, A., Barzegar Kahnamoueib, S., Allahviridiyanc, K., & Habibzadeh, S. (2010). The effect of anger management training on aggression and social adjustment of male students aged 12-15 of shabestar schools. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 5, 1690-1693.
- ۳۲- عاشوری، احمد؛ ترکمن ملایری، مهدی و فدایی، زهرا. (۱۳۸۷). اثربخشی گروه درمانی متمرکز بر ابراز وجود در کاهش پرخاشگری و بهبود پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دبیرستانی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۴، ۳۸۹-۳۹۳.
- 12- Feindler, E. L., & Weisner, S. (2006). Youth anger management treatment for school violence prevention. In S. R. Jimerson & M. Furlong (Eds), *Handbook of school violence and school safety: From research to practice* (pp.353-363). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates.
- 13- Reynolds, W. M. (2001). *Reynolds adolescent adjustment screening inventory: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- 14- Elgar, J., Arlett, C., & Groves, R. (2003). Stress, coping and behavioral problems among rural and urban adolescents. *Journal of Adolescents*, 26, 574-585
- 15- Trinidad, D. R., & Johnson, C. A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32, 95-105.
- 16- Musante, L., Treiber, F. A. (2000). The relationship between anger-coping styles and lifestyle behaviors in teenagers. *Journal of Adolescent Health*. 27, 63-8.
- 17- Goldstein, A. P., Glick, B., & Gibbs, J. C. (1998). *Aggression replacement training: A comprehensive intervention for aggressive youth* (rev. ed.). Champaign, IL: Research Press
- 18- Sofronoff, K., Attwood, T., Hinton, S., & Levin, I. (2007). A randomized controlled trial of a cognitive behavioral intervention for anger management in children diagnosed with Asperser syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1203-1214.
- 19- Kellner, M. H., Bry, B. H., & Colletti, L. A. (2002). Teaching anger management skills to student with severe disorder. *Journal of Behavioral Disorders*, 27, 460.
- 20- Corcoran, A. J. (2003). An archival study examining the efficacy of the anger coping program with severely aggressive boys. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 3908.
- 21- Willner, P., & Tomlinson, S. (2007). Generalization of anger-coping skills from day-service to residential settings. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 20, 553-562.
- 22- Kanetsuki, T., Kanetsuki, M., & Nedate, K. (2008). Effects of cognitive behavior therapy focused on the behavioral aspects of anger and anger coping styles. *Japanese Journal of Educational Psychology*, 56, 193-205.

- 41- Pilet, G. A. (2002). Efficacy of adult psychoeducation in an anger management portion of a domestic violence treatment program.
<http://wwwlip.umi.com/dissertations/fullcit/3052663>.
- 42- Son, J.Y., & Choi, Y. J. (2009). The effect of an anger management program for family members of patients with alcohol use disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1, 38-45.
- 43- Thomas, S. P. (2005). Women's anger, aggression, and violence. *Health Care for Women International*, 26, 504-522.
- 44- Kim, I. J. & Zane, N. W. S. (2004). Ethnic and cultural variations in anger regulation and attachment patterns among Korean American and European American male batterers. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 10(2), 151-168.
- ۴۵- افروز، غلامعلی؛ کاکابرابی، کیوان؛ صیدی، مریم؛ قنبری، نیکزاد و مومنی، خدامراد. (۱۳۹۰). رابطه سبک‌های دلبستگی با نحوه مدیریت خشم و سلامت عمومی. اندیشه و رفتار، دوره پنجم، شماره ۱۸، ۸۷-۹۵.
- 46- Miller, W., & White, W. (2007). Confrontation in addiction treatment. *Counsel Mag*, 4, 24-28.
- ۴۷- گودرزی، محمدعلی و معینی رودبالی، زهرا (۱۳۸۵). بررسی رابطه سبک‌های مقابله‌ای و سلامت روانی در دانش‌آموزان دبیرستانی. دانش‌سور رفتار، سال ۱۳، شماره ۱۹، ۲۳-۳۲.
- ۴۸- علیلو، مجید محمود؛ اسمعیلی، احمد؛ واحدی؛ حسین و رضایی، رسول. (۱۳۸۷). بررسی ارتباط ویژگی‌های شخصیتی (اختلالات شخصیت) و سبک‌های حل مساله در زندانیان مجرم. دانش‌سور رفتار، سال ۱۶، شماره ۳۴، ۶۱-۶۹.
- 49- Murren, M., Blair, M., & Egan, V. (2002). Investigation between aggression, impulsivity and social problem-solving. Wiley-Liss, Inc
- ۳۳- هاشمیان، فاطمه؛ شفیق آبادی، عبدالله و سودانی، منصور. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های کنترل خشم بر سازگاری فردی-اجتماعی دانش‌آموزان دختر سال اول متوسطه شهرستان ماهشهر. دانش و پژوهش در روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، شماره ۳۵ و ۳۶، ۱-۱۴.
- ۳۴- ابویی مهریزی، محبوبه؛ طهماسبیان، کارینه؛ خوش کنش، ابوالقاسم. (۱۳۸۹). تاثیر آموزش مدیریت خشم بر مهارت‌های خود نظم دهی خشم و تعارضات والد-نوجوان در دختران دوره راهنمایی شهر تهران. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۶، ۳۹۳-۴۰۴.
- 35- Rooney, J. R. (2002). Effects of cognitive-behavioral group anger management with adolescent males in a residential treatment facility. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 62 (11-B), 5359.
- 36- Bell, D., Foster, S. L., & Mash, E. J. (in press). *Handbook of behavioral and emotional problem in girls*. New York: Kluwer Academic.
- 37- Spielberger, C. D. (1999). *Manual for the State Trait Anger Expression Inventory-2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- ۳۸- خدایاری فرد، محمد؛ غلامعلی لواسانی، مسعود؛ اکبری زردخانه، سعید؛ و لیاقت، سمیه (۱۳۸۶). گزارش پژوهشی بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی و هنجاریابی سیاهه ابراز خشم صفت - حالت ۲ اسپیلبرگر در بین دانشجویان. تهران: دانشگاه تهران.
- ۳۹- نویدی، احد و برجعلی، احمد. (۱۳۸۶). اثرات اجرای یک برنامه آموزش مدیریت خشم بر مهارت‌های خود نظم دهی خشم پسران دبیرستانی. پژوهش‌های روان‌شناختی، ۳ و ۴، ۵۸-۸۱.
- 40- Schmitz, M. J. (2005). An outcome study to determine the clinical effectiveness of anger management program in an adult rural Minnesota sample.
<http://wwwlip.umi.com/dissertations/fullcit/3187642>.

کارآمدی مداخله رفتاری- ذهن آگاهی در ارتقاء خودپنداشت و بهبود کیفیت زندگی در دانشجویان دختر دارای تصویر بدنی منفی

نویسندگان: آزاده زمزمی^{۱*}، مژگان آگاه‌هریس^۲ و احمد علی پور^۳

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه پیام نور تهران.

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور گرمسار.

۳- استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور تهران.

*Email: azade.zamzami@gmail.com

چکیده

پژوهش حاضر به منظور کارآمدی مداخله رفتاری-آموزش ذهن‌آگاهی در ارتقاء خودپنداشت و بهبود کیفیت زندگی گروهی از دانشجویان دختر دارای تصویر بدنی منفی انجام گرفته است. پس از اجرای پرسشنامه چند بعدی روابط بدن - خود (MBSRQ)، تعداد ۳۰ آزمودنی دختر که نمرات کل آنها در پرسشنامه چند بعدی روابط بدن - خود کمتر از ۱۶۰ و در زیر مقیاس رضایت از نواحی بدن کمتر از ۳۳ بود انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره (آزمایش و کنترل) جایگزین شدند. آزمودنیهای هر دو گروه به کلیه گویه‌های پرسشنامه چند بعدی روابط بدن - خود (MBSRQ)، پرسشنامه خودپنداشت بک و پرسشنامه کیفیت زندگی قبل از مداخله و پس از مداخله پاسخ دادند. پس از اجرای ۱۲ جلسه مداخله رفتاری-آموزش ذهن‌آگاهی، تحلیل یافته‌ها با استفاده از نسخه ۱۶ نرم‌افزار آماری SPSS آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین گروههای آزمایش و کنترل در زمینه تصویر بدنی و خودپنداشت وجود دارد و نشان دهنده بهبود تصویر بدنی و خودپنداشت آزمودنیها بود. اما تغییر کیفیت زندگی آزمودنیهای گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در سطح معناداری نبود. با توجه به یافته‌های فوق می‌توان گفت مداخله رفتاری-ذهن-آگاهی با اصلاح مؤلفه‌های رفتاری و شناختی مرتبط با تصویر بدنی باعث بهبود قضاوت افراد نسبت به بدن خود و ادراک بهتر و نزدیکتر آن به حالت واقعی شده و منجر به افزایش رضایت بدنی و خودپنداشت افراد می‌شود.

کلید واژه‌ها: مداخله رفتاری، آموزش ذهن‌آگاهی، تصویر بدنی منفی، خودپنداشت، کیفیت زندگی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
و نشر

• دریافت مقاله: ۹۲/۱/۲۰

• پذیرش مقاله: ۹۳/۶/۱۹

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015*

Clinical Psy. & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی
دانشگاه شاهد

سال بیست و یکم - دوره

جدید شماره ۱۱

پاییز و زمستان ۱۳۹۳

مقدمه

می‌تواند نقش زیادی در تصویر بدنی داشته باشد که به حرمت خود فرد وابسته است [۱۱].

از طرفی پژوهش‌ها مشخص کرده‌اند که در زنان جذابیت بدنی بخشی ذاتی از خودپنداشت [۱۲ و ۱۳ و ۱۴] و عاملی مهم در خودپنداشت افراد جوانتر است [۱۵ و ۱۳]. "خود"^۶ در طول تعاملات با دیگران گسترش می‌یابد و شامل آگاهی از وجود و عملکرد است.

خودپنداشت یک تصویر یا عکس روان‌شناختی از خود است و کلیه احساسات، اعتقادات و ارزش‌هایی که همراه من است، خودپنداشت را تشکیل می‌دهد. طبق تحقیقات انجام شده، تصویر بدنی منفی یا نارضایت‌مندی از تصویر بدنی ممکن است با مجموعه‌ای از تأثیرات مشکل‌زای قابل ملاحظه مرتبط با خودپنداشت و حرمت خود در جوانان در ارتباط باشد [۱۶]. لذا هرگونه انحراف در درک بدنی یک فرد از تصویر بدنی خود سبب اختلال در تصویر ذهنی از بدن و به دنبال آن آشفتگی در خودپنداشت فرد می‌گردد که شامل هرگونه پاسخ‌های کلامی و غیر کلامی به تغییر درک شده یا واقعی در ساختار یا عملکرد می‌شود [۱۷ و ۱۸].

از آنجا که تصویری که یک فرد از خویش‌تن دارد به‌طور ضمنی در همه واکنش‌های ارزشی وی تجلی می‌کند و ارزشیابی شخص از خویش‌تن اثرات برجسته‌ای در جریان فکری، احساسات، تمایلات، ارزشها و هدفهای وی دارد و کلید فهم رفتار اوست. احساس فرد از خویش‌تن و آنچه که در مورد خود می‌اندیشد بر کلیه جوانب تجربه وی از زندگی اثری جدی و قطعی دارد [۱۹]. لذا تصویر بدنی جنبه‌های مختلفی از محیط زیستی-اجتماعی-روانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد که یکی از این عوامل می‌تواند کیفیت زندگی باشد. کیفیت زندگی، ادراک فرد از جایگاهش در زندگی در چارچوب نظام ارزش و فرهنگی که در آن به سر می‌برد از یک سو و انتظارات، معیارها و علاقه‌اش از سوی دیگر است [۲۰]. از سوی دیگر، از آنجا که کیفیت زندگی و به‌طور خاص کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، به زمینه‌های سلامتی

تصویر بدنی مفهومی چند وجهی است که علاوه بر عوامل درونی زیست‌شناختی و روان‌شناختی، عوامل بیرونی، فرهنگی و اجتماعی را نیز شامل می‌شود [۲۱] و به عنوان بخش مهمی از ارزش خود و سلامت روان در طی زندگی قرار می‌گیرد که با عواملی مانند حرمت خود^۱، جنس، هویت و روابط خانوادگی مرتبط است [۳]. به‌طور خلاصه می‌توان گفت تصویر بدنی شامل مؤلفه‌های تحریف ادراکی^۲ (شامل نقص در ارزشیابی میزان وزن و اندازه غیر واقعی که به نارضایتی بدنی و خلق منفی منجر می‌شود)؛ سرمایه‌گذاری در ظاهر (به عنوان ملاک اصلی ارزشیابی خود که نتیجه توجه انتخابی به پیغامهای ظاهری است) و رفتار (مانند رژیم گرفتن برای لاغرتر شدن یا دیگر فعالیتها برای کاهش وزن) می‌شود [۴].

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نارضایت‌مندی بدنی^۳ نتیجه اختلاف بین خود آرمانی و خود ادراک شده، در بین زنان بسیار گسترش پیدا کرده است [۴]. همچنین طبق مطالعات مشخص شده که عواملی مانند جوان بودن، مؤنث بودن و تبلیغات رسانه‌ها با تصویر بدنی منفی ارتباط دارند [۵] و [۶] و تصویر بدنی نیز همانند رضایت‌مندی کلی در طول دوران جوانی تحت تأثیر خود^۴ تغییر می‌کند [۷ و ۸].

افراد با تصویر بدنی مثبت احساس خوبی از بدن خود دارند و مطابق پژوهش‌ها پیام‌های ورزشی با موضوع کاهش وزن با تصویر بدنی مثبت ارتباط دارند [۹]. همچنین پوشش ظاهری مانند نحوه لباس پوشیدن، ممکن است احساسات بهتری برای خود در افرادی که عزت نفس پایین دارند به وجود بیاورد. در حالی که در افراد دارای حرمت خود بالا، لباس به عنوان نشانه ظاهری خودپنداشت^۵ مثبت تلقی می‌شود [۱۰]. بنابراین ظاهر فیزیکی بخشی از خود است که با حرمت خود ارتباط دارد و پوشش هم به عنوان بخشی از ظاهر فیزیکی

1. self-esteem
2. percep
3. body dissatisfaction
4. self
5. self-concept

6. self

توجه توسط فکرهای مرتبط با گذشته یا آینده یا اجتناب از تجارب فردی، تأکید دارد که همچنین شامل ماندن و ابقاء نگرشی "بدون قضاوت" است [۲۶ و ۲۷]. ذهن-آگاهی هشیارانه مبتنی بر مفاهیم بی طرف بودن و پذیرش است؛ یعنی تجربه‌های فردی قضاوت نشوند یا برچسب‌های منفی یا مثبت یا بارارزشی و بی ارزشی بر آنها زده نشوند (به عنوان مثال، تجارب محیطی، افکار، هیجان‌ها و تجربه بدنی [۲۸].

در طی دو دهه گذشته، رشد سریعی در درمان‌های روان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی مشاهده شده است [۲۹، ۳۰ و ۳۱]. دو روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی [۲۹] و شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی [۳۱] مداخله‌هایی هستند که شامل قواعد و تمرینات متمرکز بوده و شرکت‌کنندگان در آنها روی محرکات خاص، مانند تنفس‌شان، حس‌های مرتبط با بدن و جز آن در زمان‌های مشخص تمرکز می‌کنند. به طوری که کاترمن، کلینمن، هود، ناکرز و کورسیکا [۳۲] روش ذهن آگاهی با تمرکز حواس را به عنوان مداخله اولیه برای اصلاح رفتارهای خوردن و کاهش وزن را در ۱۴ مطالعه بررسی کردند و نشان دادند مداخله ذهن آگاهی در کاهش خوردن هیجانی و اصلاح رفتارهای خوردن موثر است که می‌تواند به کاهش وزن بینجامد که در رضایت از تصویر بدنی موثر است.

ممکن است درمان تصویر بدنی طی ذهن آگاهی، مفهوم‌سازی جدید درمان اختلال تصویر بدنی به نظر برسد. در واقع، ذهن آگاهی چیزی افزون بر مؤلفه‌های درمانی گذشته در نظر گرفته نمی‌شود، بلکه اساس درمانی جدید است که مؤلفه‌ها به گونه‌ای جدید مفهوم‌سازی شده‌اند. مؤلفه‌های درمانی تصویر بدنی (بعنوان مثال، مواجهه‌سازی با آینه، مواجهه‌سازی رفتاری و غیره) به گونه‌ای متفاوت از درمانگری‌های رفتاری- شناختی گذشته برای درمان اختلال تصویر بدنی، تغییر شکل داده و هدایت شده‌اند [۲۸].

با توجه به آنچه که ذکر شد مشکلات تصویر بدنی، در دهه‌های اخیر مورد توجه متخصصان قرار گرفته است و شیوه‌های درمانی نیز برای آنها طراحی شده‌است

فیزیکی، روان‌شناختی و اجتماعی ارتباط دارد که تحت تأثیر تجارب، اعتقادات، انتظارات و ادراکات فرد است [۲۱] نیز می‌تواند تحت تأثیر تصویر بدنی قرارگیرد.

رویکردهای متفاوتی در زمینه تصویر بدنی مطرح شده‌اند که شامل رویکردهای فرهنگی- اجتماعی، پردازش اطلاعات و شناختی- رفتاری می‌شوند. امروزه پژوهش در رابطه با تصویر بدنی، بطور مستقیم، برگرفته از الگوهای شناختی- رفتاری هستند که بر فرایندهای یادگیری اجتماعی و میانجی‌گری شناختی در مورد رفتارها و هیجان‌ها، تأکید دارند [۲۲].

در الگوی شناختی- رفتاری دو دسته از عوامل دخالت دارند: (۱) عوامل تاریخی که به رویدادهای گذشته، ویژگی‌ها و تجربیاتی اشاره دارند که به چگونگی فکر کردن، احساس کردن و عمل کردن در ارتباط با بدن افراد می‌پردازند نظیر ارزشیابی‌های سرشتی از تصویر بدنی و میزان سرمایه‌گذاری روی آن. (۲) عوامل پیرامون تصویر بدنی با رویدادهای جاری زندگی که شامل تسریع و حفظ عوامل مؤثر در تجربیات تصویر بدنی نظیر، گفتگوهای درونی، هیجان‌های تصویر بدنی و کنش‌های خودنظم‌دهی^۱ می‌شوند [۲۲].

همچنین در دهه‌های اخیر، شواهدی در مورد تأثیر مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی روی سلامت روان‌شناختی فراهم شده است که طبق این پژوهش‌ها بین افزایش سطح ذهن آگاهی و بهبود عملکرد روان‌شناختی ارتباط وجود دارد [۲۳ و ۲۴]. براساس یافته‌های شرلین، جیمنز، نیلز، کریستال و پارک [۲۵] سطوح بالاتر آمادگی ذهن آگاهی با سطوح بالای عواطف مثبت، انتظارات خلقی منظم و پذیرش خود همبستگی مثبت و با اختلال‌های افسردگی همبستگی منفی دارد. همچنین، سطوح بالای پذیرش خود با سطوح بالای عواطف مثبت و انتظارات خلقی منظم مرتبط است.

ذهن آگاهی به روشی که شخص را نسبت به زمان حال هشیار می‌کند، اشاره دارد. توصیف ذهن آگاهی روی ابقاء آگاهی در ارتباط با تجارب فوری فرد بدون انحراف

1. self-regulatory

از رابطه معنادار بین خودپنداره و سلامت عمومی بود. بدین صورت که خودپنداره منفی با سلامت عمومی پایین همراه است و خودپنداره مثبت با سلامت عمومی بالا در ارتباط است.

همان‌طور که ذکر شد هدف اولیه درمان شناختی- رفتاری تغییر شناخته‌های منفی و اختلال عملکرد و قوت بخشیدن به شناخته‌های مثبت و سازگاری است [۴۱]. در این پژوهش نیز از کاربست درمانی که توسط بل و راشفورث [۴] برای درمان مشکلات تصویر بدنی و اختلالات خوردن طراحی شده و به نتایج مطلوبی در اصلاح تصویر بدنی گروهی از زنان دارای اختلال خوردن رسیده‌اند، استفاده شده است. این برنامه ۱۲ جلسه‌ای بر اساس یک رویکرد التقاطی و ترکیبی طراحی شده است که ساختاریافته و ترکیب شده با راهبردهای درمان شناختی- رفتاری یعنی خودنظارت‌گری، تکالیف خانگی، مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخهاست. این برنامه از این لحاظ که بر پایه ذهن‌آگاهی و پذیرش بی قید و شرط است و قویاً بر ارزیابی مجدد شناختی متمرکز نیست (مطرح کردن محتوای افکار به وضوح)، با برنامه‌های گذشته مغایر است. از آنجا که در ایران در ارتباط با درمان تصویر بدنی مطالعات محدودی انجام شده، همچنین هیچ یک از پژوهش‌های خارجی و ایرانی به بررسی این گونه مداخله‌ها بر خودپنداشت و کیفیت زندگی نپرداخته‌اند، این پژوهش بر آن است تا اثربخشی مداخله فراگیر فوق را روی متغیرهای مذکور برای اولین بار بررسی کند.

روش

نوع پژوهش

طرح این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است.

آزمودنی

جامعه آماری و نمونه پژوهش

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانشجویان دختر تشکیل دادند که میانگین سنی آنها ۲۴ سال و ۸ ماه و انحراف استاندارد سنی ۳/۶۳۳ سال و دامنه سنی آزمودنیها از ۲۰ تا ۳۷ سال بود. نمونه‌گیری این پژوهش از نوع

[۳۳ و ۳۴]. به‌عنوان مثال، جری و آی پی [۳۵] در یک فرا تحلیل تأثیر درمان‌های مختلف رفتاری- شناختی را بر اختلال تصویر بدنی مورد بررسی قرار دادند که نتایج مشخص کرد درمان‌هایی که در آنها مؤلفه‌های رفتاری، نگرشی و ادراکی مطرح می‌شوند از درمان‌هایی که فقط شامل مؤلفه‌های رفتاری و نگرشی هستند، مؤثرترند و نیز معلوم شد درمان‌هایی که بعد از درمان پیگیری می‌شوند اثربخشی بیشتری دارند. هیلبرت و تاچن-کافیر [۳۶] نیز در یک بررسی دریافتند که در معرض آینه قرار گرفتن همگام با تغییرات شناختی، مؤلفه‌های مؤثر برای درمان تصویر بدنی در افراد با اختلال خوردن که معمولاً تصویر بدنی منفی از شکایات رایج آنهاست، هستند.

استوارت و ویلیامسون [۳۷] نیز به ارایه یک برنامه برای تصویر بدنی بدون بستری شدن در طی ۱۶ جلسه با استفاده از مواجهه سازی و کاهش چک کردن بدن پرداختند که در چهار شرکت‌کننده، ویژگیهای نارضایتی بدنی، میزان افسردگی و اختلال در خوردن بهبود یافت.

هیلبرت و تاچن-کافیر [۳۶] در یک بررسی دریافتند که در معرض آینه قرار گرفتن همگام با تغییرات شناختی، مؤلفه‌های مؤثر برای درمان تصویر بدنی در افراد با اختلال خوردن هستند.

در ایران در ارتباط با درمان تصویر بدنی منفی مطالعات محدودی انجام شده است. در تحقیقی توسط رایگان، شعیری و اصغری مقدم [۳۸] اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کش بر تصویر بدنی منفی دانشجویان دختر دانشگاه شاهد مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل داده‌ها نشان داد که الگوی ۸ مرحله‌ای کش بطور کلی تصویر بدنی منفی نمونه‌ای از دختران ایرانی را بهبود بخشید. رهبریان [۳۹] در پژوهشی اثربخشی آموزش درمان شناختی- رفتاری گروهی بر خودپنداشت و تصویر بدنی زنان دچار سوختگی را مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که آموزش درمان شناختی- رفتاری گروهی بر بهبود تصویر بدنی و افزایش خودپنداشت زنان دچار سوختگی مؤثر بود. همچنین در مطالعه‌ای که پاشا و همکاران [۴۰] در ارتباط با تصویر بدنی، سلامت عمومی و خودپنداره انجام شد نتایج حاکی

نمونه‌گیری در دسترس بود به گونه‌ای که پس از درج آگهی در بردهای دانشکده‌ها و واحدهای دانشگاه پیام نور استان تهران، کلیه دانشجویان داوطلبی که مراجعه کرده بودند، پرسشنامه‌های مربوط به پژوهش را تکمیل کردند. پس از محاسبه نمرات آنها، کلیه افرادی که در پرسشنامه چند بعدی روابط بدن-خود (MBSRQ)^۱ نمره آنها کمتر از میانگین گزارش شده توسط رایگان، شعیری و اصغری مقدم [۳۰] بود (M=160) و در زیر مقیاس رضایت از اجزای بدن (BAS) نمره کمتر از میانگین گزارش شده (M=33) بودند دعوت به مصاحبه شدند. پس از مصاحبه تعداد ۳۰ نفر که واجد شرایط بودند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (تحت مداخله رفتاری-ذهن آگاهی) و کنترل جایگزین شدند. معیار ورود بر اساس پیشینه پژوهش و با توجه به در دسترس بودن نمونه در این پژوهش، مؤنث بودن (به علت شیوع بیشتر این اختلال در زنان)، تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتن، عدم ابتلا به اختلال‌های خوردن (بواسطه هم‌ابتلائی با اختلال تصویر بدنی)، کسب نمره کمتر از ۱۶۰ در پرسشنامه چند بعدی روابط بدن-خود و نمره کمتر از ۳۳ در زیرمقیاس رضایت از اجزای بدن و معیار خروج ابتلا به هرگونه اختلال شخصیت (نظیر پارانویید و شخصیت ضداجتماعی) و هرگونه بیماری روان‌شناختی بارز (نظیر وسواس-جبری، دو قطبی) و اختلال‌های طبی بارز بود [۴۲]. پس از انتخاب آزمودنی‌ها بر اساس معیارهای ورود و اخذ موافقت اخلاقی از آزمودنی‌های هر دو گروه، گروه آزمایش تحت کاربست رفتاری-ذهن-آگاهی اصلاح تصویر بدنی منفی که توسط بل و راشفورت [۴] ارائه شده و بوسیله گروه پژوهشگران این پژوهش ابتدا کارآزمایی آن روی یک گروه ۵ نفره اعتباریابی شده است. رئوس مطالب جلسات این مداخله در جدول ۱ ارائه شده است که طی ۱۲ جلسه (طول مدت هر جلسه ۷۰ دقیقه) انجام شد. اعضای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. پس از ۱۲ جلسه آموزش کاربست رفتاری-ذهن آگاهی به گروه

آزمایش، کلیه آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل مجدداً پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند (پس‌آزمون).

ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه چند بعدی روابط بدن - خود (MBSRQ):

در این پژوهش برای سنجش تصویر بدنی از پرسشنامه چند بعدی روابط بدن - خود (MBSRQ) استفاده شد. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۴۶ ماده‌ای است که توسط کش و همکاران [۴۳ و ۴۴] برای ارزیابی تصویر بدنی ساخته شد. این پرسشنامه شامل تعدادی جمله درباره شیوه تفکر، احساس یا رفتار افراد است. این ابزار دارای ۶ زیر مقیاس است که عبارتند از: ۱- ارزیابی وضع ظاهر (AE)^۲ - گرایش به ظاهر (AO)^۳ - ارزیابی تناسب (FE)^۴ - گرایش به تناسب (FO)^۵ - دل مشغولی با اضافه وزن یا وزن ذهنی (SW)^۶ - رضایت از نواحی بدنی (BAS)^۷. مشخصه‌های روان‌سنجی پرسشنامه‌ی روابط چند بعدی بدن - خود در پژوهش‌های خارجی مورد تایید قرار گرفته است [۴۵]. در مطالعه‌ای که راحتی [۴۶] انجام داد، بین تصویر بدنی و عزت نفس در نمونه‌های دانشجویی همبستگی ۰/۵۵ بدست آمد (p ≤ ۰/۰۰۱) و آلفای کرونباخ کل و خرده مقیاس‌های AE، AO، FE، FO، SW، BAS در آزمودنی‌های دانشجویی بترتیب ۰/۸۸، ۰/۶۷، ۰/۷۹، ۰/۵۷، ۰/۸۳، ۰/۸۳ و ۰/۸۴ بوده است. هر پرسش دارای پنج گزینه کاملاً مخالف، غالباً مخالف، ممتنع، غالباً موافق، کاملاً موافق که بر حسب مقیاس ۵ درجه ای لیکرت بترتیب نمرات ۱ تا ۵ به آنها تعلق می‌گیرد.

۲. پرسشنامه تصور از خود بک برای سنجش

خودپنداشت (BSCT)^۸: این آزمون توسط بک و استیر [۴۷] تهیه گردید که دارای ۲۵ ماده است و ۵ جنبه از ویژگی‌ها را مورد بررسی و اندازه‌گیری قرار می‌دهد که

2. appearance evaluation
3. appearance orientation
4. fitness evaluation
5. fitness orientation
6. subjective weight
7. body areas Satisfaction
8. Beck Self- concept Test

1. multidimensional body-self relations questionnaire

۰/۷۹ را برای این پرسشنامه بدست آورده‌است. سؤالهای آزمون بر اساس ارتباط آنها با تصور از خود از یک تا پنج نمره‌گذاری می‌شود. بدین ترتیب حداقل نمره‌ای که آزمودنی در این مقیاس به دست می‌آورد ۲۵ و حداکثر آن ۱۲۵ خواهد بود.

۳. پرسشنامه ۲۶ سوالی کیفیت زندگی (WHOQOL-26) این پرسشنامه حاوی ۲۶ سؤال است که در یک مقیاس لیکرت ۱-۵ کیفیت زندگی فرد را از جنبه‌های مختلف بررسی می‌کند که یک سؤال آن در خصوص احساس کلی فرد از کیفیت زندگی خویش و مابقی سؤالات احساس و رفتار فرد را در دو هفته اخیر در زمینه‌های: ۱- بهداشت و سلامت جسمی (فعالیت‌های فیزیکی، وابستگی به مواد و داروهای کمکی، تحرک، درد و احساس ناراحتی، خواب و استراحت و توانایی انجام کارها)

عبارتنداز: توانایی ذهنی، کارآمدی شغلی، جذابیت جسمانی، مهارت‌های اجتماعی، عیب‌ها و حسن‌ها. یک همکاران [۴۸] ضریب اعتبار ۰/۸۸ و ۰/۶۵ را با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد بترتیب پس از یک هفته و سه ماه فاصله زمانی گزارش نمودند. همچنین ضریب همسانی درونی برای این مقیاس ۰/۸۰ گزارش شده است. روایی این پرسشنامه در مقایسه با پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ ۰/۵۵ گزارش شده است. علاوه بر آن اعتبار این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مردان افسرده ۰/۸۰، زنان افسرده ۰/۷۶، مردان مضطرب ۰/۷۵ و زنان مضطرب ۰/۷۸ گزارش شده است. در ایران، محمدی [۴۹] اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از روش دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ بترتیب ۰/۶۵ و ۰/۶۸ گزارش کرده است. همچنین دیاج‌نیا [۵۰] آلفای کرونباخ

جدول ۱: پروتکل درمان رفتاری- ذهن آگاهی

جلسه	عنوان جلسه	توصیف
اول	ارزیابی و معرفی برنامه	اجرای پیش آزمون، تعریف تحریف در تصویربندی، محتوای برنامه درمانی، چگونگی افکار و احساسات مراجع درباره بدنش
دوم	مقیاس‌های ارزیابی روانی و فرمول‌بندی شخصی	چگونگی مدیریت افکار و احساسات آزمودنی درباره بدنش، چگونگی پیشرفت تصویربندی، فرمول‌بندی شخصی در مورد چگونگی باقی ماندن نگرانی درباره تصویربندی
سوم	ذهن آگاهی ۱	بررسی تکالیف خانگی، معرفی مفهوم ذهن آگاهی، انجام تمرین‌های ذهن-آگاهی، برنامه برای تمرین ذهن آگاهی در طول روز.
چهارم	ذهن آگاهی ۲	دوره کردن تمرین‌های ذهن آگاهی، ایجاد تمرین ذهن آگاهی در واری کامل بدن ^۱ .
پنجم	تغییر عادات نامطلوب	دوره کردن تمرین‌ها، یکی کردن اهداف برای تغییر تصویربندی.
ششم	موضع بی طرفانه ^۲	بررسی دوباره اهداف و موافقت دوطرفه، معرفی مفهوم موضع بی طرفانه و عدم قضاوت.
هشتم	آمادگی برای مواجهه‌سازی	ن تلاش برای تغییر و تعهد آزمودنی، توضیح قواعد اصلی در درمان مواجهه‌سازی، برنامه و آمادگی آزمودنی برای تمرین مواجهه‌سازی
نهم	مواجهه‌سازی با آیین ۱	تمرین مواجهه‌سازی با آیین، برنامه برای تمرین مواجهه‌سازی در هفته بعدی
دهم	مواجهه‌سازی با آیین ۲	مرور تمرین مواجهه‌سازی، تمرین مواجهه‌سازی با مناطق بدنی خاص
یازدهم	مرور، تغییر تحکیم و عیب‌یابی	کارهای گزینشی اضافه بر روی خود ارزشمندی و سرمایه‌گذاری روی تصویر بدنی
دوازدهم	تداوم برنامه و ارزشیابی	مرور برنامه‌های قبلی، معرفی تداوم برنامه در آینده و اجرای پس‌آزمون

1. body sweep
2. non-judgmental stance

اثربخشی مداخله رفتاری آموزش ذهن آگاهی- پذیرش بی قید و شرط بر تصویر بدنی، خودپنداشت و کیفیت زندگی .

نتایج

پس از جمع آوری داده‌ها، اطلاعات دو گروه با استفاده از روشهای آمار توصیفی و استنباطی، به تناسب توزیع آزمودنیها، تجزیه و تحلیل و مورد مقایسه قرار گرفت و از روشهای آماری زیر استفاده شد: آزمون لون برای برابری واریانس دو گروه و آزمون اندازه گیری مکرر برای تعیین اثربخشی مداخله رفتاری آموزش ذهن آگاهی- پذیرش بی قید و شرط بر تصویر بدنی، خودپنداشت و کیفیت زندگی استفاده شد.

پس از بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس (نرمال بودن توزیع نمرات و برابری واریانس گروه‌ها) از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر به منظور تحلیل یافته‌ها استفاده شد که نتایج آن برای نمرات تصویر بدنی کلی در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، که بین میانگین نمرات دو گروه کنترل و آزمایش در تصویر بدنی کل تفاوت معنادار است ($p < 0.05$). به عبارت دیگر مداخله رفتاری آموزش ذهن آگاهی- پذیرش بی قید و شرط باعث بهبود تصویر بدنی شده است. به طوری که عامل بین گروهی (مداخله رفتاری، آموزش ذهن آگاهی و پذیرش بی قید و شرط) بر تصویر بدنی کلی، $P < 0.05$ ، $F(28,1) = 17/803$ ، اثر معناداری دارد.

۲- روان‌شناختی (احساس نسبت به وضع ظاهری بدن، احساسات مثبت و منفی، یادگیری، تفکر، حافظه و تمرکز و اعتماد به نفس و روحیه و رفتارهای شخصیتی)

۳- روابط اجتماعی (روابط شخصی، حمایت اجتماعی و فعالیت جنسی) ۴- محیط اجتماعی (منابع مالی، آزادی و امنیت فیزیکی، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، محیط خانه، فرصت‌های اجتماعی، محیط فیزیکی مانند آلودگی، سروصدا، ترافیک، حمل و نقل و ...) می‌سنجد. در اکثر مطالعات انجام شده، تست از آلفای کرونباخ و ضریب روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار بوده است. نجات و همکاران [۵۱] در پژوهش خود که بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت، پایایی آزمون را به روش بازآزمایی در حیطه‌های سلامت فیزیکی ۰/۷۷، در حیطه‌ی سلامت روانی ۰/۷۷، در حیطه‌ی روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در نهایت در حیطه سلامت محیط برابر با ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. از سال ۱۹۹۶ اعتبار و پایایی این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی و در کشورها و فرهنگ‌های مختلف انجام شد. بونومی و همکاران [۵۲] در بررسی پایایی درونی این آزمون ضرایب ۰/۸۳ تا ۰/۹۵ را اعلام کردند. هم چنین ناتالی در گروه بیماران مزمن پایایی این آزمون را ۰/۹۰ و در گروه افراد سالم ۰/۸۶ به دست آورد.

شیوه تحلیل داده‌ها

در این تحقیق از روشهای آمار توصیفی و استنباطی، به تناسب استفاده شده است: آزمون لون برای برابری واریانس دو گروه و آزمون اندازه گیری مکرر برای تعیین

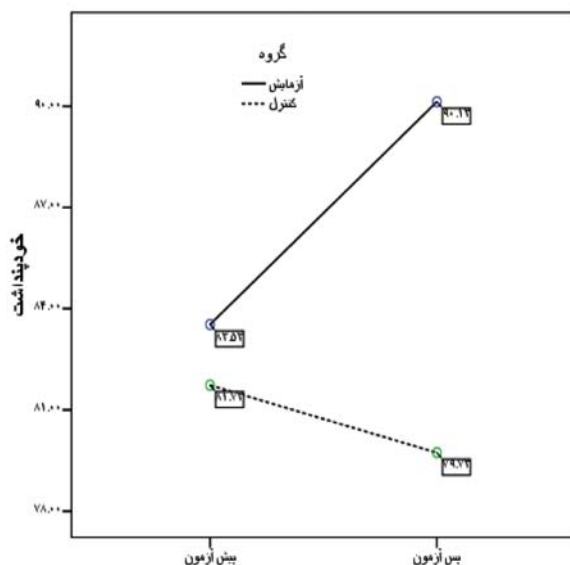
جدول ۲: آزمون اندازه گیری مکرر برای معناداری تفاوت میانگین تصویر بدنی کل نمرات دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
آزمایش	پیش آزمون	۱۲/۷۴۱۷۶	۱۱/۹۱۵	۱	۲۸	۰/۰۰۲
	پس آزمون	۸/۹۶۹۷۹	۱۷/۸۰۳	۱	۲۸	۰/۰۰۱
کنترل	پیش آزمون	۱۴/۲۳۰۰۸				
	پس آزمون	۸/۴۸۶۹۶				

جدول ۳: آزمون اندازه‌گیری مکرر برای معناداری تفاوت میانگین نمرات خودپنداشت دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
آزمایش	پیش‌آزمون	۸۳/۵۳۳۳	۱۰/۴۸۳	۱	۲۸	۰/۰۰۳
	پس‌آزمون	۹۰/۱۳۳۳	۶/۲۷۰	۱	۲۸	۰/۰۱۸
کنترل	پیش‌آزمون	۸۱/۷۳۳۳				
	پس‌آزمون	۷۹/۷۳۳۳	۱۱/۹۰۷۱۸			

پذیرش بی‌قید و شرط باعث ارتقا کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است اما این تغییر در سطح معناداری نیست ($p > 0/05$).



نمودار ۱: تغییر نمرات خودپنداشت پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه

همچنین نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای آزمون تفاوت میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس خودپنداشت که در جدول ۳ ارائه شده است. بیانگر آن است که میانگین نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. لذا می‌توان گفت مداخله رفتاری و آموزش ذهن‌آگاهی و پذیرش بی‌قید و شرط باعث بهبود خودپنداشت آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است ($P < 0/05$). به طوری که عامل بین‌گروهی (مداخله رفتاری، آموزش ذهن‌آگاهی و پذیرش بی‌قید و شرط) بر خودپنداشت، $F(28,1) = 6/270$ ، $P < 0/05$ ، اثر معناداری دارد. نمایش تصویری تغییرات خودپنداشت نیز در نمودار ۱ نمایش داده شده است.

همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای آزمون تفاوت میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس کیفیت زندگی که در جدول ۴ ارائه شده است بیانگر آن است که میانگین نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. لذا می‌توان گفت مداخله رفتاری آموزش ذهن‌آگاهی -

جدول ۴: آزمون اندازه‌گیری مکرر برای معناداری تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
آزمایش	پیش‌آزمون	۶۸/۰۰۰	۲/۱۵۴	۱	۲۸	۰/۱۵۳
	پس‌آزمون	۵۹/۴۶۶۷	۱/۲۹۶	۱	۲۸	۰/۲۶۵
کنترل	پیش‌آزمون	۶۶/۲۰۰				
	پس‌آزمون	۶۸/۱۳۳۳	۱۲/۴۲۰۴			

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بهبود خودپنداشت و کیفیت زندگی متعاقب مداخله رفتاری- آموزش ذهن آگاهی بر تصویر بدنی منفی گروهی از دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور صورت گرفت و یافته‌ها بیانگر آن هستند که مداخله رفتاری- آموزش ذهن آگاهی باعث بهبود تصویر بدنی و خود پنداشت آزمودنیها شده است. به گونه‌ای که مداخله فوق منجر به افزایش معنادار تصویر بدنی جدول ۲ گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل پس از یک دوره ۱۲ جلسه‌ای درمانگری تصویر بدنی شده است. این یافته با اعتقاد سارور [۵۳] مبنی بر اینکه مداخله روانشناختی (شناختی- رفتاری) باعث بهبود اختلالات تصویر بدنی می‌شود، مطابقت دارد. بطوری که یکی از برون‌دادهای شایع متعاقب درمانگری شناختی- رفتاری بهبود اختلال بد شکلی تصویر بدنی و تصویر بدنی منفی است. همچنین با یافته‌های باترز و کش [۵۴] که برای کنترل تصویر بدنی منفی به اصلاح شناخت‌های ناسازگارانه و عزت نفس اجتماعی و احساسات موجود در مورد تناسب جنسی انجام داده بودند، مطابقت دارد. باترز و کش [۵۵] نیز بر این عقیده هستند که مداخلات روانشناختی به همراه آموزش فعالیت‌های خودمهارگری، تنش‌زدایی، حساسیت‌زدایی تصویری و بکارگیری روش‌های جلوگیری از عود مجدد می‌تواند به بهبود تصویر بدنی منفی و خودمهارگری سازگاری اجتماعی- روانی بیانجامد. استوارت و ویلیامسون [۳۷] نیز نشان دادند که مواجهه‌سازی و کاهش بازبینی بدنی باعث بهبود نارضایت‌مندی بدنی می‌شود. هیلبرت و تاچن- کافیر [۳۶] نیز با مواجهه‌سازی با آینه و ایجاد تغییرات شناختی به درمانگری تصویر بدنی پرداختند. کش [۵۶] نیز معتقد است که بین تصویر بدنی و عملکرد درونی فرد، ارتباط وجود دارد بنابراین انجام مداخله ذهن آگاهی، پذیرش بی‌قید و شرط و مداخله رفتاری می‌تواند باعث بهبود اختلال تصویر بدنی شود. جری و آی‌پی [۳۵] نیز در فراتحلیل درمانگری‌های شناختی- رفتاری روی اختلال تصویر بدنی نشان دادند که در مداخلاتی که مؤلفه‌های رفتاری، نگرشی و ادراکی اصلاح می‌شوند، تصویر بدنی

دارای بهبود معنی‌داری است. در پژوهش رایگان و همکاران [۳۸] و نوحی [۵۷] نیز مداخلات رفتاری و CBT باعث بهبود تصویر بدنی و خودانگاره شده است. استوارت [۲۸] نیز معتقد است که اصلاح تحریف تصویر بدنی باید چند وجهی بوده و در جهت درمان کلیت فرد- بدن، ذهن- روان باشد و در نهایت به پذیرش خود بیانجامد. بنابراین هر فردی با الگوهای شناختی و باورهای هسته‌ای خود پدیدار می‌شود که بر این اساس تجربه‌های آنها از خودشان و جهان شکل می‌گیرد. مطابق نظریات شناختی، نگرانی‌ها و باورهای هسته‌ای در سوگیری‌های فردی، جزئی از فرایند اطلاعات هستند، فرایند اطلاعات سوگیری شده برای افراد دچار اختلال تصویر بدنی، عادی می‌شوند. این فرایند سوگیری شده، ذهن را اشغال می‌کند و واقعیت فردی را با دیدی منحرف شده و محدود خلق می‌کند و نشان داد که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند به بهبود تصویر بدنی بیانجامد، این یافته‌ها همگی با یافته پژوهش حاضر، همگام هستند. بر اساس مدل مفهومی ویله [۵۸] توجه افراطی متمرکز به خود در اختلال تصویر بدنی و همچنین ارزیابی منفی از تصاویر منجر به نشخوارگری فکری، تغییرات خلقی و استفاده از رفتارهای جستجوی ایمنی می‌شود که این موارد باعث گسترش اختلال تصویر بدنی می‌شود. پژوهش حاضر با بکارگیری فنون ذهن آگاهی [۴]، مداخله برای اصلاح مؤلفه‌های رفتاری (همان منبع) روی مؤلفه‌های فوق تأثیر داشته و باعث بهبود تصویر بدنی شده است. باترز و کش [۵۵] نیز معتقدند مداخلاتی که روی مؤلفه‌های مختلف شناختی مرتبط با تصویر بدنی انجام می‌شوند باعث بهبود قضاوت افراد نسبت به بدن خود و ادراک بهتر و نزدیک‌تر آن به حالت واقعی می‌شود و همچنین باعث کاهش نشخوار فکری نسبت به ظاهر و توجه افراطی به خود می‌شود. همچنین این مداخلات باعث بهبود احساسات و ارزشیابی مثبت در مورد تناسب اندام می‌شود. همچنین جانسن، بالن، تاچن- کافیر، روافز، تانگه و برات [۵۹] نشان دادند که مواجهه‌سازی با آینه (از مؤلفه‌های رفتاری) به همراه موضع بی‌طرفانه نسبت به بدن باعث افزایش رضایت بدنی افراد می‌شود. همچنین در

رهبریان [۳۹] مبنی بر اینکه آموزش درمان شناختی- رفتاری گروهی موجب بهبود تصویر بدنی و افزایش خودپنداشت در زنان سوخته می‌شود، مطابقت دارد. از آنجا که یکی از ابعاد اساسی خودپنداشت، خوداجتماعی است و این مؤلفه بطور مستقیم با بازخورد دیگران نسبت به فرد و تعامل با آنها در ارتباط است، از طرف دیگر این بازخورد نیز تعیین‌کننده تصویر بدنی است، بر اساس الگوی شناختی-رفتاری، می‌توان انتظار داشت که مداخلات اصلاح تصویر بدنی با بکارگیری مؤلفه‌هایی نظیر ذهن‌آگاهی، پذیرش و مؤلفه‌های رفتاری نظیر مواجهه‌سازی با آینه [۴] با اصلاح این مؤلفه روی بهبود بُعد اجتماعی خود، تأثیر گذاشته است و بدین طریق به بهبود خودپنداشت یعنی تصویر عکس شناختی-روانی فرد از خود که شامل کلیه احساسات، اعتقادات و ارزش‌های همراه من است، می‌شود.

نیوول و کلارک [۱۷] و شیلدر [۱۸] نیز نشان داده بودند که انحراف در ادراک بدنی و تصویر بدنی باعث اختلال خودپنداشت می‌شود، بنابراین اصلاح ادراک بدنی بواسطه آموزش‌های فوق می‌تواند منجر به بهبود خودپنداشت شود. این یافته با یافته‌های دورکین و کر [۶۷] مبنی بر اینکه درمانگری‌های شناختی که باورهای غیرمنطقی را اصلاح می‌کنند بر اختلال تصویر بدنی و خودپنداشت منفی مرتبط با آن مؤثر هستند، مطابقت دارد. همچنین در بررسی‌ها مشخص شده که اختلال تصویر بدنی و مشکلات مرتبط با حرمت خود از جمله عوامل مؤثر در افزایش وزن هستند، از این رو متخصصان بیشتر روی ایجاد تغییرات روان‌شناختی مثبت با بکارگیری درمانگری شناختی و شناختی-رفتاری تمرکز کرده‌اند که در پژوهش جان‌بزرگی و همکاران [۶۸] نیز نشان داده شد که مؤلفه‌های مربوط به مداخله‌های شناختی و شناختی-رفتاری، عوامل مرتبط با چاقی از جمله نگرانی و رفتارهای ناکارآمد را تحت تأثیر قرار داده و به ارتقاء شاخص‌های سلامت منتهی می‌شوند. از طرفی به اعتقاد کارلون وود [۶۹] خودپنداشت عبارتست از ارزیابی شناختی فرد و نگرش او درباره خود. بنابراین با تغییر و اصلاح مؤلفه‌های شناختی و ارزیابی شناختی و اصلاح تصویر بدنی می‌توان خودپنداشت را نیز بهبود بخشید.

رویکرد پردازش اطلاعات ذکر شده که سوگیری شناختی باعث ایجاد روان‌بنه‌های خود از شکل بدنی می‌شود که به اختلال تصویر بدنی منجر می‌شود، بنابراین انتظار می‌رود که مداخلاتی که به اصلاح هیجانات منفی ناشی از این سوگیری‌ها و سوگیری‌های شناختی پرداخته‌اند باعث بهبود تصویر بدنی می‌شوند، در این مداخله نیز با استفاده از مؤلفه‌های رفتاری و ذهن‌آگاهی و بهبود پذیرش و اصلاح هیجانات [۴] تصویر بدنی بهبود یافته است. بنابراین نتایج فوق حاکی از اثربخشی مداخله رفتاری آموزش ذهن‌آگاهی- پذیرش بی قید و شرط بر بهبود تصویر بدنی منفی در گروهی از دانشجویان است.

یافته دیگر این پژوهش حاکی از افزایش خودپنداشت آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل پس از دوره ۱۲ جلسه‌ای مدیریت تصویر بدنی است (جدول ۳ و نمودار ۱). این امر می‌تواند بیانگر وجود رابطه علی تصویر بدنی و مفهوم خود باشد چرا که بواسطه مداخله رفتاری آموزش ذهن‌آگاهی - پذیرش بی قید و شرط روی تصویر بدنی، خودپنداشت هم بهبود یافته است. این یافته مطابق با یافته‌های ارباک [۶۰] و چرنین [۶۱] است مبنی بر اینکه در اغلب زنان، تصویر بدنی منفی با خودپنداشت ضعیف مرتبط است و زنانی که از بدن خود ناراضی هستند، آن را به دیگر جنبه‌های زندگی از جمله خودپنداشت، تعمیم می‌دهند [۶۲]. از طرفی، یافته‌های این پژوهش با یافته‌های آنیس [۶۳] مبنی بر اینکه مداخله مبتنی بر حمایت شناختی-رفتاری با بهبود خودپنداشت بدنی و رضایت بدنی همراه است، مطابقت دارد. همچنین این یافته مطابق با نظریه خود-کارآمدی بندورا [۶۴] و پژوهش آنیس [۶۵] مبنی بر این است که ارزیابی‌های خود به ویژه مواردی که مرتبط با غلبه بر چالش‌های بدنی هستند، نقش مهمی در بهبود تصویر بدنی و تغییرات فیزیولوژیکی دارند که این موارد به نوبه خود روی خودپنداشت، تأثیر می‌گذارند. این مطالعات با یافته‌های یونسی [۶۶] که با روش مداخله‌ای CBT گروهی در میان دختران دبیرستان و با استفاده از تکنیک مقابله با تفکرات تساوی گونه و غیرمنطقی موجب تغییر منابع کنترل و افزایش عزت نفس و در نتیجه خود باوری آزمودنی‌ها شده مطابقت دارد. همچنین یافته‌های این پژوهش با نتایج

تصویر بدنی کمک کرد. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در اختیار مربیان، مشاوران و کسانی که در ارتباط با جوانان و نوجوانان هستند قرار گیرد، تا با اصلاح مؤلفه‌های رفتاری و باورهای آنها درباره ظاهر بدنی به بهبود خودپنداشت و ارتقای کیفیت زندگی ایشان کمک شده و آینده‌سازان کشور زندگی سالم‌تر و شادتری را تجربه کنند. در پایان از مرکز مطالعات علوم رفتاری بخاطر همکاری و کمک در پیشبرد این پژوهش کمال تشکر را دارم.

منابع

- 1- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (Eds.). (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. New York: Guilford Press.
- 2- Geller, J., Srikameswaran, S., Cockell, S. J., & Zaitsoff, S.L. (2000). Assessment of shape – and weight-based self-esteem in adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 339-345.
- 3- Harter, S. (1999). *The construction of self: A developmental prospective*. New York: The Guilford Press.
- 4- Bell, L., and Rushforth, J.(eds). (2008). *Overcoming Body image disturbance , A programe for People with Eating Disorders*. Routledge Taylor& Francis Group. London & New York.
- 5- Swami, V., Hadji-Michael, M., & Furnhamb, A. (2008). Personality and individual difference correlates of positive body image. *Body Image* 5, 322–325.
- 6- Öberg, P. & Tornstam, L. (1999). Body images among men and women of different ages. *Ageing and Society* 19, 629-644. of the human body in ideomotor apraxia. *Neuropsychologia*, 33, 63–72.
- 7- Fabian, L. J., & Thompson, J. K. (1989). Body image and eating disturbance in young females. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 63–74.
- 8- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 9- Homan, K. J. and Tylka, T. L. (2014). Appearance-based exercise motivation moderates the relationship between exercise frequency and positive body image. *Body Image*, Vol 11, Iss 2, March, PP: 101–108.

