



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

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

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوفصلنامه علمی - پژوهشی  
 دانشگاه شاهد  
 سال بیست و دوم - دوره جدید -  
 شماره ۱۲  
 بهار و تابستان ۱۳۹۴

روان‌شناسی بالینی و شخصیت ۱۲

### 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): سحر افشار
- 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: ۵۱۲۱۵۱۲۷ (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 گروه درمانی شناختی وجودگرا بر سلامت معنوی و تصور از خدا در والدین فرزندان مبتلا به سرطان..... ۳  
مهدی اسکندری، بهمن بهمنی، فریبا حسنی و علی عسگری
- ◆ نقش تعدیل کننده شیوه‌های حل مسئله در رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان..... ۱۵  
الهام نظامی‌پور، مجید ضرغام حاجبی و عاطفه عبدالمنافی
- ◆ مقایسه اضطراب صفت-حالت و ابعاد کمال‌گرایی مادران کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی و کودکان سالم..... ۲۵  
محمد امینایی، رسول روشن چسلی، محمدرضا شعیری و فاطمه محوری
- ◆ بررسی اثر بخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر کاهش نشانه‌های افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی..... ۳۷  
شیما رضیان، لیلا حیدری نسب، محمدرضا شعیری و شیما ظهراپی
- ◆ رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت و جهت‌گیری هدف در دانشجویان دانشگاه پیام‌نور بیرجند..... ۵۱  
محمد اکبری بورنگ، فاطمه غلامی بورنگ و زکیه عادل‌پور
- ◆ پیش‌بینی استرس ادراک شده بر اساس باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوکان..... ۶۵  
ابوالقاسم یعقوبی، گلاویژ علیزاده و صلاح صوفی
- ◆ بررسی اثر بخشی مداخلات روانشناختی و آموزشی کودک محور، خانواده محور و ترکیبی بر کاهش نشانه‌های کودکان اتیسم در زندگی واقعی..... ۷۵  
رویا چوپان زیده، سالار فرامرزی، معصومه پیروز و فاطمه زیدآبادی
- ◆ آزمون مدل ارتباطی محیط هیجانی خانواده با استرس ادراک شده: نقش میانجی دشواری‌های تنظیم هیجان..... ۸۹  
فیروزه سپهریان آذر و سامره اسدی مجره
- ◆ ذهنیت‌های طرحواره‌ای، تجربه‌ی کودک آزاری و سبک‌های دلبستگی در اختلال شخصیت مرزی..... ۱۰۱  
نازیلا حنایی، مجید محمودعلیلو، عباس بخشی‌پور رودسری و ابراهیم اکبری

### ”ارزیابی بالینی و شخصیت”

- ◆ پرسشنامه‌ی هراس اجتماعی در نوجوانان: ساختار عاملی اکتشافی و تأییدی..... ۱۲۱  
فاطمه خزایی، محمدرضا شعیری، مهدیه عطری فرد، محمدرضا جلالی و لیلا حیدری‌نسب
- ◆ تحلیل عاملی تأییدی مقیاس غربالگری استفاده پرخطر و مشکل آفرین از اینترنت