همچنین یافته‌های جدول ۴ نشانگر آن است که نمرات کیفیت زندگی کلی دانشجویان آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، کاهش یافته است که به معنی بهبود کیفیت زندگی کلی دانشجویان است اما این تفاوت در سطح معناداری نبوده است. این یافته را می‌توان این گونه تبیین کرد از آنجا که مقیاس‌های جدیدی برای ارزیابی کیفیت زندگی مختص به تصویر بدنی، طراحی و ساخته شده است که به بررسی مؤلفه‌های روانی-اجتماعی کیفیت زندگی، می‌پردازند [۷۰] و در این پژوهش، نسخه دارای اعتبار و روایی آن در دسترس محقق نبوده است انتظار می‌رود که کیفیت زندگی کلی که شامل مؤلفه‌های فوق می‌شود بواسطه مدیریت تصویر بدنی و خودپنداشت تغییر نکند. با وجود اینکه نمرات حاکی از بهبود کیفیت زندگی، علی‌رغم عدم معناداری آن است. یافته این پژوهش با یافته‌های پروزینسکی [۷۱] مبنی بر اینکه بهبود تصویر بدنی باعث افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال تصویر بدنی و واجد مشکلات طبی می‌شود، مطابقت ندارد. از طرفی کش، سانتوز، فلمینگ و یلیامز [۷۲] در پژوهش نشان دادند که کیفیت زندگی مرتبط با تصویر بدنی بوسیله راهبردهای مقابله‌ای، پیش‌بینی می‌شود که در این پژوهش به آنها پرداخته نشده است. از این رو ممکن است دلیل عدم معناداری یافته‌ها از این جهت باشد. پوپ و سولومونز، دان، کوهن و پوسامایل [۷۳] نیز نشان دادند که خلق پایین با کیفیت زندگی در ارتباط است، از آنجا که در این پژوهش به مؤلفه‌های هیجانی کمتر پرداخته شده است، بنابراین کیفیت زندگی کلی ممکن است تغییر معنی‌داری نداشته باشد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و سایر تحقیقات می‌توان استنباط کرد که مداخله رفتاری- آموزش ذهن- آگاهی با اصلاح مؤلفه‌های رفتاری و شناختی مرتبط با تصویر بدنی باعث بهبود قضاوت افراد نسبت به بدن خود و ادراک بهتر و نزدیک‌تر آن به حالت واقعی شده و منجر به افزایش رضایت بدنی، ارزش خود و خودپنداشت افراد می‌شود. از طرفی به نظر می‌رسد افزودن مؤلفه‌های نظم‌دهی هیجانی به همراه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در کنار مداخله بکارگرفته‌شده در پژوهش حاضر توسط سایر پژوهشگران به افزایش بیشتر کیفیت زندگی افراد دارای مشکلات

- 22- Cash, T. F. (2002). Cognitive-behavioral perspectives on body image. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York. Guilford Press.
- 23- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35–43.
- 24- Nyklic'ek, I., & Kuijpers, K. F. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: Is increased mindfulness indeed the mechanism? *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 331–340.
- 25- Sherlyn, S., Jimenez, Barbara, L., Niles, Crystal, L. & Park (2010). A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. Department of Psychology.
- 26- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241.
- 27- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.
- 28- Stewart, T.M.(2004). Light on Body Image Treatment :Acceptance Through Mindfulness. *behavior Modification*, 28(6), 783-811.
- 29- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Delta.
- 30- Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
- 31- Segal, Z., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: Guilford Press.
- 32- Kattermana, S. N., Kleinmanb, B. M., Hooda, M. M., Nackersa, L. M. and Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviors*, Vol 15, Iss 2, April 2014, PP: 197-204.
- 10- Joung, H. & Miller, N.J. (2006). Factors of dress affecting self-esteem in older females. *Journal of Fashion Marketing and Management*, 10 (4), 466-478.
- 11- Coughlin, Claire . (2009). *Body Image, Self-Esteem, and Consumer Need for Uniqueness as Antecedents to Self-Identification as Fashion Opinion Leader vs. Fashion Opinion Seeker*. The Ohio State University.
- 12- Fallon, A. (1990). Culture in the mirror Sociocultural determinants of body image. In T.F Cash and T. Pruzinsky (Eds). *Body images: Development, deviance, and change* (pp.80-109). New York: Guilford Press.
- 13- Harris, S.M. (1994). Racial differences in predictors of college women's body image attitudes. *Women and Health*, 21 , 89-104.
- 14- Jackson, L. (1992). *Physical appearance and gender: Sociobiological and sociocultural perspectives*. Albany: SUNY Press.— Synthesizes theory and research on the social and psychological influences of physical appearance and body image.
- 15- Lerner, R.M., Karabenick, S.A., & Stuart, J.L. (1973). Relations among physical attractiveness, body attitudes and self concept in male and female college students. *The Journal of Psychology*, 85, 119-129.
- 16- Choate, L. (2007). Counseling adolescent girls for body image resilience: strategies for school counselors. *Professional School Counseling*, 10(3), 317-326
- 17- Newell, R; Clarke, M. (2000). Evaluation of a self-help leaflet in Treatment of social difficulties following facial disfigurement, *Int J Nurse student*, 2000, 37:381-89
- 18- Schilder, P. (1935). *The Image and Appearance of the Human Body*. London: Kegan Paul, Trench, Trubner and Company.
- ۱۹- عبادی، زهرا. (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین خودپنداشت و افسردگی و اضطراب در دانشجویان دانشگاه بین المللی دانشگاه چابهار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور.
- 20- The WHOQOL Group.(1998). The world health organization quality of life assessment(WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46, 12, 1569-1585.
- 21- Testa, Marcia A. (1996). Assessment of quality- of- life outcomes. *New England Journal of Medicin*; 334: 835-840.

- 43- Cash, T.F., Winstead, B.W., & Janda, L.H. (1986). The great American shape-up: Body image survey report. *Psychology Today*, 20(4), 30-37.
- 44- Cash, T. F., Lewis, R. J., & Keeton, P. (1987). Development and validation of the Body-Image Automatic Thoughts Questionnaire: A measure of body-related cognitions. Paper presented at the meeting of the Southeastern Psychological Association, Atlanta, GA.
- 45- Cash, T.F. (1997) *The Body Image Work Book (An 8-step program for learning to like your looks)*. Oakland: New Harbinger publications.
- ۴۶- راحتی، آزاده. (۱۳۸۳). بررسی تحولی تصویر بدنی و رابطه آن با عزت نفس بر اساس مقایسه گروههای سنی نوجوانان، میانسالان و کهنسالان. پایان نامه کارشناسی روانشناسی بالینی. دانشگاه شاهد.
- 47- Beck, A. T., Steer, R., Brown, G., & Epstein, N (1990). The Beck Self-Concept Test. *Archives of General Psychiatry*, 2, 191-197.
- 48- Beck, A. T., Steer, R.A. Epstein, N (1992). Self-concept dimensions of clinically depressed and anxiety outpatients. *Journal of clinical psychology*. 48, 423-432.
- ۴۹- محمدی، بهروز. (۱۳۷۲). بررسی خودپنداشت و افسردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت مدرس.
- ۵۰- دیباج نیا، پروین. (۱۳۸۳). بررسی رابطه کارآیی خانواده و خود پندار در دانشجویان دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. پژوهنده. ۹ (۴۰). صفحات ۲۳۷-۲۴۰.
- 51- Nejat, S., Montazeri, A., Holakoie Naeni, K., Kazem, M., Majdzadeh, S.R. (2006). Standardization World Health Organization quality of life questionnaire (WHOQOL-Bref) Translation and psychometrics Iranian species. *School Health and Health Research Institute*; 4(4): 71-6.
- 52- Bonomi, A. E. , Patrick, D. L. , Bushnell, D. M. and Martin.(2000). Validation of the United States' version of the world health organization quality of life(WHOQOL) instrument.*Journal of Clinical Epidemiology*, 20,3,485-493.
- 33- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. Elmsford, NY: Pergamon Press. The author's first book, a concise overview of emerging perspectives and research on body image.
- 34- Cash, T.f., Melnyk, S.E, and Harbosky, J. I.(2004).The assessmen of body Image investement: An extensive revision of the appearance Schemas Inventory International *J of eating disorder*,35,305 316.
- 35- Jarry, Josée L., Ip , Karen. (2005). The effectiveness of stand-alone cognitive-behavioural therapy for body image: A meta-analysis. *Departmen interventions in cognitive-behavioural therapy of bingeeating disorder: Psychology, University of Windsor*.
- 36- Hilbert, A.; Tuschen-Caffier, B. (2003). Body image interventions in cognitive-behavioural therapy of bingeeating disorder: a component analysis. *Behaviour Research and Therapy*; Article in press. <http://proquest.umi.com>.
- 37- Stewart, T.M. and Williamson, D.A.(2003). Body Positive: A new treatment for persistent body image disturbances in partially recovered eating disorders. *Clinical Case Studies*, 2(2), 154-66.
- ۳۸- رایگان، نیلوفر، شعیری، محمدرضا، اصغری مقدم، محمدعلی. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله ای کش بر تصویر بدنی منفی دختران دانشجو. دو ماهنامه علمی-پژوهشی دانشور رفتار دانشگاه شاهد. سال سیزدهم. دوره جدید. شماره ۱۹.
- ۳۹- رهبریان، مهرک. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش درمان شناختی- رفتاری گروهی بر خودپنداشت و تصویر بدنی زنان دچار سوختگی و پی گیری آن پس از یک ماه. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور.
- ۴۰- پاشا، غلامرضا، نادری، ف و اکبری، ش. (۱۳۸۸). مقایسه تصویر بدنی، شاخص حجم بدنی، سلامت عمومی و خودپنداره. www.sid.ir.
- 41- Verplankin, B. and velsvik, R. (2008). Habitual negative body Image thinking as psychological risk factor in adolscents . *Body Image*, vol 5, Iss 2 , June, 2008, PP : 133-140.
- 42- Benson, R.S., & Young, M.L. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5)*. Washington: American psychiatric association.

- 65- Annesi, J.J.(2006).Relations of perceived bodily changes with actual changes and changes in mood in obese women initiating an exercise and weight-loss program. *Perceptual and MotorSkills*,103, 238–240.
- ۶۶- یونسی، ج.(۱۳۸۴). روان درمانی گروهی- راهی برای تعادل در منابع تکوین خودو تقویت خودباوری در میان نوجوانان و جوانان، چاپ نشده- دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی تهران.
- 67- Dworkin, S. H. and Kerr,B. A..(1987). Comparison of Interventions for Women Experiencing Body Image Problems. *Journal of Counseling Psychology*, 34 (2), 136-140.
- ۶۸- جان‌بزرگی، مسعود، آگاه‌هریس، مژگان، موسوی، الهام، علی‌پور، احمد، گلچین، ندا و نوحی، شهناز.(۱۳۹۲). مقایسه درمانگری مبتنی بر مهارت‌های حل مسأله و مقابله با شناخت‌درمانگری مدیریت وزن در کاهش شاخص توده بدنی و بهبود سبک زندگی کارآمد وزن. دو فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت، دانشگاه شاهد. سال بیستم، دوره جدید، شماره ۹.
- 69- Carlovn wood,J.(1999).the effect of expressive caring occasion on Disfigure clients self-esteem.university of Albama at Birmingham, Adult Health nursing,1999,Vol 6,Issue2.
- 70- Cash, T. F., & Fleming, E. C. (2002). The impact of body image experiences: Development of the Body Image Quality of Life Inventory. *International Journal of Eating Disorders*,31, 455–460.
- 71- Pruzinsky, T. (2003). Enhancing quality of life in medical populations: a vision for body image assessment and rehabilitation as standards of care. *Body Image Volume 1, Issue 1, Pages 71-81.*
- 72- Cash, T. F., Phillips, K. A., Santos, M. T., & Hrabosky, J. I. (2004). Measuring “negative body image”: Validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image*, 1, 363–372.
- 73- Pope, S.J. Solomons, W.R. Done, D.J. Cohn, N. and Possamai, A.M.(2006). Body image, mood and quality of life in young burn survivors . *Burns*, Volume 33, Issue 6, Pages 747-755.
- 53- Sarwer, D.B.(2010). Special Series: Cognitive Behavioral Therapy for Body image Disorders. *Cognitive Behavioral Practice* (17),278-282
- 54- Butters, J.W. and Cash, T.F. (1987). Cognitive-behavioral treatment of women’s body image dissatisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(6), 889-97.
- 55- Butters, J.W. and Cash, T.F. (2002). In Cash, T.F. and Pruzinsky, T. (eds), *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice* (pp 13-22). NewYork:Guilford Press.
- 56- Cash, T.F. (2004) *Body image: past, present, and future. Body Image*.Vol, 1; p.p.1–5.
- ۵۷- نوحی، شهناز. (۱۳۸۸). تاثیر مشاوره تغذیه‌ای-رفتاری بر مؤلفه‌های چاقی (وزن، نمایه توده بدن و عادات غذا خوردن) ، خودنگاره اندامی و بهزیستس روانی زنان چاق ۱۹-۴۵ ساله مراجعه کننده به یک مرکز مشاوره تغذیه در تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور.
- 58- Veale, D.(2003). Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1(1), 113-125 .
- 59- Jansen ,A., Bollen, D., Tuschen-Caffier, B., Roefs, A., Tanghe, C., & Braet, A.(2008). Mirror exposure reduces body dissatisfaction and anxiety in obese adolescents: A pilot study. *Appetite* Vol. 51, (1), 214-217 .
- 60- Orbach, S. (1978). *Fat is a feminist issue.* New York: Berkley Books
- 61- Chernin, K. (1981). *The obsession: Reflections on the tyranny of slenderness.* New York: Harper & Row.
- 62- Worsley, A. (1981). In the eye of the beholder: Social and personal characteristics of teenagers and their impressions of themselves and fat and slim people. *British Journal of Medical Psychology*, 54, 231-242.
- 63- Annesi, J.J.(2010). Relationsofchangesinself-regulatoryefficacyandphysicalself-concept with improvements in body satisfaction in obese women initiating exercise with cognitive-behavioral support. *Body Image*.
- 64- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*. 37, 122-147.

بررسی اثربخشی نوروفیدبک در کاهش نشانه های نقص توجه و تمرکز و کاهش بیش فعالی و تکانشگری در بزرگسالان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی (ADHD)

نویسندگان: اعظم سادات مدنی^{۱*}، لیلا حیدری نسب^۲، حمید یعقوبی^۳
و رضا رستمی^۴

- ۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد.
- ۲- عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد.
- ۳- عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد.
- ۴- عضو هیئت علمی دانشگاه تهران.

*Email: azam_madani_2008@yahoo.com

چکیده

اختلال نقص توجه/ بیش فعالی، یکی از اختلالات روانی-عصبی شایع می‌باشد، که در طفولیت شروع شده و تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و در ابعاد مختلفی از زندگی فرد نظیر زندگی شخصی، تعاملات اجتماعی، زندگی حرفه‌ای، عملکرد اجرایی نظیر حافظه فعال و تمرکز و سایر ابعاد عملکردی فرد اختلال ایجاد می‌کند. مطالعات متعددی در خصوص درمان این اختلال از جانب مولفان مطرح گردیده است، با توجه به فقدان مطالعاتی که درمان نوروفیدبک را در این حیطه در بزرگسالان مورد بررسی قرار دهند، مطالعه کنونی شکل گرفته است. بنابر این هدف این تحقیق، تعیین اثربخشی نوروفیدبک، در کاهش نشانه‌های نقص توجه، تمرکز و بیش فعالی در بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی می‌باشد.

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش را بزرگسالان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی که به کلینیک آتیه در شهر تهران مراجعه می‌کنند، تشکیل دادند؛ که از بین جامعه آماری فوق ۲ گروه ۸ نفره، یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل از افراد مراجعه کننده به کلینیک آتیه، با روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شد. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه اضطراب بک، پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اختلال نقص توجه/بیش فعالی بزرگسالی بارکلی، آزمون IVA و آزمون CNSVS. داده ها از طریق نرم افزار SPSS و با استفاده از روش آماری یومن ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین از آزمون‌های تی مستقل، ویلکاکسون و کروسکال والیس نیز جهت نتایج تکمیلی استفاده شد.

نتایج بدست آمده نشان داد که نوروفیدبک منجر به کاهش معنادار نشانه‌های نقص توجه و تمرکز و کاهش بیش فعالی و تکانشگری در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل گردید. بنابراین ضمن همسو بودن نتایج با دیگر یافته ها، می توان به شکل مقدماتی استفاده از نوروفیدبک را در کاهش علائم نقص توجه و همچنین کاهش بیش فعالی و تکانشگری در بزرگسالان دارای اختلال نقص توجه/ بیش فعالی پیشنهاد داد.

کلید واژه‌ها: نوروفیدبک، اختلال نقص توجه/ بیش فعالی بزرگسالی

مقاله کنونی برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول می‌باشد.

مقدمه

این افراد در کار کردن به طور مستقل، انجام وظایف شغلی، به اتمام رساندن و تکمیل تکالیف و نیز در شغل خود مشکل دارند. این مشکلات ناشی از عدم پیشرفت تحصیلی، مشکلات یادگیری و اختلال کنترل تکانه می‌باشد [۳].

اختلالات همبود رایج در بزرگسالان دارای ADHD، عبارتند از: اختلالات اضطرابی، اختلالات عاطفی، سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت ضد اجتماعی. بر اساس یافته‌های مولفان وجود اختلالات همبود در بزرگسالان مبتلا، باعث تأثیرات منفی در روند درمان می‌گردد [۱۰-۱۲].

یکی از دیدگاه‌های نسبتاً نوین به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، توجه به عوامل عصب شناختی می‌باشد. در این دیدگاه، دستگاه عصبی عاملی مهم و کلیدی در بروز و تحول این اختلال می‌باشد. نتیجه پژوهش‌ها نشان‌دهنده است که نواحی مختلف مغز کودکان مبتلا به این اختلال، الگوهای نابهنجاری را نشان می‌دهد. به عنوان مثال، دستگاه شبکه‌ای که در عملکرد توجه و هشیاری نقش دارد، در این کودکان کارکرد درستی را نشان نمی‌دهد [۱۳].

مطالعه عقده‌های قاعده‌ای در مغز^۱ نشان می‌دهد که آسیب به این منطقه، ممکن است به مشکلاتی نظیر بیش‌فعالی منجر شود [۱۴]. بررسی‌های تصویرنگاری‌های عصبی^۲ نشان داده است که کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، در مخچه و قطعه پیشانی که در برنامه‌ریزی، سازمان دهی، تصمیم‌گیری، ادراک زمان، حافظه فعال، بازداری و تفکر، دست‌اندرکار هستند، دارای مشکلات اساسی می‌باشند [۱۵-۱۶]. بررسی‌های سوخت و ساز بدن نیز نشان داده اند که این کودکان در شیمی عصبی مغز تفاوت‌های متمایزی را با سایر کودکان نشان می‌دهند.

مسائل و آسیب دیدگی‌هایی که این اختلال در دوره بزرگسالی برای فرد ایجاد می‌کند و همراه بودن آن با

اختلال نارسایی توجه /بیش‌فعالی، یک اختلال عصبی رشدی است که با سه ویژگی اصلی یعنی نارسایی توجه / بیش‌فعالی و تکانشگری توصیف می‌شود [۱]. اگر چه در سال‌های گذشته این باور غلط وجود داشت که این اختلال از سال‌های بعد از نوجوانی بهبود می‌یابد ولی امروزه این واقعیت آشکار شده است که این اختلال در بیش از ۶۰ درصد موارد تا دوران نوجوانی و بزرگسالی ادامه خواهد یافت [۲]. شیوع این اختلال در ایالات متحده در بزرگسالان بین ۱۸ تا ۴۴ سال حدود ۴.۴٪ [۳] و در پژوهشی دیگر ۲.۵ تا ۴٪ گزارش شده است [۴-۵].

علائم اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی کودکی، مخصوصاً مشکلات توجهی، اغلب تا نوجوانی پایدار می‌ماند؛ تا جایی که ممکن است با تخریب عملکردی معناداری همراه باشند [۶]. پژوهش‌های نوروسایکولوژی به شناسایی مشخصه‌های بدکارکردی شناختی در ADHD کمک کرده اند [۷ و ۸].

مطالعات طولی نشان داده‌اند که ADHD به دوره بزرگسالی کشیده می‌شود و برای عده زیادی که در کودکی این تشخیص را گرفته اند، در بزرگسالی مشکل ایجاد می‌کند (۳). مشکلات توجه و تمرکز و سیستم حرکتی، تکانشگری، به هم ریختگی، عدم تحمل استرس، تغییرات هیجانی و خلقی و احتمالاً اختلال در روابط بین فردی، ADHD بزرگسالان را مشخص می‌کند. افراد بالغ مبتلا به اختلال، در برنامه ریزی، تکمیل و به پایان رساندن تکالیف، انجام دادن به موقع وظایف کاری، گوش دادن به صحبت‌های دیگران، حفظ توجه هنگام خواندن، تصمیم‌گیری توأم با تفکر، مشکل دارند [۳].

ویژگی‌های دیگر این اختلال، ناپایداری عاطفی، عصبانیت‌های ناگهانی و شدید، پاسخ‌های هیجانی شدید، آشفتگی در انجام کارها، بی‌ثباتی در روابط بین فردی، ناکامی شغلی و تحصیلی، سوء مصرف الکل و پاسخ‌های غیر معمول به روان‌درمانی می‌باشد [۹].

پیگیری ۱۵ ساله بیماران ADHD نشان داده است که

1. Basal ganglia
2. Neural Pictographic

همبود، این پژوهش با هدف بررسی و مقایسه اثر بخشی درمان نوروفیدبک، در کاهش علائم اختلال نقص توجه و تمرکز و بیش فعالی و تکانشگری در بزرگسالان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی در مقایسه با گروه کنترل انجام شد.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه آزمایشی، با گروه آزمایش و گروه کنترل همراه با پیش آزمون-پس آزمون بوده است. بنابراین در این طرح، متغیر مستقل درمان نوروفیدبک و متغیر وابسته، بهبود علائم اختلال نقص توجه/بیش فعالی می باشد. بعد از اجرای آزمون IVA، آزمون بارکلی، مصاحبه نیمه ساختار یافته و بررسی ملاک های ورود و خروج، ۱۶ نفر به عنوان نمونه اصلی، پیش آزمون را اجرا کرده و سپس پس از تکمیل فرم رضایت اخلاقی، بطور تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل، جایگیری شدند. آزمودنی های گروه آزمایش به مدت ۱۸ جلسه ۵۰ دقیقه ای، ۳ روز در هفته، توسط درمانگر متخصص در نوروفیدبک، تحت درمان نوروفیدبک، قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند. پروتکل مورد استفاده در نوروفیدبک، افزایش موج بتا در نقطه FZ می باشد. که در خصوص همه آزمودنی ها ثابت بود. آزمودنی های هر دو گروه در شرایط پیش آزمون و پس آزمون با پرسشنامه ها و ابزارهای مربوط، مورد ارزیابی قرار گرفتند.

آزمودنی

جامعه آماری و نمونه پژوهش

جامعه این تحقیق شامل همه افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی است، که در شهر تهران برای دریافت درمان به کلینیک آتیه مراجعه نموده اند. نمونه این پژوهش شامل ۱۶ نفر از افرادی که به علت اختلال نقص توجه/بیش فعالی در پائیز و زمستان ۱۳۹۲ به کلینیک آتیه در شهر تهران مراجعه نمودند، می باشد.

طیف گسترده ای از اختلالات همبود نظیر اختلالات اضطرابی، اختلالات عاطفی و اختلالات شخصیت لزوم مداخلات درمانی را در این اختلال، اجتناب ناپذیر گردانیده است. رویکردهای درمانی متعددی برای اختلال ADHD مطرح می باشد، که از آن جمله می توان به دارو درمانی و رویکردهای شناختی به عنوان رایج ترین درمان ها اشاره نمود. این روش ها علیرغم شیوع، مسائل متعددی را در مورد پایدار نبودن اثرات درمانی و یا عوارض جانبی داروها، نمایان ساخته اند. همچنین اثربخشی موثر این روش ها در گستره شناختی و یا بهبود مهارت های اجتماعی و یا ایجاد تأثیرات منفی در روند تحول از دیگر چالش های موجود در روش های درمانی رایج است [۱۲].

یکی از روش های نسبتاً نوین که در کنار سایر روش های درمانی، تحقیقات و تأییدات بالینی متعددی را به خود اختصاص داده است، درمان های نوروفیدبک می باشد. [۱۷-۲۱، ۲۲]

درمان های نوروفیدبک بر اساس نظریه رابطه ذهن- بدن تحول یافته است و بر توانایی ذهن برای بازسازی، تغییر و التیام خود به روش طبیعی تاکید دارد. این روش از طریق تأثیر گذاری بر امواج مغزی و نیز افزایش انعطاف پذیری ذهنی امکان درمان اختلال ADHD را فراهم می سازد. در واقع نوروفیدبک، باعث کاهش امواج آهسته (تتا) و افزایش امواج سریع (بتا)، در کودکان و بزرگسالان مبتلا به ADHD می گردد [۲۳-۲۴].

تحقیقات متعددی در مورد اثربخشی نوروفیدبک در درمان نقص توجه و تکانشگری و بیش فعالی [۲۱، ۲۴-۲۵] انجام شده است.

تحقیقات کنونی در داخل کشور در گستره اثربخشی نوروفیدبک محدود و اندک است. این تحقیقات صرفاً با بر روی کودکان و یا با محدود در مورد بزرگسالان، انجام یافته است [۲۵-۲۷]. از این رو، با توجه به تمهیدات کنونی و کاستی های درمانی موجود در این گستره و فقدان پژوهش های مرتبط در ایران و نیز لزوم توجه به این اختلال در دوره بزرگسالی با توجه به شیوع اختلالات

نشانه های مطرح شده در ۲۷ سوال قبل، از چند سالگی مشخص آن نشانه‌های را تجربه کرده و در چه موقعیت هایی این نشانه های کنش وری وی را مختل نموده‌اند.

بارکلی [همان]، ضریب آلفای کروناخ برای کل مقیاس را ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس بی توجهی، بیش فعالی و تکانشگری به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۷۷ و ۰/۸۰ گزارش کرده است.

همچنین در مطالعه‌ای که در ایران انجام پذیرفته است، آلفای کروناخ ۰/۷۸ و اعتبار صوری و سازه مورد تأیید قرار گرفته است. ضرایب همبستگی بین نمره کل مقیاس و خرده مقیاس نارسایی توجه، فزون کنشی، تکانش گری و کندی زمان شناختی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۶۶ و ۰/۸۸ بود. بنابراین می‌توان گفت مقیاس درجه بندی ADHD بزرگسالان از خصوصیات روان‌سنجی قابل قبولی برخوردار است [۲۹].

۲. آزمون عملکرد پیوسته دیداری شنیداری رایانه ای (IVA)

این آزمون توسط سندفورد و ترنر در سال ۱۹۹۴ ساخته شده است. این آزمون بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی نسخه چهارم، طراحی شده است. آزمون قادر به تشخیص و تفکیک انواع اختلال کاستی توجه و بیش فعالی در سنین بالای ۶ سال می‌باشد. چهار بخش آزمون شامل گرم کردن، تمرین، اجرای اصلی و آرام شدن می‌باشد [۳۰]. آزمون نیازمند حفظ توجه حین تکلیف مداوم و بازداری پاسخ‌های تکانشی است و برای ارزیابی توجه و تکانشگری مورد استفاده قرار می‌گیرد و به صورت برنامه کامپیوتری است که از دو قسمت دیداری و شنیداری تشکیل شده است [۳۰ و ۳۱]. در حین اجرای این آزمون، به فرد گفته می‌شود که با شنیدن یا دیدن عدد یک، کلیدی را فشار دهد. اگر به عدد ۲ که هدف نیست، پاسخ دهد، نشان دهنده تکانشگری و اگر به عدد یک که هدف است کمتر پاسخ دهد، نشان دهنده نقص توجه است. این آزمون حساسیت مناسب (۰/۹۲) و قدرت پیش بینی مثبت (۰/۸۹) برای استفاده در

آزمودنی‌های دو گروه از لحاظ متغیرهای سن، جنس و عدم ابتلا به سایر اختلالات، همتا بودند. کلیه آزمودنی‌ها مبتلا به اختلال ADHD و بدون اختلال همراه بودند؛ که بوسیله مصاحبه تشخیصی SCID و آزمون سنجش اختلال نقص توجه/بیش فعالی IVA و آزمون تشخیص اختلال ADHD بزرگسالان، تشخیص اختلال را دریافت کرده‌اند. میانگین سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش ۳۰.۱۲ و در گروه کنترل ۳۱.۸۷ می‌باشد. در هر گروه ۳ نفر از آزمودنی‌ها مذکر و ۵ نفر مونث بودند.

ملاک‌های ورود

تشخیص اختلال نقص توجه/بیش فعالی، سن بین ۱۸ تا ۵۵ سال، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی و رضایت و اعلام آمادگی برای شرکت در مطالعه.

ملاک‌های خروج

داشتن اختلال همبود با اختلال نقص توجه/بیش فعالی [۹-۱۱] مصرف داروی موثر بر اختلال ADHD همزمان با مداخله کنونی، داشتن سابقه سوء مصرف مواد و الکل [۲۸].

ابزارهای پژوهش

۱. مقیاس درجه بندی ADHD بزرگسالان بارکلی (BAARS-IV)

مقیاس درجه بندی ADHD بزرگسالان، نتیجه بیست سال پژوهش بارکلی [۲۹] است که بر مبنای معیارهای تشخیصی ADHD در DSM-IV-TR و شواهد تجربی تنظیم شده است. این مقیاس ۳۰ سوالی یک ابزار خود گزارشی است که برای افراد ۱۸ تا ۷۰ سال به بالا قابل اجرا است و پاسخ دهی به آن بر مبنای طیف لیکرت چهار درجه‌ای (هرگز تا همیشه) می‌باشد. این مقیاس دارای چهار خرده مقیاس است. در واقع ۲۷ سوال این مقیاس ۴ نشانه نارسایی توجه (۹ سوال)، فزون کنشی (۵ سوال)، تکانشگری (۴ سوال) و کندی زمان شناختی (۹ سوال) را در قالب ۴ خرده مقیاس می‌سنجد و ۳ سوال پایانی جهت روشن شدن این مسئله است که در صورت دارا بودن

افسردگی و اضطراب می باشد.

۴. پرسشنامه افسردگی بک

این آزمون در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران برای ارزیابی افسردگی تحول یافت و در بین متخصصان از محبوبیت بالائی برخوردار است.

دامنه نمرات بین حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ قرار دارد. اما تنها در سطوح بسیار شدید افسردگی نمره های ۴۰ یا ۵۰ بدست می آید. بطور معمول نمره افراد افسرده از نظر بالینی و افراد ناسازگار غیر بیمار در دامنه ۱۲ تا ۴۰ قرار می گیرد.

اعتبار افتراقی و پایائی آن در مطالعات متعدد در ایران مورد تأیید قرار گرفته است [۳۷]. مطالعات روانسنجی انجام شده بر روی پرسشنامه افسردگی بک نشان می دهد که از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است. بک، استیر و براون ثبات درونی این ابزار را، ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیربیمار ۰/۸۱ گزارش کرده اند. همچنین در ایران محمد خانی، ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ بدست آوردند. به علاوه در یک بررسی بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبائی که جهت بررسی اعتبار و اعتبار این آزمون بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته ۰/۷۳ بود [۳۷].

۵. پرسشنامه اضطراب بک

این پرسشنامه شامل ۲۱ پرسش است و هر پرسش چهار پاسخ دارد (۰ تا ۳)؛ که حالتی از افزایش شدت است. دامنه ی نمره ها نیز از ۰ تا ۶۳ می باشد [۳۷]. این پرسشنامه در ابتدا با هدف ایجاد تمایز بین اضطراب و افسردگی بوجود آمد و به همین دلیل، بیشتر بر جنبه های فیزیولوژیکی اضطراب تأکید دارد. ضریب همسانی درونی آن ۰/۹۲ و ۰/۹۴، اعتبار آن با روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و ۰/۷۳ و همبستگی ماده های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. بک (۱۹۸۸) همسانی درونی این مقیاس

سنجش اختلال نقص توجه / بیش فعالی دارد [۳۲]. اعتبار همزمان این آزمون توسط ارزیابی مجدد کودکان دارای اختلال نقص توجه / بیش فعالی، با ابزارهای تشخیصی دیگر، نظیر آزمون متغیرهای توجه، آزمون اجرای متمادی گوردون، مقیاس توجه کودکان و مقیاس رتبه بندی ADHD، محاسبه شد، که درصد توافق بین دامنه ۹۰ تا ۱۰۰ درصد قرار گرفت [۳۲]. سندفورد و ترنر [۳۳]، برای بررسی پایایی از روش باز آزمایی استفاده کردند، که ضریب ۰/۷۵ را گزارش کردند و این ضریب حاکی از پایایی مطلوب این آزمون می باشد. برای ارزیابی اعتبار، این آزمون را روی افراد با و بدون ADHD، اجرا کردند که در ۰/۹۲ موارد این آزمون قادر به تشخیص درست این اختلال می باشد و ضریب گزارش شده حاکی از روایی مطلوب این آزمون است. در مطالعه دیگری ضریب باز آزمایی ۰/۸۹ و ضریب اعتبار با ابزار مجموعه عصب شناختی ۰/۶۰... گزارش گردید [همان]. ۴ زیر مقیاس آی وی ای که در پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است، به ترتیب عبارتند از: کنترل پاسخ شنیداری، کنترل پاسخ دیداری، توجه شنیداری و توجه دیداری.

۳. مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته برای اختلال محور

یک (DSM-IV (SCID-I)

این مصاحبه به گونه ای انعطاف پذیر انجام می شود و توسط فرست، اسپیتز، گیبون و ویلیامز [۳۴] تهیه شده است. تران و هاگا [۳۵] ضریب پایایی ۰/۶۰ را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب ها برای SCID گزارش کرده اند. شریفی و همکاران (۱۳۸۳) پس از ترجمه این مصاحبه به زبان فارسی، آن را بر روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیص برای اکثر تشخیص های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (پایایی بالاتر از ۰/۶۰). توافق کلی نیز خوب گزارش شد؛ کاپای مجموع برای کل تشخیص های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص های طول عمر ۰/۵۵ به دست آمد. نتایج پژوهش آنها نشان داد که پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی SCID قابل قبول است [همان، ۳۶]. هدف از اجرای این مصاحبه که توسط پژوهشگر صورت میگیرد، رد اختلالات همبود نظیر

نوروفیدبک، هیچ جریان الکتریکی خاصی به مغز فرد وارد نمی‌شود، بلکه تنها فیدبک و سیگنال‌های خروجی ناشی از فعالیت عصبی نیمه هوشیار به آموزنده داده می‌شود، تا از این طریق فرد مهارت خودتنظیمی امواج مغزی را فراگیرد. نوروفیدبک شبیه یک برنامه آموزشی است و مسیرهای ارتباطی بین نورون‌ها را قدرتمند می‌کند و تحمل و انعطاف‌پذیری مغز را افزایش می‌دهد [۴۲].

در این تحقیق منظور از نوروفیدبک، استفاده از روش تک قطبی و نصب الکترود فعال به نقطه FZ (قسمت مرکزی لوب فرونتال) می‌باشد. در این تحقیق موج بتا در نقطه FZ مورد تقویت قرار می‌گیرد.

همچنین از تمامی افراد شرکت‌کننده رضایت درمانی برای اجرای درمان گرفته شده است.

شیوه تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها به روش شاخص‌های توصیفی و روش‌های آمار استنباطی نظیر تحلیل واریانس یک راهه، آزمون غیرپارامتریک یومن ویتنی برای مقایسه دو به دو گروه‌ها و آزمون مقایسه تی در صورت برقراری فرض‌های آزمون به منظور مقایسه میانگین‌های دو به دو در گروه‌ها انجام گرفت [۴۵].

نتایج

نتایج تحقیق در دو بخش توصیفی و استنباطی ارائه می‌گردد.

الف. نتایج توصیفی

در این پژوهش، ۱۶ نفر مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، شرکت داشتند، که در دو گروه آزمایش و گروه کنترل قرار داده شدند. میانگین سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش ۳۰.۱۲ و در گروه کنترل ۳۱.۸۷ می‌باشد. جداول ۱ شامل اطلاعات مقایسه سن آزمودنی‌ها در ۲ گروه، بر مبنای آزمون یومن ویتنی (برای مقایسه سن آزمودنی‌ها)، بر اساس آزمون یومن ویتنی می‌باشد. همچنین شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جداول ۲ و ۳ ارائه می‌گردد.

را ۹۳٪ و پایایی بازآزمایی آن را ۷۵٪ گزارش کردند. پنج نوع اعتبار محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشد [۳۸ و ۳۹].

در ایران، غرابی (۱۳۷۲)، ضریب اعتبار آن با روش بازآزمایی و با فاصله دو هفته را ۸۰٪ گزارش کرده است (کاکاوند و پارسا منش، ۱۳۸۹). پایایی این آزمون در ایران با روش آلفای کرونباخ برابر با ۷۸٪ گزارش شده است. اعتبار افتراقی این آزمون نیز در سطح کمتر از ۰/۰۱، معادل ۱۲/۳ گزارش شده است [۳۷، ۴۰-۴۱].

۶. نوروفیدبک

نوروفیدبک یکی از روش‌های خاص از روش بیوفیدبک است، که با امواج الکتریکی مغز سروکار دارد و از امواج مغزی به عنوان بازخورد استفاده می‌کند [۴۲]. در این روش حسگرها و یا الکترودهایی که اطلاعات مربوط به سطح فعالیت مغزی را ثبت نموده و این فعالیت‌ها را در قالب امواج مغزی در صفحه نمایش، به تصویر می‌کشند؛ به سر بیمار متصل می‌شود. در طی این فرایند انواع فعالیت‌های مغزی (امواج آلفا، بتا، تتا و دلتا) که در شرایط معمول امواجی غیرقابل مشاهده و غیر قابل مهار هستند؛ برای درمانگر و بیمار محسوس و قابل مشاهده می‌گردد. این فرایند موجب آگاهی به نوع و شکل موج مغزی شده و امکان مقایسه آن را با امواج نرمال و یا نابهنجار (با بسامد بالاتر و یا پایین‌تر)، فراهم می‌آورد و موجب تغییر و اصلاح آن در روند درمان می‌گردد [۴۳].

نوروفیدبک، فرایند پیچیده‌ای از بیوفیدبک است که مبتنی بر جنبه‌های خاصی از فعالیت قشری مغز است که در طی آن فرد می‌آموزد تا دامنه، فرکانس و یا انسجام ابعاد الکتروفیزیولوژیایی مغز خود را اصلاح و تنظیم کند [۴۴]. در نوروفیدبک به فرد پسخوراندی در مورد فعالیت امواج مغزی (EEG) داده می‌شود، تا فرد از الگوی فعالیت الکتریکی مغز خود در ناحیه خاصی از مغز آگاهی پیدا کند. این فیدبک‌ها به صورت شنیداری، دیداری و یا ترکیبی از هر دو به فرد ارائه می‌شود. هنگام آموزش

جدول ۱: مقایسه سن آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل بر اساس آزمون یومان ویتنی

سطح معنی داری	Z	میانگین رتبه	جمع رتبه	تعداد	شاخص	
					گروه متغیر	سن
۰/۴۴۲	-۰/۸۴۳	۹/۵۰	۷۶	۸	آزمایش	سن
		۷/۵۰	۶۰	۸	کنترل	

میانگین های مربوط به خرده مقیاس های بارکلی، خرده مقیاس های آزمون آی وی ای، آزمون اضطراب و افسردگی بک، در دو گروه آزمایش و کنترل، در پیش آزمون براساس آزمون یومان ویتنی و Z مشاهده شده، با توجه به مقادیر بحرانی، دارای تفاوت معناداری نبوده اند. بنابراین، تفاوت معناداری بین دو گروه از لحاظ این متغیرها پیش از ورود به مداخله وجود نداشته است.

با توجه به نتایج بدست آمده از آزمون یومان ویتنی در جدول ۱، سن آزمودنی ها در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل و Z مشاهده شده با توجه به مقادیر بحرانی، تفاوت معنی داری ندارد. بنابراین بین گروه آزمایشی و کنترل، قبل از ورود به مداخله تفاوت معنی داری وجود ندارد. نتایج مندرج در جدول ۲ و ۳ نشان می دهد که،

جدول ۲: مقایسه متغیر های پیش آزمون در گروه آزمایش و کنترل با استفاده از آزمون یومان ویتنی

سطح معناداری	Z	میانگین رتبه	جمع رتبه	تعداد	شاخص	
					گروه	متغیر
۰/۱۶۱	-۱/۵۲	۱۰/۲۵	۸۲	۸	آزمایش	اضطراب بک
		۶/۷۵	۵۴	۸	کنترل	
۰/۱۹۵	-۱/۳۵	۱۰/۰۶	۸۰/۵۰	۸	آزمایش	افسردگی بک
		۶/۹۴	۵۵/۵۰	۸	کنترل	
۰/۳۸۲	-۰/۹۰۱	۷/۴۴	۵۹/۵۰	۸	آزمایش	حافظه فعال
		۹/۵۶	۷۶/۵۰	۸	کنترل	
۰/۴۴۲	-۰/۸۵۴	۹/۵۰	۷۶	۸	آزمایش	بارکلی ۱
		۷/۵۰	۶۰	۸	کنترل	
۰/۱۹۵	-۱/۳۳۶	۱۰/۰۶	۸۰/۵۰	۸	آزمایش	بارکلی ۲
		۶/۹۴	۵۵/۵۰	۸	کنترل	
۰/۴۴۲	-۰/۷۹۶	۷/۵۶	۶۰/۵۰	۸	آزمایش	بارکلی ۳
		۹/۴۴	۷۵/۵۰	۸	کنترل	
۰/۱۳۰	-۱/۶۰۵	۱۰/۳۸	۸۳	۸	آزمایش	بارکلی ۴
		۶/۶۲	۵۳	۸	کنترل	
۰/۵۰۵	-۰/۷۳۷	۹/۳۸	۷۵	۸	آزمایش	بارکلی کل
		۷/۶۲	۶۱	۸	کنترل	

جدول ۳: مقایسه متغیرهای پیش‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل با استفاده از آزمون یومن ویتنی

سطح معناداری	Z	میانگین رتبه	جمع رتبه	تعداد	شاخص متغیر گروه	
					آزمایش	کنترل
۰/۵۰۵	-۰/۷۳۸	۷/۶۲	۶۱	۸	آزمایش	IVA1
		۹/۳۸	۷۵	۸	کنترل	
۰/۷۲۱	-۰/۴۲۰	۸	۶۴	۸	آزمایش	IVA2
		۹	۷۲	۸	کنترل	
۰/۱۹۵	-۱/۳۱۵	۱۰/۰۶	۸۰/۵۰	۸	آزمایش	IVA3
		۶/۹۴	۵۵/۵۰	۸	کنترل	
۰/۳۲۸	-۰/۹۹۸	۹/۶۹	۷۷/۵۰	۸	آزمایش	IVA4
		۷/۳۱	۵۸/۵۰	۸	کنترل	

جدول ۴: نتایج مربوط به اثربخشی نوروفیدبک در کاهش نشانه‌های نقص توجه و تمرکز در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل در آزمون بارکلی، با توجه به آزمون یومن ویتنی

سطح معناداری	Z	میانگین رتبه	جمع رتبه	تعداد	شاخص متغیر گروه	
					آزمایشی	کنترل
۰/۰۰۰۱	-۳/۳۸۶	۱۲/۵۰	۱۰۰	۸	آزمایشی	بارکلی ۱ (بی توجهی)
		۴/۵۰	۳۶	۸	کنترل	
۰/۵۷۴	-۰/۶۳۸	۹/۲۵	۷۴	۸	آزمایشی	بارکلی ۲ (بیش‌فعالی)
		۷/۷۵	۶۲	۸	کنترل	
۰/۰۱۰	-۲/۵۹۴	۱۱/۵۰	۹۲	۸	آزمایشی	بارکلی ۳ (تکانشگری)
		۵/۵۰	۴۴	۸	کنترل	

جدول ۵: نتایج مربوط به اثربخشی نوروفیدبک در کاهش نشانه‌های نقص توجه و تمرکز و بیش‌فعالی (کنترل پاسخ) در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل در آزمون IVA، با توجه به آزمون یومن ویتنی

سطح معناداری	Z	میانگین رتبه	جمع رتبه	تعداد	شاخص متغیر گروه	
					آزمایشی	کنترل
۰/۰۸۳	-۱/۷۳۵	۶/۴۴	۵۱/۵۰	۸	آزمایشی	IVA1 (کنترل پاسخ شنیداری)
		۱۰/۵۶	۸۴/۵۰	۸	کنترل	
۰/۰۰۱	-۳/۱۶۰	۴/۷۵	۳۸	۸	آزمایشی	IVA2 (کنترل پاسخ دیداری)
		۱۲/۲۵	۹۸	۸	کنترل	
۰/۰۲۱	-۲/۲۶۰	۵/۸۱	۴۶/۵۰	۸	آزمایشی	IVA3 (توجه شنیداری)
		۱۱/۱۹	۸۹/۵۰	۸	کنترل	
۰/۰۲۱	-۲/۳۱۴	۵/۷۵	۴۶	۸	آزمایشی	IVA4 (توجه دیداری)
		۱۱/۲۵	۹۰	۸	کنترل	

ب. نتایج استنباطی

با توجه به نتایج مشاهده شده در جدول ۴ و ۵ نشانه های نقص توجه و تمرکز در گروه آزمایش، که در خرده مقیاس ۱ بارکلی و خرده مقیاس ۳ و ۴ IVA، سنجیده می شود، از پیش آزمون به پس آزمون تغییر قابل توجهی داشته و این تغییر معنادار می باشد. همچنین نتایج نشان می دهد که زیر مقیاس بیش فعالی و تکانشگری در آزمون بارکلی و IVA تغییرات معناداری را نشان می دهد. در نتیجه نوروفیدبک می تواند موجب افزایش معنادار توجه و تمرکز و کاهش معنادار بیش فعالی و تکانشگری در افراد دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی گردد.

بحث و نتیجه گیری

یافته های این پژوهش، اثربخشی نوروفیدبک بر کاهش نشانه های نقص توجه و تمرکز و کاهش بیش فعالی و کاهش تکانشگری بود؛ که این بهبودی از طریق افزایش نمرات پس آزمون در مقیاس بارکلی و مقیاس دیداری شنیداری آی وی ای احراز گردید.

تحقیقات متعددی با این یافته همسو می باشند. به عنوان مثال، آرنز و همکاران، در پژوهشی اثر بخشی نوروفیدبک را در درمان اختلال نقص توجه /بیش فعالی مورد بررسی قرار داده اند. نتایج نشان دهنده اثربخشی نوروفیدبک در افزایش امواج بتا و کاهش امواج آهسته و در نتیجه، درمان نشانه های اختلال نقص توجه بود و این مطالعه اندازه اثر قابل توجهی برای درمان نقص توجه و تکانشگری و اندازه اثر متوسطی برای درمان بیش فعالی گزارش نمود [۴۶].

همچنین در پژوهشی که توسط هولتمن و همکارانش صورت گرفته، اثربخشی نوروفیدبک در افراد دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج حاکی از اثربخشی نوروفیدبک در درمان نقایص توجه و تمرکز و کاهش بیش فعالی در آزمودنی ها بوده است [۴۷].

در پژوهشی دیگر که توسط یعقوبی و همکاران در

سال ۱۳۸۵ انجام شد، نتایج نشان دهنده تأثیر نوروفیدبک بر افراد دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی بوده و می تواند به عنوان درمانی جایگزین دارو درمانی باشد [۴۸].

همچنین در مقاله مروری ای که توسط اران نوشته شده است، نتایج پژوهش ها نشان دهنده اثربخشی نوروفیدبک در کاهش نقایص توجه و تمرکز و کاهش بیش فعالی و تکانشگری در افراد دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی می باشد [۴۹].

در پژوهشی دیگر که توسط استینر و همکارانش در سال ۲۰۱۴ انجام شد، اثربخشی نوروفیدبک را در درمان علائم اختلال نقص توجه/بیش فعالی مورد بررسی قرار دادند؛ نتایج نشان دهنده اثربخشی معنادار نوروفیدبک در افزایش توجه و تمرکز آزمودنی ها و کاهش بیش فعالی و تکانشگری در آنها بود. همچنین آنها در پیگیری ۶ ماهه، به ثبات نتایج حاصل شده دست یافتند [۵۰].

آموزش نوروفیدبک، بر مبنای این اصل استوار است که عملیات های شناختی خاص توجه بعد از تمرین های تکراری بهبود می یابند، زیرا تمرین باعث ایجاد انطباق هایی در شبکه های عصبی آناتومیکی مرتبط با این فرایندها می شود [۵۱]. بیشتر برنامه های آموزش توجه بر مبنای نظریه عصب روانشناختی معتقدند که از طریق ایجاد فرصت هایی جهت تحریک یک یا چند جنبه از سازه های توجه، توانایی توجه بهبود می یابند.

علت اصلی، این است که درمان نوروفیدبک بر لوب پیشانی مغز اثر مطلوب دارد. بدین صورت که امواج بتا را افزایش و تا را کاهش می دهد. نوروفیدبک با کمک به تنظیم امواج می تواند به بهبود نشانگان ADHD، بی انجامد [۵۲].

بطور کلی می توان گفت که افزایش موج بتا در لوب پیشانی، از طریق افزایش متابولیسم، هشیاری، تمرکز و پایداری هیجانی منجر به بهبود حافظه فعال می شود.

موج بتا در نقطه FZ می‌باشد، که پروتکل واحدی است. محتمل است که استفاده از پروتکل‌های درمانی متفاوت، نتایج متفاوتی با نتایج کنونی حاصل کند.

۴- یکی از مهمترین محدودیت‌های پژوهش حاضر که تعمیم پذیری نتایج آن را محدود می‌سازد تعداد نمونه مورد مطالعه است.

بدیهی است که تفاوت‌های فردی بیماران (از قبیل میزان انگیزش برای تغییر، انتظار یا امید به این که این روش خواهد بود، علاقه به یادگیری « موثر» درمانی جدید مهارت‌های جدید) و ویژگی‌های شخصی درمانگران (از قبیل میزان همدردی و دلسوزی، درک و فهم پروتکل‌های درمانی، میزان اعتماد به نفسی که در جلسات درمانی نشان می‌دهند، میزان تعهد حرفه‌ای و...) می‌توانند بر میزان پاسخ درمانی تأثیر بگذارند. طبیعتاً پاسخ به چنین سؤالاتی از محدوده مطالعات تک آزمودنی خارج بوده، برای پایش و کنترل چنین عواملی لازم است که مطالعات گروهی کنترل شده‌ای انجام گیرد. در چنین مطالعاتی بهتر می‌توان درک کرد که چه درصدی از بیماران به این روش پاسخ می‌دهند.

منابع

- 1- American Psychiatric Association, (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR, 4th edition text revision. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- 2- Faraone, SV., Biederman, J, & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36, 159-165.
- ۳- عربگل، فریبا؛ حیاتی، مرتضی؛ حدید، مانده، (۱۳۸۳). شیوع اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی در گروهی از دانشجویان. مقاله پژوهشی، مجله تازه‌های علوم شناختی، ص ۷۳.

بر اساس نظر مولفان، آموزش نوروفیدبک در سه قشر حسی حرکتی، حرکتی و سینگولیت اثر می‌گذارد. قشر حسی حرکتی مرز بین لوب‌های پاریتال و فرونتال است. با توجه به آثار گسترده قشر حسی حرکتی، این که پیشگامان اولیه در حوزه‌ی درمان عصبی فرایند آموزش را در طول قشر حسی حرکتی آغاز کرده اند، قابل فهم است. بنا بر نظر ریتی [۵۳] قشر حسی حرکتی در رمزگردانی تکالیف فیزیکی و شناختی به قشر مغزی کمک می‌کند و مدارهای مغزی که برای نظم دادن، توالی و زمانبندی یک عمل ذهنی استفاده می‌شوند همانهایی است که برای نظم دهی، توالی و زمانبندی یک عمل فیزیکی مورد استفاده قرار می‌گیرد. یعنی این که قشر حسی حرکتی در رهبری فرایندهای فیزیکی و روانی به یک شیوه مشابه عمل می‌کند و کار این قشر بیشتر از هدایت صرف کارکردهای حسی حرکتی است. بنابراین، درمان‌جوهایی که در درک توالی منطقی تکالیف شناختی مشکل دارند می‌توانند از آموزش نوروفیدبک در قشر حسی- حرکتی نیمکره چپ بهره‌مند شوند [۵۴-۵۵].

در نتیجه، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که همسو با سایر پژوهش‌ها، نوروفیدبک موجب بهبود نسبی علائم اختلال ADHD می‌گردد. در نتیجه نوروفیدبک می‌تواند موجب افزایش توجه و تمرکز و کاهش تکانشگری و بیش‌فعالی در بزرگسالان دارای اختلال ADHD، گردد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

- ۱- این پژوهش فاقد دوره پیگیری نتایج درمانی بود. از این رو حفظ اثرات درمانی در بلند مدت مورد سوال است.
- ۲- نمونه مورد نظر فقط از افرادی که به کلینیک آتیه در شهر تهران، مراجعه می‌کردند انتخاب شده است و این مسئله تعمیم نتایج را با احتیاط مواجه می‌کند.
- ۳- پروتکل مورد انتخاب در نوروفیدبک آموزش

- 14- Sergeant, J. A. (2000). The cognitive-energetic model: an empirical approach to Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 7-12.
- 15- Barkley, RA. (1998). *Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder. A Handbook for diagnosis and treatment*. Newyork: Guilford press, 12(3), 145-150.
- 16- Giedd, J. (2004). Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. *National institute of mental health*, 77-85.
- 17- Arns, M., Conners, K., and Kraemer, H. (2012). A Decade of EEG Theta/Beta Ratio Research in ADHD: A Meta Analysis. *Journal of Attention Disorders*, 1-10.
- 18- Liechti, MD., Maurizio, S., Heinrich, H., Jäncke, L., Meier, L., Steinhausen, HC., ... & Brandeis, D. (2012). First clinical trial of tomographic neurofeedback in attention-deficit/hyperactivity disorder: Evaluation of voluntary cortical control. *Clinical Neurophysiology*, 123(10), 1989-2005.
- 19- Fauzana, N., Nazaruddin, M. (2011). Neurofeedback training to improve neuronal regulation in ADD: A case report. *Social and Behavioral Sciences*, 399 – 402
- 20- Lansbergen, M , van Dongen-Boomsma, M, Buitelaar, J K., & Slaats-Willems, D. (2011). ADHD and EEG-neurofeedback: a double-blind randomized placebo-controlled feasibility study. *Journal of Neural Transmission*, 118(2), 275-284.
- 21- Lubar JF, Neurofeedback for the management of attention deficit disorders. In M.S. Schwartz & F. Andrasik (eds). *Biofeedback: A Practitioner's guide*. New York: The Guilford Press. 2003
- ۲۲- نائینیان، محمد رضا؛ باباپور، جلیل؛ گروسی فرشی، تقی؛ شعیری، محمد رضا؛ رستمی، رضا. (۱۳۹۱). مقایسه تأثیر آموزش نوروفیدبک و دارو درمانی بر کاهش نشانه های اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. - شماره ۷. ۱ تا ۱۴.
- 4- Kessler, RC., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, CK., & Demler, O. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 716–723.
- 5- McCarthy, S., Wilton, L., Murray, ML., Hodgkins, P., Asherson, P., & Wong, I. C. (2012). The epidemiology of pharmacologically treated attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children, adolescents and adults in UK primary care. *BMC pediatrics*, 12(1), 78.
- 6- Faraone SV, Biederman J (1998): Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 44:951–958.
- 7- Castellanos, F. X., & Tannock, R. (2002). Neuroscience of attention deficit=hyperactivity disorder: The search for endophenotypes. *Nature Review Neuroscience*, 3, 617–628.
- 8- Castellanos, F. X., Sonuga-Barke, E. J., Milham, M. P., & Tannock, R. (2006). Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends in cognitive sciences*, 10(3), 117-123.
- 9- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 2688-2691). Baltimore: Williams & Wilkins.
- 10- Biderman, J; Monuteaux, E; Kendrick, K; Faraone, V. 2005. The CBCL as a screen for psychiatric comorbidity in paediatric patients with ADHD. *Original article*.
- 11- Jensen PS, Martin D, Cantwell DP. 1997. Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-V. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:1065–79.
- 12- Smith, B. H., Barkley, R. A., & Shapiro, C. J. (2006). Attention-deficit=hyperactivity disorder. In E. J. Mach & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (pp. 65–136). New York: Guilford.
- 13- Moriyama, T., Polanczyk, G., Rohde, L. (2012). *National Institute of Developmental Psychiatry for Children and Adolescents. Neurotherapeutics*, 12-19.

- 30- Sandford, JA., Fine, A H., & Goldman, L. (1995). A comparison of auditory and visual processing in children with ADHD using the IVA Continuous Performance Test. In Proceedings from the 1995 annual convention of Children and Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, CHADD.
- 31-Turner DC, Clark L, Dowson J, Robbins TW, Sahakian BJ. Modafinil improves cognition and response inhibition in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2004a; 55:1031-1040. [PubMed: 15121488]
- ۳۲- حمیدی، شبنم (۱۳۹۰). بررسی اثر بخشی روش درمانی نوروفیدبک بر الگوی امواج مغزی، توجه و تکانشوری در کودکان مبتلا به بیش فعالی و نقص توجه. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- ۳۳- ساداتی فیروز آبادی، سمیه (۱۳۹۱). اثربخشی برنامه حرکت درمانی بر نشانگان بالینی، کارکردهای اجرایی و بهزیستی دانش آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش فعالی و مقایسه آن با درمان نوروفیدبک. پایان نامه دکتری، دانشگاه تهران.
- 34- First, MB, Spitzer, R L, Gibbon, M, & Williams, JB. (2012). Structured Clinical Interview for DSM-IV® Axis I Disorders (SCID-I), Clinician Version, Administration Booklet. American Psychiatric Pub.
- ۳۵- شریفی، ونداد؛ اسعدی، سید محمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزیتا؛ حکیم شوشتری، میترا (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای DSM-IV. مقاله پژوهشی، تازه‌های علوم شناختی، سال ۶، شماره ۱ و ۲
- ۳۶- حمیدپور، حسن؛ دولتشاهی، بهروز؛ پورشهناز، عباس؛ دادخواه، اصغر (۱۳۸۹). کارآیی طرح واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال شانزدهم، شماره ۴، ۴۲۰-۴۳۱
- 23- Lubar JF, Neurofeedback for the management of attention deficit disorders. In M.S. Schwarts & F. Andrasik (eds). *Biofeedback: A Practitioner's guide*. New York: The Guilford Press. 2003
- 24- Lubar, J, Bianchini, K, Calhoun, W., Lambert, E., Brody, Z, & Shabsin, H. (1985). Spectral analysis of EEG differences between children with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 18(7), 403-408.
- ۲۵- قمری گیوی، حسین؛ نریمانی، محمد؛ ربیعی، ژاله (۱۳۸۸). مقایسه کارکردهای اجرایی در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی، ناتوانی در یادگیری و کودکان بهنجار. مقاله پژوهشی، *مجله اصول بهداشت روانی*، ص ۳۲۲-۳۳۳.
- ۲۶- قلی زاده، زلیخا؛ باباپور خیرالدین، جلیل؛ رستمی، رضا؛ بیرامی، منصور؛ پور شریفی، سعید (۱۳۸۹). اثربخشی نوروفیدبک بر حافظه فعال. مقاله پژوهشی، *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی تبریز*، ص ۹۱-۱۰۴
- 27- Klinberg, G and Fernell, D. (2005). Deficits in attention motor control and perception, and other syndromes attributed to minimal brain dysfunction. In J. Aicardi (ED). *Diseases of nervous system in children. Clinics in developmental medicine*, 12 (5), 138-172.
- 28- Valera, E., Brown, A., Biederman, J., Faraone, S., Makris, N., Monuteaux, M., Whitfield-Gabrieli, S., Vitulano, M., Schiller, M. Seidman, L. (2010). Sex Differences in the Functional Neuroanatomy of Working Memory in Adults With ADHD. *Am J Psychiatry*, 86-94.
- ۲۹- مشهدی، علی؛ حسین زاده ملکی، زهرا؛ سلطانی فر، عاطفه؛ محرری، فاطمه؛ غنایی چمن آباد، علی؛ (۱۳۹۲). آموزش حافظه کاری، برنامه آموزش والدینی بارکلی و ترکیب این دو مداخله بر بهبود حافظه کاری کودکان مبتلا به ADHD. *فصلنامه تازه های علوم شناختی*، سال پانزدهم، شماره ۴ (پیاپی ۶۰).

- 46- Arns, M., Heinrich, H., & Strehl, U. (2014). Evaluation of neurofeedback in ADHD: the long and winding road. *Biological psychology*, 95, 108-115.
- 47- Holtmann, M., Pniewski, B., Wachtlin, D., Wörz, S., & Strehl, U. (2014). Neurofeedback in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)-a controlled multicenter study of a non-pharmacological treatment approach. *BMC pediatrics*, 14(1), 202.
- 48- یعقوبی، حمید؛ جزایری، علیرضا؛ خوشایبی، کتایون؛ دولتشاهی، بهروز؛ نیکنام، زهرا (۱۳۸۵). مقایسه اثربخشی نوروفیدبک، ریتالین و درمان ترکیبی در کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی / کمبود توجه. *دانشور رفتار* « آبان ۱۳۸۷ - سال پانزدهم، دوره جدید، شماره ۳۱، ۶۴-۷۷.
- 49- Arun, M. P. (2015). EEG Neurofeedback—A Novel Treatment Modality for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Kerala Journal of Psychiatry*, 28(1).
- 50- Steiner, N. J., Frenette, E. C., Rene, K. M., Brennan, R. T., & Perrin, E. C. (2014). In-school neurofeedback training for ADHD: sustained improvements from a randomized control trial. *Pediatrics*, 133(3), 483-492.
- 51- Chabot RJ, Serfontein G. Quantitative EEG profiles of children with attention deficit disorder. *Biological Psychiatry* 1996; 40: 951-963
- ۵۲- زلیخا قلی زاده، جلیل باباپور خیرالدین، رضا رستمی، منصور بیرامی، حمید پورشریفی. اثربخشی نوروفیدبک بر حافظه کاری فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز سال پنجم شماره ۱۸، تابستان ۱۳۸۹.
- 53- Ratey, J.J. (2001). *A User's Guide to the Brain: Perception, Attention and the Four Theaters of the Brain*, NewYork: Vintage.
- ۳۷- غرایبی، بنفشه (1382). تعیین وضعیتهای هویتی و ارتباط آن با سبکهای هویتی و افسردگی در نوجوانان تهرانی. رساله دکتری چاپ نشده. انستیتو روانپزشکی تهران.
- 38- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100.
- ۳۹- کاویانی، حسین؛ موسوی، اشرف سادات (۱۳۸۷). ویژگی های روانسنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. مقاله پژوهشی، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ص ۱۳۶-۱۴۰.
- 40- Beck AT, Steer RA, Brown G.K. Manual for the Beck Depression Inventory – II. The Psychological Corporation. Harcourt Brace & Company San Antonio. 1996.
- ۴۱- کاظمی، حمید (۱۳۸۲). مقایسه تحریف های شناختی در بیماران مضطرب و افسرده، دانشگاه شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد.
- ۴۲- عیسیایی، سهیلا (۱۳۹۰). مقایسه حافظه فعال در دو زیر گروه از اختلال بیش فعالی / کمبود توجه در کودکان ۸ تا ۱۲ سال از طریق پتانسیل های وابسته به رویداد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- 43- Gunkelman, J J. ohnstone1, J (2005) Neurofeedback and the Brain. *Journal of Adult Development*.93-100
- 44- Hammond, D. C. (2007). What is neurofeedback?. *Journal of Neurotherapy*, 10(4), 25-36.
- ۴۵- لطفی، صلاح الدین، (۱۳۹۱) اثربخشی تمرین رایانه ای شناختی بر عملکرد حافظه فعال دیداری فضایی دانش آموزان با مشکلات خواندن. دانشگاه تهران: پایان نامه کارشناسی ارشد.

- 55- Vernon, D., Egner, T., Cooper, N., Compton, T., Neilands, C., Sheri, A., et al. (2003). The Effect of Training Distinct neurofeedback Protocols on Aspects of Cognitive Performance, *International Journal of Psychophysiology*, 47, 75–85.
- 54- Von Stein, A., Sarnthein, J., (2000). Different Frequencies for Different Scales of Cortical Integration from Local Gamma to Long Range Alphasynchronisation. *Int. J. Psychophysiol.* 38, 301–313.

رابطه بین اسکیزوتایپی و علایم افسردگی با توجه به نقش میانجی نشخوارفکری

نویسندگان: احمد منصوری^{۱*}، محمود منصوری^۲ و نسیمه منصوری^۳

- ۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه تهران.
- ۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی شبکه بهداشت و درمان طالقان.
- ۳- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه فردوسی مشهد.

*Email: Mansoury_am@yahoo.com

چکیده

اگر چه رابطه بین اسکیزوتایپی و علایم افسردگی به خوبی تایید شده است، توجه کمی به نقش نشخوارفکری به عنوان میانجی این رابطه شده است. از اینرو، پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین اسکیزوتایپی و علایم افسردگی با توجه به نقش میانجی نشخوارفکری انجام گردید. بدین منظور، در یک پژوهش توصیفی-همبستگی، تعداد ۲۰۰ دانشجوی دانشگاه خوارزمی تهران (۷۰ پسر، ۱۳۰ دختر) به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپال (SPQ)، پرسشنامه تجدید نظر شده افسردگی بک (BDI-II) و مقیاس پاسخ نشخوارفکری (RRS) استفاده شد. داده‌های پژوهش به کمک نرم‌افزار آماري SPSS20 و با استفاده از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین اسکیزوتایپی، افسردگی و نشخوارفکری رابطه معنادار وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین، بین اسکیزوتایپی، افسردگی و مولفه‌های نشخوارفکری، یعنی در فکر فرورفتن و تعمق رابطه معنادار وجود دارد ($P < 0/05$). در نهایت، نتایج نشان داد که نشخوارفکری و مولفه‌های آن می‌توانند میانجی جزئی رابطه بین اسکیزوتایپی و افسردگی باشند ($P < 0/05$). در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد افراد دارای نمره بالای اسکیزوتایپی، علایم افسردگی بیشتری بواسطه مکانیسم مربوط به نشخوارفکری گزارش می‌کنند.

کلید واژه‌ها: اسکیزوتایپی، افسردگی، نشخوارفکری، در فکر فرو رفتن، تعمق

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

داشور
وشتار

• دریافت مقاله: ۹۲/۷/۸

• پذیرش مقاله: ۹۳/۴/۲۵

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015

Clinical Psy. & Personality

دوفصلنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و یکم - دوره
جدید شماره ۱۱
پاییز و زمستان ۱۳۹۳

مقدمه

اختلال شخصیت اسکیزوتایپال^۱ (SPD) به عنوان نشانگان بالینی هم از دیدگاه تاریخی و هم سبب‌شناختی از اهمیت بسزایی برخوردار است، زیرا که با اسکیزوفرنیا رابطه دارد [۱-۳]. اسکیزوتایپی^۱ نیز به صفات شبه‌روان‌پریشی اشاره دارد که به لحاظ کیفی مشابه علائم روان‌پریشی مشاهده شده در اسکیزوفرنیا و SPD است، اما به لحاظ کمی از شدت کمتری برخوردار هستند [۴]. بعلاوه، سازه‌ای چند بعدی است [۲، ۵ و ۶] و بر طبق DSM-5، متشکل از ملاک‌های تشخیصی تفکر عطفی، تفکر جادویی، تجربه‌های ادراکی غیرمعمول، گفتار عجیب و غریب، بدگمانی، عاطفه نامتناسب یا محدود، رفتار عجیب و غریب، نداشتن دوستان نزدیک و اضطراب اجتماعی بیش از حد است [۱].

شکی وجود ندارد که دگرگونی‌های عاطفی یکی از مشخصه‌های افراد مبتلا به روان‌پریشی غیرعاطفی و حالت‌های مرتبط مثل SPD است [۷]. رابطه میان تجربه‌های شبه‌روان‌پریشی با علائم افسردگی به‌طور گسترده‌ای هم در سطح بالینی و هم غیربالینی مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج حاصل بیانگر این است که بین تجربه‌های شبه‌روان‌پریشی و افسردگی رابطه وجود دارد [۷-۱۲]. مشابه تجربه‌های شبه‌روان‌پریشی، رابطه بین SPD و افسردگی نیز به‌طور گسترده‌ای مورد بررسی قرار گرفته است. طبق DSM-5 بیش از نیمی از بیماران مبتلا به SPD حداقل یک دوره افسردگی عمده را تجربه می‌کنند. بعلاوه، ۳۰ تا ۵۰ درصد افراد مبتلا به این اختلال به هنگام پذیرش در مراکز بالینی دارای تشخیص همزمان اختلال افسردگی عمده هستند [۱]. بررسی‌های متعدد مقطعی و طولی نیز بیانگر رابطه بین اسکیزوتایپی و SPD با افسردگی است [۸، ۹، ۱۳-۱۸].

با توجه به نتایج فوق، اگرچه رابطه بین اسکیزوتایپی و علائم افسردگی به‌خوبی تایید شده است، با این وجود، توجه کمی به نقش عوامل میانجی این رابطه شده است.

نشخوارفکری^۲ مکانیسمی است که احتمالاً می‌تواند تبیین کند چگونه اسکیزوتایپی و SPD منجر به علائم بعدی افسردگی می‌شود. زیرا که، اسکیزوتایپی می‌تواند منجر به الگوهای فکری شود که آسیب‌پذیری به افسردگی را افزایش می‌دهد. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد نشخوارفکری با افسردگی [۲۷-۱۹] آمادگی توهم [۲۸] و اختلال‌های شخصیت [۲۴، ۳۱-۲۹] رابطه دارد. نیرومندترین نظریه در این مورد، نظریه سبک‌های پاسخ نالن-هوکسما و مورو^۳، در ۱۹۹۱ است. طبق این نظریه، نشخوارفکری حالت خلقی فرد در پاسخ به پریشانی است و شامل تمرکز مکرر و منفعل بر علائم پریشان‌کننده، علل و پیامدهای این علائم می‌شود [۲۱]. همچنین، ممکن است به عنوان راهبردی برای مقابله با خلق منفی مورد استفاده قرار گیرد، اما برعکس اغلب منجر به کاهش بیشتر خلق می‌شود [۲۲]. بررسی‌های بیشتر انجام شده بیانگر این است که نشخوارفکری با شروع، شدت و مدت علائم افسردگی رابطه دارد و پیش‌بینی کننده علائم افسردگی، شروع و تداوم دوره‌های افسردگی است [۲۲-۱۹]. بعلاوه، طبق این نظریه نشخوارفکری آشفتگی و بویژه افسردگی را بواسطه افزایش تفکر منفی، حل مساله ناکارآمد، تداخل با رفتار هدفمند و کاهش حمایت اجتماعی تشدید و تداوم می‌بخشد [۲۱]. با این وجود، نشخوارفکری علاوه‌بر افسردگی با اضطراب، هیپومایا، مشکلات خواب، شراب‌خواری، سوء‌مصرف الکل، خودزنی، تفکر خودکشی، اضطراب اجتماعی، وسواس-اجبار، اضطراب فراگیر و استرس‌پس‌از سانحه رابطه دارد [۲۰، ۲۴، ۳۲-۳۴]. همچنین، هم در جمعیت‌های بالینی و هم غیربالینی اتفاق می‌افتد و وقوع آن محدود به هیچ‌یک از آسیب‌های روانشناختی نیست. یافته‌هایی که بیانگر نقش فراتشخصی نشخوارفکری است [۲۰، ۲۴، ۳۶-۳۲].

علاوه‌بر آنچه ذکر شد، بررسی‌های اندکی در مورد روابط بین نشخوارفکری با تجربه‌های شبه‌روان‌پریشی و اختلال شخصیت اسکیزوتایپال انجام شده است. جونز و

2. rumination
3. Nolen-Hoeksema & Morrow

1. schizotypy

که می‌تواند تبیین کند چگونه اسکیزوتایپی منجر به علایم افسردگی بعدی می‌شود. زیرا که می‌تواند منجر به الگوهای فکری شود که آسیب‌پذیری به افسردگی را افزایش می‌دهند. در همین راستا، با توجه به نقش نشخوارفکری در سبب‌شناسی و تداوم آسیب‌های روانی، توجه اندک به عوامل شناختی تسریع‌کننده اسکیزوتایپی، نقش فراتشخیصی نشخوارفکری و عدم توجه به نقش میانجی نشخوارفکری در رابطه بین اسکیزوتایپی و علایم افسردگی، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین اسکیزوتایپی و علایم افسردگی با توجه به نقش میانجی نشخوارفکری انجام گردید. سوال پژوهش حاضر این است که آیا نشخوارفکری میانجی رابطه بین اسکیزوتایپی و علایم افسردگی است؟

روش

جامعه آماری و نمونه پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه خوارزمی تهران بود. نمونه مورد بررسی شامل ۲۰۰ دانشجوی ۱۸ تا ۲۵ سال (۱۳۰ دختر، ۷۰ پسر) دانشگاه خوارزمی تهران بود. در این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای ابتدا از بین دانشکده‌های دانشگاه خوارزمی تهران سه دانشکده ریاضی و کامپیوتر، تربیت بدنی و روانشناسی و علوم تربیتی به تصادف انتخاب شدند. سپس، ۲ کلاس از هر دانشکده به تصادف انتخاب و تمامی دانشجویان این کلاس‌ها به عنوان نمونه منظور گردیدند. میانگین سنی کل شرکت‌کنندگان، دختران و پسران به ترتیب ۲۱/۴۸ (sd=۱/۶۲)، ۲۱/۳۰ (sd=۱/۳۹) و ۲۳/۲۷ (sd=۲/۶۱) بود. همچنین، ۳۵ درصد پسر و ۶۵ درصد دختر بودند.

ابزارهای پژوهش

۱) پرسش‌نامه شخصیت اسکیزوتایپال (SPQ)^۶

این پرسشنامه توسط رین^۱ (۱۹۹۱) تدوین شده است.

6. Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ)

فرنی‌هاک^۱ [۲۸] دریافتند که بین نشخوارفکری و آمادگی توهم رابطه قوی وجود دارد. ابلا و همکاران [۲۹] دریافتند که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و افسردگی همایند سطوح بالاتری از نشخوارفکری را نسبت به بیماران مبتلا به افسردگی و شرکت‌کنندگان گروه کنترل گزارش می‌کنند. اسمیت و همکاران^۲ [۳۰] دریافتند که رابطه‌ای بین تشخیص‌های اختلال شخصیت و نشخوارفکری وجود ندارد. با این وجود، با بررسی نمره‌های ابعاد پارانوئید، اسکیزوئید، اسکیزوتایپال، ضداجتماعی، نمایشی، مرزی، اجتنابی، وابسته، خودشیفته و وسواس-اجبار آزمون اختلال‌های شخصیت^۳ دریافتند که نشخوارفکری رابطه منحصر به فردی با نمره‌های ابعاد شخصیت مرزی و وسواس-اجبار دارد. واتکینز^۴ [۲۴] دریافت که رابطه‌ای بین تشخیص‌های اختلال شخصیت و نشخوار فکری وجود ندارد. اما، رابطه معناداری بین مولفه در فکر فرو رفتن با ابعاد شخصیت مرزی و وسواس-اجبار وجود دارد. همچنین، رابطه معناداری بین مولفه تعمق و ابعاد شخصیت مرزی، وسواس-اجبار و پرخاشگری-منفعل وجود دارد. با این وجود، پس از تصحیح یافته‌ها دریافت که تنها بین نشخوارفکری و صفات مرتبط با اختلال شخصیت مرزی رابطه معنادار وجود دارد. گایگر و همکاران^۵ [۳۱] نیز دریافتند که بین نشخوار فکری و اختلال شخصیت مرزی رابطه وجود دارد.

در نهایت، امروزه، یکی از مهم‌ترین چالش‌های پیش‌روی آسیب‌شناسی روانی، مطالعه ویژگی‌ها و خصایصی است که افراد را جهت ابتلا به اختلال‌های روانی آسیب‌پذیر می‌کند [۳۷]. اگرچه رابطه بین اسکیزوتایپی و علایم افسردگی به خوبی تایید شده است، توجه کمی به نقش نشخوارفکری به عنوان میانجی این رابطه شده است. بعلاوه، نشخوارفکری مکانیسمی است

1. Jones & Fernyhough
2. Smith & et al.
3. Personality Disorders Examination (PDE)
4. Watkins
5. Geiger & et al.

انفعالی وضعیت فعلی فرد با معیارهای دست‌نیافتنی است. فرایند نابهنجاری است که با برخی معیارهای دست‌نیافتنی ارتباط دارد و با افزایش افسردگی ارتباط دارد. تعمق نیز به درجه اشتغال افراد به مساله‌گشایی شناختی برای بهبود خلق اشاره دارد و به کاهش علائم افسردگی افراد کمک می‌کند. بعلاوه، نشان دادند که این مقیاس دارای اعتبار درونی خوب و روایی پیش‌بین بالایی است [۲۲]. منصوری و همکاران [۳۲] اعتبار نسخه ۲۲ سوالی RRS (نالن-هوکسما و مورو، ۱۹۹۱) را که مقیاس فعلی (تری‌نور و همکاران، ۲۰۰۳) مستخرج از آن می‌باشد را ۰/۹۰ گزارش کردند. در پژوهش حاضر اعتبار این مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن به روش همسانی درونی، به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۶۶ و ۰/۷۲ بود.

۳) پرسشنامه تجدیدنظر شده افسردگی بک (BDI-II)^۵ این پرسشنامه توسط بک، ستیر و براون^۶ (۲۰۰۰) برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این پرسشنامه مقیاسی ۲۱ ماده‌ای است که ماده‌های آن بر روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای و از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود [۳۹]. بک و همکاران [۳۹] اعتبار این ابزار را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفای ۰/۸۶ برای گروه بیمار و ۰/۸۱ برای غیربیمار گزارش کردند. دابسون و محمدخانی [۴۰] ضریب آلفای ۰/۹۲ برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز اعتبار این ابزار به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برابر ۰/۹۲ بود.

شیوه انجام پژوهش

پس از هماهنگی با شرکت‌کنندگان و تشریح اهمیت پژوهش پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپال، مقیاس پاسخ نشخوارفکری و پرسشنامه تجدیدنظر شده افسردگی بک به‌طور همزمان در اختیار آنها قرار گرفت. معیار ورود

این پرسشنامه ابزاری ۷۴ ماده‌ای از نوع بلی/خیر است که ۹ خرده‌مقیاس، شامل ۹ ملاک تشخیصی اختلال شخصیت اسکیزوتایپال را می‌سنجد [۳۸]. رین نشان داده است که این ابزار روایی^۲ همگرا (۰/۸۱-۰/۵۹)، روایی تفکیک‌کننده (۰/۶۳) و روایی ملاکی (۰/۶۸) بالایی دارد. بعلاوه، بارگذاری این ۹ خرده‌مقیاس روی سه عامل ادراکی-شناختی (شامل، تفکر عطفی، تفکر جادویی، تجربه‌های ادراکی غیر معمول، بدگمانی)، بین‌فردی (نداشتن دوستان نزدیک، عاطفه محدود، اضطراب اجتماعی بیش از حد، بدگمانی) و آشفته (رفتار و گفتار آشفته) خود نیز نشان‌دهنده اعتبار^۳ و روایی این آزمون است. در پژوهش بخشی‌پور رودسری و همکاران [۵] اعتبار پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپال و خرده-مقیاس‌های آن به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، به ترتیب برابر ۰/۹۰ و ۰/۸۲-۰/۵۹ گزارش شده است. بعلاوه، این ابزار توانسته است بین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و آزمودنی‌های سالم تمایز قایل شود. تحلیل عاملی اکتشافی آنها نیز ساختار سه عاملی رین را تأیید کرده است. در پژوهش حاضر نیز اعتبار پرسشنامه به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برابر ۰/۹۰ بود.

۲) مقیاس پاسخ نشخوارفکری (RRS)^۴

این مقیاس توسط تری‌نور و همکاران (۲۰۰۳) تدوین شده است [۲۲]. این مقیاس، ابزاری ۱۰ ماده‌ای و از نوع لیکرت چهار درجه‌ای است که در دامنه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. آنها با تحلیل مولفه‌های اصلی این مقیاس، ساختاری متشکل از دو مولفه در فکر فرو رفتن^۱ و تعمق^{۱۱} را گزارش کردند. همچنین، اعتبار این مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن را، یعنی در فکر فرو رفتن و تعمق، به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، به ترتیب برابر ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۷۶ گزارش کردند. در فکر فرو رفتن نشان‌دهنده مقایسه

5. Beck Depression Inventory (BDI-II)

6. Beck, Steer, & Brown

1. Rain

2. validity

3. reliability

4. Ruminative Response Scale (RRS)

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین متغیرهای اسکیزوتایپی، نشخوارفکری و افسردگی (n=۲۰۰)

متغیر	دانشجویان پسر (۷۰)		دانشجویان دختر (۱۳۰)		کل شرکت کنندگان (۲۰۰)		اسکیزوتایپی	افسردگی	نشخوارفکری	در فکر فرورفتن
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد				
اسکیزوتایپی	۱۶/۸۳	۱۲/۳۳	۲۵/۷۰	۱۱/۴۲	۲۴/۹۵	۱۱/۶۷	-	-	-	-
افسردگی	۸/۰۸	۹/۸۴	۱۴/۷۸	۱۱/۵۲	۱۴/۱۹	۱۱/۴۸	۰/۶۰**	-	-	-
نشخوارفکری	۱۸/۵۰	۴/۱۰	۲۳/۲۹	۵/۶۲	۲۲/۹۱	۵/۶۵	۰/۳۸**	۰/۵۷**	-	-
در فکر فرورفتن	۱۰/۱۷	۳/۰۱	۱۲/۴۳	۳/۰۳	۱۲/۲۶	۳/۰۸	۰/۳۷**	۰/۵۳**	۰/۸۹**	-
تعمق	۸/۳۳	۱/۶۷	۱۰/۸۶	۳/۲۶	۱۰/۶۶	۳/۲۲	۰/۳۲**	۰/۴۹**	۰/۹۰**	۰/۶۰**

**P<۰/۰۱، *P<۰/۰۵

نشخوارفکری، در فکر فرورفتن و تعمق را بر رابطه بین اسکیزوتایپی و علایم افسردگی نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود، هنگامی که نشخوارفکری به عنوان میانجی وارد مدل شده است وزن β برای اسکیزوتایپی از ۰/۶۰ به ۰/۴۵ کاهش یافته است. هر چند که این تغییر یک تغییر معنادار است، با این وجود اسکیزوتایپی به‌طور پیوسته پیش‌بینی کننده افسردگی است ($P=۰/۰۰۰۱$ ، $\beta=۰/۴۵$). در نتیجه، نتایج بدست آمده پیشنهاد می‌کند که نشخوارفکری می‌تواند به‌طور جزئی^۱ میانجی رابطه بین اسکیزوتایپی و علایم افسردگی باشد (شکل ۱).

در جدول ۲ نتایج تحلیل رگرسیون‌های دو مرحله‌ای مربوط به اثرات میانجی نشخوارفکری، در فکر فرورفتن و تعمق را بر رابطه بین اسکیزوتایپی و علایم افسردگی نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود، هنگامی که نشخوارفکری به عنوان میانجی وارد مدل شده است وزن β برای اسکیزوتایپی از ۰/۶۰ به ۰/۴۵ کاهش یافته است. هر چند که این تغییر یک تغییر معنادار است، با این وجود اسکیزوتایپی به‌طور پیوسته پیش‌بینی کننده افسردگی است ($P=۰/۰۰۰۱$ ، $\beta=۰/۴۵$). در نتیجه، نتایج بدست آمده پیشنهاد می‌کند که نشخوارفکری می‌تواند به‌طور جزئی میانجی رابطه بین اسکیزوتایپی و علایم افسردگی باشد (شکل شماره ۱).

دانشجویان رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه و عدم سابقه ابتلا به اختلال‌های روانپزشکی/روانشناختی بود. معیار خروج دست‌یابی به پرسش‌نامه‌های مخدوش و همچنین سابقه ابتلا به اختلال‌های روانپزشکی/روان شناختی بود.

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS20 و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی، تحلیل رگرسیون و آزمون همبستگی پیرسون تحلیل شد.

نتایج

به‌منظور ارایه تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش، یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) مربوط به نمره‌های شرکت‌کنندگان و همچنین نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون در جدول ۱ ارائه شده است.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که اسکیزوتایپی با افسردگی ($r=۰/۶۰$ ، $P<۰/۰۵$)، نشخوارفکری ($P<۰/۰۵$)، $r=۰/۳۸$ و مولفه‌های آن یعنی در فکر فرورفتن ($P<۰/۰۵$)، $r=۰/۳۷$ و تعمق ($r=۰/۳۲$ ، $P<۰/۰۵$) رابطه دارد. همچنین، افسردگی با نشخوارفکری ($r=۰/۵۷$ ، $P<۰/۰۵$) و مولفه‌های آن یعنی در فکر فرورفتن ($r=۰/۵۳$ ، $P<۰/۰۵$) و تعمق ($r=۰/۴۹$ ، $P<۰/۰۵$) رابطه دارد. در جدول ۲ نتایج تحلیل رگرسیون‌های دو مرحله‌ای مربوط به اثرات میانجی

1. Partial

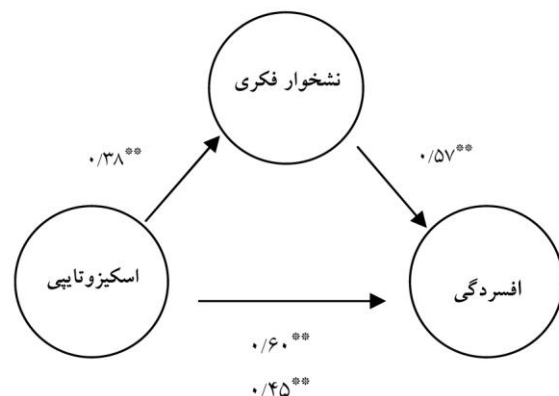
جدول ۲: خلاصه تحلیل رگرسیون برای متغیر میانجی رابطه بین اسکیزوتایپی و علایم افسردگی (n=۲۰۰)

متغیر	ضریب همبستگی چندگانه (R)	ضریب تبیین R ²	ضریب تبیین تعدیل شده	B	S.E	ارزش β	آزمون t	سطح معناداری
گام اول اسکیزوتایپی	۰/۶۰	۰/۳۷	۰/۳۶	۰/۵۹	۰/۰۶	۰/۶۰	۹/۱۸	۰/۰۰۰۱
گام دوم اسکیزوتایپی	۰/۶۰	۰/۳۷	۰/۳۶	۰/۴۴	۰/۰۶	۰/۴۵	۷/۰۹	۰/۰۰۰۱
نشخوارفکری	۰/۷۱	۰/۵۰	۰/۴۹	۰/۸۰	۰/۱۳	۰/۳۹	۶/۲۱	۰/۰۰۰۱
گام دوم اسکیزوتایپی	۰/۶۰	۰/۳۷	۰/۳۶	۰/۴۶	۰/۰۶	۰/۴۷	۷/۲۹	۰/۰۰۰۱
در فکر فرو رفتن	۰/۶۹	۰/۴۸	۰/۴۷	۱/۳۲	۰/۲۴	۰/۳۵	۵/۴۹	۰/۰۰۰۱
گام دوم اسکیزوتایپی	۰/۶۰	۰/۳۷	۰/۳۶	۰/۴۹	۰/۰۶	۰/۵۰	۷/۷۷	۰/۰۰۰۱
تعمق	۰/۶۸	۰/۴۷	۰/۶۴	۱/۱۹	۰/۲۳	۰/۳۳	۵/۱۸	۰/۰۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

اگرچه رابطه بین اسکیزوتایپی و علایم افسردگی به خوبی تایید شده است، با این وجود توجه کمی به نقش نشخوارفکری به عنوان میانجی این رابطه شده است. از اینرو، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین اسکیزوتایپی و علایم افسردگی با توجه به نقش میانجی نشخوار فکری بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که نشخوارفکری و مولفه‌های آن، یعنی در فکر فرو رفتن و تعمق، رابطه بین اسکیزوتایپی و افسردگی را به طور جزئی میانجی می‌کنند. از اینرو، نتایج حاصل از این مدل حمایت می‌کند که نشخوار فکری و مولفه‌های آن میانجی رابطه بین اسکیزوتایپی و علایم افسردگی هستند. اما، نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که یک مسیر از اسکیزوتایپی به افسردگی بوسیله نشخوارفکری و هر یک از مولفه‌های آن به صورت مجزا میانجی می‌شود، اما مسیر مستقیم همچنان معنادار است و ممکن است بوسیله متغیرهای دیگر، میانجی شود. با این وجود، نتایج فوق بیانگر این است که اسکیزوتایپی با سطوح بالاتر نشخوارفکری، در فکر فرو رفتن و تعمق رابطه دارد و هر یک به نوبه خود با افسردگی مرتبط هستند. همچنین، نشخوارفکری مکانیسم شناختی است که می‌تواند ناشی از

بررسی مولفه‌های مقیاس پاسخ نشخوارفکری نیز نشان می‌دهد هنگامی که در فکر فرو رفتن و تعمق به عنوان میانجی وارد مدل شده‌اند وزن β برای در فکر فرو رفتن از ۰/۶۰ به ۰/۴۷ و برای تعمق از ۰/۶۰ به ۰/۵۰ کاهش یافته است. هر چند که این تغییرها یک تغییر معنادار است، با این وجود اسکیزوتایپی به طور پیوسته پیش‌بینی کننده افسردگی است ($\beta=۰/۵۰$, $\beta=۰/۴۷$, $P=۰/۰۰۰۱$). در نتیجه، نتایج بدست آمده پیشنهاد می‌کند که دو مولفه مقیاس پاسخ نشخوارفکری می‌توانند به طور جزئی میانجی رابطه بین اسکیزوتایپی و علایم افسردگی باشند.



شکل ۱: مدل بر آورد شده نشخوار فکری
 $**P<۰/۰۱$, $*P<۰/۰۵$

با رفتار هدفمند، منجر به افزایش شرایط استرس‌زا می‌شود. در نهایت، افرادی که به‌طور مزمّن نشخوار می‌کنند، حمایت اجتماعی خود را از دست خواهند داد، عاملی که متعاقباً می‌تواند سبب افزایش احتمال تشدید علایم اولیه افسردگی، افزایش دوره‌های افسردگی و طولانی‌شدن دوره‌های فعلی افسردگی شود.

علاوه بر آنچه پیش‌از این ذکر شد، ابتدا، نتایج پژوهش حاضر هسو با یافته‌های قبلی [۱، ۸، ۹، ۱۸-۱۳] نشان داد که بین اسکیزوتایپی و علایم افسردگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. نتایج فوق بیانگر این است که افراد دارای نمره بالای اسکیزوتایپی احتمالاً بواسطه قطع روابط خود، نداشتن دوستان نزدیک، احساس متفاوت بودن، ترس از طرد شدن و انزوای اجتماعی، عاطفه محدود یا نامتناسب، اضطراب اجتماعی بیش‌از حد، بدگمانی، احساس عجیب و غریب بودن، تجربه‌های ادراکی غیرمعمول و افکار عطفی علایم افسردگی شدیدتری تجربه می‌کنند. دوم، نتایج حاصل هماهنگ با یافته‌های قبلی [۲۶-۱۹] نشان داد که بین نشخوارفکری و مولفه‌های آن با علایم افسردگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت که افراد دارای نمره بالای نشخوارفکری احتمالاً بواسطه افزایش تفکر منفی، حل مساله ناکارآمد، تداخل نشخوارفکری با رفتار هدفمندشان و کاهش حمایت اجتماعی علایم افسردگی شدیدتری تجربه می‌کنند. بعلاوه، نشخوارفکری می‌تواند افسردگی آنها را بواسطه موارد مطرح شده فوق تشدید و تداوم بخشد [۲۱]. همچنین، نتایج فوق بیانگر این است که نشخوارفکری می‌تواند با شروع، شدت و مدت علایم افسردگی رابطه داشته باشد و پیش‌بینی کننده علایم افسردگی، شروع و تداوم دوره‌های افسردگی باشد [۲۰، ۲۴، ۳۴-۳۲]. سوم، نتایج پژوهش حاضر بر خلاف یافته‌های اسمیت و همکاران [۱۹] نشان داد که بین اسکیزوتایپی و نشخوارفکری و مولفه‌های آن، یعنی در فکر فرورفتن و تعمق، رابطه وجود دارد. تفاوتی که می‌تواند ناشی از تفاوت‌های روش شناختی (استفاده از SPQ به جای PED که مصاحبه‌ای نیمه ساختارمند

اسکیزوتایپی باشد و منجر به افسردگی شود. زیرا که علایم موجود و آگاهی از این علایم (مثل، نداشتن دوستان نزدیک، احساس متفاوت بودن، ترس از طرد شدن و انزوای اجتماعی، عاطفه محدود یا نامتناسب، اضطراب اجتماعی بیش‌از حد، بدگمانی، احساس عجیب و غریب بودن، تجربه‌های ادراکی غیرمعمول و افکار عطفی) می‌تواند منجر به الگوهای فکری شود که آسیب‌پذیری به افسردگی را افزایش می‌دهند. بعلاوه، افراد دارای نمره بالای اسکیزوتایپی یا احتمالاً نشخوارفکری را به عنوان راهبردی برای مقابله با خلق منفی ناشی از علایم خود مورد استفاده قرار می‌دهند، موضوعی که برعکس سبب کاهش بیشتر خلق آنها و در نتیجه تجربه علایم افسردگی شدیدتر می‌شود. از سوی دیگر، نشخوارفکری به عنوان یک سازه شناختی نه تنها می‌تواند افراد دارای نمره بالای اسکیزوتایپی را در معرض خطر ابتلا به افسردگی قرار دهد، بلکه می‌تواند سبب تشدید و تداوم افسردگی آنها شود.

علایم اسکیزوتایپی و آگاهی از علایم سبب می‌شود که افراد دارای نمره بالای اسکیزوتایپی به‌طور مکرر و منفعل بر علایم پریشان‌کننده خود، علل و پیامدهای این علایم تمرکز کنند، به‌طور مکرر و منفعل به مقایسه انفعالی وضعیت فعلی خود با معیارهای دست‌نیافتنی بپردازند و به‌طور مکرر مشغول مساله‌گشایی شناختی برای بهبود پریشانی خود شوند. در نتیجه، نشخوارفکری بیشتری تجربه کنند. متعاقباً، نشخوارفکری تجربه شده سبب شروع افسردگی، تشدید و طولانی‌شدن دوره‌های افسردگی بواسطه مکانیسم‌های مختلف از جمله افزایش تفکر منفی، حل مساله ناکارآمد، تداخل نشخوارفکری با رفتار هدفمندشان و کاهش حمایت اجتماعی می‌شود [۲۱]. طبق نظریه سبک‌های پاسخ [۲۱] ابتدا، نشخوارفکری اثر خلق منفی بر تفکر را افزایش می‌دهد، که این خود احتمال استفاده از افکار منفی و خاطره‌های فعال‌شده منفی را برای درک وضعیت فعلی فرد افزایش می‌دهد. دوم، نشخوارفکری تا اندازه‌ای از طریق تفکر بدبینانه با حل مساله کارآمد تداخل می‌کند. سوم، تداخل نشخوارفکری

طولی جهت تعمیم نتایج از اهمیت بسزایی برخوردار است.

منابع

- 1- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5thed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 2- Rosell, D. R., Futterman, S. E., McMaster, A., & Siever, L. J. (2014). Schizotypal personality disorder: a current review. *Current Psychiatry Reports*, 16, 452.
- 3- Nelson, M. T., Seal, M.L., Pantelis, C., & Phillips, L. J. (2013). Evidence of a dimensional relationship between schizotypy and schizophrenia: a systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37, 317-27.
- 4- Buchy, L., Woodward, T.S. & Liotti, M. (2007). A cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) is associated with schizotypy. *Schizophrenia Research*, 90, 334-337.
- ۵- بخشی پور رودسری، عباس، شاطری، لیلیا، فتاحی، ثمینه، سودمند، محسن، صادری، الهه، و منصوری، احمد. (۱۳۹۰). اعتباریابی نسخه فارسی پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپال در جمعیت دانشجویی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۷، ۳۴-۲۶.
- 6- Fonseca-Pedrero, E., Muniz, J., Lemos-Giraldez, S., Garcia-Cueto, E., Campillo-Alvarez, A., & Villazon-Garcia, U. (2007). Multidimensionality of schizotypy under review. *Papeles Del Psicologo*, 28, 117-126.
- 7- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giraldez, S., Sierra-Baigrie, S., Ordonez-Cambor, N., Muniz, J. (2011). Early psychopathological features in Spanish adolescents. *Psicothema*, 23, 87-93.
- 8- Armando, M., Nelson, B., Yung, A.R., Ross, M., Birchwood, M., Girardi, P., & Nastro, P.F. (2010). Psychotic-like experiences and correlation with distress and depressive symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *Schizophrenia Research*, 119, 258-265.

(۱۹۸۸) برای ارزیابی کلیه اختلال‌های شخصیت محور II است. همچنین، همسانی درونی بعد اسکیزوتایپال آن نیز ۰/۶۶ (است) باشد. نتایج حاصل بیانگر این است که افراد دارای نمره بالای اسکیزوتایپی نیز احتمالاً به‌طور مکرر و منفعل بر علایم پریشان‌کننده خود، علل و پیامدهای این علایم تمرکز دارند، به‌طور مکرر و منفعل به مقایسه انفعالی وضعیت فعلی خود با معیارهای دست‌نیافتنی می‌پردازند و به‌طور مکرر مشغول مساله‌گشایی شناختی برای بهبود آشفتگی خود هستند. در نتیجه، نشخوارفکری بیشتری تجربه می‌کنند. در نهایت، رابطه بین نشخوارفکری و اسکیزوتایپی پیشنهاد می‌کند که افراد مبتلا به اسکیزوتایپی ممکن است نشخوارفکری مشابه افراد مبتلا به افسردگی داشته باشند. بعلاوه، تکنیک‌های درمانی مرتبط با نشخوارفکری ممکن است در درمان اسکیزوتایپی مفید باشند. از سوی دیگر، نتایج فوق بیانگر این است که وقوع نشخوارفکری و روش‌های ناسازگارانه تفکر محدود به هیچ‌یک از آسیب‌های روانشناختی مثل افسردگی نیست. از اینرو، نشخوارفکری یک فرایند فراتشخیصی است؛ فرایندی که در بسیاری از آسیب‌های روانشناختی دیگر از جمله اختلال‌های محور II اتفاق می‌افتد [۲۰، ۲۴، ۳۶-۳۲].

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نشخوارفکری و مولفه‌های آن، یعنی در فکر فرو رفتن و تعمق، می‌توانند به‌طور جزئی میانجی رابطه بین اسکیزوتایپی و علایم افسردگی باشند. نشخوارفکری مکانیسم شناختی است که می‌تواند ناشی از اسکیزوتایپی باشد و منجر به افسردگی شود.

در مورد محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت که یکی از محدودیت‌های این پژوهش این است که به‌صورت مقطعی در مورد گروهی از دانشجویان مقطع کارشناسی انجام شده است. دومین محدودیت این پژوهش همبستگی بودن آن است. لذا، با چنین روشی امکان نتیجه‌گیری علت و معلولی امکان‌پذیر نیست. از اینرو، انجام بررسی‌های بیشتر بر روی نمونه‌های دیگر (بویژه نمونه‌های بالینی) و انجام بررسی‌های آزمایشی و

- ۱۸- محمدزاده، علی. (۱۳۹۱). ارتباط افسردگی و اضطراب با الگوی سه‌عاملی شخصیت اسکیزوتایپی. *مجله علوم رفتاری*، ۶، ۱۰۵۴-۴۹.
- 19- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- 20- Rood, L., Roelofs, J., Bogels, S.M., Nolen-Hoeksema, S., & Schouten, E. (2009). The influence of emotion-focused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 29, 116-128.
- 21- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, E.B., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- 22- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 247-259.
- 23- Wagner, C.A., Alloy, L. B., Abramson, L. Y. Trait rumination, depression, and executive functions in early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*. In Press.
- 24- Watkins, E. R. (2009). Depressive rumination and co-morbidity: evidence for brooding as a transdiagnostic process. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 27, 160-175.
- 25- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
- ۲۶- منصوری، احمد، و فیضی، مریم، (۱۳۹۱). کمال-گرایی نابهنجار، افسردگی و نشخوارفکری. مجموعه چهارمین کنگره انجمن روانشناسی ایران. تهران: انجمن روانشناسی ایران.
- ۲۷- آذرگون، حسن، کجیاف، محمدباقر، مولوی، حسین، و عابدی، محمدرضا. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان. *دانشور رفتار*، ۳۴، ۲۰-۱۳.
- 9- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., & Muniz, J. (2011). Schizotypal traits and depressive symptoms in nonclinical adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 293-300.
- 10- Varghese, D., Scott, J., Welham, J., Bor, W., Najman, J., O'Callaghan, M., Williams, G., & McGrath, J. (2011). Psychotic-like experiences in major depression and anxiety disorders: A population-based survey in young adults. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 389-393.
- 11- Kline, E., Wilson, C., Ereshefsky, S., Nugent, K. L., Pitts, S., Reeves, G., & Schiffman. (2012). schizotypy, psychotic-like experiences and distress: an interaction model. *Psychiatry Research*, 200, 647-651.
- 12- Jang, J. H., Lee, Y. J., Cho, S., Cho, I. H., Shin, N. A., & Kim, S. J. (2014). Psychotic-like experiences and their relationship to suicidal ideation in adolescents. *Psychiatry Research*, 215, 641-645.
- 13- Gooding, D., C, Kathleen, A. T., & Matts, C. W. (2005). Clinical status of at-risk individuals 5 years later: Further validation of the psychometric high-risk strategy. *Abnormal Psychology*, 114, 170-175.
- 14- Johnson, J.G, Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J.S. (2005). Personality disorder traits associated with risk for unipolar depression during middle adulthood. *Psychiatry Research*, 136, 113-121.
- 15- Lewandowski, K.E, Barrantes-Vidal, N., Nelson-Gray, R.O., Clancy, C., Kepley, H.O., & Kwapil, T.R. (2006). Anxiety and depression symptoms in psychometrically identified schizotypy. *Schizophrenia Research*, 83, 225-235.
- 16- Kwapil, T.R., Barrantes-Vidal, N., & Silvia, P.J. (2008). The dimensional structure of the Wisconsin schizotypy scales: Factor identification and construct validity. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 444-457.
- 17- Rössler, W., Angst, J., Gamma, A., Haker, H., Stulz, N., Merikangas, K.R., & Ajdacic-Gross, V. (2011). Reappraisal of the interplay between psychosis and depression symptoms in the pathogenesis of psychotic syndromes: results from a twenty-year prospective community study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 261, 11-19.

- 34- McLaughlin, K. A., Aldao, A., Wisco, B. E., & Hilt, L. M. (2014). Rumination as a transdiagnostic factor underlying transitions between internalizing symptoms and aggressive behavior in early adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 123, 13–23.
- 35- Pearson, M., Brewin, C. R., Rhodes, J., & McCarron, C. (2008). Frequency and Nature of Rumination in Chronic Depression: A Preliminary Study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37, 160–168.
- 36- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- ۳۷- منصوری، احمد، و بخشی پور رودسری، عباس. (۱۳۹۱). بررسی مقایسه‌ای علایم مثبت و منفی اسکیزوتایپی و ابعاد شخصیت اسکیزوتایپال در میان دانشجویان دختر و پسر. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۷، ۲۲–۱۵.
- 38- Raine, A. (1991). The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 556-564.
- 39- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2000). *Manual for the Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- ۴۰- دابسون، کیت استفان، و محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۶). *مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی*. *توانبخشی*، ۸، ۸۶–۸۰.
- 28- Jones, S. R., & Fernyhough, C. (2009). Rumination, reflection, intrusive thoughts, and hallucination-proneness: towards a new model. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 54–59.
- 29- Abela, J. R., Payne, A. V., & Moussaly, N. (2003). Cognitive vulnerability to depression in individuals with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 17, 319–329.
- 30- Smith, J. M., Grandin, L. D., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (2006). Cognitive vulnerability to depression and axis II personality dysfunction. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 609–621.
- 31- Geiger, P. J., Peters, J. R., Sauer-Zavala, S. E., & Baer, R. A. (2013). Relationships among maladaptive cognitive content, dysfunctional cognitive processes, and borderline personality features. *Journal of Personality Disorders*, 27, 457–464.
- ۳۲- منصوری، احمد، بخشی پور رودسری، عباس، محمودعلیلو، مجید، فرنام، علیرضا، و فخاری، علی. (۱۳۹۰). *مقایسه نگرانی، وسواس فکری و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس- اجبار، اختلال افسردگی عمده و افراد بهنجار*. *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، ۷، ۴، ۷۴–۵۵.
- 33- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 589–609.

پیش‌بینی اختلال جسمانی شکل در کودکان دارای اضافه وزن

نویسندگان: مهناز علی‌اکبری‌دهکردی^۱، طیبه محتشمی*^۲، پرستو حسن‌زاده^۳
و معصومه تدریس تبریزی^۴

۱- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور.

۲- کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه پیام نور.

۳- کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه پیام نور.

۴- کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه پیام نور.

*Email: t.mohtasham@gmail.com

چکیده

اضافه وزن و چاقی دوران کودکی و نوجوانی در ایران و بسیاری از کشورهای در حال توسعه به طور چشمگیری افزایش یافته است. با اینکه چاقی جزء اختلالات روانی محسوب نمی‌شود، اما زمینه‌ساز مشکلات زیادی می‌باشد؛ از جمله مشکلات رفتاری. هدف این مطالعه تعیین پیش‌بین‌های ابتلا به اضافه وزن در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران می‌باشد که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ۲۶۰ دانش‌آموز به عنوان نمونه مورد پژوهش انتخاب شدند. ابزار اصلی مورد استفاده در این تحقیق چک لیست رفتاری کودکان (CBCL) بود.

نتایج با استفاده از روش رگرسیون لجستیک نشان داد که اضافه وزن، مشکلات جسمانی شکل و سن کودک را در سطح معنی‌داری ($P < 0/05$) پیش‌بینی می‌کند؛ در حالی که مشکلات عاطفی، اضطرابی، تحصیلات و شغل والدین، همچنین جنسیت کودک توسط اضافه وزن پیش‌بینی نمی‌شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر از آنجایی که مشکلات جسمانی شکل پیش‌بین‌های ابتلا به اضافه وزن است و این مشکلات در واقع زبان بدن هستند و گویای مشکلات اساسی زیربنایی، آگاهی دادن و تغییر نگرش والدین در پیشگیری از بروز چاقی و اضافه وزن و در نهایت مشکلات رفتاری ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های مرتبط در حوزه سلامت و بهداشت کودکان پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: اضافه وزن، مشکلات درونی‌سازی شده، کودکان، اختلال جسمانی شکل

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
وختار

• دریافت مقاله: ۹۲/۸/۲۸

• پذیرش مقاله: ۹۳/۵/۲۵

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015*

Clinical Psy. & Personality

دوفصلنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و یکم - دوره
جدید شماره ۱۱
باییز و زمستان ۱۳۹۳

مقدمه

درونی سازی شده شامل سکوت زیاد، اضطراب، افسردگی، بازداری، ناامیدی، کناره‌گیری، انزوای اجتماعی و شکایت‌های جسمانی است [۸]. کودکانی که از طرف دوستان و اطرافیان خود طرد می‌شوند، مهارت‌های اجتماعی ضعیفی دارند، در معرض خطر مشکلات روانی- اجتماعی قرار دارند [۹] و این مشکلات در کودکان چاق نیز دیده می‌شود. تحقیقات نشان داده است که چاقی دوران کودکی با اعتماد به نفس پایین، اختلال هیجانی، اضطراب و افسردگی همبستگی دارد [۱۰-۱۱]. کودکان چاق اغلب مورد تمسخر کودکان دیگر قرار می‌گیرند و همین مسئله می‌تواند آنان را دچار اضطراب یا افسردگی کند [۱۲].

طبق نتایج به دست آمده از تحقیقات، چاقی عامل خطر برای افسردگی می‌باشد [۱۱، ۱۳ و ۱۴]. یانگ هایمن^۳ و همکاران معتقد است که افزایش توده بدنی^۴ (BMI) بعضی از مشکلات رفتاری را پیش بینی می‌کند [۱۵]. BMI به عنوان استاندارد برای ارزیابی چاقی بزرگسالان و کودکان توافق بین المللی را کسب کرده است و رابطه آن با چربی بدن نشان داده شده است [۱۶].

پیشینه تحقیقاتی نشان می‌دهد که اضافه وزن و چاقی با مشکلات رفتاری و اختلالات روانی زیادی همراه است. به عنوان مثال و جنار^۵ و همکاران طی مطالعه‌ای به این نتایج دست یافتند که کودکان و نوجوانانی که دارای BMI بالا هستند، به احتمال بیشتری دارای افسردگی و اختلالات خواب می‌باشند [۱۷]. لانده^۶ و همکاران طی مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافتند که مشکلات درونی سازی شده با افزایش نمره BMI افزایش پیدا می‌کند [۱۸].

ریسینگ^۷ و همکاران نیز طی مطالعه‌ای گزارش کردند که افسردگی والدین و وضعیت اقتصادی خانواده می‌تواند با برخی مشکلات رفتاری (درونی سازی شده و برونی سازی شده) مرتبط می‌باشد [۱۹]. سیدامینی و همکاران نیز طی مطالعه‌ای این نتایج را گزارش کردند که دختران

اضافه وزن و چاقی دوران کودکی و نوجوانی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه به طور چشمگیری افزایش یافته است و یکی از مهمترین نگرانی‌های سلامت عمومی می‌باشد [۱]. سبک زندگی ناکارآمد، عادت‌های نادرست غذایی، فعالیت بدنی کم و نارساکنش وری محیط فرهنگی اجتماعی از عوامل موثر در شیوع اضافه وزن و چاقی هستند [۲]. چاقی به افزایش وزنی که ۲۰ درصد بیش از وزن ایده آل باشد، اطلاق می‌گردد و بر اساس قد، سن و جنس تعیین می‌شود [۳]. برآوردهای انجام شده نشان می‌دهد که ۱/۳ از جمعیت کودکان کشورهای پیشرفته دارای اضافه وزن هستند. طبق گزارش شیوع اضافه وزن در کودکان دبستانی (۶ تا ۱۱ ساله) در ایالات متحده از ۷ درصد در سال ۱۹۸۰ به ۱۸ درصد در سال ۲۰۱۰ رسیده است [۴]. در ایران نیز میرمیران و همکاران طی مطالعه‌ای گزارش کردند که شیوع وزن غیرطبیعی اعم از لاغری، اضافه وزن و چاقی در نوجوانان تهرانی بالا بوده است به طوری که ۱۲/۶٪ نوجوانان تهرانی دارای اضافه وزن که از این تعداد ۱۱/۸٪ پسر و ۱۳/۳٪ دختر بودند [۵].

دانش‌آموزان دارای اضافه وزن نیاز به کمک دارند؛ زیرا آنها در دبستان به گونه غیر قابل اجتناب از سوی همشاگردی‌های خود مورد آزار قرار می‌گیرند. علاوه بر اثرات منفی روانی، مطالعات نشان داده است که چاقی دوران کودکی با چاقی دوران بزرگسالی، ارتباط مستقیم دارد و به عنوان یک فاکتور خطر آفرین برای ابتلا به بیماری‌ها به شمار می‌رود [۶]. یکی از جنبه‌های دردناک چاقی عوارض روانی آن از جمله مشکلات رفتاری می‌باشد. اختلالات هیجانی و رفتاری کودکان و نوجوانان به دو دسته کلی اختلالات برونی سازی شده^۱ و اختلالات درونی سازی شده^۲ تقسیم می‌گردد. مشخصه اصلی اختلال‌های درونی سازی شده، رفتارهای بیش از حد مهار شده‌ای است که معطوف به درون هستند [۷]. نشانه‌های

3. Young-Hyman
4. Body Mass Index
5. Wojnar
6. Lande
7. Reising

1. externalized disorders
2. internalizing disorders

در کودکان دارای اضافه وزن کمتر مورد توجه و بررسی قرار گرفته است، همچنین در نتایج مطالعات تناقضاتی دیده می‌شود؛ و با توجه به جایگاه ویژه کودکان به عنوان یکی از مهمترین گروه‌ها برای برنامه ریزی بهداشتی، این مطالعه با هدف بررسی مشکلات رفتاری درونی سازی شده در کودکان دارای اضافه وزن در مقایسه با کودکان دارای وزن طبیعی صورت گرفت. پژوهش حاضر سعی دارد به این سؤال اساسی پاسخ دهد که آیا مشکلات درونی سازی شده شامل مشکلات عاطفی، مشکلات اضطرابی، مشکلات جسمانی شکل و ویژگی‌هایی از جمله تحصیلات و شغل والدین، سن و جنسیت کودک پیش بین ابتلا به اضافه وزن هستند؟

روش

نوع پژوهش

طرح پژوهش حاضر یک طرح توصیفی - مقایسه ای است.

آزمودنی‌ها

جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران می‌باشد. نمونه‌گیری به روش تصادفی خوشه‌ای مرحله ای صورت گرفت، به این ترتیب که از بین مناطق شهر تهران، منطقه شش به تصادف انتخاب گردید و از بین مدارس ابتدایی منطقه شش، دو مدرسه دخترانه و دو مدرسه پسرانه به تصادف انتخاب گردید. پس از هماهنگی‌های لازم و اخذ مجوز از مدیر مدرسه با مراجعه به کلاس‌ها، قد و وزن دانش‌آموزان ثبت گردید و BMI محاسبه گردید. با توجه به شاخص توده بدنی دانش‌آموزان دارای اضافه وزن و دانش‌آموزان دارای وزن طبیعی مشخص شدند که در مجموع ۲۶۰ نفر از دانش‌آموزان به عنوان نمونه مورد پژوهش انتخاب گردیدند. پس از آن با هماهنگی با مدیر مدارس، در یک جلسه توجیهی برای والدین، هدف از پژوهش حاضر توضیح داده شد و با توجه به رضایت آگاهانه یکی از

چاق و دارای اضافه وزن در مقیاس رفتارهای درونی سازی شده میانگین نمره بالاتری نسبت به گروه طبیعی به دست آوردند [۱۲]؛ دنیلز^۱ و مولوانی و همکاران نیز این نتیجه را گزارش کرده‌اند [۲۰ و ۶]. اما برخی پژوهش‌ها نیز نتایج متناقضی را گزارش کرده‌اند، به عنوان مثال پاستور، فیشر و فریمدمن^۲ طی پژوهشی نشان داده‌اند که بین دو گروه دانش‌آموزان دارای اضافه وزن و دارای وزن طبیعی از نظر میزان عزت نفس و سطح اضطراب تفاوت معنی داری وجود ندارد [۲۱]. سیدامینی و همکاران طی مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که رابطه معنی داری بین مشکلات رفتاری با مدت زمان تماشای تلویزیون در دختران ابتدایی دارای اضافه وزن وجود ندارد و تنها شکایات جسمانی با مدت تماشای تلویزیون رابطه معنی داری دارد [۲۲]. عصار و اصغری نیز طی پژوهشی بیان کردند که بین دانش‌آموزان دارای اضافه وزن با وزن طبیعی از لحاظ مدت خواب شبانه تفاوت معنی داری وجود ندارد [۲۳]. مطالعه هاشمی پور و همکاران نیز نشان داده است که سطح اضطراب در دو گروه از دانش‌آموزان چاق و دارای اضافه وزن تفاوت معنی داری نداشته است [۳].

همچنین نتایج مطالعات در زمینه ویژگی‌های والدینی در این خصوص نیز متناقض است. بعضی مطالعات نشان داده است که شغل و تحصیلات والدین با اضافه وزن و مشکلات رفتاری کودکان رابطه معنی داری وجود دارد [۲۴-۲۷]. بعضی محققان معتقدند که شغل پدر تاثیر معنی داری بر اضافه وزن و مشکلات رفتاری کودکان دارد به طوری که فرزندان که شغل پدرشان از منزلت اجتماعی بالایی برخوردار هستند، مشکلات رفتاری کمتری را گزارش می‌کنند. اما بعضی مطالعات نیز نشان داده‌است که شغل و تحصیلات والدین ربطی به اضافه وزن کودکان ندارد [۲۳، ۲۹-۳۱].

با توجه به اینکه بیشتر مطالعات انجام گرفته در ایران به بررسی شیوع چاقی پرداخته است و مشکلات رفتاری

1. Daniels
2. Pastore, Fisher, Friedman

فعالیت‌های وی، روابط اجتماعی و ... می‌شود و بخش دوم نیز شامل درجه بندی مشکلات عاطفی- رفتاری کودک است. در این قسمت ۱۱۳ ماده وجود دارد که پاسخ دهنده بر اساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته، هر ماده را به صورت صفر، یک و دو (نادرست، تاحدی درست و کاملاً درست) درجه بندی می‌کند. این مقیاس دو گروه از مشکلات رفتاری کودکان را بررسی می‌کند. یکی از این گروه بندی‌ها مشکلات درونی‌سازی شده نام دارد و سه نشانگان مشکلات عاطفی (افسردگی)، اضطرابی و شکایات جسمانی را در بر می‌گیرد و گروه بندی دوم که برونی سازی شده نامیده می‌شود، سه نشانگان بیش‌فعالی، لجبازی- نافرمانی و سلوک را در بر می‌گیرد. بدین ترتیب نمره خام مشکلات درونی و برونی سازی شده را می‌توان به آسانی با جمع نمره خام دو یا سه نشانگان مربوط به دست آورد. در پژوهش حاضر فقط از سوالاتی استفاده شد که مشکلات درونی سازی شده را می‌سنجند.

مشکلات رفتاری کودک یکی از شاخص‌ترین ابزار سنجش و تشخیص اختلال‌های کودکی به شمار می‌رود که روایی و اعتبار آن در پژوهش‌های مختلف به اثبات رسیده است [۳۲-۳۳]. پایایی این مقیاس در سطح نسبتاً بالایی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ برای فهرست رفتاری کودک و ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ برای فهرست خودگزارش‌دهی است. ضرایب آلفای مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر DSM در سطح رضایتبخشی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۴ تا ۰/۸۱ برای فهرست رفتاری کودک است. همچنین مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر تجربه نیز در سطح رضایتبخشی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۷ تا ۰/۸۸ برای CBCL گزارش شده است. ضریب همسانی درونی برای خرده مقیاس مشکلات عاطفی ۰/۷۷، مشکلات اضطرابی ۰/۸۲، مشکلات جسمانی شکل ۰/۸۳ گزارش شده است. این پرسشنامه در چند مطالعه در ایران نیز مورد استفاده قرار گرفته است و حاکی از معتبر بودن این ابزار می‌باشد. در هنجاریابی این آزمون در جمعیت ایرانی به ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها و زیر مقیاس‌های CBCL بین

والدین پرسشنامه را تکمیل کرد. لازم به ذکر است که BMI ۲۵ و بالای آن اضافه وزن، BMI ۳۰ و بالای آن چاق و BMI ۴۰ و بالاتر آن فوق‌العاده چاق می‌باشند. از جمله شرایط ورود به نمونه این بود که دانش‌آموزان بیماری جسمانی خاصی نداشته باشند، همچنین از دارویی که در وزن موثر باشد، استفاده نکنند. همچنین دانش‌آموزان باید در محدوده سنی ۷ تا ۱۱ سال باشند و مشکلات شدید عاطفی و رفتاری نداشته باشند.

از جمله خصوصیات گروه نمونه می‌توان به این موارد اشاره کرد که ۵/۳ درصد از کودکان هشت سال سن داشتند، ۲۵/۹ درصد ۹ ساله، ۳۶/۸ درصد ۱۰ ساله و ۳۲/۱ درصد ۱۱ ساله بودند. از بین تعداد شرکت کنندگان در پژوهش حاضر ۱۴۰ نفر دارای اضافه وزن بودند که از این تعداد ۶۸ نفر دختر و ۷۲ نفر پسر بودند. ۱۲۰ نفر هم دارای وزن طبیعی که از این تعداد ۵۲ نفر دختر و ۶۸ نفر پسر. همچنین از دیگر خصوصیات گروه نمونه می‌توان اشاره کرد که ۴۰ درصد پدران دارای شغل دولتی و ۶۰ درصد شغل آزاد داشتند. مادران این دانش‌آموزان هم ۶۷/۴ درصد خانه دار، ۳۴/۷ درصد شاغل و ۷/۹ درصد هم خانه دار و هم دانشجو بودند. بیشترین میزان تحصیلات در درجه لیسانس هم در پدران با ۴۴/۱٪ و هم در مادران با فراوانی درصدی ۴۴/۳٪ می‌باشد.

ابزار پژوهش

چک لیست رفتاری کودکان (CBCL)^۱

در این پژوهش جهت بررسی مشکلات رفتاری از چک لیست رفتاری کودکان (CBCL) استفاده می‌شود. این مقیاس در سال ۱۹۹۱ توسط آشنباخ برای تعیین مشکلات رفتاری کودکان طراحی شده است. چک لیست رفتاری کودک توسط والدین یا فردی که سرپرستی کودک را به عهده دارد، در سنین ۶ تا ۱۱ سال، تکمیل می‌گردد. این چک لیست رفتاری شامل دو بخش است: بخش اول دربرگیرنده سؤالات باز پاسخی است که مربوط به صلاحیت کودک در زمینه‌های مختلف نظیر

1. Child Behavior Checklist

انحراف استاندارد) در جدول شماره ۱ ارائه شده است. همانگونه که در جدول ۱ ملاحظه می شود، دانش آموزان دارای اضافه وزن نمرات بیشتری در مشکلات درونی سازی شده و خرده مقیاس های آن نسبت به گروه دانش آموزان دارای وزن طبیعی به دست آوردند. به این ترتیب میانگین مشکلات درونی سازی شده به طور کلی در پسران دارای اضافه وزن (۵/۷۸) نسبت به گروه دختران دارای اضافه وزن (۴/۳۱) می باشد. همچنین در مشکلات اضطرابی، افسردگی و جسمانی شکل میانگین نمرات به دست آمده در گروه پسران دارای اضافه وزن از حالت های دیگر گروه بیشتر است.

جهت بررسی یافته های استنباطی از روش رگرسیون لوجستیک استفاده می گردد. استفاده از این روش آماری برای تعیین سهم متغیرهای وارد شده در مدل در تبیین واریانس متغیر مورد مطالعه و پیش بینی عضویت گروهی است. اولین آزمون در تحلیل رگرسیون لوجستیک، آزمون برازش مدل است.

۰/۸۷ تا ۰/۷۳ دست یافتند. اعتبار آزمون - بازآزمون (بین ۵ تا ۸ هفته) نیز معناداری همه ضرایب همبستگی در سطح بین دامنه ۰/۹۷ تا ۰/۳۸ مشخص کرده است. در پژوهش بیات پایایی کل آزمون با روش بازآزمایی برای مشکلات درونی سازی شده برابر با ۰/۶۷ و برای خرده مقیاس ها مشکلات عاطفی، اضطراب و شکایات جسمانی به ترتیب ۰/۶، ۰/۵۶ و ۰/۷۳ به دست آمد [۳۴].

شیوه تحلیل داده ها

تجزیه و تحلیل داده های پژوهش توسط برنامه نرم افزاری SPSS نسخه نوزدهم صورت گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از روش های آماری توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و آمار استنباطی شامل رگرسیون لوجستیک استفاده شد.

نتایج

ویژگی های توصیفی پژوهش حاضر (میانگین و

جدول ۱: شاخص های توصیفی مشکلات درونی سازی شده در گروه های دانش آموزان دارای اضافه وزن با وزن طبیعی

متغیر	جنسیت	گروه ها	میانگین	انحراف استاندارد
اضطرابی	دختران	دارای اضافه وزن	۱/۸۱	۱/۶۲
		وزن طبیعی	۱/۶۷	۱/۶۶
	پسران	دارای اضافه وزن	۲/۱۴	۱/۹۸
		وزن طبیعی	۱/۶۳	۱/۵
افسردگی	دختران	دارای اضافه وزن	۲/۲	۲/۱۵
		وزن طبیعی	۱/۸۹	۲/۲۴
	پسران	دارای اضافه وزن	۲/۸	۲/۷
		وزن طبیعی	۲/۱۶	۳/۰۴
جسمانی شکل	دختران	دارای اضافه وزن	۰/۲۸	۰/۹۶
		وزن طبیعی	۰/۲۴	۰/۶۸
	پسران	دارای اضافه وزن	۰/۹۵	۱/۹۱
		وزن طبیعی	۰/۱۳	۰/۵۷
کل مشکلات درونی سازی شده	دختران	دارای اضافه وزن	۴/۳۱	۳/۸۵
		وزن طبیعی	۳/۸۱	۳/۷۷
	پسران	دارای اضافه وزن	۵/۷۸	۴/۷۸
		وزن طبیعی	۳/۸۵	۴/۱۲

جدول ۲: برآورد پارامترها و معنی‌داری آنها در گروه دانش‌آموزان دارای اضافه وزن در مقایسه با گروه دارای وزن طبیعی

معنی داری	EXP(B)	والد	انحراف استاندارد	ضریب B	نام متغیر
۰/۵۷۴	۰/۹۷	۰/۳۱۶	۰/۰۵۴	۰/۰۳	مشکلات عاطفی
۰/۷۰۱	۰/۹۶۹	۰/۱۴۸	۰/۰۸۲	۰/۰۳۲	مشکلات اضطرابی
۰/۰۰۴	۰/۶۶۵	۸/۳۸۴	۰/۱۴۶	۰/۴۲۳	مشکلات جسمانی شکل
۰/۰۵	۰/۶۱	۳/۸۵	۰/۲۵۲	-۰/۴۹۵	جنسیت
۰/۶۴	۰/۹۰۱	۰/۱۸۱	۰/۲۴۴	-۰/۱۰۴	شغل پدر
۰/۶۴۴	۰/۹۳۱	۰/۲۱۴	۰/۱۵۶	-۰/۰۷۲	تحصیلات پدر
۰/۰۷۳	۱/۴	۳/۲۲	۰/۱۸۸	۰/۳۳۸	شغل مادر
۰/۸۷۶	۰/۹۷۴	۰/۰۲۴	۰/۱۷	-۰/۰۲۶	تحصیلات مادر
۰/۰۳۴	۰/۰۵۲	۴/۳۶	۰/۱۳۳	۰/۲۳۳	سن کودک
۰/۱۹۳	۰/۱۲۹	۱/۶۹	۱/۵۷	-۲/۰۵۱	مقدار ثابت

ضرایب لجستیک متغیرهای مشکلات جسمانی شکل (B=۰/۴۳۳, P=۰/۰۰۴) و سن کودک (P=۰/۰۵۲) متغیرها معنی‌دار هستند و ضرایب لجستیک سایر متغیرها معنی‌دار نیست.

بنابراین با توجه به مقادیر EXP(B) و علامت مقدار B هر کدام از متغیرهای فوق و به شرط ثابت ماندن سایر متغیرهای پیش‌بینی می‌توان نتیجه گرفت که با یک واحد افزایش در مشکلات جسمانی شکل و سن کودک شانس عضویت فرد در گروه دانش‌آموزان دارای اضافه وزن به ترتیب تا ۰/۶۶۵ و ۰/۰۵۲ برابر افزایش می‌یابد. در جدول شماره ۳ توزیع فراوانی مشاهده شده و فراوانی پیش‌بینی شده را به همراه درصد تشخیص ارائه شده است.

همان‌طور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، مدل از ۱۴۰ نفر که در گروه دارای اضافه وزن بودند، ۱۲۶ نفر را به درستی تشخیص داده (آنها را دارای اضافه وزن تشخیص داده) و ۱۴ نفر را نادرست تشخیص داده است، بنابراین در این گروه درصد صحت تشخیص ۹۳/۵ خواهد بود. در گروه دارای وزن طبیعی هم ۱۰۲ نفر را به درستی و ۱۸ نفر را نادرست تشخیص داده است، بنابراین درصد صحت تشخیص ۱۵/۱ خواهد بود.

این آزمون نشان می‌دهد که آیا مدل مورد بررسی به قدر کافی قادر به پیش‌بینی هست یا خیر. این آزمون شاخصی از توافق بین نتایج مشاهده شده و نتایج پیش‌بینی شده را ارائه می‌دهد. اما مدلی خوب است که مقدار p آن از ۰/۰۵ بیشتر باشد.

براساس تحلیل لجستیک (P=۰/۸۵, df=۸)، نتایج با توجه به مجذور خی و سطح معنی‌داری نشان می‌دهد که مدل از برآزش خوبی برخوردار است. این مدل نشان می‌دهد که آیا یک متغیر مستقل سهم معنی‌داری در تبیین مدل به طور کلی دارد یا خیر، اما مشخص نمی‌کند که آیا متغیر مستقل مورد نظر می‌تواند میان دو گروه (برای مثال، بین گروه دانش‌آموزان دارای اضافه وزن و دانش‌آموزان دارای وزن طبیعی) تمایز قائل شود یا خیر. در رگرسیون لجستیک برای دست‌یابی به این اطلاعات ضرایب لجستیک^۱ را محاسبه و معنی‌داری آنها را مورد آزمون قرار می‌دهد. در جدول ۲ ضرایب لجستیک (برآورد پارامترها^۲) و معنی‌داری این ضرایب برای پیش‌بینی گروه دارای اضافه وزن در مقایسه با گروه دارای وزن طبیعی درج شده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌شود

1. logistic coefficients
 2. parameter estimates

جدول ۳: توزیع فراوانی مشاهده شده و فراوانی پیش بینی شده به همراه درصد تشخیص نمونه

توزیع فراوانی مشاهده شده و فراوانی پیش بینی شده				
درصد تشخیص	پیش بینی شده		تشخیص / واقعیت	
	وزن طبیعی	دارای اضافه وزن	دارای اضافه وزن	مشاهده شده
۹۳/۵	۱۴	۱۲۶	دارای اضافه وزن	مشاهده شده
۱۵/۱	۱۸	۱۰۲	وزن طبیعی	
۶۵/۸	درصد کل			

نتایج پژوهش حاضر با برخی تحقیقات ناهماهنگ می باشد [۶، ۱۲، ۲۰]. از جمله می توان به نتایج پژوهش وجنار و همکاران اشاره کرد که گزارش کردند، کودکان و نوجوانانی که دارای BMI بالا هستند، افسردگی و اختلالات خواب دارند [۱۷]. نتایج پژوهش سوبرگ نیز نشان داده است که افسردگی، احساس شرم و کناره گیری از اجتماع با چاقی همبستگی دارد [۱۴].

علی رغم اینکه اکثر مطالعات نشان داده است که چاقی و اضافه وزن با افسردگی و اضطراب رابطه دارند، در پژوهش حاضر این نتایج به دست نیامد. در تبیین نتایج می توان گفت از آنجا که اختلالات درونی سازی شده مشکل چندانی برای اطرافیان ایجاد نمی کند و بسیاری از نشانه ها که کودکان از آن رنج می برند، مانند ناامیدی، اضطراب و .. صرفاً درون فرد تجربه می شود، والدین نسبت به این مشکلات کمتر حساس اند [۳۴]. همان طور که نتیجه پژوهش حاضر نشان داده است، شکایات جسمانی با اضافه وزن همبستگی نشان داده است؛ این شکایات جسمانی که با توجه به پرسشنامه شامل درد در معده، سردرد و از این موارد بوده است؛ مؤید این مطلب است. والدین با توجه به ماهیت مشکلات درونی سازی شده متوجه مشکلات کودک خود نمی شوند و گاهی علائم و شکایات جسمانی می بینند و سعی می کنند این حالت ها را با توجه بیشتر به وضعیت تغذیه ای کودک جبران کنند، در صورتی که متغیرهای بسیاری در این زمینه دخیل اند. به عنوان مثال گروسی فرشی به نقل از خلیلیان و همکاران طی پژوهشی بیان کرد که دانش آموزان، فشارهای روانی خود را به صورت های

در مجموع قدرت تشخیص مدل در حدود ۶۵/۸ درصد است. به عبارت دیگر اگر فردی عضو یکی از این دو گروه باشد، به احتمال ۶۵/۸ درصد این متغیرها موقعیت او را درست پیش بینی می کنند.

بحث و نتیجه گیری

همان طور که بیان شد، هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سوال بود که آیا مشکلات درونی سازی شده شامل مشکلات عاطفی، اضطرابی و جسمانی شکل و ویژگی های والدینی از جمله شغل و تحصیلات والدین همچون سن و جنسیت کودک پیش بین ابتلا به اضافه وزن هستند؟ نتایج نشان داد که مشکلات جسمانی شکل پیش بین ابتلا به اضافه وزن است ولی مشکلات عاطفی و اضطرابی پیش بین ابتلا به اضافه وزن نیستند ($P < ۰/۰۵$). این نتایج با برخی پژوهش های پیشین هماهنگ می باشد [۳، ۲۱-۲۳]. از جمله می توان به مطالعه پاستور و همکاران اشاره کرد که بیان کردند بین دو گروه دانش آموزان دارای اضافه وزن و دارای وزن طبیعی از نظر میزان عزت نفس و سطح اضطراب تفاوت معنی داری وجود ندارد [۲۱]. سیدامینی و همکاران نیز طی مطالعه ای به این نتیجه رسیدند که رابطه معنی داری بین مشکلات رفتاری با مدت زمان تماشای تلویزیون در دختران ابتدایی دارای اضافه وزن وجود ندارد و تنها شکایات جسمانی با مدت تماشای تلویزیون رابطه معنی داری دارد [۲۲]. مطالعه هاشمی پور و همکاران نیز نشان داده است که سطح اضطراب در دو گروه از دانش آموزان چاق و دارای اضافه وزن تفاوت معنی داری نداشته است [۳]. همچنین

مطالعاتی که افزایش چربی بدن را در کودکان مورد بررسی قرار می‌دادند به عنوان نمایه ای از چربی بدن به کار برده شده است. با این حال BMI روش اندازه گیری دقیقی برای چربی بدن نیست و ممکن است همیشه اطلاعات صحیحی در مورد تغییر در چربی و ترکیب بدن که با بیماری در ارتباط است، فراهم نکند [۴۳]. به این ترتیب چاقی کودکان بر اساس صدک BMI این احتمال وجود دارد که کودکان دارای چربی بدن زیاد و توده بدون چربی کم در محدوده نرمال جمعیت قرار گیرد [۴۴]. بنابراین به منظور ارزشیابی صحیح ضروری است که BMI با معیار تشخیصی دیگری که چربی بدن را می‌سنجد، جایگزین شود، نمایه توده چربی بدن^۱ (FMI) معیار مناسب‌تری است که توده چربی بدن را نسبت به قد و به طور مستقل از توده بدون چربی بیان می‌کند.

همچنین این پژوهش نشان داد که شغل و تحصیلات والدین و جنسیت کودک پیش بین ابتلا به اضافه وزن نیستند، در صورتی که سن کودک پیش بین ابتلا به اضافه وزن می‌باشد ($P < 0/05$). این نتایج هم با برخی تحقیقات هماهنگ [۲۳، ۲۹-۳۱] می‌باشد. از جمله طباطبائی و همکاران طی مطالعه ای به این نتیجه دست یافتند که بین دو گروه دانش آموزان چاق و طبیعی از نظر سن، شغل و تحصیلات والدین و وضعیت اقتصادی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه دیده نشد [۳۰]. خزاعی و همکاران نیز طی مطالعه ای به این نتایج دست یافت که بین دو جنس دختر و پسر از لحاظ مشکلات رفتاری تفاوت معنی‌دار نبود [۴۱]. همچنین نتایج پژوهش حاضر با برخی تحقیقات ناهم‌هنگ است [۲۴-۲۸، ۴۱]. از جمله می‌توان به مطالعه بایگی و همکاران اشاره کرد که بیان کردند بین شغل و تحصیلات والدین با اضافه وزن کودک رابطه معنی‌داری به چشم می‌خورد [۲۸].

محققان معتقدند که متغیرهای اجتماعی - اقتصادی مانند میزان تحصیلات، شغل و درآمد والدین از طریق تغییر در رفتار و شیوه زندگی و دسترسی به غذاهای آماده و فعالیت فیزیکی کودکان می‌تواند موجب تغییراتی در

مختلفی از جمله شکایات جسمانی نشان می‌دهند [۳۵]. بنابراین در خصوص تبیین این نتیجه می‌توان به علت‌شناسی این اختلال اشاره کرد. از جمله مهمترین عواملی که باعث شکایات جسمانی می‌شود، متغیرهای روانشناختی مانند عوامل استرس‌زای مدرسه [۳۶] و خصوصیات خانوادگی مثل استرس یا بیماری والدین، تعارضات خانوادگی و خصوصاً تعامل منفی والد-کودک و سبک فرزند پروری ناکارآمد والدین [۳۷-۳۸] می‌باشند. چنانچه که پور احمدی و همکاران طی مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافتند که آموزش فرزندپروری مثبت در کاهش شکایات جسمانی کودکان موثر بوده است [۳۹]. پژوهش‌ها نشان می‌دهد، زمانی که شرایط بیوشیمیایی کودک تحت تاثیر تعارضات والدین تغییر می‌کند؛ قطعاً عدم احساس آرامش، امنیت و نگرانی کودک در شرایط وجود تعارض در خانواده و والدین به نحو بارزتری می‌تواند رخ دهد [۴۰]. بنابراین شاید اولین نشانه وجود مشکلات و ناهنجاری‌ها در کودکان، شکایات جسمانی باشد که بنابراین توجه به این مسئله ضروری به نظر می‌رسد و نیاز به مداخلات روانشناختی دارد. تحقیقات نشان داده است که فراوانی شکایات جسمانی در بین کودکان بسیار بالاست. از طرفی با توجه اینکه نگرش اطرافیان می‌تواند در بروز یا عدم بروز اختلال‌های روانی تاثیر به‌سزایی داشته باشد، شاید این موضوع که هنوز به عقیده بعضی والدین کودک و نوجوان چاق نشان از برخورداری سلامتی است، در به دست آوردن این نتایج نقش موثری داشته باشد. به عبارتی در فرهنگ ایرانی هنوز هم کودکان چاق دوست داشتنی‌تر تلقی می‌شوند. همچنین مطالعات زیادی نشان می‌دهد که شیوع مشکلات رفتاری در کودکان بالا رفته است [۴۱-۴۲]، این به این معنی است که به طور کلی مشکلات رفتاری در کودکان افزایش پیدا کرده و این نتیجه پژوهش حاضر را دستخوش تغییر می‌کند چراکه تفاوت زیادی از لحاظ مشکلات رفتاری بین کودکان با وزن طبیعی و کودکان دارای اضافه وزن دیگر وجود ندارد. از طرفی نمایه توده بدن به طور گسترده‌ای در اکثر

1. Fat Mass Index

به طور کلی، علی رغم اینکه تحقیقات اپیدمیولوژیک نشان داده که نرخ آسیب های روانی در کودکان دارای اضافه وزن و چاق بیشتر است [۴۸] اما بین مشکلات رفتاری و اضافه وزن رابطه ای دوطرفه وجود دارد [۴۶]، بنابراین به نظر می رسد برای روشن تر شدن رابطه بین آنها، به مطالعات گسترده تر و همینطور مطالعات آینده نگر نیاز است.

این پژوهش با محدودیت های همراه بود از جمله اینکه پژوهش حاضر فقط روی دانش آموزان دبستانی شهر تهران صورت گرفت و بنابراین نتایج قابل تعمیم به دانش آموزان دیگر مقاطع و شهرها نیست. همینطور که پیشینه پژوهشی نشان داده است وضعیت اقتصادی خانواده ها می تواند در اضافه وزن و مشکلات رفتاری موثر باشد که در این تحقیق این متغیر مورد بررسی قرار نگرفت. همچنین باید به این نکته توجه داشت که تغییرات دوران بلوغ می تواند در اضافه وزن تاثیر داشته باشد؛ لذا توجه به این نکته ضروری است و باید در نتایج جانب احتیاط را رعایت کرد. بنابراین پیشنهاد می شود مطالعه دیگری با احتساب محدودیت های ذکر شده و با استفاده از شاخص توده چربی بدن (FMI) به جای شاخص توده بدنی (BMI) طراحی گردد.

پیشنهادات کاربردی

با توجه به نتایج پژوهش حاضر از آنجایی که مشکلات جسمانی شکل پیش بین ابتلا به اضافه وزن است و این مشکلات در واقع زبان بدن هستند و گویای مشکلات اساسی زیربنایی، آگاهی دادن و تغییر نگرش والدین در پیشگیری از بروز چاقی و اضافه وزن و در نهایت مشکلات رفتاری ضروری به نظر می رسد. از طرفی طبق تحقیقات کودکان چاق به بزرگسالان چاق تبدیل خواهند شد، لذا برنامه ریزی و سیاست گذاری های مرتبط در حوزه سلامت و بهداشت کودکان از اهمیت زیادی برخوردار است.

زندگی کودکان شود. اغلب تحقیقات میزان تحصیلات والدین را در چگونگی رفتار با فرزندان با اهمیت دانسته و مشخص کرده اند که والدین با سطح تحصیلات بالاتر، رفتار دوستانه تر و آزادانه تری با فرزندان خویش دارند و در دستورات انضباطی خود قاطعیت دارند [۴۲]. همچنین بعضی تحقیقات شغل والدینی را که منجر به جدایی دراز مدت از کودکان به دلیل مسافرت ها و یا ماموریت های مکرر می شود، در بروز مشکلات برای کودکان موثر می دانند [۴۵]. اما از آنجایی که امروزه اکثر والدین از تحصیلات دانشگاهی برخوردارند و به نوعی نیز دارای شغل مناسبی هستند، سبک زندگی تغییر کرده است. همانطور که در ویژگی های جمعیت شناختی پژوهش حاضر ملاحظه می شود، والدین هر دو گروه از نظر میزان تحصیلات و شغل بسیار نزدیک به هم می باشند، لذا این مورد، نتایج را دستخوش تغییر می کند. به عبارتی شاید بتوان گفت با توجه به مدرنیزه شدن جامعه و زندگی امروزی و از آنجایی که اکثر والدین از تحصیلات عالی برخوردارند، میزان تحصیلات و شغل کمتر می تواند در اضافه وزن و مشکلات رفتاری کودکان موثر باشد و این مورد نیاز به پژوهش های منسجم و دقیقتری دارد. همچنین یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر این است که اضافه وزن سن کودک را پیش بینی می کند. در تبیین این نتیجه می توان گفت که پیشینه مطالعاتی نشان داده است که چاقی دوران کودکی با چاقی دوران بزرگسالی، ارتباط مستقیم دارد [۶]؛ به عنوان مثال مامون و همکاران طی مطالعه طولی گزارش کرده اند که اضافه وزن در دوران کودکی و نوجوانی، با افزایش مشکلات رفتاری مرتبط است [۴۶]. معمولاً کودکان و نوجوانان تمایلی با همسالان دارای اضافه وزن خود، ندارند و این کودکان دارای اضافه وزن تنها می مانند؛ علاوه بر این انزوای اجتماعی، کاهش اعتماد به نفس و داشتن تصور منفی از خود نیز از مشکلات دیگری است که روی می دهد [۴۷]. بنابراین این احتمال وجود دارد که با افزایش سن و وزن کودکان میزان مشکلات درونی شده نیز در بین آنها افزایش یابد، البته باید به تغییرات مربوط به دوران بلوغ نیز توجه داشت.

6- Mulvaney SA, Kaemingk KL, Goodwin JL, Quan SF. (2006). Parent-rated behavior problems associated with overweight before and after controlling for sleep disorder breathing. *BMC Pediatrics*; 6: 34.

7- Achenbach, T.M., Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA school age : Form & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.

8- Marchant, M. R., Solano, B. R., Fisher, A.K., Caldarella, P., Young, K. R., & Renshaw, T. L. (2007). Modifying socially withdrawn behavior: A playground intervention for students with internalizing behaviors. *Psychology in the Schools*, 44 (8): 779 – 794.

۹- مرادی، آذر. سید امینی، به یانه، مالک، ایوب، ابراهیمی ممقانی، مهرانگیز (۱۳۸۶). مشکلات اجتماعی در کودکان چاق و دارای اضافه وزن. فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۵(۲): ۳۶-۴۰.

10- Swallen KC, Reither EN, Haas SA, Meier AM. (2005). Overweight, obesity, and health-related quality of life among adolescents: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Pediatrics*; 115(2):340-7.

11- Anderson, SE; Cohen, P; Naumova, EN; Jacques, PF; Must, A. (2007). Adolescent obesity and risk for subsequent major depressive disorder and anxiety disorder: prospective evidence. *Psychosom Med*; 69:740-7.

۱۲- سید امینی، به یانه؛ مرادی، آذر؛ مالک، ایوب؛ ابراهیمی ممقانی، مهرانگیز. (۱۳۸۸). نقش تماشای تلویزیون در ایجاد چاقی و مشکلات رفتاری. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۲۳(۶۷): ۸-۱۴.

13- Herva, A; Laitinen, J; Miettunen, J; Veijola, J; Karvonen, JT; Läksy, K; Joukamaa, M. (2006). Obesity and depression: results from the longitudinal Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Int J Obes (Lond)*; 30:520-7.

14- Sjoberg RL, Nilsson KW, Leper J. (2005). Obesity, shame, and depression in school aged children: A population. Based study. *Pediatrics*; 116(3): 389-392.

تشکر و قدردانی

از تمامی والدین دانش آموزان مقطع ابتدایی منطقه شش تهران که در این پژوهش شرکت کردند، مسئولین و مدیران این مدارس و کلیه عزیزانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند کمال تشکر را داریم.

منابع

1- National Institute of Mental Health(NIMH). (2006). Obesity Linked with Mood and Anxiety Disorders, <http://www.nimh.nih.gov/science-news/2006/obesitylinked-with-mood-and-anxiety-isorders.shtm>(Accessed Nov 2009).

۲- جان بزرگی، مسعود؛ آگاه هریس، مزگان؛ موسوی، الهام؛ علی پور، احمد؛ گلچین، ندا؛ نوحی، شهناز. (۱۳۹۲). مقایسه درمانگری مبتنی بر مهارت های حل مسئله و قابل با شناخت درمانگری مدیریت وزن در کاهش شاخص توده بدنی و بهبود سبک زندگی کارآمدوزن. دوفصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت، ۲۰(۹): ۱-۱۲.

۳- هاشمی پور، مهین، کلشادی، رویا؛ روح افزا، حمیدرضا؛ پورآرین، شهره. (۱۳۸۴). اضطراب در دانش آموزان ۱۲ تا ۱۸ ساله مبتلا به اضافه وزن و چاقی اصفهان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی قزوین، ۳۵: ۱۰۴-۱۰۸.

4- Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. (2010). Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. *Journal of the American Medical Association*; 307(5):483-490.

۵- میرمیران، پروین؛ میربلوکی، محمدرضا؛ محمدی نصرآبادی، فاطمه؛ عزیزی، فریدون. (۱۳۸۲). شیوع لاغری، اضافه وزن و چاقی در نوجوانان تهرانی بین سال های ۱۳۷۷-۸۰: مطالعه قند و لیپید تهران. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، ۵(۴): ۳۷۱-۳۷۷.

- ۲۳- عصار، شیده؛ اصغری، شهرام. (۱۳۸۴). بررسی شیوع چاقی و اضافه وزن در دانش آموزان ۷-۱۴ ساله شهر اهواز. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی اهواز*، ۴۴: ۲۰-۱۱.
- 24- Gnani R, Spagnoli TD, Galotto C, Pugliese E, Carta A, Cesari L. (2000). Socioeconomic status, overweight and obesity in prepubertal children: a study in an area of Northern Italy. *European Journal of Epidemiology*; 16: 797-803.
- 25- Wang G, Dietz WH. (2002). Economic burden of obesity in youth's age 6 to 17 years: 1979-1999. *Pediatrics*; 109: 81.
- 26- Scholder VHK. (2008). Maternal employment and overweight children: does timing matter? *Health Econ* 2008; 17:889-906
24. Ruhm CJ. Maternal Employment and Adolescent Development. *Labour Econ*, 15: 958-83.
- 27- Ruhm CJ. (2008). Maternal Employment and Adolescent Development. *Labour Econ*; 15: 958-83.
- 28- Bayegi, F; Dorosti Mottlagh, AR; Eshraghian, MR; Sadrzadeh, H. (2009). Familial risk factors of obesity in Neishabour school children. *Payesh*, 8(3): 269-289. (Persian)
- 29- Matsueda, R; heimer, K. (1987). Race, Family Structure, and Delinquency: A Test of Differential Association and Social Control. *American sociological review*, 52: 826-840.
- ۳۰- طباطبایی، مینا، درستی، احمدرضا؛ کشاورز، سیدعلی. (۱۳۸۳). بررسی مورد شاهدی عوامل خطر خانوادگی چاقی در دانش آموزان دبستانی شهر اهواز. *پایش*، ۴(۱): ۱۹-۲۷.
- ۳۱- اکبری، نسرین؛ فروزنده، نسرین؛ دل آرام، معصومه، رحیمی، محمد. (۱۳۸۵). بررسی درک والدین تا ۱۲ ساله چاق نسبت به چاقی کودکانشان و تاثیر آموزش بر آن. *مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران*، ۸(۳): ۲۴۱-۲۴۸.
- 15- Young-Hyman D, Schlundt DG, Herman-Wenderoth L,Bozylinski K. (2003). Obesity, Appearance, and PsychosocialAdaptation in Young African American Children. *Journal ofPediatric Psychology*; 28(7): 463-472.
- ۱۶- شاهقلیان، ناهید؛ آئین، فرشته؛ دریس، فاطمه. (۱۳۸۲). تعیین صدک نودم و برخی فاکتورهای خطرآفرین چاقی در کودکان دبستانی ۷-۱۲ سال استان چهارمهل و بختیاری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۵(۴): ۴۲-۴۸.
- 17- Wojnar J, Brower KJ, Dopp R, Wojnar M, Emslie G, Rintelmann J, Hoffmann RF, Armitage R.(2010). Sleep and body mass index in depressed children and healthy controls. *Sleep Med*; 11(3):295-301.
- 18- Lande MB, Adams H, Falkner B, Waldstein SR, Schwartz GJ, Szilagyi PG, Wang H, Palumbo D. (2009). Parental assessments of internalizing and externalizing behavior and executive function in children with primary hypertension. *J Pediatr*, 154(2):207-12.
- 19- Reising, M.M; Watson, K.H; Hardcastle, E.J Merchant, M.J; Roberts, L; Forehand, R; Compas, B.E. (2013). arental Depression and Economic Disadvantage: The Role of Parenting in Associations with Internalizing and Externalizing Symptoms in Children and Adolescents. *J Child Fam Stud*, 22:335-343.
- 20- Daniels, SR; Arnett, DK; Eckel ,RH; Gidding, SS; Hayman, LL; Kumanyika, S; Robinson, TN; Scott, BJ; St Jeor, S; Williams, CL. (2005). Overweight in children and Adolescent. *Pathphysiology, consequences, prevention, and treatment. Circulation*; 111: 1999-2012.
- 21- Pastore DR, Fisher M, Friedman SB. (1996). Abnormalities in weight status, eating attitudes, and eating behaviors among urban high school students: correlations with self-esteem and anxiety. *J Adolesc Health*; 18(5): 312-9.
- ۲۲- سید امینی، به یانه؛ مرادی، آذر؛ مالک، ایوب؛ ابراهیمی ممقانی، مهرانگیز. (۱۳۸۸). نقش تماشای تلویزیون در ایجاد چاقی و مشکلات رفتاری. *نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۲۳(۶۷): ۸-۱۴.

- ۴۱- خزاعی، طیبه؛ خزاعی، محمد مهدی، خزاعی، معصومه. (۱۳۸۴). شیوع مشکلات رفتاری در کودکان شهر بیرجند. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۱۲ (۱ و ۲): ۷۹-۸۵.
- ۴۲- انیسی، جعفر، سلیمی، سید حسین؛ میرزمانی، سید محمود؛ رئیسی، فاطمه؛ نیکنام، مژگان. (۱۳۸۶). بررسی مشکلات رفتاری نوجوانان. مجله علوم رفتاری، ۱ (۲): ۱۶۳-۱۷۰.
- 43- Wells JC. (2001). A critique of the expression of paediatric body composition data. *Arch Dis Child*; 85(1): 67-72.
- 44- Colombo O, Villani S, Pinelli G, Trentani C, Baldi M, Tomarchio O, et al. (2008). To treat or not to treat: comparison of different criteria used to determine whether weight loss is to be recommended. *Nutr J*; 7: 5-11.
- ۴۵- محمدی، محمدرضا؛ رضائیان، حمید. (۱۳۷۹). بررسی و تحقیق اختلالات رفتاری و روانی دانش آموزان مدارس تهران. مجله طب و تزکیه، ۳ (۳۹): ۵۹.
- 46- Mamun AA, O'Callaghan MJ, Cramb SM, Najman JM, Williams GM, Bor W. (2009). Childhood behavioral problems predict young adults' BMI and obesity: evidence from a birth cohort study. *Obesity (Silver Spring)*; 17(4):761-6.
- 47- Anderson S.E., Cohen P., Naumova E.N., & Must A. (2006). Association of depression and anxiety disorders with weight change in a prospective community. Based study of children followed up into adulthood. *Pediatric Adolescent Medicine*, 160, 285-291.
- 48- Hebebrand J, Herpertz-Dahlmann B. (2009) Psychological und psychiatric aspects of pediatric obesity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 18:49-65.
- 32- Dolan, M. C., & Rennie, C. E. (2007). The relationship between psychopathic traits measured by the Youth Psychopathic Trait Inventory and psychopathology in a UK sample of conduct disordered boys. *Journal of Adolescence*, 30 (4), 601-611.
- 33- Youngstrom, E., Youngstrom, J. K., & Starr, M.(2005). Bipolar diagnoses in community mental health: Achenbach Child Behavior Checklist Profiles and Patterns of Comorbidity. *Biological Psychiatry*, 58 (7), 569-575.
- ۳۴- بیات، مریم. (۱۳۸۷). بازی درمانگری بی رهنمود در کودکان مبتلا به مشکلات درونی سازی شده. فصلنامه روانشناسان ایرانی، ۴ (۱۵): ۲۶۷-۲۷۶.
- ۳۵- خلیلیان، علیرضا؛ حسن زاده رمضان؛ ضرغامی، مهران. (۱۳۷۹). بررسی ارتباط بین عوامل استرس زای مدرسه و شکایات جسمانی در دانش آموزان شهرستان ساری در سال تحصیلی ۱۳۷۸-۷۹. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۰ (۲۶): ۵۶-۶۱.
- 36- Buddeberg FB, Gnam G. (1995). School type, school stress and health problem in Zurich middle school students. *J Pediatr Psychol*, 26(5): 259-67.
- 37- Craig TK, Boardman AP, Mills K. (1993). The South London somatisation study. I: Longitudinal course and the influence of early life experiences. *Br J Psychiatry*, 163(12): 579-88.
- 38- Beck JE. (2007). A developmental perspective on functional somatic symptoms. *J Pediatr Psychol*, 86(7): 1083-94.
- ۳۹- پوراحمدی، الناز؛ جلالی، محسن؛ روشن، رسول؛ عابدین، علیرضا. (۱۳۸۸). تاثیر آموزش برنامه فرزند پروری مثبت بر کاهش شکایات جسمانی کودکان. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۱۱ (۲): ۷۲-۷۸.
- ۴۰- موسوی، رقیه؛ فرزاد، ولی الله؛ نوایی نژاد، شکوه. (۱۳۸۹). تعیین اثر خانواده درمانی ساختاری در درمان اختلالات اضطرابی کودکان. دوفصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۷ (۴۰): ۱-۱۰.

مقایسه باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی با بینش بالا، پایین و افراد سالم

نویسندگان: مصطفی طوبائی*^۱، محمد رضا شعیری^۲، غلامحسین قائدی^۳
و گیتی شمس^۴

- ۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد.
- ۲- عضو هیئت علمی گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد.
- ۳- عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد.
- ۴- عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

*Email: mostafat121@hotmail.com

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین تفاوت باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی با بینش پایین و بالا و همچنین گروه غیر بیمار بوده است. بدین خاطر ۱۹ آزمودنی مبتلا به وسواس با بینش بالا و ۴ بیمار مبتلا به وسواس با بینش پایین (بر اساس نمره فرد در گویه یازدهم آزمون ییل براون) و همچنین ۲۶ آزمودنی غیربیمار به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. آزمودنی ها با آزمون ییل براون، پرسشنامه BDI-II، و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-12) و پرسشنامه باورهای فراشناختی - ۳۰ گویه ای (MCQ-30) مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج به دست آمده نشان داد که بیماران مبتلا به وسواس نسبت به افراد غیربیمار به طور معناداری در خرده مقیاسهای باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار نمرات بالاتری بدست آوردند. اما مقایسه بیماران وسواسی با بینش بالا و پایین در باورهای فراشناختی هیچ تفاوتی را در دو گروه آشکار نداشت. بنابراین می توان گفت باورهای فراشناختی در اختلال وسواس از اهمیت خاصی برخوردار است.

کلید واژه‌ها: اختلال وسواس فکری- عملی، بینش، باورهای فراشناختی.

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
و نشر

• دریافت مقاله: ۹۳/۲/۱

• پذیرش مقاله: ۹۳/۶/۲۵

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015

Clinical Psy. & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیست و یکم - دوره

جدید شماره ۱۱

پاییز و زمستان ۱۳۹۳

مقدمه

اختلال وسواس فکری عملی^۱ چهارمین اختلال شایع در میان اختلالات روانپزشکی به حساب می‌آید و ۲ تا ۳ درصد جمعیت عمومی را در طول عمر درگیر می‌کند [۱،۲]. این اختلال با افکار، تصاویر و رفتارهای تکراری مشخص می‌شود که باعث آشفتگی و ناتوانی فرد می‌شوند [۳-۸]. پژوهش‌ها در مورد این نوع بیماران، گاه به واری رابطه برخی متغیرهای در درون این گروه، و گاه به مقایسه رابطه این متغیرها در مقایسه با دیگران بیماران پرداخته‌اند. یکی از این متغیرها بینش^۲ است. در این میان بینش متغیری است که توانایی برقراری تمایز در بین بیماران وسواسی را دارد. هر چند باید خاطر نشان کرد که وسواس به طور سنتی، یک بیماری با بینش خوب نسبت به نشانه‌ها در نظر گرفته شده است [۹،۱۰]. اما نسخه بازننگری شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی^۳ نشان داده است که حدود یک چهارم از بیماران وسواسی در مورد غیر منطقی یا افراطی بودن نشانه‌ها نشان اطمینان ندارند [۱۰-۱۲]. به همین جهت بررسی همبسته‌های بالینی بینش از اهمیت بسزایی برخوردار است و توجه فزاینده پژوهشگران را به خود جلب کرده است. بر این اساس و با توجه به نتایج مطالعات انجام شده، سطوح بینش، می‌تواند شاخص مهمی از پیش آگهی و پاسخ به درمان در بیماران وسواسی تلقی شود [۱۲،۱۳].

بینش به عنوان توانایی تشخیص علت و معنای موقعیت یک فرد و همچنین آگاهی از بیماری تعریف می‌شود [۱،۱۴]. البته در اینکه بینش در اختلال وسواس متوجه نشانه‌ها، نیاز به درمان و یا یک آگاهی کلی است، توافقی وجود ندارد [۱۰،۱۵]. باید توجه داشت که بینش در سطح نشانه‌شناسی به آگاهی فرد از مهم‌بودن وسواس‌ها^۴ مربوط می‌شود [۱۰،۱۶]. از طرفی فانتل و

همکاران در سال ۲۰۱۰ پیشنهاد می‌کنند که بجای در نظر گرفتن بینش به عنوان یک مفهوم دو قطبی، نگاهی پیوستاری به آن داشته باشیم [۱۲،۱۳].

بر این اساس می‌توان بینش در بیماران وسواسی را روی پیوستاری قرار داد که از بینش خوب - که در آن بیماران به افراطی و غیر منطقی بودن افکار و نگرانی‌هایشان به خوبی آگاهند - تا اطمینان‌هدیانی^۵ - که در آن وسواس‌ها واقعی و منطقی در نظر گرفته می‌شود گسترده شده است [۱۰،۱۴،۱۵]. از این رو نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، بینش ضعیف را به صورت ناتوانی فرد برای تشخیص افراطی یا غیرمنطقی بودن نشانه‌های خود تعریف می‌کند [۱۰،۱۷]. همچنین آنچه که در نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تحت عنوان بینش ضعیف مطرح شده، در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به صورت بینش خوب یا نسبتاً خوب، بینش ضعیف و عدم بینش، تصحیح شده است [۷].

بینش ضعیف در اختلال وسواس فکری - عملی با برخی ویژگی‌های بالینی از قبیل تعداد و شدت بیشتر وسواس و اجبارها، سن شروع پایین‌تر، طولانی‌تر بودن مدت بیماری، دوره مزمن بیماری و شدت بیشتر بیماری ارتباط دارد [۱۸، ۱۹، ۲۲]. همچنین اختلال شخصیت اسکیزوتایپال، نشانه‌های افسردگی همبود یا وسواس‌ها و اجبارهای انباشت با بینش ضعیف مرتبط است [۱۴، ۱۸، ۲۲-۲۶]. از سوی دیگر، بینش پایین به عنوان یکی از بارزترین پیش‌بینی‌کننده‌های نتیجه درمانی ضعیف در نظر گرفته شده است [۱۰، ۱۹، ۲۶].

قابل ذکر است که برخی فرایندهای فراشناختی بهنجار مانند خود انعکاسی^۶، خود آگاهی^۷ و توانایی نگهداری بازنمایی‌های ذهنی برای تفکر، بنیانی اساسی برای بینش است. از اینرو بینش محدود در فرد، بیانگر مشکل وی در معنا دهی به تجارب روزانه به منظور

5. delusional conviction
6. self-reflection
7. self-awareness

1. Obsessive – compulsive disorder
2. Insight
3. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders-Fourth Edition- Text Revised(DSM-IV-TR)
4. Senselessness of obsessions

شاخص خوبی برای باورهای نگرانی در مورد آیین ها ست. در این بافت تکنیک های فراشناختی این پتانسیل را دارند که اینگونه باور ها را افزایش دهند و تکنیک ها توجه آگاهی گسلیده می تواند درمان منطقی برای بیماران وسواس با بینش خوب باشد اما برای بیماران با بینش ضعیف مناسب نیست [۱۴].

از آنجا که نیاز به کنترل افکار از تعیین کنندگی کمتری برای افراد وسواس با بینش ضعیف برخوردار است، احتمالاً مواجهه با افکار نا خواسته یا تصاویر ذهنی نمی تواند به چالش با باورهای فراشناختی و تسهیل گسلش از افکار وسواسی کمک کند [۱۴].

بررسی رابطه بین سطوح بینش با متغیرهای روان شناختی تلویحات بالینی و پژوهشی مهمی را در بردارد. برای مثال اصلاح باورهای مبتنی بر مواجهه از خوگیری مبتنی بر مواجهه و جلوگیری از پاسخ برای بیماران وسواس با بینش ضعیف کارایی بیشتری دارد [۱۴]. این ارتباط در حیطه بالینی می تواند پتانسیلی را برای ایجاد راهبردهای جدید برای بیماران با بینش پایین ایجاد کند [۱۰].

با توجه به نقش فرهنگ در بروز و زمینه سازی نشانه های وسواسی [۳۰] و کمبود پیشینه پژوهشی در زمینه ارتباط بین فراشناخت ها و بینش (با توجه به واریسی انجام شده این اولین پژوهشی است که در ایران فراشناخت واره ها را در بیماران مبتلا به وسواس با بینش بالا و پایین مورد بررسی قرار می دهد)، همچنین با توجه به تمهیدات یاد شده در مورد تفاوت برخی متغیرهای روانشناختی در افراد مبتلا به وسواس با بینش بالا و پایین با افراد سالم، مساله اساسی تحقیق حاضر در وهله نخست اینست که آیا باورهای فراشناختی در افراد مبتلا و غیر مبتلا به وسواس متفاوت است و در گام دوم اینکه آیا در باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به وسواس با بینش پایین و بالا تفاوت وجود دارد؟

بناکردن یک احساس شخصی پیچیده و منسجم از خود است [۱۰]. فراشناخت به عنوان تفکر درباره تفکر تعریف شده و شناخت در مورد صحت واکنش های فرد به محرک ها را در بر می گیرد. فراشناخت یک مفهوم گسترده است که آگاهی و تنظیم فعالیت های شناختی را در بر می گیرد. آگاهی فراشناختی دربرگیرنده آگاهی فرد در مورد توانایی های شناختی، راهبردهای شناختی و تکالیف شناختی خود است. در حالی که تنظیم فراشناختی نظارت و کنترل شناختی را در بر می گیرد [۲۷] اهمیت فرایند های فراشناختی مانند ارزیابی افکار و باورهایی در مورد تفکر، در شکل گیری و امتداد افکار خودآیند همواره مورد تاکید قرار می گیرد [۱۴].

همچنین نشان داده شده که آگاهی فرد در مورد افکار خودش و ارزیابی های منفی درباره افکار خودآیند پیش بینی کننده افکار وسواسی است [۱۴]. اونن در ۲۰۱۳ نشان داده که نمرات فراشناختی در گروه وسواسی به طور معنا داری بالاتر از گروه سالم است. هرمان^۱ و همکاران در ۲۰۰۳ نیز نشان دادند که نمرات تمام خرده مقیاس های فراشناخت در گروه افراد وسواسی بالاتر از گروه کنترل است [۲۸]. ریس و آندرسون در ۲۰۱۳ در مقاله ای مروری نشان دادند که باورهای فراشناختی در سبب شناسی اختلال وسواس نقش اساسی دارند و پژوهش های پیامد درمان معناداری آماری و بالینی را در درمان این اختلال براساس رویکرد فراشناخت آشکار ساخته است [۲۹]. البته باید توجه داشت که در پیشینه پژوهش، با واریسی های ما، تنها یک مطالعه رابطه بین بینش و فراشناخت را مورد بررسی قرار داده است. اونن در ۲۰۱۳ نتیجه می گیرد که نمرات کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خود آگاهی شناختی در بیماران وسواس با بینش پایین نسبت به گروه های دیگر (بیماران وسواسی با بینش بالا و گروه کنترل) پایین تر است [۱۴].

برخی مطالعات نشان داده اند که نگرانی و نشانه های وسواسی جبری را، کنترل ناپذیری و خطر پیش بینی می کنند. به علاوه نیاز به کنترل افکار به طور خاص

1. Hermans, D.

روش

نوع تحقیق

تحقیق حاضر از نوع علی مقایسه ای بوده است.

آزمودنی

۱) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر دربرگیرنده افراد مبتلا و غیر مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی بوده است.

۲) نمونه تحقیق: نمونه تحقیق حاضر در بر گیرنده دو گروه از آزمودنی‌ها است:

۱-۲- نمونه افراد مبتلا به وسواس

نمونه مورد بررسی شامل ۲۳ نفر افراد مبتلا به وسواس بوده که ۱۹ نفر از آنها دارای بینش بالا و ۴ نفر از آنها دارای بینش پایین بوده اند. آزمودنی‌های مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی با روش نمونه‌گیری در دسترس از سه مرکز بیمارستان روزبه، بیمارستان مصطفی خمینی و کلینیک تخصصی علوم رفتاری و روانپزشکی بالینی انتخاب شدند. معیارهای ورود عبارتند از: دریافت تشخیص وسواس توسط روانپزشک یا روانشناس بالینی براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR، کسب نمره حداقل ۹ از مقیاس ییل بروان [۳۱] بزرگسالان دارای محدوده سنی بین ۱۸ تا ۶۵، داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی. اگر بیماران سابقه اختلالات تیک، اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات سایکوتیک، اختلال دو قطبی، سو مصرف مواد و همچنین وضعیت‌های نورولوژیکی و جراحی عصبی مانند آسیب مغزی، تومور و صرع داشتند از پژوهش خارج می شدند. همچنین افرادی که نمره آنها در آزمون افسردگی بک بیش از ۲۰ بوده از تحلیل خارج شدند.

۲-۲- نمونه افراد غیر مبتلا

نمونه افراد غیر مبتلا، از بین افراد در دسترس که به اختلالات روانی مبتلا نبوده و در ۶ ماه گذشته به مراکز روانشناختی و روانپزشکی مراجعه نکرده و در هنگام بررسی، با توجه به مشکلات رفتاری دارویی دریافت نمی کرده‌اند، انتخاب شدند. غربالگری سلامت عمومی این افراد بوسیله پرسشنامه GHQ-12 انجام شده است. قابل

ذکر است که همگی آنها دارای نمره کمتر از ۱۵ جهت ورود به مطالعه بوده اند [۳۲]. همچنین سعی شده که این افراد به لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به نمونه افراد مبتلا نزدیک باشند. این افراد بر اساس سن، جنس و تحصیلات تا حد ممکن با بیماران وسواسی هم‌تا شده‌اند.

ابزارهای پژوهش

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش عبارتند از:

۱- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی

این پرسشنامه شامل اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها از قبیل سن، تحصیلات، جنس و همچنین اطلاعات بالینی از قبیل تاریخچه بیماری‌های جسمی و روانپزشکی بوده که اطلاعات یاد شده به صورت مصاحبه از آزمودنی‌ها دریافت شده است.

۲- مقیاس وسواس فکری عملی ییل براون

این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط گودمن و همکاران ساخته شده است و برای تعیین شدت اختلال وسواس فکری - عملی به کار می رود [۳۳]. این مقیاس یک مصاحبه غیر ساختاریافته است و از دو بخش تشکیل شده است: بخش اول سیاهه نشانه‌ها (SC) است که در برگیرنده ۵۸ نوع وسواس فکری - عملی است و بخش دوم مقیاس شدت نشانه‌ها (SS) است که از ده گزینه تشکیل شده است. در این فهرست دو مقیاس فرعی برای سنجش وسواس فکری و عملی وجود دارد. در ایران راجزی و همکاران در ۱۳۹۰ اعتبار هم‌گرایی این ابزار را از طریق همبستگی آن با خرده مقیاس وسواس فکری عملی SCL-90 بررسی کردند و ضریب همسانی درونی کندال عامل وسواس فکری SC، عامل وسواس عملی SC، نمره کل SC و SS با نمره خرده مقیاس وسواس فکری عملی SCL-90 را به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۴۶، ۰/۴۸ و ۰/۲۲ گزارش کردند. همچنین اعتبار هم‌گرایی Y-BOCS با تشخیص وسواس فکری عملی را برابر با ۰/۶۹ گزارش کردند. این محققین ثبات درونی دو بخش سیاهه نشانه و مقیاس شدت را به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵، پایایی

سوالی در سایر کشورها کاربرد بسیار داشته است. یعقوبی و همکاران در ۱۳۹۱ در ایران ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ و ضریب اعتبار تصنیف و اسپیرمن - براون را ۰/۹۱ گزارش می کند. اعتبار سازه را نیز از طریق بررسی همبستگی بین خرده مقیاس ها با یکدیگر و نمره کل محاسبه کردند و همبستگی قوی و معناداری را گزارش کردند. این پرسشنامه به روش لیکرتی از ۰ تا ۳ برای هر سوال نمره گذاری می شود. همچنین این محققین نمره برش ۱۵ در مطالعات یک مرحله ای و ۹ در مطالعات ۲ مرحله ای را به عنوان بهترین نمره برش پیشنهاد می کند [۳۲]. از این پرسشنامه برای بررسی وضعیت سلامت گروه بهنجار استفاده شد.

۵- مقیاس باورهای فراشناختی-۳۰ (MCQ-30)

پرسشنامه فراشناختی - ۳۰، یک مقیاس ۳۰ گویه ای است که توسط ولز و کارترایت - هاوتون (۲۰۰۴) برای سنجش باورهای فراشناختی مثبت و منفی افراد نسبت به نگرانی و افکار مزاحم طراحی و تدوین شد [۴۱]. این پرسشنامه دارای ۵ خرده مقیاس است: ۱- باورهای مثبت درباره نگرانی؛ ۲- باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی؛ ۳- باورهایی در مورد اطمینان - شناختی؛ ۴- باورهایی درباره نیاز به کنترل افکار و ۵- خودآگاهی شناختی. این ابزار به روش لیکرتی پاسخ دهی و از ۱ (عدم موافقت) تا ۴ (موافقت) برای هر سوال نمره گذاری می شود. نتایج پژوهش ولز و کارترایت - هاوتون در ۲۰۰۴ نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد. همسانی درونی برای مقیاس کل در حدود ۰/۹۳ و برای خرده مقیاس های اعتماد شناختی، باورهای مثبت، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۲، ۰/۹۲، ۰/۹۱ و ۰/۷۲ گزارش شده است. همچنین پایایی بازآزمایی مقیاس کل در فاصله چهار هفته ۰/۷۵ و اعتبار خرده مقیاس ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است [۴۱]. در ایران، شیرین زاده (۱۳۸۷) ضریب همسانی درونی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس

دو نیمه سازی برای SC و SS به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی را ۰/۹۹ گزارش کردند و نقطه برش ۹ را برای تمایز بیمار از سالم پیشنهاد کرده اند [۳۱]. این ابزار به عنوان معیار زرین در ارزیابی های مربوط به بررسی نتایج درمان معرفی شده است [۳۴]. محققان علاوه بر ده ماده مقیاس، گویه یازدهم را برای سنجش بینش استفاده کرده اند [۱۴، ۱۹، ۳۵]. شیمشونی و همکاران در ۲۰۱۱ نشان دادند که بین تمام مقیاس های سنجش بینش (معیار بینش در DSM-IV-TR، مقیاس باورهای بیش بها داده شده، گویه یازدهم مقیاس ییل براون، مقیاس سنجش باورهای براون) جز مقیاس بینش شناختی بک تطابق بالایی وجود دارد [۳۶]. در این تحقیق از این مقیاس برای سنجش میزان وسواس آزمودنی ها و نیز میزان بینش آنها استفاده شده است.

۳- پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)

این ابزار یک پرسشنامه ۲۱ سؤالی خود گزارشی می باشد که برای ارزیابی نشانگان افسردگی طراحی شده است [۳۷]. نمره کلی از صفر تا ۶۳ است و طراحان آن نمره ۱۰ و بالاتر را به عنوان افسردگی خفیف و نمره ۲۰ و بالاتر را به عنوان افسردگی متوسط در نظر می گیرند. این پرسشنامه به فارسی ترجمه و اعتبار و پایایی این پرسشنامه در نمونه های ایرانی تایید شده است [۳۸]. ضریب آلفای ۰/۹۲ برای بیماران سر پایی و ۰/۹۳ برای دانشجویان گزارش شده است. همچنین پایایی آزمون - بازآزمون به فاصله یک هفته ۰/۹۳ به دست آمده است [۳۹]. از پرسشنامه یاد شده برای تعیین میزان افسردگی آزمودنی ها استفاده شد.

۴- پرسشنامه سلامت عمومی ۱۲ گویه ای (GHQ-12)

این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ و به منظور شناسایی اختلالات روانی در مراکز و محیط های مختلف تدوین شده است [۴۰]. سوالات پرسشنامه به بررسی وضعیت فرد در چهار هفته گذشته می پردازد. این پرسشنامه فرم های ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سوالی دارد. فرم ۱۲

شیوه تحلیل داده‌ها

در این تحقیق در گام نخست از روش‌های آمار توصیفی برای به دست آوردن شاخص‌های توصیفی متغیرها در در گروه بیمار و غیر بیمار استفاده شده است. سپس با توجه به وجود داده‌های گروه‌های دو گانه و سه گانه (دو گروه بیماران و سواسی و یک گروه افراد بهنجار)، برای تحلیل داده‌های ناشی از پاسخ‌دهی آزمودنی‌ها به متغیرهای تحقیق، از آزمون تی مستقل برای مقایسه متغیرهای دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به سواس، و با توجه به برقرار نبودن مفروضه‌های آمار پارامتریک، از آزمون یو من ویتنی برای مقایسه متغیرهای دو گروه افراد مبتلا به سواس با بینش بالا و پایین استفاده شده است. همچنین مقایسه برخی متغیرهای جمعیت شناختی در دو گروه مبتلا و غیر مبتلا بر اساس آزمون خی دو انجام شده است. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 20 استفاده شده است.

نتایج

قبل از ورود به نتایج مربوط به متغیرهای تحقیق، ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به سواس و تشابه یا تمایز آنها در دو گروه، در جدول ۱ ارائه شده است.

کل ۰/۹۱ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ گزارش کرده‌است. همچنین پایایی بازآزمایی را در فاصله ۴ هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرده است. اعتبار همزمان این ابزار براساس همبستگی آن با اضطراب صفت اشنیبلرگر ۰/۴۳ گزارش شده است. برای بررسی اعتبار افتراقی، پرسشنامه MCQ-30 در ۳ گروه بیماران مبتلا به اختلال سواس، اختلال اضطراب منتشر و گروه افراد بهنجار اجرا شد. نتایج تفاوت معناداری را بین گروه بیمار و سالم آشکار ساخت هرچند این تفاوت بین دو گروه بیمار معنادار نبود [۴۲]. در این تحقیق برای سنجش باورهای فراشناختی و ابعاد آن از این مقیاس استفاده خواهد شد.

شیوه انجام پژوهش

آزمودنی‌هایی در ارزیابی شرکت داده شدند که علاوه بر دارا بودن شرایط یاد شده در قسمت انتخاب آزمودنی‌ها، رضایت خود را قبل از شروع واریسی‌ها اعلام کردند. جلسه ارزیابی شامل اجرای یک مصاحبه نیمه ساختار یافته با استفاده از پرسشنامه جمعیت شناختی و سپس اجرای ابزارهای اشاره شده بوده که به مدت حدوداً ۴۵ دقیقه به طول می‌انجامد. پس از اتمام جلسه به شرکت کنندگان هدایایی اهدا شد.

جدول ۱: مقایسه شاخص‌های توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه‌های مبتلا و غیر مبتلا به سواس

ویژگی‌های جمعیت شناختی	بیمار میانگین(انحراف استاندارد)	غیربیمار میانگین(انحراف استاندارد)	آماره	سطح معناداری
سن	۲۸/۳۰ (۹/۰۵)	۲۸/۷۳ (۷/۵۰)	$t = -۰/۱۸$	۰/۸۵
	(n=۲۳)	(n=۲۶)	آماره	سطح معناداری
جنس	مذکر	۱۲	$\chi^2 = ۰/۲۴$	۰/۶۲
	مؤنث	۱۴		
وضعیت تأهل	مجرد	۱۵	$\chi^2 = ۳/۵۶$	۰/۰۵۹
	متاهل	۱۱		
تحصیلات	از ابتدایی تا دیپلم	۷	$\chi^2 = ۳/۵۴$	۰/۸۹
	کارشناسی	۱۴		
	کارشناسی ارشد	۴		
	دکتری	۱		

مقایسه باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی با بینش بالا، پایین و افراد سالم

جدول ۲: مقایسه باورهای فراشناختی در دو گروه افراد مبتلا و غیر مبتلا به وسواس

t (df=۴۷)	گروه ها	
	غیر بیمار (n=۲۳)	بیمار (n=۲۷)
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
۱/۱۴	۷/۷۳ (۲/۷۳)	۸/۶۵ (۲/۸۸)
۲/۶۰*	۷/۹۲ (۲/۵۴)	۹/۸۲ (۲/۵۶)
۲/۲۸*	۷/۹۶ (۳/۲۸)	۱۰/۱۷ (۳/۴۹)
۲/۱۹*	۹/۷۳ (۳/۶۵)	۱۱/۹۱ (۳/۵۹)
۰/۶۶	۱۱/۷۶ (۳/۰۸)	۱۲/۴۷ (۴/۳۶)

**p<۰/۰۰۰۱, *p<۰/۰۰۱, *p<۰/۰۵

جدول ۳: مقایسه باورهای فراشناختی در دو گروه افراد مبتلا به وسواس با بینش بالا و پایین

Z	گروه ها	
	بینش پایین (n=۴)	بینش بالا (n=۱۹)
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
-۰/۱۲۵	۸/۵۰ (۲/۳۸)	۸/۶۸ (۳/۰۳)
-۰/۳۶۹	۹/۲۵ (۳/۳۰)	۹/۹۴ (۲/۴۸)
-۰/۵۳۱	۹ (۱/۸۲)	۱۰/۴۲ (۳/۷۴)
-۰/۰۸۲	۱۲/۲۵ (۳/۴۰)	۱۱/۸۴ (۳/۷۱)
-۰/۲۴۵	۱۲ (۴/۹۶)	۱۲/۵۷ (۴/۳۷)

**p<۰/۰۰۰۱, *p<۰/۰۰۱, *p<۰/۰۵

بالا و پایین بر اساس آزمون یو من ویتنی نشان می‌دهد که، در باورهای فراشناختی، بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده در مورد باورهای فراشناختی همسو با یافته‌های پیشین [۱۴,۲۸,۴۳,۴۴] نشان می‌دهد که بیماران وسواسی در خرده مقیاس‌های باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار، نمرات بالاتری نسبت به افراد سالم کسب می‌کنند. قابل ذکر است که برخی دیگر از پژوهشگران نیز رابطه مثبتی بین باورهای فراشناختی و نشانه‌های

نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به وسواس در ویژگی‌های سنی، جنسی، وضعیت تاهل و تحصیلات دارای تفاوت معناداری نیستند.

مقایسه دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به وسواس در باورهای فراشناختی در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به وسواس تنها در متغیرهای باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار تفاوت معنادار دارند.

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج مقایسه باورهای فراشناختی افراد مبتلا به وسواس با بینش

نشان داد که بیماران وسواسی با بینش بالا در خرده مقیاس های فراشناختی نمرات بالاتری را نسبت به بیماران با بینش پایین کسب می کنند. او اشاره می کند که هر چند مطالعه ای در مورد ارتباط بینش و باورهای فراشناختی وجود ندارد. اما مطالعاتی که بینش را در بیماران اسکیزوفرنیا مورد واری قرار داده اند، نشان داده که نمرات بالاتر در باورهای فراشناختی با بینش بهتر ارتباط دارد [۵۶،۵۷]. اونن در ۲۰۱۳ ادعا می کند که نمرات پایین افراد وسواسی با بینش پایین در خرده مقیاس های باورهای فراشناختی نشان می دهد که آگاهی فراشناختی در این دسته از بیماران کاهش یافته و آنها در تشخیص فرایند تفکرشان دچار اختلال هستند. وی همچنین نتیجه می گیرد که نیاز به کنترل افکار در بیماران وسواسی با بینش پایین از تعیین کنندگی کمتری برخوردار است. از اینرو می توان انتظار داشت که مواجهه با افکار ناخواسته یا تصاویر ذهنی نمی تواند به طور موثری به چالش با باورهای فراشناختی و همچنین تسهیل گسلش از افکار وسواسی کمک کند [۱۴]. نکته دیگری که در تبیین این یافته می توان به آن اشاره کرد اینست که شاید نوع ابزار متمایز کننده افراد با بینش بالا و پایین از هم و همچنین محدود بودن آزمودنی ها، در نوع نتایج بدست آمده موثر باشد.

هر چند پژوهش حاضر با توجه با واری ما، اولین تحقیقی است که در ایران باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به وسواس فکری عملی با بینش بالا و پایین را مورد بررسی قرار داده و خود می تواند باب پژوهشی جدیدی را به روی پژوهشگران بگشاید، اما با محدودیت هایی نیز مواجه بوده است. سنجش بینش در تحقیق حاضر مبتنی بر یک سوال، آن هم از نوع خودگزارشی (متناسب با تلاش های تحقیقی پیشین [۱۲،۲۴،۳۵] بوده است. آیا واقعا طرح یک سوال، می تواند به خوبی افراد را از یکدیگر متمایز کند؟ دیگر آنکه نحوه سنجش یا ارزیابی این ویژگی، به سادگی بیان آن نیست. بویژه اینکه با یک سوال که در منابع متعدد مورد اشاره قرار گرفته است، آیا می توان به میزان بینش بالا و پایین دست یافت. بلافاصله

وسواسی گزارش کرده اند [۴۵،۴۶]. در حمایت از این یافته ها، پژوهشگران نشان دادند که باورهای فراشناختی در آسیب شناسی وسواس نقش تسریع کننده و تداوم بخشی دارند [۴۹-۱۴،۲۹،۴۷]. باورهای فراشناختی منفی به اهمیت و معنای منفی وقایع شناختی درونی ربط دارد. این باورهای فراشناختی در دو دسته عمده جای می گیرند: ۱- کنترل ناپذیری افکار و ۲- معنا، اهمیت و خطر افکار. این باورهای فراشناخت منفی زمینه شکست در کنترل افکار را فراهم می آورد و موجب تداوم و پایداری سندرم شناختی توجهی می شود [۵۰]. باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر، نگرانی و نشانه های وسواس فکری و عملی را پیش بینی می کند در حالی که نیاز به کنترل افکار می تواند به طور اختصاصی شاخص خوبی برای باورهای نگرانی مربوط به آیین مندی ها باشد [۵۳-۱۴،۲۹،۵۱]. خود آگاهی شناختی علاوه بر تمرکز و آگاهی بر محتوای افکار به عنوان تمایل برای تمرکز فزاینده بر فرایندهای ذهنی نیز تعریف شده است [۵۴]. همچنین برخی پژوهشگران پیشنهاد می دهند که خود آگاهی شناختی می تواند به عنوان یک ویژگی شناختی متمایز برای وسواس از اهمیت برخوردار باشد [۵۵] در حالی که یافته های پژوهش حاضر از چنین فرضیه ای حمایت نمی کند. ممکن است عدم تفاوت در یافته های این پژوهش ناشی از این مسئله باشد که بیش از نیمی از افراد شرکت کننده در پژوهش در هر دو گروه، تحصیلات دانشگاهی داشته اند و ممکن است تحصیلات دانشگاهی و حضور در دانشگاه و همچنین تقابل با آراء مختلف باعث شده باشد تا افراد در مورد افکار و باورهای خود تفکر کرده و بنابراین خود آگاهی شناختی افراد افزایش یافته باشد و در نتیجه تحلیل داده ها تفاوتی را در دو گروه نشان ندهد.

در بررسی تفاوت نمرات فراشناختی در بیماران وسواسی با بینش بالا و پایین تحلیل داده ها هیچ تفاوتی را بین دو گروه آشکار نساخت. با واری ما فقط یک پژوهش ارتباط بین بینش در وسواس با باورهای فراشناختی را مورد بررسی قرار داده است. اونن در ۲۰۱۳

- 3- Anderson, K. E., & Savage, C. R. (2004). Cognitive and neurobiological findings in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(1), 37-47.
- 4- Menzies, L., Achard, S., Chamberlain, S. R., Fineberg, N., Chen, C. H., del Campo, N., Bullmore, E. (2007). Neurocognitive endophenotypes of obsessive-compulsive disorder. *Brain*, 130(Pt 12), 3223-3236. doi: 10.1093/brain/awm205
- 5- Viswanath, B., & Reddy, Y. (2010). Functional neuroanatomy and neurochemistry of obsessive compulsive disorder. *Neurobiology of psychiatric disorders*, Indian Psychiatric Society.
- 6- Kashyap, H., Kumar, J. K., Kandavel, T., & Reddy, Y. C. (2013). Neuropsychological functioning in obsessive-compulsive disorder: Are executive functions the key deficit? *Compr Psychiatry*, 54(5), 533-540. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.12.003
- 7- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*: Amer Psychiatric Pub Inc.
- 8- Neshat Doost, H. T., Molavi, H., Abedi, M. R., & Isfahani, M. (2007). The Effects of Exposure and Response Prevention by Self-treatment Method on Reduction of Obsessive-Compulsive Symptoms. *Clinical Psychology & Personality*, 1(22), 1-10.
- 9- Berrios, G. E. (1985). Obsessional disorders during the nineteenth century: terminological and classificatory issues. *The anatomy of madness*, 1, 166-187.
- 10- Kashyap, H., Kumar, J. K., Kandavel, T., & Reddy, Y. C. (2012). Neuropsychological correlates of insight in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 126(2), 106-114. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01845.x
- 11- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1995). DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*.
- 12- Cherian, A. V., Narayanaswamy, J. C., Srinivasaraju, R., Viswanath, B., Math, S. B., Kandavel, T., & Reddy, Y. C. (2012). Does insight have specific correlation with symptom dimensions in OCD? *J Affect Disord*, 138(3), 352-359. doi: 10.1016/j.jad.2012.01.017.

این نکته را باید اضافه کرد که فرهنگ ارزیابی و نيز برخی ویژگی های شناختی در نمونه های ایرانی نیز خود ممکن است، واری بینش را به شکل یاد شده، دچار نوسان کند.

از سویی دیگر، حتی اگر یک سوال توان سنجش بینش را در حد مناسبی داشته باشد، بازهم باید توجه کرد که تعداد بیماران با بینش پایین نسبت به بیماران با بینش بالا بسیار کم بوده است (۵ نفر در برابر ۲۲ نفر). بنابراین ممکن است عدم تفاوت به دلیل کم بودن بیماران با بینش پایین بوده باشد. نکته دیگری که ما در بررسی خود بدان توجه نکرده و آن را مورد ارزیابی قرار نداده ایم این است که آیا بیماران با درک نشانه های خود، برای درمان و مراجعه اقدام کرده اند یا اصرار دیگران آنها را به مراکز درمانی سوق داده است. واری این امر می توانست به ما نشان دهد که فرد تا چه حد به شرایط خود آگاه است و آنوقت بررسی شود که این آگاهی با نتایج مربوط به سوال بینش، تا چه میزان همسویی دارد.

بر این اساس پیشنهاد می شود در آینده پژوهش هایی طراحی شود که: (۱) از حجم نمونه بالاتری در گروه وسواس با بینش پایین برخوردار باشد، (۲) از ابزار معتبر و دقیق تری برای سنجش میزان بینش استفاده کند و (۳) از تنوع بیشتری در مورد ویژگی های جمعیت شناختی نمونه پژوهش برخوردار باشد. امید که پژوهش حاضر با توجه به اینکه اولین تحقیقی است که باورهای فراشناختی را در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی با بینش بالا و پایین در جامعه ایرانی مورد بررسی قرار داده، حداقل بتواند باب پژوهشی جدیدی را، در عین اذعان به محدودیت ها، به روی پژوهشگران بگشاید.

منابع

- 1- Sadock, B., & Sadock, V. (2007). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*: Wolters Kluwer Health.
- 2- Imani, M., & Mahmod Alilo, M. (2009). The Efficacy of "Cognitive-Behavioral Therapy" Compared to Exposure and Response Prevention and "Fluoxetine" in the Recovery of Obsessive-Compulsive Patients. *Clinical Psychology & Personality*, 1(34), 39-50.

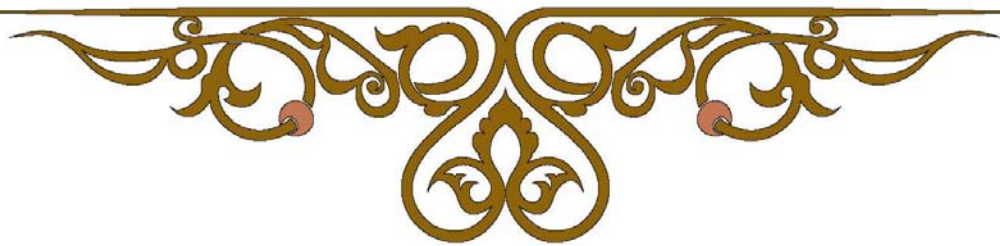
- 22- Bellino, S., Patria, L., Ziero, S., & Bogetto, F. (2005). Clinical picture of obsessive-compulsive disorder with poor insight: a regression model. *Psychiatry Research*, 136(2), 223-231.
- 23- Alonso, P., Menchón, J. M., Segalàs, C., Jaurrieta, N., Jiménez-Murcia, S., Cardoner, N., Vallejo, J. (2008). Clinical implications of insight assessment in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*, 49(3), 305-312.
- 24- Matsunaga, H., Kiriike, N., Matsui, T., Oya, K., Iwasaki, Y., Koshimune, K., . . . Stein, D. (2002). Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Compr Psychiatry*, 43(2), 150-157.
- 25- Samuels, J. F., Bienvenu, O. J., 3rd, Pinto, A., Fyer, A. J., McCracken, J. T., Rauch, S. L., Nestadt, G. (2007). Hoarding in obsessive-compulsive disorder: results from the OCD Collaborative Genetics Study. *Behav Res Ther*, 45(4), 673-686. doi: 10.1016/j.brat.2006.05.008
- 26- Türksoy, N., Tükel, R., Özdemir, Ö., & Karali, A. (2002). Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*, 16(4), 413-423.
- 27- Fernandez-Duque, D., Baird, J. A., & Posner, M. I. (2000). Executive attention and metacognitive regulation. *Conscious Cogn*, 9(2 Pt 1), 288-307. doi: 10.1006/ccog.2000.0447
- 28- Hermans, D., Martens, K., De Cort, K., Pieters, G., & Eelen, P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 41(4), 383-401. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00015-3
- 29- Rees, C. S., & Anderson, R. A. (2013). A review of metacognition in psychological models of obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychologist*, 17(1), 1-8.
- 30- Yorulmaz, O. (2007). A Comprehensive model for obsessive-compulsive disorder symptoms: A cross-cultural investigation of cognitive and other vulnerability factors. (Phd), Middle East Technical university.
- 13- Fontenelle, J. M., Santana, L. d. S., Lessa, L. d. R., Victoria, M. S. d., Mendlowicz, M. V., & Fontenelle, L. F. (2010). The concept of insight in patients with obsessive-compulsive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(1), 77-82.
- 14- Onen, S., Karakas Ugurlu, G., & Caykoylu, A. (2013). The relationship between metacognitions and insight in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*, 54(5), 541-548. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.11.006
- 15- Markova, I. S., Jaafari, N., & Berrios, G. E. (2009). Insight and obsessive-compulsive disorder: a conceptual analysis. *Psychopathology*, 42(5), 277-282. doi: 10.1159/000228836
- 16- Lochner, C., & Stein, D. J. (2003). Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Harvard review of psychiatry*, 11(3), 113-132.
- 17- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*: Amer Psychiatric Pub Inc.
- 18- Ravikishore, V., Samar, R., Janardhanreddy, Y., Chandrasekhar, C., & Thennarasu, K. (2004). Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 19(4), 202-208. doi: 10.1016/j.eurpsy.2003.12.005
- 19- Catapano, F., Sperandeo, R., Perris, F., Lanzaro, M., & Maj, M. (2001). Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 34(2), 62-68.
- 20- Catapano, F., Perris, F., Fabrazzo, M., Cioffi, V., Giacco, D., De Santis, V., & Maj, M. (2010). Obsessive-compulsive disorder with poor insight: A three-year prospective study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(2), 323-330. doi: 10.1016/j.pnpbp.2009.12.007
- 21- Jakubovski, E., Pittenger, C., Torres, A. R., Fontenelle, L. F., do Rosario, M. C., Ferrao, Y. A. Bloch, M. H. (2011). Dimensional correlates of poor insight in obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 35(7), 1677-1681. doi: 10.1016/j.pnpbp.2011.05.012

- ۳۹- دابسون، ک.س؛ و محمد خانی، پروانه. (۱۳۸۶). مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی. فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، شماره ۲۹، صص ۸۲-۸۸.
- 40- Goldberg, D. P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness.
- 41- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther*, 42(4), 385-396.
- ۴۲- شیرین زاده دستگیری، صمد؛ گودرزی، محمد علی؛ رحیمی، چنگیز؛ و نظیری، قاسم. (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت ۳۰. روانشناسی، سال دوازدهم، دوره ۴۸، شماره ۴؛ صص ۴۴۵-۴۶۱.
- ۴۳- شیرین زاده دستگیری، صمد؛ گودرزی، محمد علی؛ غنی زاده، احمد؛ و تقوی، محدرضا. (۱۳۸۷). مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت پذیری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، اختلال اضطراب منتشر، و افراد بهنجار. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی، سال چهاردهم، شماره ۱؛ صص ۴۶-۵۵.
- ۴۴- فرنام، علیرضا؛ قلیزاده، حسین؛ پیرزاده، جابر؛ حکمتی، عیسی؛ و رسولوند صادقی، احمد. (۱۳۹۰). مقایسه باورهای فراشناختی بیماران افسرده، وسواسی اجباری و گروه سالم. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره هجدهم، شماره ۴، صص ۳۳۹-۳۴۸.
- ۴۵- شاره، حسین؛ و علیمرادی، عبداللطیف. (۱۳۹۲). سیستم های مغزی - رفتاری، باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری. مجله روانشناسی بالینی، سال پنجم، شماره ۳، صص ۲۱-۱۱.
- ۳۱- راجزی اصفهانی، سپیده؛ متقی پور، یاسمن؛ کامکاری، کامبیز؛ ظهیرالدین، علی رضا؛ و جان بزرگی، مسعود. (۱۳۹۰). پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی اجباری - بیل - براون. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هفدهم، شماره ۴، صص ۲۹۷-۳۰۳.
- ۳۲- یعقوبی، حمید؛ کریمی، معصومه؛ امید، عبد اله؛ باروتی، عصمت؛ و عابدی، میلاد. (۱۳۹۱). اعتبار یابی و ساختار عاملی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-12) در دانشجویان. مجله علوم رفتاری، دوره ۶، شماره ۲. صص ۱۶۰-۱۵۳.
- 33- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., . . . Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 1006.
- ۳۴- استگتی، گیل؛ پیگت، تریزا. (۱۳۸۹، ۲۰۰۶). اختلال وسواس جدیدترین راهبرد های ارزیابی و درمان. ترجمه حبیب الله قاسم زاده. تهران انتشارات ارجمند.
- 35- Marazziti, D., Dell'Osso, L., Di Nasso, E., Pfanner, C., Presta, S., Mungai, F., & Cassano, G. B. (2002). Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample. *European Psychiatry*, 17(7), 407-410.
- 36- Shimshoni, Y. a., Reuven, O., Dar, R., & Hermesh, H. (2011). Insight in obsessive-compulsive disorder: A comparative study of insight measures in an Israeli clinical sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(3), 389-396. doi: 10.1016/j.jbtep.2011.02.011
- 37- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Manual for the beck depression inventory* The Psychological Corporation. San Antonio, TX.
- ۳۸- قاسم زاده، حبیب الله؛ کرم قدیری، نرگس؛ شریفی، ونداد؛ نوروزیان، مریم؛ مجتبابی، رامین؛ و ابراهیم خانی، نرگس. (۱۳۸۴). کارکردهای شناختی، نوروپسیکولوژیک و نورولوژیک بیماران وسواسی با و بدون علائم افسردگی در مقایسه با هم و با گروه بهنجار. تازه های علوم شناختی، سال ۷، شماره ۳؛ صص ۱-۱۵.

- 53- Sica, C., Steketee, G., Ghisi, M., Chiri, L. R., & Franceschini, S. (2007). Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms and coping styles: A preliminary prospective study on an Italian non-clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(4), 258-268.
- 54- Cucchi, M., Bottelli, V., Cavadini, D., Ricci, L., Conca, V., Ronchi, P., & Smeraldi, E. (2012). An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 546-553. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.09.008
- 55- Barahmand, U. (2009). Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry Res*, 169(3), 240-243. doi: 10.1016/j.psychres.2008.06.029
- 56- Lysaker, P. H., Carcione, A., Dimaggio, G., Johannesen, J., Nicolò, G., Procacci, M., & Semerari, A. (2005). Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(1), 64-71.
- 57- Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Buck, K. D., Callaway, S. S., Salvatore, G., Carcione, A., Stanghellini, G. (2011). Poor insight in schizophrenia: links between different forms of metacognition with awareness of symptoms, treatment need, and consequences of illness. *Compr Psychiatry*, 52(3), 253-260. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.07.007.
- ۴۶- محمد خانی، شهرام؛ و فرجاد، مریم. (۱۳۸۸). رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت غیربالینی. *مجله روانشناسی بالینی*، سال اول، شماره ۳، صص ۵۱-۳۵.
- 47- Nelson, T. O., Stuart, R. B., Howard, C., & Crowley, M. (1999). Metacognition and clinical psychology: A preliminary framework for research and practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 73-79.
- 48- Teasdale, J. D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 146-155.
- 49- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*: Wiley. com.
- 50- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*: Guilford press.
- 51- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of anxiety disorders*, 11(3), 279-296.
- 52- Myers, S. G., Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *J Anxiety Disord*, 22(3), 475-484. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.03.012



ارزیابی بالینی و شخصیت



بررسی اعتبار و پایایی مقیاس رضایت از زندگی در دانشجویان

نویسندگان: فاطمه دائمی^{۱*} و محسن جوشنلو^۲

۱- کارشناس ارشد روان شناسی خانواده درمانی دانشگاه علم و فرهنگ تهران ایران.

۲- دکترای روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی دانشگاه کیم یانگ دانگو کره جنوبی.

*Email: Daemi.f@hotmail.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین پایایی (همسانی درونی)، اعتبار سازه مقیاس رضایت‌مندی از زندگی (دینر، امونز، لارسن و گریفین، ۱۹۸۵) در دو نمونه دانشجویی ایرانی بود. اولین نمونه متشکل از ۸۶۶ دانشجو (۴۹۰ دختر و ۳۷۶ پسر) با میانگین سنی ۲۲/۶۰ بود و نمونه دوم متشکل از ۳۰۰ دانشجو (۱۳۱ دختر و ۱۶۹ پسر) با میانگین سنی ۲۰/۸۷ بود. از همه آزمودنی‌های نمونه اول خواسته شد تا به مقیاس ۵ ماده‌ای رضایت‌مندی از زندگی پاسخ دهند. در نمونه دوم آزمودنی‌ها به همراه مقیاس‌های رضایت‌مندی از زندگی، به مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، بهزیستی اجتماعی و بالانس عاطفی نیز پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی، آزمون t برای گروه‌های مستقل و تحلیل همبستگی با اصلاح بونفرونی استفاده شد.

در تحلیل عاملی اکتشافی یک عامل استخراج شد. عامل بدست آمده ۶۳/۴۰ درصد از واریانس نمرات را تبیین می‌کند. تحلیل عاملی تأییدی هم از ساختار تک عاملی مقیاس SWLS در نمونه به کار گرفته شده حمایت می‌کند. این مقیاس با سایر مقیاس‌های بهزیستی بکار گرفته شده نیز همبستگی مثبت نشان داد. ضریب آلفای این مقیاس معادل ۰/۸۷ بدست آمد. نهایتاً، ضریب پایایی بازآزمون مقیاس نیز معادل ۰/۹۲ بدست آمد. روی هم رفته نتایج پژوهش حاضر مبین آن است که این مقیاس در نمونه دانشجویی ایرانی از ساختاری تک‌عاملی و پایایی و اعتبار مطلوبی برخوردار است. لذا می‌توان از این مقیاس در نمونه‌های ایرانی استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: مقیاس رضایت‌مندی از زندگی، پایایی، اعتبار.

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
رهتار

• دریافت مقاله: ۹۲/۹/۲۸

• پذیرش مقاله: ۹۳/۳/۱۷

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015*

Clinical Psy. & Personality

دوفصلنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیست و یکم - دوره

جدید شماره ۱۱

پاییز و زمستان ۱۳۹۳

مقدمه

در پاسخ به این سوال که تعریف بهزیستی^۱ چیست بسیاری از روان‌شناسان آموزه‌های سنت لذت‌گرا^۲ را در جهت‌دهی و طراحی تحقیقات تجربی در حوزه بهزیستی سرلوحه کار خود قرار داده‌اند (برای اطلاعات کامل در مورد پایه‌های نظری و تجربی بهزیستی لذت‌گرا به [۴-۱] رجوع کنید). این سنت معتقد است که بهزیستی برابر با شادکامی شخصی^۳ و مرتبط با تجربه لذت در مقابل تجربه ناخشنودی است. بهزیستی شخصی^۴ به عنوان ارزیابی‌های عاطفی و شناختی فرد از زندگی‌اش تعریف می‌شود که ماهیتاً شخصی و خصوصی است، یا به عبارت دیگر دربرگیرنده واکنش‌های ارزیابانه خود فرد به زندگی‌اش است [۵].

بعد هیجانی بهزیستی شخصی بالانس عاطفی^۵ است. بالانس عاطفی میزان غلبه تجارب عاطفی مثبت فرد بر تجارب عاطفی منفی وی را نشان می‌دهد که با کم کردن نمره مقیاس عواطف منفی فرد از نمره عواطف مثبت وی ایجاد می‌شود. یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های رضایت‌مندی از زندگی بالانس عاطفی است. به نظر می‌رسد افراد در قضاوت کردن در مورد رضایت‌مندی از زندگی‌شان تا حدی به بالانس عواطف منفی و مثبت خود توجه داشته باشند [۶،۷]. رضایت‌مندی از زندگی بعد شناختی بهزیستی شخصی است و به عنوان قضاوت هشیارانه و کلی فرد در مورد زندگی‌اش تعریف می‌شود [۸]. یافته‌های پژوهشگران حاکی از نقش مهم رضایت‌مندی از زندگی در زندگی انسان‌هاست چرا که در تحقیقات به این نتیجه رسیده‌اند که بین رضایت از زندگی و سن [۹-۱۱]، درآمد و وضعیت شغلی [۱۲،۱۳]، هوش هیجانی [۱۴]، کیفیت تبادلات اجتماعی [۱۵]، اوقات فراغت [۱۶]، سلامتی [۱۷]، خودکارآمدی [۱۸]، رضایت تحصیلی [۱۲،۱۸] و عاطفه مثبت [۱۹] ارتباط معناداری وجود دارد.

یکی از معروف‌ترین و پرکاربردترین مقیاس‌های سنجش رضایت‌مندی از زندگی، مقیاس رضایت‌مندی از زندگی SWLS^۶ [۲۰] است. دینر، امونز، لارسن و گریفین [۲۰] معتقدند که بسیاری از مقیاس‌هایی که برای سنجش رضایت‌مندی از زندگی طراحی شده‌اند دارای مشکلاتی هستند؛ تعدادی از آن‌ها تک‌ماده‌ای هستند و این منجر به ایجاد مشکلات آماری در خصوص آن‌ها می‌شود. تعدادی دیگر متناسب با جمعیت مسن طراحی شده‌اند و این کاربردپذیری آن‌ها را در جمعیت معمولی دچار خدشه می‌کند. تعدادی از این مقیاس‌ها دارای موادی هستند که بیش‌تر مربوط به سازه‌های دیگر هستند تا رضایت‌مندی از زندگی. دینر، امونز، لارسن و گریفین [۲۰] برای پر کردن خلا موجود و بر طرف کردن نقایص پرسش‌نامه‌های پیشین مقیاس SWLS را برای سنجش رضایت‌مندی از زندگی طراحی کردند. مطالعات اعتباریابی این آزمون [۲۰،۲۱] نشانگر آن است که این آزمون در نمونه‌های امریکایی از اعتبار و پایایی مناسبی برخوردار است.

این مقیاس به زبان‌های بسیاری ترجمه شده است و در تحقیقات متعددی در نمونه‌های مختلف استفاده شده است.

ساختار عاملی این مقیاس در مطالعات تحلیل عاملی بسیاری مورد بررسی قرار گرفته است [۲۰-۲۲]. یافته‌های تمام این تحقیقات نشان از آن دارد که این مقیاس ساختاری تک‌عاملی دارد.

بیانی، محمدکوچکی و گودرزی [۲۳]، شواهدی را در خصوص پایایی و اعتبار همگرایی SWLS در یک نمونه دانشجویی ایرانی (n=۱۰۹) ارائه می‌دهند. آلفای کرونباخ این مقیاس در این مطالعه معادل ۰/۸۳ و ضریب پایایی بازآزمون آن در مدت زمان یک‌ماهه معادل ۰/۷۰ بدست آمد. در این پژوهش همچنین همبستگی SWLS با مقیاس شادکامی آکسفورد معادل ۰/۷۱ و همبستگی آن با پرسش‌نامه افسردگی بک معادل ۰/۵۹- بدست آمد که نشان از اعتبار همگرایی قابل قبول برای این مقیاس در

1. well-being
2. hedonic
3. Subjective happiness
4. subjective well-being
5. affect balance

6. Satisfaction With Life Scale

نمونه ایرانی است.

مشمول بر ۵ ماده است که برای سنجش رضایت مندی از زندگی یا به عبارتی دیگر، بهزیستی فاعلی براساس مقیاسی ۷ درجه‌ای از «۱=کاملاً مخالف» تا «۷=کاملاً موافق» تهیه شده است. شرکت کنندگان با انتخاب هر گزینه نشان می‌دهند که تا چه اندازه از زندگی خود راضی هستند و تا چه اندازه زندگی خود را به زندگی آرمانی نزدیک می‌دانند.

در مطالعه دوم به همراه مقیاس SWLS، سه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی، بهزیستی اجتماعی، عاطفه مثبت و عاطفه منفی نیز استفاده شد.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی. به منظور سنجش بهزیستی روان‌شناختی از فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی [۲۴،۲۵] استفاده شد. این مقیاس مشتمل بر ۱۸ ماده برای سنجش شش بعد بهزیستی روان‌شناختی (خودمختاری، ۳، سلطه بر محیط، ۴، رشد شخصی، ۵، روابط مثبت با دیگران، ۶، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود) است که بر اساس مقیاسی هفت درجه‌ای از «۱=کاملاً مخالف» تا «۷=کاملاً موافق» پاسخ داده می‌شود. در پژوهش حاضر صرفاً از نمره کلی مقیاس که از جمع کردن نمرات تمامی ۱۸ ماده بدست می‌آید استفاده شد. ضریب آلفای این مقیاس در پژوهش شلدون [۲۶] در یک نمونه آمریکایی معادل ۰/۷۱ گزارش شده است. ضریب پایایی به روش بازآزمایی این مقیاس در بررسی بیانی و همکارانش [۲۷] در ایران، ۰/۸۲ بدست آمده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر معادل ۰/۷۰ بدست آمد.

مقیاس بهزیستی اجتماعی. برای سنجش بهزیستی اجتماعی نیز از فرم کوتاه مقیاس بهزیستی اجتماعی [۲۸] استفاده گردید. این مقیاس مشتمل بر ۱۵ ماده برای سنجش ۵ بعد بهزیستی اجتماعی (شامل یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی،

با این حال ساختار عاملی^۱ یا به عبارت دیگر اعتبار عاملی^۲ این مقیاس در هیچ نمونه ایرانی مورد بررسی قرار نگرفته است. در پژوهش حاضر سعی می‌شود در کنار بررسی تفاوت‌های جنسیتی، پایایی و اعتبار همگرای این مقیاس، ساختار عاملی آن نیز در دو نمونه نسبتاً بزرگ‌تر ایرانی مورد بررسی قرار گیرد. برای این منظور از تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی استفاده خواهد شد.

روش

آزمودنی‌ها

نمونه اول بصورت در دسترس از بین دانشجویان دانشکده‌های مختلف دو دانشگاه تهران و علامه طباطبایی انتخاب شد. این نمونه ۸۶۶ دانشجو شامل ۴۹۰ دختر (۵۶/۶) و ۳۷۶ پسر (۴۳/۴) با میانگین سنی ۲۲/۶۰ بود. نمونه دوم ۳۰۰ دانشجو شامل ۱۳۱ دختر (۴۳/۷) و ۱۶۹ پسر (۵۶/۳) با میانگین سنی ۲۰/۸۷ بود که از میان دانشجویان دانشگاه تهران به صورت تصادفی گردآوری شد. نمونه‌ای متشکل از ۵۰ دانشجوی دانشگاه تهران (با میانگین سنی ۲۱/۷۸، انحراف استاندارد=۱/۸) نیز برای بررسی پایایی بازآزمون (با فاصله ۳ هفته) به کار گرفته شد. این نمونه شامل ۳۴ دانشجوی دختر و ۱۶ دانشجوی پسر بود. همه افراد سه نمونه به صورت داوطلبانه پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کرده و به مسئولین گردآوری پرسش‌نامه‌ها بازگرداندند.

شایان ذکر است که به منظور بررسی ساختار عاملی، پایایی و تفاوت‌های جنسیتی در SWLS از داده‌های نمونه اول استفاده شد و به منظور بررسی اعتبار همگرای این آزمون از داده‌های نمونه دوم استفاده شد.

ابزار پژوهش

تتها ابزار بکار گرفته شده در مطالعه اول مقیاس رضایت مندی از زندگی (SWLS) [۲۰] بود. این مقیاس

3. Autonomy
4. Personal growth
5. Personal growth
6. Positive relations with others
7. Purpose in life
8. Social integration

1. factor structure
2. factorial validity

حاضر ۰/۸۲ بدست آمد. شایان ذکر است که با کم کردن نمره عاطفه منفی فرد از نمره عاطفه مثبت او، نمره بالانس عاطفی وی بدست آمد.

نتایج

۱- محاسبات توصیفی

قبل از انجام محاسبات مربوط به تحلیل عاملی و بررسی اعتبار، میزان کجی و کشیدگی ۵ ماده این مقیاس مورد بررسی قرار گرفت. همچنین با جمع کردن نمره ۵ ماده نمره کلی آن نیز به دست آمد. نتایج مربوط به میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی تمامی مواد و نمره کلی مقیاس در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۲ نیز نشانگر میانگین و انحراف استاندارد نمره کلی مقیاس SWLS در نمونه حاضر برای کل نمونه و دو جنس است.

تاباجینیک و فیدل [۳۲] معتقدند که اگر کجی و کشیدگی مقیاسها کمتر از ۰/۲ باشد، نیازی به تبدیل مقیاسها نیست و ادامه روند تحلیل با این مقیاسها، خللی در نتایج ایجاد نمی‌کند. چنانچه در جدول دیده‌می‌شود تمامی مواد این مقیاس و نمره کلی، در نمونه حاضر کجی و کشیدگی کمتر از ۰/۲ داشتند.

۲- بررسی پایایی

ضریب آلفای SWLS برای کل نمونه معادل ۰/۸۴ بدست آمد که نشان از همسانی درونی قابل قبول این مقیاس در نمونه ایرانی دارد. در نمونه امریکایی دینر، امونز، لارسن و گریفین [۲۰]، ضریب آلفای این مقیاس معادل ۰/۸۷ بدست آمد. پاووت، دینر، کولوین و سندویک [۲۱] نیز میانگین آلفا در چندین بار اجرای این مقیاس را در دو مطالعه ۰/۸۳ و ۰/۸۵ گزارش می‌کنند. آلفای بدست آمده در این پژوهش قابل مقایسه با ضرایب آلفای بدست آمده توسط سازندگان آزمون است. همچنین در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ آزمون برای دختران ۰/۸۵ و برای پسران ۰/۸۳ بدست آمد. ضریب پایایی بازآزمون مقیاس نیز معادل ۰/۹۲ ($p < 0/001$) بدست آمد. این نتایج نشان از پایایی مطلوب این مقیاس و ثبات آن در طول زمان دارد.

شکوفایی اجتماعی^۳ و درک‌پذیر دانستن اجتماع^۴ است و بر اساس مقیاسی هفت درجه‌ای از «۱= کاملاً مخالف» تا «۷= کاملاً موافق» پاسخ داده می‌شود. آلفای کرونباخ این مقیاس در بررسی میان دانشجویان ایران [۲۹] ۰/۸۳ محاسبه شده است. مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه حاضر معادل ۰/۷۸ بدست آمد.

به منظور سنجش بالانس عاطفی از مقیاس عاطفه مثبت [۳۰] استفاده شد. این مقیاس با ارائه فهرستی از شش نشانه عاطفه مثبت (۱- شادی و گشاده‌رویی، ۲- سرحالی و باحوصلگی، ۳- خوشحالی بیش از حد، ۴- آرامش و آسودگی، ۵- رضایتمندی و ۶- سرزندگی و شور و نشاط) از پاسخ‌دهندگان می‌خواهد تا با انتخاب یکی از اعداد ۱ تا ۵ به نحوی که ۱= همیشه، ۲= اکثر اوقات، ۳= بعضی اوقات، ۴= کمی و ۵= هرگز، مشخص نمایند که هر یک از شش نشانه فهرست شده را در طول ۳۰ روز گذشته به چه میزان تجربه کرده‌اند. ضریب آلفای این مقیاس در یک نمونه ایرانی [۳۱] ۰/۸۵ به دست آمده است که نشان دهنده همسانی درونی قابل قبول این مقیاس در نمونه ایرانی است. مقدار آلفای کرونباخ این زیر مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۸۷ بدست آمد.

مقیاس عاطفه منفی [۳۰] این مقیاس نیز با ارائه فهرستی از ۶ نشانه عاطفه منفی (۱- به قدری غمگین که هیچ چیز نتوانسته شادم کند، ۲- نگرانی و اضطراب، ۳- بی‌قراری و بی‌تابی، ۴- ناامیدی، ۵- کارها از من انرژی زیادی گرفته‌اند و با زحمت انجامشان داده‌ام و ۶- احساس بی‌ارزشی) از پاسخ‌دهندگان می‌خواهد تا با انتخاب یکی از اعداد ۱ تا ۵ به نحوی که ۱= همیشه، ۲= اکثر اوقات، ۳= بعضی اوقات، ۴= کمی و ۵= هرگز، مشخص نمایند که هر یک از شش نشانه فهرست شده را در طول ۳۰ روز گذشته به چه میزان تجربه کرده‌اند. ضریب آلفای این مقیاس در یک نمونه ایرانی [۳۱] ۰/۸۵ به دست آمده است. مقدار آلفای این مقیاس در پژوهش

1. Social acceptance
2. Social contribution
3. Social actualization
4. Social coherence

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی ماده‌ها و نمره کلی SWLS (n = ۸۶۶)

ماده	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
ماده ۱	۴/۳۵	۱/۷۵	-۰/۴۶	-۰/۹۱
ماده ۲	۴/۰۷	۱/۷۴	-۰/۲۵	-۱/۰۱
ماده ۳	۴/۹۵	۱/۶۲	-۰/۹۴	۰/۰۹
ماده ۴	۴/۲۸	۱/۸۱	-۰/۳۹	-۰/۹۹
ماده ۵	۳/۵۴	۲/۰۰	۰/۲۳	-۱/۲۹
نمره کلی SWLS	۲۱/۱۹	۷/۰۵	-۰/۲۶	-۰/۷۰

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمره کلی SWLS در نمونه ایرانی

	میانگین	انحراف استاندارد
زن	۲۲/۱۷	۶/۷۹
مرد	۱۹/۹۰	۷/۱۹
کل نمونه	۲۱/۱۹	۷/۰۵

ویژه بالای یک دارند، ۱ عامل استخراج گردید. برای حصول اطمینان کامل از تعداد عواملی که باید استخراج شوند از روش تحلیل موازی^۵ [۳۳] نیز که از روش‌های قدرت‌مند و قابل اطمینان است [۳۴] استفاده شد. با استفاده از این روش یک عامل استخراج گردید. روش نمودار سنگریز^۶ نیز نشان از استخراج یک عامل داشت. لذا تعداد عوامل استخراجی یک عامل در نظر گرفته شد. نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی در جدول ۳ ارائه شده است. عامل بدست آمده ۶۳/۴۰ درصد از واریانس نمرات را تبیین می‌کند (ارزش ویژه = ۳/۱۷). بر روی این عامل تمامی ۵ ماده لود می‌گردد (با ضرابی در دامنه ۰/۵۳ تا ۰/۸۲).

به منظور حصول اطمینان، تحلیل عاملی اکتشافی با دو روش استخراج درست‌نمایی بیشینه^۷ و استخراج مؤلفه‌های اصلی^۸ با چرخش واریماکس (متعامد)^۹ نیز تکرار شد اما

تحلیل‌های تکمیلی حاکی از آن بود که همبستگی هیچ‌یک از مواد با کل مقیاس منفی نیست و این همبستگی‌ها در دامنه‌ای از ۰/۵۰ تا ۰/۷۲ قرار دارند.

۳- بررسی اعتبار عاملی

برای بررسی اعتبار عاملی SWLS از تحلیل عاملی اکتشافی و روش عامل‌یابی محور اصلی^۱ با چرخش اوبلیمین^۲ استفاده شد. آزمون بارتلت^۳ برای بررسی وضعیت ماتریس همبستگی نشان داد که این ماتریس مشکلی ندارد ($\chi^2 = ۱۹۴۵/۷۸۵$ ، $p = ۰/۰۰۰$). همچنین مقیاس کایزر-میر-اولکین^۴ برای بررسی میزان کفایت نمونه پژوهش نشان داد که نمونه حاضر از کفایت مطلوبی برای تحلیل برخوردار است (۰/۸۳۵).

برای مشخص کردن تعداد عامل‌هایی که باید از تحلیل آماری استخراج شوند از سه روش استفاده شد؛ در تحلیل اولیه و بر اساس روش تعیین عواملی که ارزش

5. parallel analysis
6. Scree Plot
7. maximum likelihood
8. principal component analysis
9. Varimax

1. principal axis factoring
2. Oblimin
3. Bartlett
4. Kaiser-Meyer-Olkin Measure

جدول ۳: نتایج تحلیل عاملی اکتشافی مواد SWLS با چرخش اوبلیمین

عامل ۱	مواد
۰/۸۰	ماده ۱
۰/۸۲	ماده ۲
۰/۸۰	ماده ۳
۰/۷۰	ماده ۴
۰/۵۳	ماده ۵
۳/۱۷	ارزش ویژه
۶۳/۴۰	درصد واریانس

نتایج مشابه روش مولفه‌های اصلی بود و شواهدی بر ضد تک‌بعدی بودن^۱ SWLS بدست نیامد. لذا می‌توان این‌گونه این‌گونه نتیجه گرفت که این مقیاس از ساختار عاملی تک‌بعدی برخوردار است.

۳- تحلیل عاملی تاییدی

تحلیل عاملی اکتشافی مؤید تک‌بعدی بودن مقیاس SWLS در نمونه حاضر است. به منظور آزمون بیشتر مدل تک‌عاملی از تحلیل عاملی تاییدی استفاده شد. تحلیل عاملی تاییدی روشی است مبتنی بر الگویابی معادلات ساختاری^۲ (SEM) که در آن محقق براساس فرضیه‌ای که در مورد روابط بین سازه‌های نهان و متغیرهای اندازه‌گیری شده دارد، به تجزیه و تحلیل این روابط می‌پردازد [۳۵]. برای انجام تحلیل عاملی تاییدی از نرم‌افزار Lisrel 8.5 استفاده شد.

به منظور بررسی این مدل فرضی، در تحلیل عاملی تاییدی از روش درست‌نمایی^۳ بیشینه استفاده شد. برای بررسی برازش مدل فرضی، از شاخصهای برازش^۴ استفاده استفاده گردید. شاخصهای برازش، مقادیری آماری را بدست می‌دهند که محقق را در تصمیم‌گیری نسبت به انتخاب مدل مناسب‌تر یاری می‌کنند. شاخصهای برازش زیادی وجود دارد، اما پرکاربردترین آنها که در عین حال

پایه و اساس سایر شاخص‌ها محسوب می‌گردد، χ^2 است. هرچه مقدار χ^2 به صفر نزدیک‌تر باشد، نشان‌دهنده برازش بهتر مدل است. از آنجا که مقدار χ^2 تحت تأثیر حجم نمونه و تعداد روابط مدل ساختاری قرار می‌گیرد، در این مواقع مقدار χ^2 دو بزرگ می‌شود، بنابراین با اتکا بر χ^2 نمی‌توان به نتایج مطلوب دست یافت، در نتیجه در کنار این شاخص از شاخصهای دیگری نیز برای برازش مدل‌ها استفاده می‌شود. ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA)^۵ برای مدل‌های خوب کمتر از ۰/۰۵ و برای مدل‌های متوسط بین ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ و برای مدل‌های ضعیف بالاتر از ۰/۱ است [۳۶]. بر اساس یک قاعده کلی، شاخصهای برازندگی تطبیقی (CFI)^۶، نیکویی برازش (GFI)^۷، نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)^۸، نرم شده برازندگی (NFI)^۹ و نرم نشده برازندگی (NNFI)^{۱۰} برای مدل‌های خوب بین ۰/۹ تا ۰/۹۵ خواهند بود. هر چه این مقدار به ۱ نزدیک‌تر باشد نشان از برازش بهتر مدل دارد [۳۶، ۳۷]. نتایج تحلیل عاملی در جدول ۴ نمایش داده شده است.

چنان‌چه در جدول دیده می‌شود مدل فرضی از شاخص‌های برازش مناسبی برخوردار است. البته شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب مدل قابل قبول نیست با این حال سایر شاخص‌های دیگر نشان از برازش خوب این مدل دارند و لذا می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که تحلیل عاملی تاییدی از ساختار تک‌عاملی مقیاس SWLS در نمونه به کار گرفته شده حمایت نسبی می‌کند. نظر به این که شواهد قبلی و تحلیل عاملی اکتشافی هم مدل موجه دیگری را پیشنهاد نمی‌کنند، لذا در حال حاضر می‌توان به نتیجه تحلیل عاملی تاییدی حاصل از این مطالعه اطمینان داشت.

5. Root Mean Square Error of Approximation
6. Comparative Fit Index
7. Goodness of Fit Index
8. Adjusted Goodness of Fit Index
9. Normed Fit Index
- 10.

1. unidimensionality
2. Structural Equation Modeling
3. Maximum likelihood
4. Fit indexes

جدول ۴: نتایج تحلیل عاملی تاییدی

شاخص برازش	χ^2	df	ρ	χ^2/df	GFI	AGFI	RMSEA	NFI	CFI	NNFI
	۷۵/۴۲	۵	۰/۰۰	۱۵/۰۸	۰/۹۷	۰/۹۰	۰/۱۳	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۹۵

جدول ۵: همبستگی بین SWLS با سایر مقیاس‌های اعتبار همگرا

مقیاس‌ها	۱	۲	۳	۴
۱- رضایت‌مندی از زندگی	۱			
۲- بهزیستی روان‌شناختی	۰/۴۸**	۱		
۳- بهزیستی اجتماعی	۰/۴۳**	۰/۵۴**	۱	
۴- بالانس عاطفی	۰/۵۷**	۰/۴۳**	۰/۴۵**	۱

**P < ۰/۰۰۱

۴- بررسی تفاوت‌های جنسیتی

میانگین نمره دانشجویان دختر از دانشجویان پسر در SWLS بیشتر است (به ترتیب ۲۲/۱۷ و ۱۹/۹۰). به منظور بررسی معنادار بودن این تفاوت، از آزمون t با نمونه‌های مستقل استفاده شد. نتایج آزمون t حاکی از آن است که این تفاوت معنادار است ($t(۸۶۳) = -۴/۷۴, p=۰/۰۰۰$).

۵- اعتبار همگرا

در مطالعه دوم به منظور بررسی اعتبار همگرایی SWLS، همبستگی آن با مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، بهزیستی اجتماعی و بالانس عاطفی محاسبه شد. بر اساس نظریه این همبستگی‌ها باید مثبت باشد.

برای دقت بیشتر و با استفاده از روش اصلاح یونفرونی بجای استفاده از مقدار ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی‌داری از ۰/۰۱۶ (۰/۰۵/۳) استفاده شد. نتیجه تحلیل‌های همبستگی در جدول ۵ نمایش داده شده است. چنانچه در جدول دیده می‌شود مقدار همبستگی بین SWLS با متغیرهای اعتبار همگرا در دامنه بین ۰/۴۳ و ۰/۵۷ است و همه همبستگی‌ها معنی‌دار ($p < ۰/۰۱۶$) و مطابق نظریه هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

امروزه یکی از تلاش‌های اساسی برخی از جوامع ارتقاء کیفیت زندگی شهروندان است [۳۸] لذا بررسی و ارزشیابی پیامدهای مثبت چنین پدیده‌ای همچون رضایت از زندگی نیازمند ابزارهای کارآمد و دارای ویژگی‌های مناسب علمی در جامعه است. در پژوهش حاضر سعی شد تا خصوصیات آماری مقیاس رضایت‌مندی از زندگی در یک نمونه دانشجویی ایرانی مورد بررسی قرار بگیرد. نتایج این بررسی از آن جهت حایز اهمیت است که این تحقیق برای اولین در ایران به بررسی ساختار عاملی این مقیاس می‌پردازد؛ این در حالی است که از این مقیاس در تحقیقات روانشناختی ایرانی استفاده گسترده‌ای شده و می‌شود.

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که این مقیاس در نمونه دانشجویی ایرانی از ساختاری تک‌عاملی و پایایی و اعتبار مطلوبی برخوردار است. همچنین این یافته‌ها بر روی کاربردپذیری بین فرهنگی این مقیاس در نمونه‌های ایرانی صحنه می‌گذارد. تمامی مواد مقیاس از کجی و کشیدگی مطلوبی برخوردار هستند و نسبتاً از الگوی نرمال تبعیت می‌کنند. همسانی درونی

همچنین این یافته‌ها بر روی کاربردپذیری بین فرهنگی این مقیاس در نمونه‌های ایرانی صحه می‌گذارد. البته پژوهش حاضر از محدودیت‌هایی نیز برخوردار است. با توجه به دانشجویی بودن نمونه نمی‌توان نتایج را به تمام مردم کشور تعمیم داد. لذا برای موضع‌گیری قاطعانه‌تر در مورد ویژگی‌های آماری این مقیاس در جامعه ایرانی انجام پژوهش‌های بیشتر در نمونه‌های متنوع‌تر ضروری به نظر می‌رسد.

منابع

- ۱- جوشن‌لو، م. رستگار، پ. (۱۳۸۶). پنج رگه اصلی شخصیت و حرمت خود به عنوان پیش‌بین‌های بهزیستی فضیلت‌گرا. روان‌شناسان ایرانی. شماره ۱۳. ۲۴-۱۳.
- ۲- جوشن‌لو، م. رستمی، ر. نصرت آبادی، م. (۱۳۸۶). بررسی ساختار عاملی مقیاس جامع بهزیستی. روان‌شناسان ایرانی. شماره ۹. ۵۱-۳۵.
- 3- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- 4- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- 5- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.
- 6- Schimmack, U., Radhakrishnan, P., Oishi, S., Dzokoto, V. & Ahadi, S. (2002). Culture, personality, and subjective well-being: Integrating process models of life-satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 582-593.
- 7- Schimmack, U., Diener, E., & Oishi, S. (2002). Life-satisfaction is a momentary judgment and a stable personality characteristic: The use of chronically accessible and stable sources. *Journal of Personality*, 70, 345-385.

۰/۸۴ نشان از پایایی مطلوب این مقیاس در نمونه حاضر داشت. در نمونه آمریکایی دینر، امونز، لارسن و گریفین [۲۰]، ضریب آلفای این مقیاس معادل ۰/۸۷ بدست آمد. پاووت، دینر، کولونین و سندویک [۲۱] نیز میانگین آلفا در چندین بار اجرای این مقیاس را در دو مطالعه ۰/۸۳ و ۰/۸۵ گزارش می‌کنند. آلفای بدست آمده در این پژوهش قابل مقایسه با ضرایب آلفای بدست آمده توسط سازندگان آزمون است. ضریب پایایی بازآزمون مقیاس نیز معادل ۰/۹۲ ($P < 0.001$) بدست آمد. این نتایج نشان از پایایی مطلوب این مقیاس و ثبات آن در طول زمان دارد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی مبین آن است که این مقیاس دارای ساختاری تک عاملی است. این نتیجه توسط تحلیل عاملی تاییدی نیز مورد تایید قرار گرفت. این نتایج هم‌راستا با نتایج تحقیقات انجام شده در بسیاری از کشورهای دیگر است [۲۰، ۲۲، ۲۵]. نتایج تحلیل‌ها همچنین نشانگر آن است که تفاوت جنسیتی معناداری بین نمرات دانشجویان پسر و دختر در این مقیاس وجود دارد به نحوی که نمره دختران نسبت به پسران در این مقیاس بیشتر است. پس می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که نمرات دانشجویان در مقیاس رضایت مندی از زندگی با جنسیت در رابطه است. به منظور بررسی اعتبار همگرایی این مقیاس، همبستگی آن‌ها با مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، بهزیستی اجتماعی و بالانس عاطفی محاسبه شد. تمام همبستگی‌ها معنی‌دار و مطابق مبانی نظری بودند. این نتایج بیانگر آن است که افرادی که در این مقیاس نمره بالایی را کسب می‌کنند در مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، بهزیستی اجتماعی و بالانس عاطفی نیز نمره بالایی را کسب می‌کنند. نتایج تحلیل‌های همبستگی حاکی از آن است که این مقیاس از اعتبار همگرایی خوبی برخوردار است. این نتایج هم‌راستا با نتایج تحقیق انجام شده توسط بیانی، محمدکوچکی و گودرزی [۲۳] در یک نمونه ایرانی است. روی هم رفته نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که مقیاس در نمونه دانشجویی ایرانی از ساختاری تک‌عاملی و پایایی و اعتبار مطلوبی برخوردار است.

- ۱۹- سلطانی زاده، م. ملک پور، م. نشاط دوست، ح. ط. (۱۳۹۱). رابطه بین عاطفه مثبت و منفی با رضایت از زندگی دانشجویان دانشگاه اصفهان. روانشناسی بالینی و شخصیت. شماره ۷. ۶۴-۵۳.
- 20- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- 21- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57, 149-161.
- 22- Shevlin, M. E., & Bunting, B. P. (1995). Confirmatory factor analysis of the Satisfaction With Life Scale. *Perceptual and Motor Skills*, 79, 1316-1318.
- ۲۳- بیانی، ع. ا. کوچکی، ع. م. گودرزی، ح. (۱۳۸۶). اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی. روان‌شناسان ایرانی. شماره ۱۱. ۲۶۵-۲۵۹.
- 24- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- 25- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- 26- Sheldon, K. M. (2005). Positive value change during college: Normative trends and individual differences. *Journal of Research in Personality*, 39, 209-223.
- ۲۷- بیانی، ع. ا. کوچکی، ع. م. بیانی، ع. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس به‌زیستی روانشناختی ریف. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. سال ۱۴. شماره ۲. ۱۵۱-۱۴۶.
- 28- Keyes, C.L. M. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- ۲۹- حیدری، غ. غنایی، ز. (۱۳۸۷). هنجاریابی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی. مجله اندیشه و رفتار. دوره ۲. شماره ۷. ۴۰-۳۱.
- 8- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- 9- Albuquerque, F. J. B., Noriega, J. A. V., Martins, C. R., & Neves, M. T. S. (2008). Locus de controle e bemestar subjetivo em estudantes universitários da Paraíba. *Psicologia na America Latina*, 13. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000200011&lng=pt&nrm=iso&tln_g=pt.
- 10- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- 11- Diener, E., & Suh, E. (1998). Age and subjective well-being: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304-324.
- 12- Bardagi, M. P., & Hutz, C. S. (2012). Mercado de trabalho, desempenho acadêmico e o impacto sobre a satisfação universitária. *Revista de Ciências Humanas*, 46(1), 183-198.
- 13- Fernandez-Ballesteros, R., Zamarron, M. D., & Ruiz, M. A. (2001). The contribution of socio-demographic and psychosocial factors to life satisfaction. *Ageing and Society*, 21, 25-43.
- 14- Palmer, B., Donaldson, C., & Stough, C. (2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 33, 1091-1100.
- 15- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- 16- Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Wellbeing: The foundations of hedonic psychology* (pp. 354-373). New York: Russell Sage Foundation.
- 17- Howell, R. T., Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1, 83-136.
- 18- Ojeda, L., Flores, L. Y., & Navarro, R. L. (2011). Social cognitive predictors of Mexican American college students' academic and life satisfaction. *Journal of Counseling Psychology*, 58(1), 61-71.

- 35- MacCallum, R.C. and Austin, J.T. (2000) Applications of Structural Equation Modeling in Psychological Research, *Annual Review of Psychology*, 51, 201–226.
- 36- Kline, R.B (2005). Principles and practice of structural equation modeling (2ed ed.). New York, Guilford Press.
- 37- Brown, M.W., and Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K.A.Bollen & J.S.Long (EDs), *Testing structural equation models* (pp.136-162).Newbury Park, CA: sage.
- ۳۸- نائینیان، م. شعیری، م. روشن، ر. صیدمحمدی، ک. خلمی، ز. (۱۳۸۴)، مطالعه برخی ویژگی‌های روان-سنجی پرسشنامه کیفیت زندگی. دانشور رفتار. سال ۱۲. شماره ۱۳. ۴۷-۵۹.
- 30- Mroczek, D. K., & Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1333-1349.
- ۳۱- بخشی، ع. دائمی، ف. آجیل‌چی، ب. (۱۳۸۸). بررسی ویژگی‌های آماری مقیاس عاطفه مثبت و منفی در دانشجویان ایرانی. روانشناسان ایرانی. سال ۵. شماره ۲۰. ۳۴۳-۳۵۰.
- 32- Tabachnick, BG.,& Fidell, L .S.(1996). *Using Multivariate statistics*. New York:Happer Collins College.
- 33- Watkins, M. W. (2000). *Mac Parallel Analysis [Computer Software]*. State college, PA.
- 34- Henson R. K and Roberts J. K. (2006) Use of Exploratory Factor Analysis in Published Research: Common Errors and Some Comment on Improved Practice. *Educational and Psychological Measurement*, Vol. 66, No. 3, 393-416.



فرهنگ و دانش‌گستری
در روان‌شناسی بالینی و شخصیت



MMPI-2-RF: چالش‌های دست‌یابی و استقرار

نویسندگان: محمدرضا شعیری*^۱ و سهیلا قمیان^۲

۱- دانشیار دانشگاه شاهد.

۲- دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد.

*Email: Shairi@shahed.ac.ir

چکیده

نوشتار حاضر، برای ترسیم MMPI-2-RF، تلاش خود را با نیم‌نگاهی تاریخی - محتوایی به شکل‌گیری و تحول پرسش‌نامه شخصیتی مینه‌سوتا (MMPI) آغاز، و تا شکل‌گیری MMPI-2 و RC و نیز تا نحوه در هم‌غلطیدن نسخه‌ها در یکدیگر، با نقادان نسخه‌های قبلی، پیش‌رفته تا بتواند در نگاشتن MMPI-2-RF و عمق بخشی بسترهای شکل‌گیری آن غرقه شود. هر چند باید اشاره نمود که این نوشتار سرآن ندارد که به هیچ وجه به شیوه‌های اجرا، نمره‌گذاری و تفسیر MMPI بپردازد و اگر گاهی در نقادان نسخه‌ها، اشاره به اعتبار و پایایی MMPI شده، آنهم نیتی بنیادین نبوده، بلکه به ضرورت بحث ارائه شده است.

کلید واژه‌ها: MMPI، MMPI-2-RF، ام. پی. آی، پرسش‌نامه شخصیتی چند وجهی مینه‌سوتا

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
رهتار

• دریافت مقاله: ۹۳/۱/۳۱

• پذیرش مقاله: ۹۳/۳/۲۸

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015*

Clinical Psy. & Personality

دوفصلنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و یکم - دوره
جدید شماره ۱۱
پاییز و زمستان ۱۳۹۳

خرده یکم: بنیان‌های نخستین

هدف اولیه هته وی^۱ و مک کین لی^۲، در طراحی پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا (MMPI) ساخت ابزاری بود که به شکل عینی، امکان تشخیص شدت اختلال‌های روان شناختی را فراهم سازد. بنیان تلاش آنها، کلید یابی ملاکی تجربی^۳ در برابر کلیدیابی منطقی بود: یعنی انتخاب نهایی مواد پرسش نامه، نه بر اساس داوری ذهنی طراح، بلکه بر اساس تمایز بین دو گروه بالینی و غیر بالینی [۲۰۱].

در آغاز، بیش از ۱۰۰۰ گزاره از منابع متعدد، به ویژه منابع بالینی، توسط هته وی و مک کین لی، آماده گردید. در سرند اولیه ۵۰۴ گزاره انتخاب شد. در این مرحله، سعی شده بود گزاره‌هایی برگزیده شوند که توازن مثبت و منفی بودن و تنوع و گستردگی لازم را داشته باشند. سپس این گزاره‌ها در مورد دو گروه از افراد مبتلا به اختلالات روان شناختی و غیر مبتلا اجرا گردید. نمونه مورد مطالعه از بیماران و همراهان آنها در بیمارستان دانشگاه مینه سوتا انتخاب شدند. آنها در هنگام انتخاب بیماران دقت می‌کردند که افرادی که تشخیص آنها تردید آمیز یا چندگانه بود، کنار گذاشته شوند. در تحلیل ۵۰۴ گزاره اولیه، پاسخ یک نمونه ۷۲۴ نفری، مورد تحلیل قرار گرفت. در این مرحله، گزاره‌هایی انتخاب شدند که می‌توانستند هشت گروه تشخیصی را، که همان هشت مقیاس بالینی اولیه در MMPI بود، از گروه بهنجار متمایز کند [۲۰۱].

بعدها دو مقیاس دیگر (مردانگی - زنانگی (Mf)، برای تفکیک مردان همجنس خواه از افراد غیر همجنس خواه؛ درون گرایی اجتماعی (Si) برای تفکیک دانشجویان دختر شرکت کننده در فعالیت‌های اجتماعی و کمتر شرکت کننده در این گونه فعالیت‌ها) به مقیاس‌های بالینی افزوده شد [۲۰۱].

یکی از تلاش‌های ارزنده در نزد طراحان آزمون

MMPI، توجه به نوع پاسخ آزمودنی‌ها و امکان تحریف پاسخ‌ها از سوی آنها بود. به نظر سازندگان، این نوع پاسخ دهی، اعتبار نیمرخ بالینی را مخدوش می‌سازد. در وهله نخست مواردی بود که از سوی آزمودنی‌ها بدون پاسخ مانده بود. به هر حال پرسش این بود که آیا این امر تصادفی است یا می‌توان از آن گذشت، و یا تا چه مقدار باشد ممکن است بر نتایج اثر بگذارد، می‌باید برای این اتفاق راه حلی یافت. این بود که مقیاس دیگری برای اعتبار مقیاس‌های بالینی مطرح شد و آن مقیاس نمی‌توانم بگویم (؟) ^۴، یعنی سوال‌هایی بود که پاسخ داده نشده بودند. این مساله از جهت دیگری هم اهمیت بیشتری یافت، و آن اینکه گاه یک سوال بی پاسخ ممکن بود در چند مقیاس تکرار شود و عملاً یک سوال محسوب نشود، هر چند ظاهراً به یک سوال پاسخ داده نشده است. در کنار عدم پاسخدهی آزمودنی‌ها به برخی سوال‌ها، مساله دیگر تحریف پاسخ‌ها بود. این تحریف می‌توانست به عوامل متعددی باز گردد. بدین ترتیب سه مقیاس دیگر برای توجه به نوع پاسخدهی آزمودنی‌ها به آزمون، شکل گرفت [۲۰۱].

یکی از مقیاس‌ها (L) بود. این مقیاس در برگزیده تلاش ساده لوحانه آزمودنی برای تصویر مطلوب از خود است. دیگر مقیاس، مقیاس (F) بود که نشانگر پاسخ‌هایی است که در افراد بهنجار کمتر دیده می‌شود، به گونه‌ای که گاه بالا بودن F نشانگر وجود برافراشتگی در برخی مقیاس‌های بالینی است. سومین مقیاس، مقیاس K، بیانگر حالت دفاعی آزمودنی است. این امر وقتی که فرد، مشکلات روان شناختی را تجربه می‌کند، اما چونان افراد بهنجار پاسخ می‌دهد، آشکار می‌گردد. از طرف دیگر، نمره این مقیاس، برای اصلاح نمرات برخی مقیاس‌های بالینی (از نسبت ۰/۲ K تا K۱) مورد استفاده قرار می‌گیرد. البته در برخی مقیاس‌های بالینی این اصلاح دخالت ندارد، چرا که گفته می‌شد این مقیاس‌ها، با وجود بالا بودن K، و بدون دخالت نمره K، می‌توانند

1. Hatheway, S. R.
2. Mckinley, Y. CH.
3. Empirical Keying

4. Cannot say

بهنجار و نابهنجار به دست داد.

از زمان شکل‌گیری MMPI، تحقیقات متعددی در جنبه‌های مختلف آن، صورت گرفته است و متخصصان علوم رفتاری همواره تحولات آن را رصد کرده‌اند، چه بدون تردید هر دستاورد پژوهشی در باره MMPI، میتواند یاریگر تلاش‌های عملی در روانشناسی بالینی باشد. همچنین به موازات این امر، در محیط‌های بالینی سرپایی و بستری نیز به کار گرفته شده و یافته‌های آن مورد توجه قرار گرفته است [۷ و ۶].

خرده دوم: تجدید نظر: شکل‌گیری MMPI-2

تمامی کوشش‌های کسانی که بر روی MMPI کار کرده‌اند این بوده که با همه تحولات متعدد و حتی با وجود عناوین تشخیصی متغیر در DSM ها، شالوده اصلی آزمون حفظ شود، در عین حال تغییرات لازم نیز در آن صورت پذیرد. در سمپوزیوم MMPI، در ۱۹۷۰، مساله تجدید نظر آزمون مطرح گردید. البته تجدید نظر یاد شده همزمان با این سالها شروع نشد بلکه با تاخیر آغاز گردید، گرچه این زمزمه‌ها، زمینه تلاش‌های بعدی بود. نقطه عطف این امر، شکل‌گیری کمیته هنجاریابی مجدد MMPI در دانشگاه مینه‌سوتا در سال ۱۹۸۲ بود (اعضای کمیته عبارت بودند از بوچرا^۲، دالستروم^۳ و گراهام^۴) که تصمیم آنها، نیاز و ضرورت تجدید نظر را گوشزد می‌کرد. در این ضرورت، هم به هنجاریابی در مورد نمونه جدیدی که معرف باشند فکر شد و هم به ترمیم و بازسازی آیت‌های آزمون (شامل بازنویسی، حذف مواد و یا افزودن مواد جدید). بدین خاطر کتابچه آزمایشی^۵ (نسخه AX) آماده شد [۸].

این حرکت پژوهشی با ۷۰۴ آیت‌م شروع شد. از این تعداد، ۵۵۰ آیت‌م آن مواد اصلی بودند و ۱۵۴ آیت‌م جدید دیگر، به شکل موقت در کنار این ۵۵۰ آیت‌م قرار داده شده بود. البته ۸۲ آیت‌م از ۵۵۰ آیت‌م اصلی برای نسخه AX

وضعیت آزمودنی را در آن مقیاس نمایان سازند [۱ و ۲]. در نهایت ۵۶۶ گزاره برای شکل‌گیری مقیاس‌های بالینی و اعتباری در نسخه اولیه آزمون تعبیه گردید. البته قابل ذکر است که تمامی ۵۶۶ سوال، در برگیرنده مقیاس‌های بالینی و اعتباری نیستند. بلکه بخش مهمی از سوال‌های انتهایی، اضافی هستند. این سوال‌ها به مقیاس‌های تکمیلی و محتوایی مربوط می‌شوند که برای گسترش تفسیر آزمون به کار گرفته می‌شوند [۳].

آماده‌سازی آزمون MMPI، علاوه بر اینکه گشایش‌گر برخی از جنبه‌های ارزیابی بالینی بود و پژوهش‌های گسترده‌ای را رقم زد، اما نقادی‌هایی را نیز در طی زمان به همراه داشت. گذشت زمان و منسوخ شدن برخی مواد و نگرانی در مورد محتوای آنها، محدود بودن نمونه‌های مربوط به هنجاریابی، در دسترس بودن و معرف نبودن واقعی آنها، عبارات وابسته به جنسیت، همبستگی درونی بالای مقیاس‌های بالینی، عبارات وابسته به باورهای مذهبی، از جمله نقادی‌های مرتبط با آزمون MMPI بود [۲ و ۴].

به مرور آزمون MMPI، متفاوت با آنچه که هدف اصلی سازندگان بود، مورد استفاده قرار گرفت. به دیگر سخن، فراسوی نام ظاهری مقیاس‌ها، نتایج پژوهش‌ها در مورد مقیاس‌ها و اینکه بیانگر چه ویژگی‌هایی برای افرادی با چنین نمره‌ای است، تصمیم‌گیری و تفسیر نتایج افراد وجهه همت قرار گرفت [۵]. بدین خاطر بهتر بود به جای نام مقیاس‌ها، که ممکن بود سبب برجسب افراطی نسبت به نتایج فرد باشد، از شماره‌های ۰ تا ۹ استفاده شود. البته این شماره‌ها بعداً در تفسیر و یا مبادله بین متخصصین، جایگزینی معمول شد [۲].

شاید دقیق‌تر که نگاه شود، آزمون MMPI، از هدف اولیه و موفقیت در این زمینه فاصله گرفته باشد، اما مشخص شد که با تکیه بر پژوهش‌های بعدی و یافته‌های ارزشمند، می‌توان توصیف‌های مناسبی از آزمودنی‌های

2. Butcher, J. N.
3. Dahlstrom, W. G.
4. Graham, J. R.
5. Experimental Booklet

۱. البته قابل ذکر است که اصلاح K در MMPI-A، به کار گرفته نمی‌شود و در MMPI-2، دو برگه ترسیم نیمرخ (با یا بدون وجود K) وجود دارد.

دومین مقیاس اعتباری جدید، مقیاس ناهمسانی پاسخ‌های متغیر (VRIN^۵) است. در این مقیاس ۶۷ جفت ماده با محتوای همسان یا متضاد وجود دارد که وقتی آزمودنی پاسخی متفاوت به شرایط جفت ماده‌های تعیین شده بدهد، یک نمره در مقیاس VRIN می‌گیرد. در واقع وقتی آزمودنی‌ها، تصادفی و بدون خواندن مواد، پاسخ دهند، VRIN افزایش می‌یابد. هم‌نوایی F و VRIN شاخص خوبی برای پاسخ‌های تصادفی آزمودنی است [۸].

سومین مقیاس اعتباری جدید، مقیاس ناهمسانی پاسخ‌های درست (TRIN^۶) است. این مقیاس ۲۳ جفت ماده با محتوایی متضاد دارد و وقتی آزمودنی به شکل نامتمایز به مواد پاسخ "درست" یا "نادرست" می‌دهد، تفاضل این دو نمره، میزان نمره فرد در TRIN را می‌سازد. نمره بالاتر، بیانگر تمایل فرد به ارائه پاسخ‌های نامتمایز "درست" است و نمره پایین‌تر نمایانگر تمایل فرد به ارائه پاسخ‌های نامتمایز "نادرست" است [۸].

خرده سوم: گامی بینابین: مقیاس‌های RC بر شانه‌های غول

از نظر تلگن و همکارانش [۱۲] مقیاس‌های بالینی سنتی MMPI دارای نقادی‌های متعددی چون هم پوشی زیاد، همبستگی‌های درونی بالا، وجود برخی ایتماهای دارای اعتبار محتوای پایین، و محدود بودن اعتبار همگرا و تفکیکی، هستند. البته آنها در کنار این نقادی، نیم‌نگاهی بر نظریه خود در مورد عاطفه مثبت و منفی نیز، داشته‌اند. با توجه به این نقادی‌ها تلگن و همکاران [۱۲] کوشیدند تغییراتی را در مقیاس‌های بالینی سنتی MMPI بوجود آورند. دگرگونی مقیاس‌ها، در کنار حفظ ویژگی‌های مهم مقیاس‌های بالینی، در بر گیرنده موارد زیر بود: کاهش هم پوشی مقیاس‌های بالینی، کاهش همبستگی‌های درونی مقیاس‌ها، حذف بعضی از آیتماها (مثلاً آیتماهایی که اعتبار محتوا نداشتند) و هم چنین

بازسازی شده بود و ۱۵ آیتما به گونه‌ای نوشته شد که جنبه جنسیتی آن حذف گردد، هم چنین واژه‌های رایج‌تر مورد استفاده قرار گیرد [۸].

بوچر، دالستروم، گراهام، تلگن^۱ و کامر^۲ [۹] کوشیدند برای هنجاریابی دقت‌هایی را به کار گیرند که از هنجاریابی گذشته و اولیه متمایز باشد. در نهایت ۲۱۶۰ آزمودنی (۱۱۳۸ مرد و ۱۴۲۲ زن) نمونه نهایی مورد هنجاریابی بودند. آنچه که در نهایت باقی ماند و منتشر گردید، آزمونی بود با ۵۶۷ آیتما که MMPI-2 نامیده شد. در نسخه دوم MMPI، که گاهی در اولین بازخورد ممکن است کاهش سوال‌ها را به ذهن متبادر کند، تعداد سوال‌ها کم نشد و فقط یک سوال هم اضافه نشد، بلکه به گونه‌ای بازسازی مواد انجام شد. در این نسخه، برخلاف نسخه اول که نمره تی (T) ۷۰ معیار تشخیص بالینی بود، نمره تی (T) ۶۵ معیار قرار گرفت. مقیاس‌های اعتباری و بالینی سنتی حفظ شدند و ۳۷۰ آیتما نخست مربوط به این مقیاس‌ها بودند و ۱۹۷ آیتما دیگر، در ادامه آزمون، به مقیاس‌های محتوایی و تکمیلی مرتبط بودند [۱۰].

در مجموع شکل‌گیری ۵۶۷ آیتما از ۷۰۴ ماده، بر مبنای حفظ آیتماهای مربوط به مقیاس‌های اصلی (بالینی و اعتباری)، مواد مرتبط با مقیاس‌های تکمیلی و حذف تعدادی از مواد موقتی انجام شد (ر.ک جدول ۱).

در MMPI-2، علاوه بر حفظ معیار آیتماهای بدون پاسخ و سه مقیاس اعتباری اصلی، سه شاخص اعتباری دیگر هم به آزمون افزوده شد [۹]. یکی از این مقیاس‌ها Fb^۳ است که تلاش‌هایی مشابه ساخت مقیاس F داشته است، که از ۶۰ ماده اولیه برای ساخت آن، در نهایت ۴۰ آیتما باقی ماند. در واقع Fb برای سنجش اعتبار پاسخ‌های آزمودنی به بخش دوم کتابچه آزمایشی، یعنی مقیاس‌های تکمیلی و محتوایی، است [۸].

1. Tellegen, A.
2. Kaemmer, B.

۳. این نوشتار فقط مسیر اصلی را که به MMPI-2-RF منجر شد،

دنبال می‌کند و زمینه‌هایی را که به شکل‌گیری MMPI-A [۱۱]

انجامید، مورد توجه قرار نداده است.

4. Back- page Infrequency (Fb)

5. Variable Response Inconsistency
6. True Response Inconsistency

جدول ۱: مواد مرتبط با MMPI اصلی و تغییرات آنها تا شکل‌گیری MMPI-2

کل	تعداد مواد MMPI-2			تعداد مواد اصلی MMPI	مقیاس
	تغییر یافته	حذف شده	باقی مانده		
۱۵	۲	۰	۱۵	۱۵	L
۶۰	۱۲	۴	۶۰	۶۴	F
۳۰	۱	۰	۳۰	۳۰	K
۳۲	۵	۱	۳۲	۳۳	Hs
۵۷	۲	۳	۵۷	۶۰	D
۶۰	۹	۰	۶۰	۶۰	Hy
۵۰	۴	۰	۵۰	۵۰	Pd
۵۶	۶	۴	۵۶	۶۰	Mf
۴۰	۲	۰	۴۰	۴۰	Ps
۴۸	۲	۰	۴۸	۴۸	Pt
۷۸	۱۳	۰	۷۸	۷۸	Sc
۴۶	۷	۰	۴۶	۴۶	Ma
۶۹	۶	۱	۶۹	۷۰	Si

بودند که مواد حذف شده و تشکیل دهنده مقیاس جدید (یعنی دمورالیزیشن)، با مفاهیم محوری مقیاس‌های بالینی، بی‌ارتباط هستند [۱۱ و ۱۲]؛ بنابراین دو کار باید انجام شود: اول اینکه این آیتم‌ها در شکل‌گیری مقیاس‌های جدید (یعنی RC) دخالت داده نشوند، و دیگر اینکه آیتم‌های حذف شده دارای ویژگی مشترکی در همپوشی بین مقیاس‌های بالینی MMPI بوده‌اند، پس می‌توانستند در یک مقیاس جداگانه جمع شوند. شاید طراحان نمی‌خواستند به سادگی هر آیتمی را از دست بدهند چون هم می‌خواستند احترام پیش‌تازان را حفظ کنند و هم اینکه آنها در جریان شکل‌گیری اولیه این آیتم‌ها و طراحی آنها نبودند، پس شایسته بود که به راحتی دست به حذف آنها نزنند، چه که به هر حال تولد آنها به تلاش و فلسفه علمی خاصی وابسته بوده است که طراحان جدید شاید از آن مطلع نباشند. بنابر این (به لحاظ کیفی)، همان هشت مقیاس بالینی اولیه حفظ شده، اما آیتم‌های مشترک آن‌ها، استخراج و متمایز شده و در یک مقیاس جداگانه (RCd) تعبیه گردیده است. البته این تلاش پیشتر در سال ۱۹۷۹

افزایش اعتبار همگرا و تفکیکی. بدین سان مقیاس‌های جدیدی شکل گرفتند. آنها این مقیاس‌ها را RC^۱ نامیدند. البته ادعای آنها این بود که در واقع این مقیاس‌ها، عمدتاً به عنوان مقیاس‌های کمکی مقیاس‌های بالینی MMPI-2 و به منظور وضوح بخشیدن به این مقیاس‌ها طراحی شده‌اند [۱۳].

طراحی مقیاس‌های RC بر اساس گام‌های زیر برداشته شد: در گام نخست تلگن در ۱۹۸۵، واتسن و تلگن در ۱۹۸۵ بر تئوری خود در مورد عاطفه مثبت و عاطفه منفی تکیه داشتند. هرچند آنها هیچ منطقی را برای استفاده از تئوری شان در شکل‌گیری این مقیاس‌ها توضیح ندادند. در گام بعد، در ابتدا، تلگن و همکاران در سال ۲۰۰۳ تعدادی از آیتم‌هایی را که به "دمورالیزیشن" اشاره دارد، از هشت مقیاس بالینی (HS, D, HY, Pd, Pa, Pt, Sc) و Ma حذف کردند و آنها را در یک مقیاس جداگانه، به نام مقیاس RCd^۲، تنظیم نمودند. طراحان RCd بر این باور

1. Restructured Clinical (RC) Scales
2. Demoralization
3. Demoralization Scale

نام‌های مرتبط به شرح زیر می‌باشند (نام‌های داخل پرانتز، مربوط به MMPI-2 است):

- RCd: دمورالیزیشن - ناخوشایندی و نارضایتی کلی،
RC1: شکایات جسمانی (خودبیمارانگاری) -
شکایات جسمانی فراوان،
RC2: هیجانان مثبت ناچیز (افسردگی) - یک عامل آسیب پذیری شاخص و محوری، افسردگی،
RC3: بدبینی (هیستری) - باورهای غیر انتساب به خود^۵ مبنی بر اینکه دیگران افرادی بد و غیر قابل اعتماد هستند.
RC4: رفتارهای ضد اجتماعی (انحراف روانی) - قانون شکنی و رفتارهای غیر مسئولانه
RC6: افکار گزند و آسیب (پارانویا) - باورهای انتساب به خود^۶ مبنی بر اینکه دیگران خطرناک هستند.
RC7: هیجانان منفی ناکارآمد (ضعف روانی) - اضطراب، خشم و تحریک پذیری ناسازگارانه
RC8: تجارب نابهنجار (اسکیزوفرنی) - ادراک یا افکار نامتداول و مرتبط با سایکوز
RC9: کنش وری هایپومانیک (هایپومانیا) - فزون کنشی، پرخاشگری، تکانش وری و بزرگ منشی گراهام^۷، بن - پوراث^۸ و مکنولتی^۹ در سال ۲۰۰۰، اعتبار درونی و پیش بین (از طریق یک مجموعه داده از بیماران سرپایی) [۱۶] و آربسی^{۱۰}، بن - پوراث و مکنولتی در سال ۲۰۰۳ دو مجموعه داده‌ی مربوط به بیماران بستری را پی گرفتند. آنها گزارش کردند که مقیاس‌های RC، به اندازه‌ی مقیاس‌های بالینی یا حتی بیشتر از آنها، با رفتارهای بیرونی فرد، همبستگی نشان می‌دهند [۱۷]

البته ویلیامز^{۱۱} و بوچر^{۱۲} در نقد تلاش طراحان مقیاس‌های RC، حذف آیت‌های مشترک در مقیاس‌های

توسط فرنک^۱، زمانی که به دنبال بهبود قدرت تشخیصی MMPI بود، مورد توجه قرار گرفته بود. وی به این نتیجه رسید که بسیاری از آیت‌های مقیاس‌های بالینی MMPI، دمورالیزیشن را تحت پوشش قرار می‌دهند. پس میتوان گفت که در نهایت مقیاس ناامیدی، به مجموعه‌ای از شکایات گسترده عاطفی در رابطه با شکست مداوم از مقابله‌ی درونی یا بیرونی با (مشکلات) زندگی، اشاره دارد. ژوئینر^۲ و همکاران (۲۰۰۵) به این باور اشاره دارند که دمورالیزیشن را نباید با فقدان لذت مشتبه نمود، چه اولی در بسیاری از اختلالات روانی دیده می‌شود اما فقدان لذت^۳، مولفه‌ی بسیار اختصاصی برای افسردگی اساسی به شمار می‌آید. پس مقیاس RCd، هرچند که در نوع خودش به لحاظ بالینی اهمیت دارد، اما در عین حال در دقت و صحت مقیاس‌های بالینی، نقش شاخصی ندارد و حذف آن از مقیاس‌های بالینی و سنجش آن به طور جداگانه، برای تشخیص اعتبار همگرا و افتراقی مقیاس‌های بالینی، کمک کننده است. بعد از اینکه آیت‌های مربوط به RCd از مقیاس‌های بالینی حذف شدند، مولفه‌های " محوری"^۴ هر کدام از مقیاس‌های بالینی، آشکار شدند. بدین ترتیب، در مجموع ۱۲ مولفه شناسایی شد: مقیاس RCd و ۱۱ مقیاس بالینی متمایز. این مقیاس‌ها، برای بررسی میزان قدرت تمایزشان تست شدند. بعد از آن، آنها همبستگی میان این مقیاس‌ها و آیت‌هایی از MMPI - 2 که به نظر می‌رسید جزو ساختارهای بنیادین مقیاس‌های بالینی بودند، مورد بررسی قرار دادند. در واقع بازسازی مقیاس‌های بالینی با این هدف انجام شد که مجموعه‌ای از آیت‌های مبسوط تر و از لحاظ روان سنجی با کفایت تر، گرد آوری شوند. بر این اساس همه‌ی ۵۶۷ آیت مقیاس‌های MMPI-2 تحلیل شدند. نتایج تحلیل پیچیده‌ی آن آیت‌ها، ۸ مقیاس بالینی متمایز را علاوه بر مقیاس RCd نشان داد [۱۴ و ۱۵].

مقیاس‌های بالینی بازسازی شده، بر اساس نمادها و

5. Non-self-referential beliefs
6. Self-referential beliefs
7. Graham, J. R.
8. Ben- Porath, Y. S.
9. McNulty, J.
10. Arbis, P. A.
11. Williams, C. L.
12. Butcher, J. N.

1. Frank, J.
2. Joiner, T. E.
3. anhedonia
4. Core

براین، در مطالعه‌ی مگارچی (۲۰۰۶) بیشترین همبستگی مقیاس RC4، به جای مقیاس ۴، با مقیاس تکمیلی AAS^۶ می‌باشد [۲۱].

در این قسمت و در ادامه نقادی مقیاس‌های RC، به موارد حساسیت پایین مقیاس‌های RC در شناسایی مشکلات بالینی، نسبت به مقیاس بالینی اولیه در MMPI. در شکل ۱ و ۲ پرداخته می‌شود. شکل ۱ مربوط به نمونه‌ای از افرادی است که مبتلا به اختلالات خوردن بوده‌اند و شکل ۲ مربوط به نمونه‌ای از زندانیان است.

همان‌طور که در شکل ۱ دیده می‌شود مقیاس‌های بالینی اولیه، دامنه‌ای از پاتولوژی را نشان می‌دهند. از میان مقیاس‌های بالینی، مقیاس‌های HS, Hy, D, Pd, Pt و Sc برافراشتگی‌هایی را نشان می‌دهند، این برافراشتگی‌ها، همسان با مطالعات قبلی در مورد زنان مبتلا به اختلالات خوردن می‌باشد [۲۲]. از طرف دیگر، اگر چه این بیماران در مقیاس‌های RC1 و RC2 برافراشتگی‌هایی را نشان می‌دهند، ولی برخی دیگر از ویژگی‌های مربوط به افراد مبتلا به اختلالات خوردن، در آنها دیده نمی‌شود (مثل نشانه‌های هیستری، مشکلات شخصیت، حساسیت، اضطراب و سوء تعبیر شناختی) [۲۲] (شکل ۱)

نگاهی به شکل ۲، که مربوط به نمونه‌ای از افراد زندانی است، نشان می‌دهد که همه مقیاس‌های RC نمره ی تی (T) کمتر از ۵۰ دارند، البته به جز مقیاس RCd با نمره تی (T) بالاتر از دیگر مقیاس‌های RC، که آن هم ارزش تفسیر ندارد. بنابر این مقیاس‌های RC، بر خلاف مقیاس‌های بالینی اولیه، نمایانگر مشکلات پاتولوژیک نیستند. مقیاس بالینی ۴ در MMPI-2 نشان از مشکلات شخصیتی دارد، و نمره بالای APS^۷ احتمال بالای سوء مصرف مواد را در این افراد را نشان می‌دهد [۲۳] (شکل ۲).

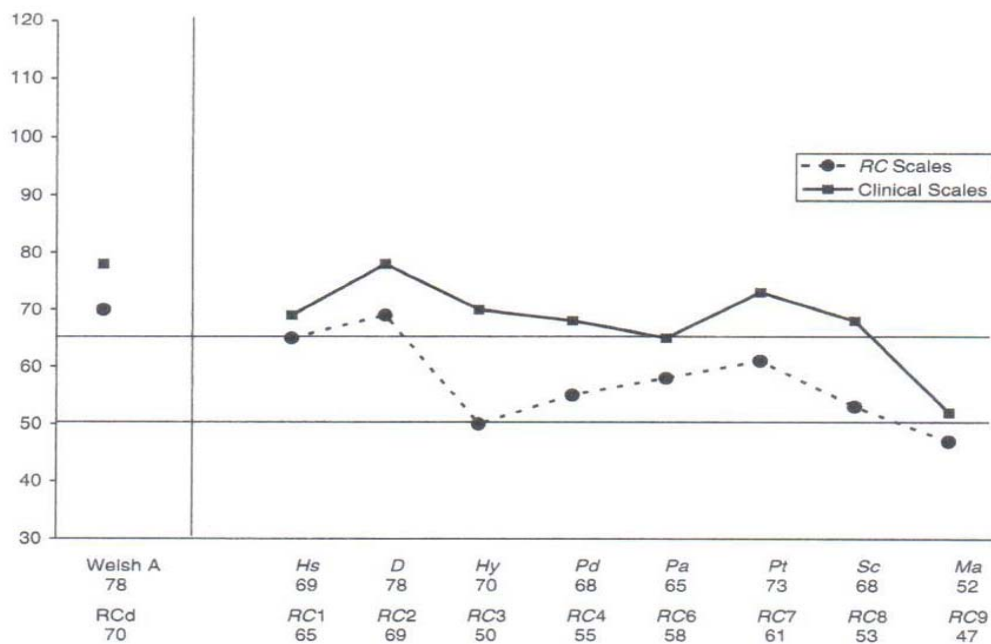
بالینی اولیه را که تشکیل دهنده مقیاس دموورلیزیشن بوده‌اند، مشابه با حذف تجربه‌ی درد از علائم طبی دانسته‌اند. درد در بسیاری از بیماری‌های طبی اتفاق می‌افتد و در حقیقت به متخصص کمک می‌کند تا بتواند مشکلات زیربنایی را پیدا کند. به طور مشابه، حذف آیتم‌های مرتبط با مقیاس دموورلیزیشن از مقیاس‌های بالینی، از طریق حذف نشانه‌های بالینی، منجر به تضعیف این مقیاس‌ها می‌شود [۱۸]. در این راستا و بینفورد^۱ و لیلژیکوویست^۲ در سال ۲۰۰۸ در تحقیقی که بر روی بیماران سرپایی (که مبتلا به اختلالات روانی بودند) انجام دادند، اشاره کردند که شاید ضعف مقیاس RC2 در شناسایی افسردگی، نسبت به مقیاس بالینی هم‌تایش و مقیاس محتوایی DEP، پیامد حذف آیتم‌های مربوط به دموورلیزیشن باشد [۱۹].

همچنین کوملا^۳، کیلی^۴ و بوچر در سال ۲۰۰۹ به این نتیجه رسیده‌اند که مقیاس‌های RC در مقایسه با مقیاس‌های بالینی اولیه در MMPI، حساسیت کمتری به مشکلات بالینی دارند [۲۰]. مگارچی^۵ در سال ۲۰۰۶ در مطالعه‌ای که بر روی ۲۶۱۹ مرد زندانی و ۷۹۷ زن زندانی انجام داد بدین نتیجه رسید که سطح بیش از نیمی از مقیاس‌های RC، کمتر از تی (T) ۵۶ است و این پایین بودن سطح T، حتی مقیاس RC4 (pd اولیه) را هم شامل می‌شود. این نتایج نشان می‌دهد که زندانیان بیشتر به عنوان افرادی "بهنجار"، توصیف شده‌اند و این بهنجاری حتی در رابطه با مقیاس RC4، که مبنای طراحی آن نشان دادن رفتارهای ضداجتماعی بوده، نیز دیده می‌شود. ملوی و گاکانو (۲۰۰۹) با بررسی مجدد نتایج مگاجی (۲۰۰۶) به این نتیجه رسیدند که مقیاس‌های RC در شناسایی ویژگی‌های جمعیت‌های زندانی، هم از لحاظ ویژگی‌های پاتولوژیک به طور کلی، و هم از لحاظ رفتارهای ضد اجتماعی به طور خاص، با مشکلاتی مواجه هستند. علاوه

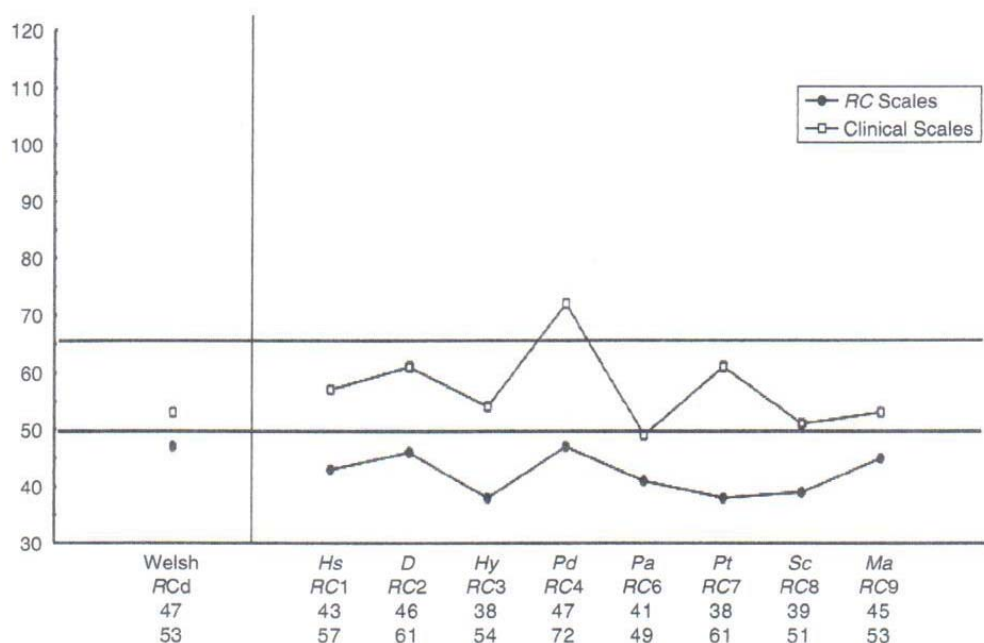
۶. Addition Admission Scale (AAS): نمره‌های بالا در این مقیاس نشان دهنده آگاهی هوشیارانه فرد و تمایل او به در میان گذاشتن اطلاعات مربوط به مشکلات وابسته به مواد یا الکل است.

۷. Addiction Potential Scale: نمرات بالا در این مقیاس نشان می‌دهد که شخص دارای تعداد قابل ملاحظه‌ای از عامل‌های شخصیتی و سبک‌های زندگی است که با سوء مصرف کنندگان الکل و یا مواد همسان است.

1. Binford, A.
2. Liljequist, L.
3. Cumella, E.
4. Kally, Z.
5. Megargee, E. I.



شکل ۱: نیمرخ آزمودنی‌های مبتلا به اختلالات خوردن [۲۲]



شکل ۲: نیمرخ آزمودنی‌های زندانی [۲۳]

ولش^۱ (1956)، با استفاده از تحلیل عامل سطح مقیاس^۲،

البته باید توجه داشت که مقیاس‌های RC، اولین مقیاس‌هایی نیستند که از طریق تحلیل عامل برای بازسازی مقیاس‌های بالینی MMPI به وجود آمده‌اند.

1. Welsh
 2. scale-level factor analysis

با این حال، قبل از اینکه چنین پیشنهادهایی به ثمر نشیند، در سال ۲۰۰۲، یعنی یک سال قبل از انتشار رساله‌ی تلگان و همکاران (۲۰۰۳) و مطرح شدن سخنان بالا در مورد مقیاس‌های RC، طرحی به منظور شکل‌دهی نسخه کوتاهی از MMPI-2، مبتنی بر مقیاس‌های RC، آغاز شده بود. بنا بر این نباید تعجب کرد که چنین اقداماتی، با انحراف از روش تجربی هته وی و مک کینلی، نهایتاً به ایجاد مقیاس‌هایی منتهی شد که تفاوت بسیاری با مقیاس‌های بالینی پیشین داشتند [۲۵ و ۲۶]. از سوی دیگر رانسون^۳ و همکاران (۲۰۰۹) اذعان کرده‌اند، که ایجاد تغییرات گسترده در ابزار استاندارد چون MMPI که نزدیک به ۷۰ سال حمایت پژوهشی را در کارنامه خود دارد، می‌تواند خطر پذیری زیادی به همراه داشته باشد، به ویژه زمانی که این تغییرات مبتنی بر روش شناختی اساساً متفاوت و پشتوانه پژوهشی محدود باشد. چه که یک ابزار جدید، پیش از آنکه در زمینه‌ی بالینی به‌طور گسترده مورد استفاده قرار گیرد باید به پشتوانه‌های پژوهشی مجهز گردد [۲۷].

در واقع اگر مقیاس‌های RC، مقیاس‌های جدیدی باشند که با مقیاس‌های بالینی پیشین متفاوت هستند، پس جدای از پژوهش‌های هفت دهه در مورد MMPI و مقیاس‌های بالینی آن، پژوهش‌های مستقلی در مورد این مقیاس‌ها مورد نیاز است. بدین خاطر نباید تن به این وسوسه داد که یافته‌های قبلی را پشتوانه مقیاس‌های جدید دانست، بلکه یافتن شواهد تجربی برای مقیاس‌های تازه ضروری است [۲۸].

علاوه بر شواهد تجربی، باید اشاره کرد که مقیاس‌های RC، دارای مبنای نظری تردیدآمیز هستند [۲۹، ۲۷، ۱۸، ۳۰]. همچنین، تمرکز اکثر مقیاس‌های RC، متوجه ساختارهای شخصیتی مقیاس‌های بالینی MMPI-2 نیست [۲۶، ۳۰، ۳۱، ۳۲ و ۳۳]. دیگر اینکه، این مقیاس‌ها، حساسیت کمی به مشکلات سلامت روان دارند [۱۹، ۳۴-۳۹].

با این حال و با وجود نقادان‌های متعدد نسبت به

یک سیستم تفسیری را که ترکیبی از عامل‌های اضطراب (Anxiety) (A) و سرکوبی (Repression) (R) بود، پیشنهاد کرد. از این رویکرد تفسیری استقبال گسترده‌ای صورت نگرفت. تلگان و همکاران (۲۰۰۳)، اساساً از همان تحلیل عامل ولش استفاده کردند، ولی نام آن را به ناامیدی/تضعیف روحیه (Demoralization (RCd)^۱ تغییر دادند تا نشان دهند که چه آیت‌هایی از مقیاس‌های بالینی حذف شده‌اند. همچنین قابل اشاره است که بسیاری از مقیاس‌های RC، از قبیل مقیاس‌های RC1، RCd و RC3، همان مقیاس‌هایی بوده‌اند، که پیشتر در تحلیل عامل جانسون^۲ و همکاران (۱۹۸۴) گزارش شده بود [۲۴].

تلگان و همکاران (۲۰۰۳) در گام نخست مقیاس‌های RC را یاریگر تفسیر نیمرخ مقیاس‌های بالینی دانسته و گفته‌اند که مطالعات بیشتر، می‌توانند مشخص کنند که این مقیاس‌های جدید، نهایتاً چه نقش دیگری می‌توانند داشته باشند. پس در عین اینکه به عنوان ابزار بالینی هستند در عین حال ابزاری پژوهشی می‌باشند. بدین خاطر آنها برای پژوهش‌های آتی گستره‌هایی را به شرح زیر پیشنهاد کرده بودند:

- بررسی کاربرد مقیاس‌های RC در زمینه‌های مختلف به غیر از زمینه‌هایی که در راهنمای سال ۲۰۰۳ آورده شده است (مثل سوء مصرف مواد، پزشکی عمومی، زمینه‌های قانونی و غربال کارکنان).
 - مقایسه مقیاس‌های RC با کدهای خاصی که برای آسیب‌شناسی، ویژگی‌های شخصیتی و گرایش‌های رفتاری به کار برده می‌شود
 - بررسی و تحلیل بیشتر در زمینه اعتبار سازه‌ی مقیاس‌های RC و ...
- تلگان و همکاران (۲۰۰۳) اذعان کرده‌اند که از طریق چنین تلاش‌هایی ممکن است بتوان بخش کامل‌تری از ویژگی‌های بنیادین MMPI-2 را، در مجموعه‌ی جدیدی از مقیاس‌هایی که نسبت به مقیاس‌های کنونی موثر ترند، انعکاس داد [۲۴].

1. Welsh A and RCd are correlated at 0.90 (see Rouse et al. 2008)

2. Johnson, J.H.

3. Ranson, M.

شد و در MMPI-2-RF گنجانده شد. این ابعاد عبارتند از: EID^۲ (بدکارکردی درونی سازی / هیجانی)، THD^۳ (بدکارکردی افکار)، BXD^۴ (بدکارکردی برونی سازی / رفتاری) [۱۴،۱۵].

مقیاس‌های سطح بالاتر EID، THD و BXD، به خوبی معادل با کدهای تشخیصی 2/7، 6/8 و 4/9 در MMPI-2 هستند. در حالی که این کدها به صورت انحصاری هستند (به یک نیمرخ، بیشتر از یک کد تعلق نمی‌گیرد)، رویکرد زیربنایی مقیاس‌های سطح بالاتر EID، THD و BXD، به گونه‌ای است که اجازه می‌دهد یک پاسخ، نمرات بالایی روی بیش از یکی از این مقیاس‌ها به دست آورد. هرچند، تحقیقاتی در رابطه با قابلیت کاربرد کدهای تشخیصی در MMPI-2-RF در حال انجام است، اما تاکنون توافقی در رابطه با کاربرد این کدها در این آخرین ویرایش MMPI دیده نمی‌شود. این وضعیت، هم چنین یکی از مهم ترین تغییرات MMPI-2 به‌شمار می‌آید [۱۴،۱۵].

علاوه بر شکل‌گیری مقیاس‌های RC و مقیاس‌های سطح بالاتر، باید به تلاش‌هایی اشاره کنیم که در سال ۲۰۰۳، به منظور طراحی مقیاس Fp (پاسخ‌های آسیب شناسی نادر^۵)، S (برتر بودن^۶)، PSY-5 (مبتنی بر مدل چند بعدی شخصیت که در سال ۱۹۹۵ توسط آلن هارنس^۷ و جان مک‌نالتی^۸، مطرح شد [۴۴])، و مقیاس‌های مقیاس‌های ظریف / آشکار^۹ (که در سال ۱۹۹۹ متوقف شدند) انجام شدند [۱۴،۱۵].

تکمیل MMPI-2-RF، نیاز به انطباق نسخه‌ی تجدید نظر شده PSY-5 توسط هارنس و مک‌نالتی [۴۵] و هارنس، مک‌نالتی، بن-پورات و گراهام [۴۶] و هم چنین مقیاس اعتباری داشت که ۷ مقیاس آن، تجدید نظر شده و یک مقیاس، جدید بود. مقیاس‌های تجدید نظر شده PSY-5، با کلاستر A,B,C اختلالات شخصیت DSM

2. Emotional/Internalizing Dysfunction
3. Thought Dysfunction
4. Behavioral/Externalizing Dysfunction
5. Infrequent Psychopathology Responses
6. Superlative
7. Harkness, A.
8. McNulty, J.
9. Subtle/Obvious Scales

اعتبار و کاربرد مقیاس‌های یاد شده در فرم جدید MMPI و مقیاس‌هایی که هسته‌ی مرکزی آن را تشکیل می‌دهند، رشد و تحول این مقیاس‌ها همچنان ادامه داشته و خواهد داشت [۱۹،۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۳، ۳۹].

خرده چهارم : چگونگی تولد MMPI-2-RF

به دنبال شکل‌گیری مقیاس‌های RC، در سال ۲۰۰۸ نسخه دیگری از MMPI، تحت عنوان MMPI-2-RF منتشر شد. هنگام انتشار نسخه جدید، به وضوح دیده می‌شد که مقیاس‌های RC، هسته اصلی این نسخه را شکل داده‌اند. با این اشاره، شاید اکنون مشخص شده باشد که چرا در این نوشتار بر مقیاس‌های RC تاکید بیشتری شده و بخش قابل توجهی از رهیافت تاریخی در این جستار، دربرگیرنده این مقیاس‌ها و نقادی آنها بوده است. پس از مشخص شدن هسته اصلی MMPI-2-RF، اکنون بد نیست به شکل‌گیری دیگر ابعاد این نسخه پردازیم. نسخه‌ای که توسط تلگان و بن - پرات (۲۰۰۸) طراحی شد و در اواخر سال ۲۰۰۸ توسط انتشارات دانشگاه مینه‌سوتا منتشر شد.

از سوی دیگر، با طراحی مقیاس‌های بالینی بازسازی شده، علاوه بر بررسی کاربرد آنها در جمعیت‌ها و بافت‌های مختلف، تلاش‌هایی به منظور شناسایی ابعاد مرتبه بالاتر برای تسهیل فهم "تصویر برجسته تر"^۱ از لحاظ بالینی، شکل گرفت. همچنین الگوریتم‌ها به منظور شناسایی پاسخ‌های نوروتیک از پاسخ‌های سایکوتیک، به کارگرفته شدند. از تحلیل عامل ۹ مقیاس RC، که به عنوان مقیاس‌های محوری MMPI-2-RF بوده، سه مقیاس H-O [۴۰]، به منظور ارزیابی حیطه‌های گسترده‌ای از مشکلات درونی سازی، برونی سازی و آشفتگی افکار ارائه شده‌اند که در مطالعات تجربی، از جمله مطالعات اپیدمیولوژیک، [۴۱،۴۲]، به طور همسان شناسایی شده‌اند. آنها، هم چنین سنجش‌های چند بعدی از ۳ تا از رایج‌ترین کدهای تشخیصی MMPI-2 (۲۷/۷۲، ۶۸/۸۶ و ۴۹/۹۴)، ارائه می‌کنند [۴۳]. در نهایت، ۳ بعد مرتبه بالاتر شناسایی

1. " bigger picture"

مقیاس‌های PSY-5 با مقیاس‌های اولیه‌شان نداده‌اند [۱۸]. البته راهنمای MMPI-2-RF، برای اطلاعات بیشتر در رابطه با مقیاس‌های PSY-5 و سایر مقیاس‌های MMPI-2-RF، کاربران را به یک راهنمای فنی ارجاع داده است [۵۱]. در مورد مقیاس‌های تجدید نظر شده ی PSY-5، یک پاراگراف به طور خلاصه فرآیند تجدید نظر این مقیاس‌ها را توسط هته وی و مک کینلی (۲۰۰۷) شرح داده است، در یک قسمت از پیوست، اطلاعات مربوط به همبستگی بیرونی این مقیاس‌ها نشان داده شده و در یک جدول، اطلاعات مربوط به پنج نمونه ی بالینی که حاکی از همبستگی قوی مقیاس‌های PSY-5 با مقیاس‌های اصلی شان بوده، نشان داده شده است. هیچ اطلاعات دیگری در رابطه با مقیاسه ی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس‌های PSY-5 با مقیاس‌های اصلی شان وجود ندارد تا معادل بودن این دو فرم را به متخصصان نشان دهد. در آن راهنمای فنی، برای توسعه ی مقیاس‌های PSY-5، به یک سخنرانی منتشر نشده استناد داده شده [۴۵] و مشخص نیست که آیا کاربران به آن دسترسی خواهند داشت یا خیر و اینکه آیا در آن متن توضیحات کافی وجود دارد یا خیر؟

هشت مقیاس اعتباری MMPI-2-RF، شامل ۷ مقیاس تجدید نظر شده ی MMPI-2 و یک مقیاس جدید می‌باشد. نخست اینکه نسخه‌های تجدید نظر شده ی ناهمسانی پاسخ‌های متغیر (VRIN-r) و ناهمسانی پاسخ‌های درست (TRIN-r)، به ترتیب، پاسخ‌های تصادفی و ثابت را مورد سنجش قرار می‌دهند. همچنین مقیاس پاسخ‌های نادر (F-r)، نسخه ی تجدید نظر شده‌ای از مقیاس اصلی F می‌باشد و در بر گیرنده محتوای آیم‌هایی است که کمتر از ۱۰ درصد جمعیت زنان و مردان در نمونه ی هنجاری MMPI-2، آنها را تایید کرده‌اند. دامنه‌ی همسانی درونی این مقیاس در نمونه ی بهنجار MMPI-2-RF از ۰.۶۹ (نمونه ی مردان) تا ۰.۷۱ (در نمونه زنان)، متغیر است و در جمعیت بیماران روان پزشکی سرپایی و بستری، بین ۰.۸۵ تا ۰.۸۸ متغیر است. در "راهنمای فنی" MMPI-2-RF، همبستگی میان F-r و

مرتبط هستند و بر مدل چند بعدی اختلالات شخصیت که از حمایت تجربی برخوردار است، تاکید دارند [۴۴، ۴۷، ۴۸] و این با یافته‌های تجربی مربوط به مفهوم سازی چند بعدی آسیب شناختی شخصیت همسان می‌باشد [۴۹، ۵۰].

مجموعه این مقیاس‌ها در زیر ارایه شده‌اند:

AGGR-r^۱: پرخاشگری - تجدید نظر شده - که به پرخاشگری ابزاری و هدفمند اشاره دارد

PSYC-r^۲: روان پریش گرایی - تجدید نظر شده -

جدایی از واقعیت

DISC-r^۳: بی‌قیدی - تجدید نظر شده - رفتار خارج

از کنترل

NEGE-r^۴: هیجان پذیری منفی / روان رنجور خوبی -

تجدید نظر شده - اضطراب، احساس ناامنی، نگرانی و ترس

INTR-r^۵: درون گرایی / هیجان پذیری مثبت ناچیز -

تجدید نظر شده - دوری از اجتماع و فقدان احساس خرسندی

در راهنمای MMPI-2-RF اشاره شده است که مک نولتی و هارکنس (۲۰۰۷) به طور مستقل، مقیاس‌های PSY-5 را مورد تجدید نظر قرار داده‌اند. احتمالاً آنها باید درباره ی فرایند تجدید نظر این مقیاس‌ها، توضیحات کافی برای کاربران فراهم آورده باشند تا مشخص گردد که مقیاس‌های تجدید نظر شده ی PSY-5، با مقیاس‌های اولیه شان معادل هستند، ولی تاکنون چنین توضیحاتی در راهنمای MMPI-2-RF دیده نشده است. مک نولتی و هارنس (۲۰۰۷)، در فصلی از کتابی که گفته شده توسط بوچر ویرایش شده، به طور واضح به این موضوع اشاره نکرده‌اند. در فصلی از کتاب مشابه ی دیگری که توسط بوچر (۲۰۰۶) ویرایش شده، هته وی و مک کینلی (۲۰۰۶)، هیچ اشاره‌ای به مقیاس‌های تجدید نظر شده PSY-5 نکرده‌اند و هیچ توضیحی در رابطه با معادل بودن

1. Aggressiveness-Revised
2. Psychoticism-Revised
3. Disconstraint-Revised
4. Negative Emotionality/Neuroticism-Revised
5. Introversion/Low Positive Emotionality-Revised

دو نمونه‌ی هنجاری و نمونه‌ی بیماران جسمی، تایید شده و نشانه‌های جسمانی تایید شده توسط ۲۵ درصد یا کمتر از ۲۵ درصد از جمعیت بیماران جسمی و جمعیت بیماران مبتلا به درد مزمن را شامل می‌شود [۵۶]. در "راهنمای فنی" MMPI-2-RF، همسانی درونی این مقیاس در جمعیت بیماران سرپایی و بستری روان پزشکی، بین ۰/۶۰ تا ۰/۶۸ گزارش شده است [۵۲].

همچنین مقیاس اعتبار نشانه (FBS-r)، از جمله تغییرات بحث‌برانگیزی است که در ژانویه‌ی سال ۲۰۰۷ به گزارش نمرات MMPI-2 اضافه شد و سپس به شکل‌گیری نسخه‌ی کوتاهی از آن (FBS-r) در MMPI-2-RF ختم شد. این مقیاس دربرگیرنده ۳۰ آیتم از ۴۳ آیتم FBS اصلی می‌باشد. در "راهنمای فنی" MMPI-2-RF، همسانی درونی این مقیاس، در جمعیت بیماران سرپایی و بستری روان پزشکی، بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ گزارش شده است. در این راهنما، همبستگی میان FBS و FBS-r در جمعیت بیماران بیش گزارش کننده‌ی علائم جسمانی و روانی، در جمعیت مبتلا به آسیب عصب روانی و ناتوانی / آسیب فردی، بین ۰/۹۶ تا ۰/۹۹ گزارش شده است [۵۲].

البته باید توجه کرد که مقیاس FBS توسط لیز-هالی^۵ و همکاران (۱۹۹۱) اساساً به منظور بررسی تمارض نشانه‌ها در بیمارانی که به لحاظ شخصیتی آسیب دیده هستند، طراحی شده است. نتایج بررسی‌ها نشان داده‌اند که نرخ پاسخ‌های مثبت کاذب این مقیاس، در میان افرادی که تحت درمان روانشناختی هستند، بالاست [۵۷ و ۵۸]. به عنوان مثال، بر اساس نقاط برش لیز هالی و همکاران (۱۹۹۱)، ۶۲ درصد از زنانی که مبتلا به اختلالات خوردن هستند، تمارض تشخیص داده می‌شوند، و بر اساس نقاط برشی که اخیراً برای FBS نظر گرفته شده است، ۱۱ درصد از آنها تمارض تشخیص داده می‌شوند [۵۸]. این سوگیری در نتایج مقیاس FBS، تا حدی به این دلیل است که بخش زیادی از

F در جمعیت بیماران روان پزشکی بستری، بیماران جسمی، جمعیت مبتلا به ناتوانی / آسیب فردی و آسیب عصبی روانی^۱، بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۶ گزارش شده است [۵۲]. از سوی دیگر، مقیاس پاسخ‌های آسیب شناختی روانی نادر (FP-r)، محتوی ۲۳ آیتم از ایتم‌های مقیاس FP در MMPI-2 می‌باشد و ۴ آیتم از آیتم‌های اصلی به دلیل هم پوشی با مقیاس L اصلی حذف شده‌اند [۵۳]. در هنگام بازسازی مقیاس Fp-r، ۹ آیتم از مقیاس اصلی حذف شدند و ۳ آیتم که تاثیر بیشتری داشتند، اضافه شدند، که در نهایت تعداد آیتم‌های این مقیاس به ۲۱ آیتم رسید. همان گونه که در "راهنمای فنی" MMPI-2-RF توصیف شده است، همسانی درونی این مقیاس بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ می‌باشد و پایایی از مون - بازآزمون آن ۰/۷۱ است. Fp-r و Fp، همبستگی قوی دارند (۰/۷۳ تا ۰/۹۹). این دو مقیاس، پیش گوی مناسبی از بیش گزارش دهی نشانه‌ها در جمعیت بیماران مبتلا به سایکوپاتولوژی شدید، در نظر گرفته می‌شوند [۵۲].

سلبام^۲ و همکاران (۲۰۱۰)، طرحی را به منظور بررسی کاربرد مقیاس‌های اعتباری MMPI-2-RF برای شناسایی تمارض (همان گونه که در مصاحبه‌ی ساختار یافته‌ی نشانه‌های گزارش شده^۳ [۵۵]، تعریف شده است)، در نمونه‌ای از متهمان به جنایت، به کار برده‌اند. نتایج مطالعه آنها نشان داد که F-r و Fp-r در تمایز بین گروه‌های تمارض و غیر تمارض، بیشترین تاثیر را داشته‌اند (که میزان آن به ترتیب $d = 2.37$ و $d = 2.34$ می‌باشد) [۵۴].

دیگر مقیاس، مقیاس پاسخ‌های جسمانی نادر (FS)^۴ است. این مقیاس جدیدی است که به منظور سنجش پاسخ‌های جسمانی غیر قابل اعتماد، یا ارزیابی میزان شکایات نامتداول جسمانی در جمعیت بیماران جسمی، و پیش گزارش دهی نشانه‌های جسمانی، طراحی شده است. این مقیاس محتوی ۱۶ آیتم است و در تعداد اندکی از هر

1. neuropsychological
2. Sellbom, M.
3. Structured Interview of Reported Symptoms
4. Infrequent Somatic Responses

5. Lees-Haley

مقابل ۴۴ درصد از مردان). این دو نمونه آیت‌م، از نسخه ۳۰ آیت‌می FBS-r حذف شد در حالی که در نسخه FBS مربوط به MMPI-2 همچنان باقیست. به‌هرحال، متأسفانه، تقریباً نیمی از آیت‌م‌های FBS-r (مثل آیت‌م‌های 36, 45, 55, 133, 141, 162, 187, 189, 193, 234, 247, 261) تفاوت میان مردان و زنان به‌نحار را ۵ درصد یا بالاتر نشان می‌دهد (میزان میانگین ۸/۷ و دامنه ۵-۱۸) [۵۸].

همین‌طور مقیاس برتری غیر محتمل (L-r) و اعتبار سازش (K-r)، نسخه‌های کوتاهی از مقیاس‌های هم‌تایشان در MMPI-2 می‌باشند که به منظور ارزیابی جنبه‌های متمایز و مکملی از کم گزارش دهی، طراحی شده‌اند [۱۵].

علاوه بر این، در MMPI-2-RF، ۲۵ خرده مقیاس دیگر وجود دارد که می‌توانند بدون توجه به اینکه مقیاس‌های RC ارتقا پیدا کنند یا خیر، به‌طور مستقل مدنظر قرار گیرند. این مقیاس‌ها عبارتند از: کسالت، ناراحتی‌های معده‌ای روده‌ای، شکایات سردرد، شکایات نورولوژیکال، شکایات شناختی، افکار مرگ/خودکشی، درماندگی/ناامیدی، تردید به خود، بی‌فایده بودن، استرس/نگرانی، اضطراب، آمادگی نسبت به خشم، ترس‌های بازدارنده‌ی رفتار، و ترس‌های چندگانه خاص، مشکلات سلوک نوجوانی، سوء مصرف مواد، پرخاشگری، کنش وری، مشکلات خانوادگی، انفعال در روابط میان فردی، اجتناب اجتماعی، کمرویی، عدم پیوند با دیگران، علائق ادبی - هنری، و علائق عملی - جسمانی [۱۴]. (ر.ک. جدول ۲)

در ابتدا برای کمک به تشخیص مقیاس‌های H-O و تفسیر مقیاس‌های RC، مقیاس‌های SP طراحی شدند، اما این مقیاس‌ها، هم‌چنین، گستره‌های بالینی و شخصیتی را که توسط مقیاس‌های RC به اندازه‌ی کافی پوشش داده نمی‌شوند، مورد سنجش قرار می‌دهند. مقیاس‌های SP عبارتند از: ۵ مقیاس جسمانی/شناختی، ۹ مقیاس درونی‌سازی، ۴ مقیاس برونی‌سازی و ۵ مقیاس میان فردی. مقیاس‌های درونی‌سازی محتوی ۴ مقیاسی (SUI،

آیت‌م‌های آن (یک سوم)، بر اساس مقیاسی ساخته شده که توسط هته وی و مک کین لی به منظور شناسایی نشانه‌های روان‌تنی که شیوع بالایی در جمعیت‌های روانپزشکی دارد، طراحی شده و بخش بزرگ دیگری از آیت‌م‌ها (یک سوم)، برای سنجش سبک پاسخ دفاعی به کار برده شده است [۵۹، ۶۰ و ۶۱].

پاسخ‌های متفاوت زنان و مردان به آیت‌م‌های FBS^۱، یکی از نگرانی‌های مرتبط با سوگیری‌های کلی در سبک پاسخ مردان و زنان است که البته به ساختاری که ظاهراً توسط آن مقیاس ارزیابی می‌شود، ارتباطی ندارد. حامیان مقیاس‌های FBS و FBS-r مدعی هستند که طولانی بودن آیت‌م‌های FBS و FBS-r مربوط به بیش گزارش دهی^۲ نشانه‌هایی است که در زمان‌های مختلف توصیف می‌شدند، مثل پریشانی هیجانی یا نشانه‌های جسمانی یا نشانه‌های شناختی مربوط به آسیب مغزی [۶۲، ۶۳ و ۶۴].

همان‌گونه که در بالا توضیح داده شد، مقیاس FBS، مخصوصاً از زمانی که در MMPI-2 قرار گرفت، برای تصمیمات مهمی به کار برده می‌شود که به‌گونه‌ی معناداری به‌زیستی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. تفاوت جنسیتی در پاسخ به آیت‌م‌های FBS، در مقالات زیادی گزارش شده است [۵۷، ۵۸، ۶۲ و ۶۵].

بوچر و همکاران (2008) گزارش کرده‌اند که معادل نمره‌ی برش خام ۲۹ یا بالاتر که برای شناسایی پاسخ‌های بی‌اعتبار در MMPI-2 به کار گرفته می‌شود [۶۶ و ۶۷]، برای زنان نمره‌ی تی (T) ۸۷ و برای مردان نمره‌ی تی (T) ۹۵ وجود دارد که به انحراف کامل نزدیک است. علاوه بر این، آنها گزارش کردند که سوگیری در سطح آیت‌م‌های FBS، در بالا بردن نمرات زنان در این مقیاس نقش دارد (به عنوان مثال، زنان نمونه‌ی به‌نحار MMPI-2 با احتمال بیشتری گرگرفتگی را گزارش می‌کنند ۱۳ درصد در مقابل ۲ درصد از مردان - و آنها مصرف بیش از اندازه‌ی الکل را تایید نمی‌کنند - ۲۱ درصد در

1. Fake Bad Scale
2. over-reporting

HLP, SFD, NFC) است که به طور خاص برای سنجش جنبه‌های مختلفی از هیجان‌ات منفی (ANP, BRF, MSF)، جنبه‌های مختلفی از هیجان‌ات منفی بدکارکرد (مثل RC7) را مورد سنجش قرار می‌دهند. در حالی که ۵ مقیاس باقی مانده ی دیگر (STW, AXY, MMPI-2-RF

جدول ۲: فشرده‌ای از مقیاس‌های MMPI-2-RF

توضیح	خرده مقیاس‌ها (n=51)	
ناهمسانی پاسخ‌های متغیر- پاسخ تصادفی	^۱ VRIN-r	مقیاس‌های اعتبار (n=9) Validity Scales
ناهمسانی پاسخ‌های درست- پاسخ ثابت	^۲ TRIN-r	
پاسخ‌های نادر- پاسخ‌هایی که در جمعیت عمومی نادر هستند	^۳ F-r	
پاسخ‌های آسیب شناختی روانی نادر- پاسخ‌هایی که در جمعیت مبتلا به اختلالات روانی نادر هستند	^۴ Fp-r	
پاسخ‌های جسمی نادر- شکایات جسمانی که در جمعیت بیماران جسمانی نادر هستند	^۵ Fs	
اعتبار نشانه- شکایات جسمی و شناختی که با بیش گزارش دهی همراهند	^۶ FBS-r	
شکایات اغراق شده ی حافظه	^۷ RBS	
برتری نامتداول- ویژگی‌ها یا فعالیت‌های اخلاقی نادر	^۸ L-r	
اعتبار سازگاری- ادعای سازگاری روان شناختی خوب همراه با بیش گزارش دهی	^۹ K-r	
مشکلات مرتبط با خلق و عاطفه	بدکارکردی هیجانی / درونی سازی (EID) ^{۱۰}	
مشکلات مرتبط با افکار آشفته	بدکارکردی افکار (THD) ^{۱۱}	
مشکلات مرتبط با رفتار تحت کنترل	بدکارکردی رفتاری / برونی سازی (BXD) ^{۱۲}	
ناخشنودی و نارضایتی کلی	^{۱۳} Demoralization (RCd)	مقیاس‌های تجدیدنظر شده ی بالینی (n=9) RC Scales
شکایات جسمی فراوان	شکایات بدنی ^{۱۴} (RC1)	
فقدان واکنش‌های هیجانی مثبت	عواطف مثبت ناچیز ^{۱۵} (RC2)	
باورهای غیر انتساب به خود مبنی بر بی اعتمادی نسبت به دیگران و به طور کلی پایین در نظر گرفتن آنها	بدبینی ^{۱۶} (RC3)	

1. Variable Response Inconsistency
2. True Response Inconsistency
3. Infrequent Responses
4. Infrequent Psychopathology Responses
5. Infrequent Somatic Responses
6. Symptom Validity
7. Response Bias Scale
8. Uncommon Virtues
9. Adjustment Validity
10. Emotional/Internalizing Dysfunction
11. Thought Dysfunction
12. Behavioral/Externalizing Dysfunction

14. Somatic Complaints
15. Low Positive Emotions
16. Cynicism

قانون شکنی و رفتار بی مسئولانه	رفتار ضد اجتماعی ^۱ (RC4)	مشکلات جسمانی/ شناختی (n=5) Somatic/ Cognitive	مقیاس مشکلات خاص (n=23) Specific Problems Scales
باورهای انتساب به خود مبنی بر اینکه دیگران خطرناک هستند	افکار گزند و آسیب ^۲ (RC6)		
اضطراب، خشم و تحریک پذیری نابهنجار	عواطف منفی بدکارکرد ^۳ (RC7)		
ادراک یا افکار نامتداول	تجارب غیر عادی ^۴ (RC8)		
بیش کنش وری، پرخاشگری، تکانش وری و بزرگ منشی	کنش وری هایپومانیک ^۵ (RC9)		
احساس کلی ضعف جسمانی، سلامتی ناچیز	کسالت ^۶ (MLS)		
تهوع، ناراحتی مکرر معده و اشتها کم	شکایات معده‌ای روده‌ای ^۷ (GIC)		
درد سر و گردن	شکایات سردرد ^۸ (HPC)		
سرگیجه، ضعف، فلج شدگی، فقدان تعادل و غیره	شکایات نورولوژیکال ^۹ (NUC)		
مشکلات حافظه، دشوار شدن تمرکز	شکایات شناختی ^{۱۰} (COG)		
اذعان مستقیم افکار خودکشی و اقدامات اخیر در این رابطه	افکار مرگ/خودکشی ^{۱۱} (SUI)	RCd Facets	مشکلات درونی سازی (n=9) Internalizing
باور به اینکه نمی توان به اهداف رسید یا مشکلات را حل کرد	درماندگی / ناامیدی ^{۱۲} (HLP)		
فقدان اعتماد به نفس، احساس بی فایده‌گی	تردید به خود ^{۱۳} (SFD)		
باور به اینکه فردی، بی فایده و بی تاثیر است	مفید نبودن ^{۱۴} (NFC)		
اشتغال فکری با ناکامی ها، دشواری با محدودیت زمان	استرس / نگرانی ^{۱۵} (STW)	RC7 Facets	Internalizing
اضطراب فراگیر، ترس ها، کابوس‌های فراوان	اضطراب ^{۱۶} (AXY)		
به راحتی عصبانی شدن، عدم تحمل دیگران	آسادگی نسبت به خشم ^{۱۷} (ANP)		
ترس‌هایی که به طور معنادار از رفتار بهنجار جلوگیری می‌کنند	ترس‌های محدود کننده ی رفتار ^{۱۸} (BRF)		
ترس از خون، آتش، رعد و برق و غیره.	ترس‌های خاص چندگانه ^{۱۹} (MSF)		

1. Antisocial Behavior
2. Ideas of Persecution
3. Dysfunctional Negative Emotions
4. Aberrant Experiences
5. Hypomanic Activation
6. Malaise
7. Gastrointestinal Complaints
8. Head Pain Complaints
9. Neurological Complaints
10. Cognitive Complaints
11. Suicidal/Death Ideation
12. Helplessness/Hopelessness
13. Self-Doubt
14. Inefficacy
15. Stress/Worry
16. Anxiety
17. Anger Proneness
18. Behavior-Restricting Fears
19. Multiple Specific Fears

مشکلات در خانه و در مدرسه، دزدی	مشکلات سلوک نوجوانی ^۱ (JCP)	RC4 Facets	مشکلات برونی سازی (n=4) Externalizing
سوء مصرف الکل و دارو در گذشته و در حال حاضر	سوء مصرف مواد ^۲ (SUB)		
پرخاشگری فیزیکی، رفتار خشونت آمیز	پرخاشگری ^۳ (AGG)	RC9 Facets	مشکلات بین فردی (n=5) Interpersonal
برانگیختگی و انرژی به اوج رسیده	کنش وری ^۴ (ACT)		
ارتباطات خانوادگی پر تعارض	مشکلات خانوادگی ^۵ (FML)		مقیاس علائق (n=2) Interest Scales
کمر و سلطه پذیر بودن	انفعال در روابط میان فردی ^۶ (IPP)		
اجتناب از رویدادهای اجتماعی یا لذت نبردن از آنها	اجتناب اجتماعی ^۷ (SAV)		
خجالتی بودن، آمادگی برای بازداری در مقابل دیگران یا اضطراب در مقابل آنها	کمرویی ^۸ (SHY)		
دوست نداشتن دیگران و عدم علاقه برای بودن در پیرامون آنها	عدم پیوند با دیگران ^۹ (DSF)		
ادبیات، موزیک، تئاتر	علائق ادبی - هنری ^{۱۰} (AES)		PSY-5 Scales (n=5)
ساختن وسایل، رفتن به دامن طبیعت، ورزش	علائق عملی - جسمانی ^{۱۱} (MEC)		
پرخاشگری ابزاری و مبتنی بر هدف	پرخاشگری - تجدیدنظر شده ^{۱۲} (AGGR-r)		
جدایی از واقعیت	روان پریش گرایسی - تجدیدنظر شده ^{۱۳} (PSYC-r)		
رفتار خارج از کنترل	بی قیدی - تجدیدنظر شده ^{۱۴} (DISC-r)		
اضطراب، احساس ناایمنی، نگرانی و ترس	روان رنجورخویی / هیجان پذیری منفی - تجدیدنظر شده ^{۱۵} (NEGE-r)		
دوری از اجتماع و فقدان احساس خرسندی	درون گرایی / هیجان پذیری مثبت ناچیز - تجدیدنظر شده ^{۱۶} (INTR-r)		

1. Juvenile Conduct Problems
2. Substance Abuse
3. Aggression
4. Activation
5. Family Problems
6. Interpersonal Passivity
7. Social Avoidance
8. Shyness
9. Disaffiliativeness
10. Aesthetic-Literary Interests
11. Mechanical-Physical Interests
12. Aggressiveness-Revised
13. Psychoticism-Revised
14. Disconstraint-Revised
15. Negative Emotionality/Neuroticism-Revised
16. Introversion/Low Positive Emotionality-Revised

جدول ۳: مواد موجود در MMPI-2 و حذف شده در MMPI-2-RF (۲۲۹ آیتم) [۲۳]

شماره مواد حذف شده (مطابق با شماره آیت‌ها در MMPI-2)	محتوای مواد
17,22,26,68,114,123,227,248,263,269,283,374,403,410,418,419,422,433,434,486,502,564	نگرش‌های ضد اجتماعی (۲۲ آیت‌م)
5,39,87,140,154,170,178,218,238,245,261,271,285,290,313,356,395,413,444	ترس‌های اضطرابی / اجباری ^۱ (۱۹ آیت‌م)
13,184,221,293,448	رویا پردازی / خیالپردازی ^۲ (۵ آیت‌م)
6,125,155,195,214,217,276,297,300,332,425,449,498,522,550	مشکلات خانوادگی ^۳ (۱۵ آیت‌م)
103,344	قماربازی ^۴ (۲ آیت‌م)
85,150	تکانش‌گری ^۵ (۲ آیت‌م)
7,14,62,80,88,119,128,137,156,199,210,236,272,312,343,351,354,371,384,416,426,456,467,473,474,557	علاقه‌مندی (دلبستگی) ^۶ (۲۷ آیت‌م)
93,116,523	تحریک‌پذیری ^۷ (۳ آیت‌م)
38,52,71,92,146,219,234,246,306,341,376,377,399,407,450,480,483,512,516,518,526,539,565	خلق پایین ^۸ (۲۳ آیت‌م)
43,78,235,237,243,374,380,476,549,562	عزت نفس پایین ^۹ (۱۰ آیت‌م)
46,98,158,200,207,231,262,279,308,335,337,357,479,492	مهارت‌های اجتماعی پایین ^{۱۰} (۱۴ آیت‌م)
79,115,129,131,132,157,171,230,342,348,432,439,443,472,510,514,528,532,547,558	متفرقه ^{۱۱} (۲۰ آیت‌م)
16,89,225,278,338,373,394,396,525,530,553	وقایع منفی زندگی ^{۱۲} (۱۱ آیت‌م)
33,44,53,117,118,143,159,173,181,194,249,253,459	نشانه‌های جسمانی ^{۱۳} (۱۳ آیت‌م)
12,121,166,222,268,287,470	نگرش‌های جنسی ^{۱۴} (۷ آیت‌م)
113,124,151,315,358,386	بی‌اعتمادی / بدگمانی ^{۱۵} (۶ آیت‌م)
375,378,391,398,488,495,499,534,544	مقاومت نسبت به درمان ^{۱۶} (۹ آیت‌م)
15,19,54,136,174,211,402,409,428,440,457,460,503,517,531,535,541,559,560,561,566	آیت‌م‌های مربوط به عملکرد ^{۱۷} (۲۱ آیت‌م)

1. Anxiousness/ Compulsive Fears
2. Dreams/Daydreams
3. Family Problem
4. Gambling
5. Impulsivity
6. Interests
7. Irritability
8. Low Mood
9. Low Self Esteem
10. Low Social Skills
11. Miscellaneous
12. Negative Life Events
13. Physical Symptooms
14. Sexual Attitudes
15. Suspicion / Mistrust
16. Treatment Resistance
17. Work Functioning

اگر مقیاس‌های بالینی RC محور این نسخه جدید را شکل می‌دهد، و اگر یکی از مهم‌ترین تفاوت‌ها با نسخه پیشین، جدایی آیتم‌هایی است که به دمورالیزیشن مربوط می‌شوند و مقیاس جدیدی را تشکیل می‌دهد، اما نقدها نیز همانطور که در قسمت مربوط به معرفی مقیاس‌های RC ذکر شد، بیشتر متوجه همین مقیاس‌های جدید است. نقدهایی که هم متوجه نقصان چهارچوب نظری، به ویژه برای تفسیر، و هم متوجه نیازهای بافت بالینی است [۶۸] چه که، هدف اصلی ارزیابی‌ها در بافت بالینی (مخصوصاً با توجه به آسیب شدید شخصیتی)، فراهم کردن فرضیاتی در رابطه با مکانیسم‌های ایجاد کننده و نگه دارنده ی مشکلات و اختلالات کنونی و ارائه ی ریختاری منظم برای نشانه‌ها، سندرم و ویژگی‌های بهنجار و نابهنجاری که با یکدیگر دیده می‌شود، است. هم چنین از بعد سلامت، سنجش انگیزه‌ها، امیال، ترس‌ها و ارزش‌های بیمار، از اهمیت برخوردار است. علاوه بر این، در سنجش شخصیت، باید منابع روان شناختی بیمار برای انطباق با نیازهای درونی و بیرونی اش، و همین‌طور تجاربتش در رابطه با خود، دیگران و ارتباطات (صمیمی اش)، مورد توجه قرار گیرد (برای نمونه نگاه کنید به [۶۹]). چنین گستره‌هایی از عملکرد، به شکل مناسبی، در MMPI-2-RF مورد توجه قرار نگرفته است. البته باید اذعان نمود که با وجود این، MMPI-2-RF، اساساً بر گستره رفتارهای نابهنجار تمرکز دارد، در حالیکه گستره ی سلامت، توانمندی و عملکرد بهنجار، برای سنجش در بافت بالینی، در مقایسه با گستره نابهنجار، از اهمیت مشابهی برخوردار است [۷۰].

علاوه بر نگرانی‌هایی که در رابطه با مقیاس‌های RC و FBS بیشتر بدان اشاره شد، MMPI-2-RF ضعف‌های دیگری هم دارد. یکی از این نقصان‌ها به اعتبار و پایایی مقیاس‌ها، قبل از اینکه مبنای تصمیم‌گیری در مورد افراد باشند، باز می‌گردد. اکثر مقیاس‌های MMPI-2-RF جدید هستند و در رابطه با آنها، مطالعات روان‌سنجی محدودی توسط محققین مستقل انجام شده است. همان‌گونه که تلگان و بن-پورات (2008) هم اعتراف کرده‌اند، تعدادی

از میان مقیاس‌های برونی‌سازی، مشکلات سلوک نوجوانان و سوء مصرف مواد، جنبه‌هایی از رفتار ضد اجتماعی (RC4) را مورد سنجش قرار می‌دهند، در حالی که پرخاشگری و کنش‌وری، نشانگر جنبه‌هایی از کنش‌وری هایپومانیک (RC9)، می‌باشند. با این حال، همه‌ی مقیاس‌های SP، به اندازه‌ی کافی پایایی دارند که به تنهایی به منظور سنجش هر کدام از مشکلات خاص، به کار برده شوند. علاوه بر این، دو مقیاس علائق MMPI-2-RF، مولفه‌های محوری و متمایزی را که از مقیاس ۵ بالینی MMPI-2 (مردانگی/ زنانگی) مشتق شده‌اند، مورد سنجش قرار می‌دهند [۴۵ و ۴۶].

خرده پنجم: چالش‌های استقرار MMPI-2-RF: نقادی و نتیجه‌گیری

هنگامی که در آگوست سال ۲۰۰۸، انتشارات دانشگاه مینه‌سوتا، نسخه‌ی جدیدی از MMPI-2، به نام MMPI-2-RF [۵۲] منتشر کرد، مشاهده شد که منطق انتشار نسخه جدید، استقبال مثبت از مقیاس‌های RC [۱۳] ذکر شده و جدای از تغییر برخی آیتم‌ها، تعداد مواد از ۵۶۷ به ۳۳۸ ماده تقلیل یافته بود (برای آگاهی از مواد حذف شده که ۲۲۹ مورد است ر.ک. جدول ۳). در کنار این تغییرات، نگاهی فشرده به MMPI-2-RF، نشان می‌دهد که اکثر آیتم‌های مربوط به سازگاری شغلی در MMPI، حذف شده و ممکن است عملکرد روزمره فرد به درستی مورد توجه قرار نگیرد. همین‌طور تعدادی از آیتم‌ها که مربوط به مقاومت نسبت به درمان و نگرش نسبت به درمان روان‌شناختی است، حذف شده و در نتیجه یک متخصص بالینی نمی‌تواند اطلاعاتی در زمینه توانمندی‌های مراجع و مشکلات بالقوه در طرح درمانی به دست آورد. همین‌طور روان‌شناسان متمرکز بر بافت خانواده باید هم به حذف ۱۵ آیتم مشکلات خانوادگی و هم به حذف یک سوم آیتم‌های مربوط به مقیاس پریشانی زوجین^۱، از نسخه‌ی MMPI-2-RF توجه کنند [۲۳].

1. Marital Distress Scale

ایجاد تغییرات زیاد در یک ابزار استاندارد مثل MMPI که بیش از ۷۰ سال حمایت پژوهشی را پشت سر خود دارد، خطرپذیری بالایی است، به ویژه زمانی که این تغییرات مبتنی بر روش‌شناسی متفاوتی شکل گرفته باشد [۲۷].

یکی از نقادانها به فقدان نمرات تفکیک شده T، در مورد زنان و مردان، در MMPI-2-RF، باز می‌گردد. البته ممکن است برخی این نوع نقادی را بیشتر وابسته به سنت حاکم بر MMPI و یا وابسته به عادت علمی مرسوم، که پیشتر در این باره وجود داشته است، بدانند. به یاد داریم که هته وی و مک کینلی (۱۹۳۹)، ۵۰۴ گزاره اولیه این مقیاس را بر روی ۲۲۶ مرد و ۳۱۵ زن بیمار موجود در بیمارستان دانشگاه مینه‌سوتا و ۷۲۴ نمونه مرکب (زن و مرد) از افراد بهنجار (دبیرستانی‌ها، کارکنان و بیماران پزشکی) اجرا کردند و توانستند پاسخ‌های آنها را با یکدیگر مورد مقایسه قرار دهند و نرم‌یابی جداگانه‌ای را برای مردان و زنان سامان دهند [۱ و ۲].

در MMPI-2 نیز با هدف دستیابی به یک گروه هنجاریابی وسیع که به طور گسترده‌ای معرف جمعیت ایالات متحده باشند، شیوه‌های خاصی به کار گرفته شد. بعد از انتخاب آزمودنی‌ها از روی دفترچه تلفن و ارسال نامه برای آنها، آزمودنی‌ها به صورت گروهی در مکان‌هایی نزدیک زندگی‌شان مورد ارزیابی قرار می‌گرفتند. تمام آزمودنی‌ها علاوه بر نسخه Ax، یک فرم اطلاعات فردی و یک فرم رویدادهای زندگی را تکمیل می‌کردند. در مجموع حدود ۲۹۰۰ نفر مورد آزمون قرار گرفتند. بعد از کنار گذاشتن بعضی از آزمودنی‌ها، نمونه نهایی متشکل از ۲۶۰۰ آزمودنی از جمعیت عمومی (۱۱۳۸ مرد و ۱۴۶۲ زن) بود که نرم‌یابی جداگانه‌ای برای مردان و زنان نیز شکل گرفت [۱۰].

اما نرم‌های مقیاس‌های RC از طریق هنجاریابی مجدد نمونه MMPI-2 به دست آمده و در MMPI-2-RF حدود ۳۲۴ زن از نمونه هنجاری MMPI-2 به طور تصادفی حذف شده‌اند و برخلاف اقدامات هته وی و مک کینلی (۱۹۴۰ و ۱۹۴۲) که نرم‌یابی جداگانه‌ای را برای زنان و

از مقیاس‌های MMPI-2-RF، ضرایب پایایی خیلی کمی دارند، شاید به این دلیل که طول کوتاهی دارند (به عنوان مثال ۴ تا ۶ آیت‌م). به عنوان مثال، ضریب پایایی مقیاس درماندگی^۱ یا HLP (۵ آیت‌م) برای مردان نمونه‌ی هنجاری، ۰/۳۹ و برای زنان، ۰/۵۰ بود؛ مقیاس ترس‌های بازدارنده‌ی رفتار^۲ یا BRF (۹ آیت‌م)، برای مردان، ضریب پایایی ۰/۴۴ و برای زنان ضریب پایایی ۰/۴۹ دارد؛ و مقیاس اندیشه‌ی مرگ / خودکشی^۳ یا SUI (۵ آیت‌م)، برای مردان و زنان به ترتیب ضرایب ۰/۴۱ و ۰/۳۴ دارد [۵۲].

از طرف دیگر همانطور که جئی سینگر^۴ و کارلسون^۵ [۷۱] اشاره کرده‌اند، منتشرکنندگان نسخه‌ی جدید به شواهدی نیاز داشتند که نشان دهد نمرات مقیاس‌های RC، با نمرات فرم‌های مختلف آن، هم‌ارز و معادل است. همان‌گونه که در نقد این مقیاس‌ها در بخش بالا اشاره شد، یکی از مشکلات مقیاس‌های RC، معادل نبودن آنها با مقیاس‌های بالینی MMPI-2 بود. بدین خاطر نگرانی بسیاری از محققین، این بوده که در واقع این مقیاس‌ها چه چیزی را می‌سنجند و اینکه آیا حیطه‌های مشابهی از آسیب‌شناسی را چون MMPI-2 پوشش می‌دهند یا خیر؟ جدای از مقیاس‌های RC، در بین دیگر مقیاس‌های RF MMPI-2، ۷ مقیاس، مربوط به مقیاس‌های تجدید نظر شده اعتباری^۶ MMPI-2 (مثل TRIN-r, F-r, Fp-r, FBS-r, VRIN-r, K-r, L-r و ۵ مقیاس، مقیاس‌های تجدید نظر شده‌ای از مقیاس‌های PSY-5 هستند) مثل (AGGR-r, PSYC-r, DISC-r, NEGE-r, INTR-r). بدین ترتیب، تقریباً بخش مهمی از مقیاس‌های MMPI-2-RF برای اولین بار ساخته شده است. بنابراین، برای تستی مثل MMPI-2-RF که بسیار تغییر کرده، فراهم کردن شواهدی مبنی بر معادل بودن آن با فرم‌های دیگر، چالش‌انگیز است [۱۸]. همان‌گونه که رانسون و همکاران (۲۰۰۹) اذعان کرده‌اند،

1. Helplessness
2. Behavior Restricting Fears
3. Suicidal/Death Ideation
4. Geisinger, K. F.
5. Carlson, J.F.
6. Validity Scales

امر انجام شود. علاوه بر این، وجود هنجارهای تلفیق شده ی جنسیتی در همه‌ی مقیاس‌های MMPI-2-RF، به کاربران این فرصت را نمی‌دهد تا تعیین کنند که آیا مشاهدات هته وی و مک کینلی در رابطه با متفاوت بودن پاسخ‌های زنان و مردان در مقیاس‌های MMPI، در MMPI-2-RF نیز یک مساله به حساب می‌آید یا نه؟ [۱۸].

خرده ششم: سخن پایانی

نسخه ی تجدید نظر شده ی پرسشنامه چند بعدی شخصیت مینه سوتا [۵۱ و ۵۲]، متشکل از ۳۳۸ آیتم از ۵۶۷ آیتم MMPI-2 می‌باشد. هدف از طراحی MMPI-2-RF، گسترش کاری بود که در ابتدا با طراحی مقیاس‌های بالینی بازسازی شده [۱۳]، شروع شده بود. بدین صورت که مجموعه‌ای از مقیاس‌هایی طراحی شود که علاوه بر اینکه به طور دقیق از محتوای بالینی آیتم‌های MMPI-2 برخوردار باشند، در مقایسه با آن، ویژگی‌های روان‌سنجی بالاتری مثل کاهش همبستگی درونی مقیاس‌ها یا افزایش اعتبار همگرا و افتراقی، داشته باشند. اما اینکه علاوه بر کاهش مواد نسخه جدید، که زمان کوتاهی را برای اجرا می‌طلبد، با توجه به طرح نقادانه‌ی رایج شده، آیا می‌توان از توان مندی‌های برتری نسبت به نسخه اول و دوم MMPI سخن گفت، و آیا نسخه جدید می‌تواند از دل پژوهش‌های بین فرهنگی و بین‌المللی سربلند برون آید، باید از داوری شتاب زده پرهیز کرد. چه که یافته‌های ناشی از تلاش‌های بالینی و نتایج به دست آمده از پژوهش‌های مستمر به مان‌شان خواهند داد که آیا می‌توان از استقرار، بازسازی - استقرار، استقرار - بازسازی و یا در محاق رفتن MMPI-2-RF به نفع نسخه دوم یا حتی سوم، سخن گفت. پس نشسته بر زورق گذشته، با نگرانی امیدوارکننده‌ای، در دریای نو پدیده‌های فزاینده، به سوی آینده پارو می‌زنیم.

منابع

۱- آناستازی. ا. (۱۳۶۴). روان آزمایی. ترجمه ی محمدنقی براهنی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران

مردان نمونه هنجاری MMPI در نظر گرفتند و پژوهشگران دیگر نیز در مورد MMPI-2 [۱۰ و ۷۲] همین تمایز را دنبال کردند، در نرم یابی MMPI-2-RF هیچ تفکیک جنسی دیده نمی‌شود. اگرچه حدود چند سال است که این نرم‌ها در تحقیقات و بعضی از بافت‌های بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرند [۷۳].

البته هته وی و مک کینلی (۱۹۴۰) در این مورد بر این گزارش متکی بودند که زنان بهنجار نسبت به مردان بهنجار مواد بیشتری را تایید می‌کنند. به عنوان مثال آنها در رابطه با مقیاس افسردگی توضیح داده‌اند که: "بیشترین تفاوت پایدار بین دو جنس در این مقیاس دیده می‌شود. در حال حاضر، نویسندگان تمایل ندارند که این تفاوت‌ها را تفسیر کنند اما این تفاوت‌ها ممکن است ناشی از برخی از سوگیری‌های کلی باشد که الزاما مختص مقیاس افسردگی نیستند" [۷۴].

نمرات T فاقد تفکیک جنسیتی، نگرانی‌هایی را در رابطه با به کارگیری هنجارهای جنسی در زمینه ی غربال کارکنان، منعکس می‌سازد [۵۱ و ۷۵]. با وجودی که این هنجارهای فاقد تفکیک جنسیتی، به مدت چند سال است که در دسترس تحقیقات و کارهای بالینی قرار گرفته است، اما به غیر از کاربرد محدود در زمینه انتخاب کارکنان، کاربرد گسترده‌ای در زمینه حرفه‌ای نداشته است. علاوه بر این، روان‌شناسان هنگام استفاده از محصولات مرکز سنجش پیرسون، تمایل دارند برای جلوگیری از تعارضات احتمالی در رابطه با تفسیر تست‌ها، نتایج آنها را به بیمارانشان گزارش نکنند [۱۸].

تلفیق هنجارهای دو جنس توسط مولفان MMPI-2-RF، ممکن است منجر به استانداردهای متفاوتی شود که در سنجش و پیش‌بینی ویژگی‌های زنان و مردان به‌کاربرده می‌شود. البته کاربران MMPI-2-RF برای هنجارهای مبتنی بر جنسیت، به پیوست راهنمای فنی آزمون ارجاع داده شده اند، هر چند، تنها نمرات T گزارش شده است و نمرات خام در آنجا وجود ندارد. بنابر این لازم است که مطالعات بیشتری در رابطه با این

- 13- Tellegen, A., Ben-Porath, Y.S., McNulty, J.L., Arbisi, P., Graham, J.R., & Kaemmer, B. (2003). "MMPI-2 Restructured Clinical (RC) scales: Development, validation and interpretation". Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- 14- Robert, S., Brown, J. r. (2009). "Introduction to the MMPI2RF (Restructured Form) ". Copyright Forensicpsychiatry.com
- 15- Sellbom, M. (2012). "The MMPI-2-RF is Ready for the Daubert Challenge: Evidence, Implications, and Recommendations for Use in Court Testimony". *Journal of Psychological Practice* 17, 151-179.
- 16- Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., & McNulty, J. (2000). "Using the MMPI-2 in outpatient mental health settings". Minneapolis: University of Minnesota Press.
- 17- Arbisi, P. A., Ben-Porath, Y. S., & McNulty, J. (2003). "Refinement of the MMPI-2 F (p) scale is not necessary: A response to Gass and Luis". *Assessment* 10, 123-28.
- 18- Butcher, J. N. and Williams, C. L. (2009). "Personality Assessment with the MMPI-2: Historical Roots, International Adaptations, and Current Challenges". *Applied Psychology: Health And Well-Being* 1 (1), 105-135.
- 19- Binford, A., & Liljequist, L. (2008). "Behavioral correlates of selected MMPI-2 clinical, content, and restructured clinical scales". *Journal of Personality Assessment* 90, 608-614.
- 20- Cumella, E., Kally, Z., Butcher, J.N. (2009). "MMPI-2 Restructured Clinical Scales with eating disorder patients". Paper presented at Soc. Personal. Assess. Chicago.
- 21- Megargee, E.I. (2006). "Use of the MMPI-2 in criminal justice and correctional settings". Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- 22- Cumella, E. J., Wall, A. D., & Kerr-Almeida, N. (2000). "MMPI-2 in the inpatient assessment of women with eating disorders". *Journal of Personality Assessment* 75, 387-403.
- 23- Butcher, J. N. (2004). "A Beginner's Guide to the MMPI-2". Hardcover. ISBN-13: 978-1591471462.
- ۲- گراث-مارنات گری (۱۳۸۷). راهنمای سنجش روانی. ترجمه ی حسن پاشاشریفی، محمدرضانیکنجو. تهران: انتشارات سخن
- 3- Butcher, J.N., Graham, J.R., Williams, C.L., & Ben-Porath, Y.S. (1990). "Development and use of the MMPI-2 Content Scales". Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- 4- Butcher, J. N., Williams, C. L. (2009). "Personality Assessment with the MMPI-2: Historical Roots, International Adaptations, and Current Challenges". *APPLIED PSYCHOLOGY: HEALTH AND WELL-BEING* 1 (1), 105-135.
- 5- Graham, J. R. (1990). "MMPI-2: Assessing personality and psychopathology". New York: Oxford University Press.
- 6- Piotrowski, C., Belter, R.W., Keller, J.W. (1998). "The impact of "managed care" on the practice of psychological testing: preliminary findings". *J. Personal. Assess* 70, 441-47.
- 7- Lubin, B., Larsen, R. M., & Matarazzo, J. D. (1984). "Patterns of psychological test usage in the United States: 1935-1982". *American Psychologist* 39, 451-454.
- 8- Butcher, J.N. (1972). "Objective Personality Assessment: Changing Perspectives". New York: Academic.
- 9- Ben-Porath, Y. S., & Butcher, J. N. (1989). "The comparability of MMPI and MMPI-2 scales and profiles. *Psychological Assessment*". *A Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1, 345-347.
- 10- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A., Kaemmer, B. (1989). "Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for Administration and Scoring". Minneapolis: Univ. Minn. Press.
- 11- Tellegen, A. (1985). "Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report". In *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 681-706). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 12- Watson, D., and Tellegen, A. (1985). "Toward a consensual structure of mood". *Psychological Bulletin* 98, 219-235.

- 34-Butcher, J.N., Hamilton, C.K., Rouse, S.V., Cumella, E.J. (2006)." The deconstruction of the Hy scale of MMPI-2: failure of RC3 in measuring somatic symptom expression". *J. Personal. Assess* 87,199–205.
- 35-Cumella, E., Kally, Z., Butcher, J.N.(2009). "MMPI-2 Restructured Clinical Scales with eating disorder patients". Paper presented at Soc. Personal. Assess., Chicago.
- 36-Gucker, D.K., Kreuch, T., Butcher, J.N. (2009). "Insensitivity of the MMPI-2 Restructured Clinical Scales in personnel Assessment". Paper presented at Soc. Personal. Assess., Chicago.
- 37-Megargee, E.I.(2006). "Using the MMPI-2 in Criminal Justice and Correctional Settings". Minneapolis: Univ. Minn. Press.
- 38-Rogers, R., Sewell, K.W. (2006). "MMPI-2 at the crossroads: aging technology or radical retrofitting?" *J. Personal. Assess* 87,175–78.
- 39-Wallace, A., Liljequist, L. (2005)." A comparison of the correlational structures and elevation patterns of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) and Clinical Scales". *Assessment* 12, 290–94.
- 40-Tellegen, A., Ben-Porath, Y.S.(2008)." MMPI-2-RF Technical Manual". Minneapolis: Univ. Minn. Press.
- 41-Krueger, R. F., & Markon, E. (2006). "Reinterpreting comorbidity: A model-based Approach to Understanding and Classifying Psychopathology". *Annual Review of Clinical Psychology* 2, 111-133.
- 42-Vollebergh, W. A., Iedema, J., Bijl, R. V., deGraff, R., Smit, F. & Ormel, J. (2001). "The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS study". *Archives of General Psychiatry* 58, 597-603.
- 43-Graham, J. R. (2006). *MMPI2: Assessing Personality and Psychopathology* (4th edition). New York: Oxford University Press.
- 44-Harkness, A., McNulty, J., & Ben-Porath, Y.S. (1995)." The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Constructs and MMPI-2 scales". *Psychological Assessment* 7, 104–114.
- 45-Harkness, A.R., & McNulty, J.L. (2007). "Restructured versions of the MMPI-2 Personality Psychopathology Five (PSY-5) scales". Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, San Francisco, CA.
- 24- Butcher, J. N. (2010). "Personality Assessment from the Nineteenth to the Early Twenty-First Century: Past Achievements and Contemporary Challenges". *The Annual Review of Clinical Psychology* 6,1–20.
- 25- Rogers, R., & Sewell, K.W. (2006). "MMPI-2 at the crossroads: Aging technology or radical retrofitting?". *Journal of Personality Assessment* 87, 175–178.
- 26- Rogers, R., Sewell, K.W., Harrison, K.S., & Jordan, M.J. (2006)." The MMPI-2 Restructured Clinical scales: A paradigmatic shift in scale development". *Journal of Personality Assessment* 87, 139–147.
- 27- Ranson, M., Nichols, D.S., Rouse, S.V., & Harrington, J. (2009). "Changing or replacing an established personality assessment standard: Issues, goals, and problems, with special reference to recent developments in the MMPI-2". In J.N. Butcher (Ed.), *Oxford handbook of personality and clinical assessment*. New York: Oxford University Press.
- 28- Simms, L.J., Casillas, A., Clark, L.A., Watson, D., & Doebbeling, B.N. (2005). "Psychometric evaluation of the Restructured Clinical scales of MMPI-2". *Psychological Assessment* 17, 345–358.
- 29-Gordon, R.M. (2006). "False assumptions about psychopathology, hysteria and the MMPI-2 restructured clinical scales". *Psychological Reports* 98, 870–872.
- 30-Nichols, D.S. (2006). "The trials of separating bath water from baby: A review and critique of the MMPI-2 Restructured Clinical scales". *Journal of Personality Assessment* 87, 121–138.
- 31-Caldwell, A.B. (2006). "Maximal measurement or meaningful measurement: The interpretive challenges of the MMPI-2 restructured clinical (RC) scales". *Journal of Personality Assessment* 87, 193–201.
- 32-Greene, R.L., Rouse, S.V., Butcher, J.N., Nichols, D., Williams, C.L. (2009). "The MMPI-2 Restructured Clinical (RC) Scales and redundancy: response to Tellegen, Ben-Porath, and Sellbom". *J. Personal. Assess* 91,1–5.
- 33-Rouse, S.V., Greene, R.L., Butcher, J.N., Nichols, D.S., & Williams, C.L. (2008). "What do the MMPI-2 Restructured Clinical scales reliably measure?". *Journal of Personality Assessment* 90, 435–442.

- 56-Wygant, D. B., Ben-Porath, Y. S., & Arbisi, P. A. (2004). "Development and initial validation of a scale to detect infrequent somatic complaints". Poster presented at the 39th Annual Symposium on Recent Developments of the MMPI-2/MMPI-A, Minneapolis, MN.
- 57-Butcher, J.N., Arbisi, P.A., Atlis, M.M., & McNulty, J.L. (2003). "The construct validity of the Lees-Haley Fake Bad Scale: Does this scale measure somatic malingering and feigned emotional distress?". *Archives of Clinical Neuropsychology* 18, 473–485.
- 58-Butcher, J.N., Gass, C.S., Cumella, E., Kally, Z., & Williams, C.L. (2008). "Potential for bias in MMPI-2 assessments using the Fake Bad Scale (FBS). *Psychological Injury and the Law*. Advanced online publication. Retrieved 14 July 2008. doi:10.1007/s12207-007-9002-z.
- 59-Davidson v. Strawberry Petroleum et al., Case #05-4320 (Hillsborough County, Florida, 2007).
- 60-Stith v. State Farm Mutual Insurance, Case No. 50-2003 CA 010945AG (Palm Beach County, Florida, 2008).
- 61-Vandergracht v. Progressive Express et al., Case #02-04552 (Hillsborough County, Florida, 2007).
- 62-Greiffenstein, M.F., Fox, D., & Lees-Haley, P.R. (2007). "The MMPI-2 Fake Bad Scale in detection of noncredible brain injury claims. In K. Boone (Ed.), *Detection of noncredible cognitive performance* (pp. 210–235). New York: Guilford Press.
- 63-Lees-Haley, P.R., English, L.T., & Glenn, W.J. (1991). "A Fake Bad Scale on the MMPI-2 for personal injury claimants". *Psychological Reports* 68, 203–210.
- 64-Larrabee, G.J. (1998). "Somatic malingering on the MMPI and MMPI-2 in personal injury litigants". *The Clinical Neuropsychologist* 12, 179–188.
- 65-Dean, A.C., Boone, K.R., Kim, M.S., Curiel, A.R., Martin, D.J., Victor, T.L. et al. (2008). "Examination of the impact of ethnicity on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) Fake Bad Scale". *The Clinical Neuropsychologist* 1, 1–7.
- 46-Harkness, A.R., McNulty, J.L., Ben-Porath, Y.S., & Graham, J.R. (2002). "MMPI2 Personality Psychopathology Five (PSY5) Scales: Gaining an overview for case conceptualization and treatment planning". Minneapolis: University of Minnesota Press.
- 47-Bagby, R. M., Ryder, A. G., Ben-Dat, D., Parker, J. D. A., & Bacchioni, J. R. (2002). "Validation of the dimensional factor structure of the Personality Psychopathology Five in clinical and non-clinical sample". *Journal of Personality Disorders* 16, 304-316.
- 48-Bagby, R. M., Sellbom, M., Costa, P. T., & Widiger, T. A. (2008). "Predicting DSM-IV Personality Disorders with the Five Factor Model of Personality and the Personality Psychopathology Five". *Personality and Mental Health* 2, 55-69.
- 49-Watson, D., Clark, L.A., & Chmielewski, M. (2008). "Structures of personality and their relevance to psychopathology: II. Further articulation of a comprehensive unified trait structure". *Journal of Personality* 76, 1545-1585.
- 50-Tackett, J.L., Silberschmidt, A.L., Krueger, R.F., Sponheim, S.R. (2008). "A dimensional model of personality disorder: Incorporating DSM Cluster A characteristics". *Journal of Abnormal Psychology* 117, 454-459.
- 51-Ben-Porath, Y.S., & Tellegen, A. (2008). "MMPI-2-RF User's Guide for Reports. Minneapolis", MN: University of Minnesota Press.
- 52-Tellegen, A., & Ben-Porath, Y.S. (2008). "MMPI-2-RF Technical manual". Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- 53-Gass, C., & Luis, C. (2001). "MMPI-2 Scale F(p) and symptom feigning: Scale Refinement". *Assessment* 8, 425-429.
- 54-Sellbom, M., Toomey, J. A., Wygant, D. B., Kucharski, L. T., Duncan, S. (2010). "Utility of the MMPI-2-RF (Restructured Form) Validity Scales in Detecting Malingering in a Criminal Forensic Setting: A Known-Groups Design". *Psychological Assessment* 22(1), 22–31.
- 55-Rogers, R., Bagby, R. M., & Dickens, S. E. (1992). "Structured interview of reported symptoms: Professional manual". Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- 71-Geisinger, K.F., & Carlson, J.F. (2002). "Standards and standardization". In J.N. Butcher (Ed.), Oxford handbook of personality and clinical assessment. New York: Oxford University Press.
- 72-Butcher, J.N., Graham, J.R., Ben-Porath, Y.S., Tellegen, Y.S., Dahlstrom, W.G., Kaemmer, B. (2001). "Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: Manual for Administration and Scoring". Minneapolis: Univ. Minn. Press. Rev. ed.
- 73-Nichols, D.S., Greene, R., Williams, C.L. (2009). "Gender bias in the MMPI-2 Fake Bad Scale (FBS) and FBS-r in MMPI-2-RF". Paper presented at Soc. Personal. Assess., Chicago.
- 74-Hathaway, S.R., McKinley, J.C. (1940)." A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. J. Psychol 10, 249-54.
- 75-Ben-Porath, Y.S., & Forbey, J.D. (2003). "Non-gendered norms for the MMPI-2". Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- 66-Ben-Porath, Y.S., & Tellegen, A. (2007). "MMPI-2 Fake Bad Scale (FBS)". Retrieved 3 September 2007, from http://www.upress.umn.edu/tests/mmpi2_fbs.html
- 67-Ben-Porath, Y.S., & Tellegen, A. (2007). "MMPI-2 Fake Bad Scale (FBS)". Retrieved 3 September 2007, from <http://www.pearsonassessments.com/resources/fbs.html>
- 68-Van der Heijden, P.T., Rossi, G.M.P., Van der Veld, W.M., Derksen, J. J. L. & Egger, J.I.M (2013). "Personality and psychopathology: Higher order relations between the Five Factor Model of personality and the MMPI-2 Restructured Form". Journal of Research in Personality 47, 572-579.
- 69-Westen, D., & Gabbard, G.O. (2006). "Back to the future: Personality Structure as a Context for Psychopathology". In R.F. Krueger & J.L. Tackett (eds.), Personality and Psychopathology. New York: The Guilford Press.
- 70-Van der Heijden, P.T.(2014)." Integrative Assessment of Personality and Psychopathology: A validation study with the MMPI-2-RF. Radboud University Nijmegen". <http://hdl.handle.net/2066/101024>.

**CLINICAL
PSYCHOLOGY
&
PERSONALITY**

Daneshvar
Raftar

Received on: 20/04/2014

Accepted on: 18/06/2014

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015*

Challenges to Achieve and Establish MMPI-2-RF

Shairi, M.^{1}, Ghomian, S.²*

1. Associate Professor, Shahed University.

2. Ph.D. Candidate of Clinical Psychology, Shahed University.

*Email: Shairi@shahed.ac.ir

Abstract

In order to draw MMPI-2-RF, this paper has history-content review on formation and evolution of Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) and MMPI-2 as well as manner of versions integration, criticizing previous versions in order to deeply survey MMPI-2-RF. Of course, this paper is not conducted to study implementation methods, scoring, and interpretation of MMPI and if MMPI validity and reliability was referred in version criticism process, it has been vital to the subject.

Keywords: MMPI, MMPI-2-RF, *Minnesota multiphasic personality Inventory*

Received on: 19/12/2013

Accepted on: 07/06/2014

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015*

Surveying Validity and Reliability of Satisfaction with Life Scale in Students

Daemi, F.^{1}, Joshanloo, M.²*

*1. M.A. in Family Therapy Psychology, Tehran University of Science and Culture.
2. Ph.D. in Psychology, Faculty of Psychology, Kim Yung University, South Korea.*

*Email: Daemi.f@hotmail.com

Abstract

The purpose of this paper is to determine reliability (internal consistency) and validity of satisfaction with life scale in two samples of Iranian students. The first sample was composed of 866 persons (490 females and 376 males) with average age of 22.60 while the second one was composed of 300 persons (131 females and 169 males) with average age of 20.87. All the subjects were asked to answer to satisfaction with life scale. Subjects in the second group replied to emotional balance, social welfare, and psychological welfare scales along with answering to satisfaction with life scale. Conformity and exploratory factor analysis, t-test for independent groups, and correlation analysis with Bonferroni modification were used for data analysis. A factor was extracted by exploratory factor analysis. The resulted factor defined 63.40 variance for scores. Conformity factor analysis supports SWLS single-factor structure. There was positive correlation between this scale and other scales of welfare while its alpha coefficient was equal to 0.87. finally, reliability for scale retest was 0.92. Findings showed that this scale has single-factor structure and appropriate validity and reliability. Therefore it could be applied for Iranian samples.

Keywords: Satisfaction with Life Scale, Reliability, Validity

Received on: 21/04/2014

Accepted on: 16/09/2014

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015*

Comparison of Meta-cognitive Beliefs in Obsessive Compulsive Disorder Patients with poor and good Insight and Healthy Individuals

Toobaie, M.^{1}, Shairi, M.R.², Ghaedi, G.H.³, Shams, G.⁴*

1. M.A. in Clinical Psychology, Shahed University

2. Associate Professor, Shahed University

3. Associate Professor, Shahed University

4. Faculty Member of Clinical Psychology, Faculty of Medical Sciences, University of Tehran

*Email: mostafat121@hotmail.com

Abstract

This paper aims to compare meta-cognitive beliefs in obsessive compulsive disorder patients with poor and good insight and healthy individuals. For this purpose, 19 and 4 OCD patients with respectively good and poor insight (based on their score in Brown test 11th item) and 26 healthy persons were selected by available sampling. Data analysis was done by Brown test, BDI-II questionnaire, GHQ-12, and MCQ-30. Findings showed that OCD patients significantly gained more score in subscale of negative beliefs about uncontrollability, danger, cognitive confidence, and need to thought control, compared to healthy people. But comparing OCD with good and poor insights indicated no differences in meta-cognitive beliefs. Therefore, it could be stated that meta-cognitive beliefs have special importance in obsessive disorder.

Keywords: Obsessive compulsive disorder, Insight, Meta-cognitive

**CLINICAL
PSYCHOLOGY
&
PERSONALITY**

Daneshvar
Rafar

Received on: 19/11/2013

Accepted on: 16/08/2014

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015*

Prediction of Somatoform Disorders in Children with Overweight

Aliakbari Dehkordi, M.¹, Mohtashami, T.^{2}, Hasanzadeh, P.³,
Tadris Tabrizi, M.⁴*

1. Associate Professor, Faculty of Psychology, Payam Nour University.

2. M.A. in Psychology, Payam Nour University.

3. M.A. in Psychology, Payam Nour University.

4. M.A. in Psychology, Payam Nour University.

*Email: t.mohtasham@gmail.com

Abstract

Overweight and fatness in childhood and juvenile periods in Iran and around the world has been significantly increased. Despite overweight is not considered as psychological disorder, it leads to many problems including behavioral issues. This research tries to predict disorders in primary school students with overweight. Statistical population is all of primary school students in Tehran while 260 students were selected as sample using cluster sampling. The main tool in this survey was children behavior check list (CBCL). Using logistic regression, results showed that overweight forecasts somatoform disorder and age of children in significant level ($P < 0.05$) while emotional problems, anxiety, parents' education and job and child's gender is not predicted by overweight. According to the results since somatoform predicts overweight, representing body's critical issues, making parents informed and changing their view about overweight and fatness and therefore behavioral problems seems to be necessary. So, planning and policy making is suggested for children's health.

Keywords: Overweight, Internalized problems, Children, Somatoform

Received on: 30/09/2013

Accepted on: 16/07/2014

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015*

The Relation between Schizotypy and Depression Symptom According to Mediator Role of Rumination

Mansoury, A.^{1}, Mansoury, M.², Mansoury, N.³*

1. Ph.D. Candidate of General Psychology, University of Tehran.

2. M.A. in Clinical Psychology, Taleghan Health Network.

3. M.A. Student of Family Counseling, Ferdowsi University.

*Email: Mansoury_am@yahoo.com

Abstract

Although the relation between schizotypy and depression has been completely approved but limited attention has been dedicated to rumination as a mediator for this relation. Therefore, this research was conducted aimed to identify the relation between schizotypy and depression according to mediator role of rumination. For this purpose, 200 students in Kharazmi University (130 females and 70 males) were selected using stage cluster sampling in a correlation-descriptive survey. Data gathering tools were schizotypal personality questionnaire (SPQ), Beck depression inventory (BDI- II), and rumination reply scale (RRS). Data were analyzed by SPSS using Pearson correlation and regression analysis. Findings showed that there is significant relation between schizotypy, depression and rumination ($P < 0.05$). Also, there is significant relation between schizotypy, depression and rumination components, namely brooding and reflection ($P < 0.05$). Finally, results indicated that rumination and its components could be trivial mediator for relation between schizotypy and depression ($p < 0.05$). Findings showed that individuals with high score of schizotypy represent more depression symptoms due to rumination mechanism.

Keywords: Schizotypy, Depression, Rumination, Brooding, Reflection

Received on: 09/04/2013

Accepted on: 01/07/2014

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015*

Surveying Effectiveness of Neuro-feedback in Reduction of Attention and Concentration Deficit Symptoms in ADHD Adults

Madani, A.S.^{1}, Heidarinasab, L.², Yaghubi, H.³, Rostami, R.⁴*

1. M.A. in Clinical Psychology, Shahed University.

2. Assistant Professor, Shahed University.

3. Assistant Professor, Shahed University.

4. Faculty Member of Psychology, University of Tehran.

*Email: azam_madani_2008@yahoo.com

Abstract

ADHD is one of common neuropsychological disorders in childhood and continuing to adulthood and disturbs various dimensions of individual's life such as personal affairs, social interactions, professional life, executive performance like active memory and concentration etc. There are numerous works on treatment of this type of disorder. Considering the lack of studies on neuro-feedback in adults, this research was conducted. For this purpose, this survey tries to determine effectiveness of neuro feedback in reduction of attention and concentration deficit symptoms in ADHD adults. This is experimental research pre-test and post-test as well as control group. Statistical population includes adults with ADHD referring to Atiye Clinic in Tehran. Two groups of experimental and control, each one composed of 8 people, were selected using purposive sampling. Research tools were Beck Stress Questionnaire, Beck Depression Questionnaire, Barkely Adults ADHD Questionnaire, IVA Test, and CNSVS test. The data were analyzed using SPSS software and Mann Whitney statistical test. Also, independent t-test, Wilcoxon, and Kruskal Wallis were applied for further results. Findings showed that neuro-feedback significantly reduced attention and concentration deficit symptoms in ADHD adult experimental group compared to control one. Therefore, neuro-feedback could be suggested for reduction of attention deficit symptoms and reduction of ADHD in adults.

Keywords: Neuro-feedback, Adult Attention deficit/hyperactivity disorder, impulsivity, ADHD

Received on: 09/04/2013

Accepted on: 10/09/2014

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015*

The efficacy of Behavioral-mindfulness Intervention on Self-concept Promotion and Life Quality Improvement of Female Students with Negative Body Image

Zamzami, A.^{1*}, Agahharis, M.², Alipour, A.³

1. M.A. in Psychology, Payam Nour University, Tehran.

2. Assistant Professor, Faculty of Psychology, Payam Nour University, Garmsar.

3. Professor, Faculty of Psychology, Payam Nour University, Tehran.

*Email: azade.zamzami@gmail.com

Abstract

The purpose of this paper is to survey effectiveness of behavioral-mindfulness intervention on self-concept promotion and life quality improvement of female students with negative body image. After applying Multi-dimensional Body-Self Relationship Questionnaire (MBSRQ), 30 females with scores under 160 and 33 respectively in MBSRQ and Body Areas Satisfaction Scale (BASS) were selected and categorized in two 15-person test and control groups. The subjects in both groups replied to all the items of MBSRQ, Beck Self-concept and Life Quality questionnaires before and after intervention. Data analysis was done after 12 sessions of behavioral-mindfulness using SPSS software 16th version and variance analysis test. Findings showed that there is significant difference between test and control groups in relation to body image and self-concept, representing improvement of them in subjects. But life quality changes in test group were not significantly different from control one. Considering the above-mentioned findings, it could be stated that behavioral-mindfulness intervention with modification of behavioral and conceptual components related to body image improves individuals' judgment on their own body and rationalizes their perception of it leading to improvement of satisfaction of body and self-concept.

Keywords: Behavioral intervention, Mindfulness education, body image, Self-concept, quality of Life

Received on: 11/04/2013

Accepted on: 19/11/2013

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015*

Surveying the Impact of Cognitive - behavioral Intervention on High School Students' Control of Anger

Shokouhi Yekta, M.^{1}, Zamani, N.², Mahmoudi, M.³, PourKarimi, J.⁴, Akbari Zardkhane, S.⁵*

- 1. Associate Professor, Faculty of Mental-Retarded Children Education, University of Tehran.*
- 2. M.A. in Psychology and Education of Mental-Retarded Children.*
- 3. Ph.D. Candidate of Mental-Retarded Children Psychology, Allame Tabatabaie University.*
- 4. Assistant Professor, Jahad Daneshgahi Development Studies Center, Tehran.*
- 5. Ph.D. Candidate of Measurement, Allame Tabatabaie University.*

*Email: myekta@ut.ac.ir

Abstract

Anger and its control among juveniles and youngsters has significant importance and of the main reasons for referring to psychology therapy centers is anger and fierce. Therefore, conduction of studies on anger reduction and improvement of its control mechanism is important affair. This research is conducted aimed to survey impact of Cognitive - behavioral intervention on high school students' control of anger. This is quasi-experimental survey. Subjects of survey includes 30 students in 7th year in Shahed high school volunteer for participating in workshop who were selected by available sampling. These subjects were categorized in two groups and then participated in seven 2-hour sessions (one session per week) of anger management education identical intervention. Survey tool was Spielberger State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2) which was completed by students before and after education. Multi-variable variance analysis results represented significant increase of internal anger control in sample after training course. So, it could be concluded that anger management and control could be achieved by Cognitive -behavioral intervention.

Keywords: Anger management, Cognitive -behavioral approach, Internal anger, External anger

Received on: 18/04/2013

Accepted on: 03/03/2014

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015*

Surveying the Relation between Critical Thought and Quality of Life, Social Acceptance and Appreciation of Medical Science Students

Bijnavand, F.^{1}, Sobhaninejad, M.², Nikazin, A.³, Mohammadi Pouya, S.⁴*

1. Ph.D. Candidate of Educational Science, Kharazmi University.

2. Associate Professor, Faculty of Educational Sciences, Shahed University.

3. M.A. in Clinical Psychology, Shahed University.

4. B.SC. in Educational Sciences, Payam Nour University, Nahavand.

*Email: bijnavand_faramarz@yahoo.com

Abstract

This survey is conducted aimed to survey the relation between critical thought skill and quality of life, social acceptance and appreciation of medical science students. This is descriptive correlation survey. Data gathering tools were five questionnaires of Watson & Glaser critical thought, world health organization quality of life (WHOQOL-BREF), GHQ-12, Marlowe – Crowne Social Desirability *Scale* – short, and Gratitude Questionnaire. Statistical population in this survey is all of medical science students in Shahed University while 100 students were selected as survey sample using stratified random sampling. Correlation test, multi-variable linear regression, and t-test were used for data analysis. Findings indicated that surveying the relation between critical thought and mental health describes existence of positive and significant relation between assessment of proofs from critical thought and mental health ($p < 0.05$) and negative and significant relation between deduction and interpretation of critical thought with mental health ($p < 0.01$). In addition, there is negative and significant relation between deduction of critical thought with social acceptance while correlation between critical thought and gratitude was positive and significant. Also, critical thought and quality of life was positive and significant. Results showed that totally the five variables determined 32% for critical thought variance.

Keywords: Critical thought, Quality of life, Mental health, Social acceptance, Gratitude

Received on: 18/05/2013

Accepted on: 28/01/2014

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015*

The Effect of Philosophy for Children Program (P4C) on Reduction of Irrational Thoughts in 6th Academic Year Students in Brujen

Kalantari, S.^{1}, Banijamali, Sh.S.², Khosravi, Z.³*

- 1. M.A. in General Psychology.*
- 2. Associate Professor, Alzahra University.*
- 3. Professor, Alzahra University.*

*Email: kalantari.meybodi@gmail.com

Abstract

Childhood is one of the most crucial and important stages throughout the life. In the world in where many adult individuals suffer from irrational thoughts and their consequences, attention to sensitive age of childhood is important for educating rational thoughts. This survey was conducted aimed to survey effectiveness of implementing philosophy education to children on reduction of irrational thoughts in 6th year students in Brujen. For this, two classes were selected by cluster random sampling. Then 15 students were randomly selected for each class and one class was determined as experimental group and the other was labeled as control group through random replacement method. The two groups were surveyed and compared in pre-test and post-test plan in a way in which after implementing pre-test on both groups, 15 sessions of philosophy education to children were held for experimental group. At the end, both groups attended in post-test. In order to control effects of pre-test, data of this survey were analyzed by covariance. Findings showed that philosophy program for children has significantly reduced irrational thoughts in experimental group. This meaningful reduction has been observed in all minor-scales of children's non-rational thoughts questionnaire except lack of tolerance against work failures.

Keywords: Irrational thoughts, Philosophy for children, Female students

Received on: 02/06/2013

Accepted on: 07/06/2014

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015*

Identifying Predictive Level of Self-esteem in Self-handicapping in Champion and Non-champion Athlete students in Physical Education and Sport Science College

Sabeghi, L.¹, Danesh, E.^{2}, Rezabakhsh, H.³, Saliminia, N.⁴*

1. *M.A. in Personality Psychology, Azad University, Karaj.*
2. *Associate Professor, Faculty of Psychology, Azad University, Karaj.*
3. *Assistant Professor, Faculty of Psychology, Azad University, Karaj.*
4. *Ph.D. Candidate of Educational Psychology, Science University, Malaysia.*

*Email: esmat_danesh@yahoo.com

Abstract

This paper aims to identify and compare level of self-esteem in self-handicapping in champion and non-champion athlete students in Physical Education and Sport Science College. The methodology for this research is post-event and statistical population was 975 students in Physical Education and Sport Science College in Azad University of Karaj in 2011-2012 academic year in which 115 students were selected based on gender, academic major and championship status using stratified sampling and Borg and Gal sample estimation formula. The survey tools were Jones and Rhodewalt self-handicapping and Rosenberg self-esteem questionnaires. The data were analyzed using single-variable two-way variance, correlation coefficient and single-variable regression. Findings showed more self-esteem for champion athlete students compared to those without any silverware. But no significant difference was observed for self-esteem and self-handicapping level between female and male champion and non-champion athletes. The relationship between self-esteem and self-handicapping for male athletes was stronger than that of females while the relationship between self-handicapping and self-esteem was vice versa. Findings showed that self-esteem and self-handicapping could predict each other. And since reverse relationship between self-esteem and self-handicapping in non-champion was stronger than that of champion students, self-esteem and self-empowerment could be improved by providing bases for achievements.

Keywords: Self-handicapping, Self-esteem, Athlete students, Champion, Non-champion

Received on: 19/09/2013

Accepted on: 07/07/2014

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015*

Surveying the Role of Big Five Personality Factors in Prediction of Patience and its Components in Students

Khormaei, F.^{1}, Farmani, A.²*

1. Assistant Professor, University of Shiraz.

2. Ph.D. Candidate of Psychology, Payam Nour University, Tehran.

*Email: khormaei@shirazu.ac.ir

Abstract

The purpose of this paper is to determine the role of Big Five Personality Factors in prediction of patience and its components in students. For this, 516 students in University of Shiraz were selected by cluster sampling using probable proportion to sample size and participated in this survey by completing **personality's** main five factors questionnaire (short form) and patience scale. Simultaneously, multiple regression analysis showed that five main factors except opening in experience predicted total score of patience. Also, these five factors predicted total score of patience's components. Findings indicated that characteristic factors are related to patience. Therefore, in application of patience education strategies considering the characteristics of clients is important.

Keywords: Big Five Personality Factors, Patience, Patience's components, Characteristics of personality

Received on: 20/11/2013

Accepted on: 24/06/2014

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015*

Effectiveness of Attention-oriented Games on Memory Performance and Learning of Preschool Children with Learning Neuropsychological Disabilities

Ghalamzan, Sh.^{1}, Malekpour, M.², Faramarzi, S.³*

- 1. M.A. in Psychology and Education of Children with Special Needs, University of Isfahan.*
- 2. Ph.D. in Psychology and Education of Children with Special Needs, University of Isfahan.*
- 3. Ph.D. in psychology and education of children with special needs, University of Isfahan.*

*Email: sh.ghalamzan@yahoo.com

Abstract

This survey was conducted aiming at determining effectiveness of attention-oriented games on memory performance and learning of preschool children with learning neuropsychological disabilities. This is experimental survey and was conducted based on pre-test and post-test with control group. For this purpose, 20 neuropsychological-disability children were selected through multi-stage random sampling among five-to-six year old children in Isfahan. These children were randomly categorized in control and test groups. Attention-oriented games were done on test group. The applied tools were Conners neuropsychological diagnostic test and Ryan preschool scale of intelligence. The data were analyzed by Multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Findings showed that attention-oriented games can influence memory performance and learning of preschool children with learning neuropsychological disabilities ($P < 0.01$). Therefore, the mentioned results, aligning with other findings, provided basic application of such games for children with learning neuropsychological disabilities.

Keywords: Attention-oriented games, Memory, Learning, Neuropsychological Learning Disabilities



ردیف	عنوان	نویسنده/ مترجم	سال	قطع	نوبت چاپ	موضوع	قیمت (ریال)
۱	رمزنگاری کوانتومی	ناصر محمدزاده	۹۴	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۱۲۵۰۰۰
۲	میکروپزشکی نیتروفیکاسیون و دنتیرفیکاسیون	پرویز اولیاء و همکاران	۹۴	وزیری	اول	پزشکی	۹۵۰۰۰
۳	مدیریت زنجیره تأمین: استراتژی، برنامه‌ریزی و عملیات	راشد صحرانیان و همکار	۹۴	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۱۹۸۰۰۰
۴	نگاهی به تاریخ پزشکی ایران در دوره پس از اسلام	فرهاد جعفری و همکاران	۹۴	وزیری	اول	پزشکی	۹۸۰۰۰
۵	روش‌های تجزیه و تحلیل آماری چندمتغیره با رویکرد کاربردی	مهدی بشیری و همکار	۹۴	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۱۸۸۰۰۰
۶	کاربرد الگوریتم‌های ابتکاری و فراابتکاری در طراحی سیستم‌های...	مهدی بشیری و همکار	۹۴	وزیری	سوم (ویرایش جدید)	فنی و مهندسی	۱۳۵۰۰۰
۷	آشنایی با GAMS در مقابل سایر نرم‌افزارهای بهینه‌سازی...	مهدی بشیری	۹۴	وزیری	دوم (ویرایش جدید)	فنی و مهندسی	۱۱۵۰۰۰
۸	رویکردی نوین در تصمیم‌گیری‌های چندمعیاره	مهدی بشیری و همکاران	۹۴	وزیری	دوم (ویرایش جدید)	فنی و مهندسی	۱۳۸۰۰۰
۹	دندانپزشکی ترمیمی در پری کلینیک	مهشید محمدی بصیر و همکاران	۹۴	وزیری	اول	دندانپزشکی	۱۵۸۰۰۰
۱۰	مکانیک آماری به روش ساده	جهانگیر پیام‌آرا	۹۴	وزیری	اول	علوم پایه	۱۴۵۰۰۰
۱۱	درآمدی بر دیدگاه‌های تربیتی ملا احمد نراقی	محسن فرمینی فراهانی و همکاران	۹۴	وزیری	اول	علوم انسانی	۱۱۵۰۰۰
۱۲	جانورشناسی (جلد ۱) بی‌مهرگان	منیژه کرمی	۹۳	وزیری	نهم	علوم پایه	۱۲۸۰۰۰
۱۳	طراحی سیستم‌های صنعتی ۱ (مکان‌یابی و استقرار تسهیلات)	مهدی بشیری	۹۳	وزیری	چهارم	فنی و مهندسی	۱۹۵۰۰۰
۱۴	طراحی سیستم‌های صنعتی ۲ (کاربردها و زمینه‌های تحقیقاتی)	مهدی بشیری	۹۳	وزیری	دوم	فنی و مهندسی	۱۵۸۰۰۰
۱۵	فلوسیتومتری: اساس، کاربرد و رفع خطاهای رایج	طوبی غضنفری و همکاران	۹۳	وزیری	اول	پزشکی	۱۵۲۰۰۰
۱۶	بیوشیمی مرگ سلولی	طوبی غضنفری و همکاران	۹۳	وزیری	اول	پزشکی	۹۵۰۰۰
۱۷	طراحی مدارهای مجتمع CMOS	ناصر محمدزاده	۹۳	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۱۹۲۰۰۰
۱۸	بذر گیاهان دارویی و زراعی	حشمت امیدی و همکاران	۹۳	وزیری	اول	کشاورزی	۱۷۵۰۰۰
۱۹	میکروپزشکی مولکولی عفونت‌های پوست (باکتریایی و قارچی)	پرویز اولیاء و همکاران	۹۳	وزیری	اول	پزشکی	۱۶۸۰۰۰
۲۰	ریاضیات و عینیت فیزیکی	محمدرضا سعیدی و همکار	۹۳	وزیری	اول	علوم پایه	۱۲۵۰۰۰
۲۱	مبانی آنالیز عددی	ابوالفضل تازی مرزآباد	۹۳	وزیری	اول	علوم پایه	۱۵۶۰۰۰
۲۲	مبانی ماتریس‌ها و جبر خطی	محمدعلی نصر آزادانی	۹۳	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۱۶۶۰۰۰
۲۳	سیستم‌های دینامیکی و نظریه معادلات دیفرانسیل	بهرروز رئیسی	۹۳	وزیری	اول	علوم پایه	۱۳۶۰۰۰
۲۴	درآمدی بر نظریه کدگذاری	حسام‌الدین شرفی	۹۳	وزیری	اول	علوم پایه	۱۲۸۰۰۰
۲۵	دین و دین‌داری و مردم‌سالاری دینی	ابوالفضل ذوالفقاری	۹۳	وزیری	اول	علوم انسانی	۹۸۰۰۰
۲۶	الگوریتم ژنتیک در فضای تک و چندهدفه (مفاهیم و ابزارها)	مهدی بشیری	۹۳	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۱۳۹۰۰۰
۲۷	ژنوتایپینگ دانه گرده	علاءالدین کردنایچ	۹۳	وزیری	اول	کشاورزی	۷۰۰۰۰
۲۸	فلسفه تربیتی فارابی	محمدحسن میرزامحمدی	۹۳	وزیری	اول	علوم انسانی	۷۹۰۰۰
۲۹	روبات‌های جوشکار	محمدحسین کاظمی	۹۲	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۸۸۰۰۰
۳۰	طراحی برای شش‌سیگما	امیرحسین امیری و همکاران	۹۲	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۸۸۰۰۰
۳۱	سیستم‌های دینامیکی و نظریه آشوب	بهرروز رئیسی	۹۲	وزیری	اول	علوم پایه	۹۸۰۰۰
۳۲	آسیب‌شناسی عمومی مقایسه‌ای: سازوکارهای بیماری (جلد ۳)	رضا صداقت	۹۲	وزیری	اول	پزشکی	۱۲۸۰۰۰
۳۳	ده مورد در اخلاق پزشکی	گروهی از اعضای هیئت علمی	۹۲	وزیری	اول	پزشکی	۳۵۰۰۰
۳۴	استراتژی جهانی برای پیشگیری و کنترل عفونت‌های جنسی	معصومه حیدری و همکاران	۹۲	وزیری	اول	پرستاری	۴۵۰۰۰
۳۵	سیستم‌های دینامیکی، مکانیک سماوی و مدارهای ماهواره‌ای	بهرروز رئیسی	۹۲	وزیری	اول	علوم پایه	۱۲۸۰۰۰
۳۶	مدل‌های آماری و نمودارهای کنترل برای فرایندهای با کیفیت بالا	امیرحسین امیری و همکار	۹۲	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۱۳۲۰۰۰
۳۷	ماکس ویر	ابوالفضل ذوالفقاری	۹۲	وزیری	اول	علوم انسانی	۱۱۸۰۰۰

Table of Contents

“Some Gueries In Clinical Psychology And Personality”

- ◆ Effectiveness of Attention-oriented Games on Memory Performance and Learning of Preschool Children with Learning Neuropsychological Disabilities 1/۱۸۲
Ghalamzan, Sh., Malekpour, M., Faramarzi, S.
- ◆ Surveying the Role of Big Five Personality Factors in Prediction of Patience and its Components in Students 2/۱۸۲
Khormaei, F., Farmani, A.
- ◆ Identifying Predictive Level of Self-esteem in Self-handicapping in Champion and Non-champion Athlete students in Physical Education and Sport Science College 3/۱۸۱
Sabeghi, L., Danesh, E., Rezabakhsh, H., Saliminia, N.
- ◆ The Effect of Philosophy for Children Program (P4C) on Reduction of Irrational Thoughts in 6th Academic Year Students in Brujen 4/۱۸۰
Kalantari, S., Banijamali, Sh.S., Khosravi, Z.
- ◆ Surveying the Relation between Critical Thought and Quality of Life, Social Acceptance and Appreciation of Medical Science Students..... 5/۱۷۹
Bijnavand, F., Sobhaninejad, M., Nikazin, A., Mohammadi Pouya, S.
- ◆ Surveying the Impact of Cognitive -behavioral Intervention on High School Students’ Control of Anger 6/۱۷۸
Shokouhi Yekta, M., Zamani, N., Mahmoudi, M., PourKarimi, J., Akbari Zardkhane, S.
- ◆ The efficacy of Behavioral-mindfulness Intervention on Self-concept Promotion and Life Quality Improvement of Female Students with Negative Body Image 7/۱۷۷
Zamzami, A., Agahharis, M., Alipour, A.
- ◆ Surveying Effectiveness of Neuro-feedback in Reduction of Attention and Concentration Deficit Symptoms in ADHD Adults 8/۱۷۶
Madani, A.S., Heidarinasab, L., Yaghubi, H., Rostami, R.
- ◆ The Relation between Schizotypay and Depression Symptom According to Mediator Role of Rumination..... 9/۱۷۵
Mansoury, A., Mansoury, M., Mansoury, N.
- ◆ Prediction of Somatoform Disorders in Children with Overweight 10/۱۷۴
Aliakbari Dehkordi, M., Mohtashami, T., Hasanzadeh, P., Tadriz Tabrizi, M.
- ◆ Comparison of Meta-cognitive Beliefs in Obsessive Compulsive Disorder Patients with poor and good Insight and Healthy Individuals 11/۱۷۳
Toobaie, M., Shairi, M.R., Ghaedi, G.H., Shams, G.

“Personality and Clinical Evaluation”

- ◆ Surveying Validity and Reliability of Satisfaction with Life Scale in Students 12/۱۷۲
Daemi, F., Joshanloo, M.

“Culture and Knowledge Expanding In Personality And Clinical Psychology”

- ◆ Challenges to Achieve and Establish MMPI-2-RF 13/۱۷۱
Shairi, M., Ghomian, S.

CLINICAL PSYCHOLOGY & PERSONALITY

(Daneshvar Raftar)

Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter 2014-2015

Clinical Psychology and Personality 11

Editorial Board

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

- **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.
- **Managing Editor:** Mansoreh Toumari (B.SC.)
- **Printing Technician:** Masoumeh Rezaei Asmarud
- **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

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

این نشریه در چهار پایگاه اطلاعات علمی زیر نمایه می‌شود:

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

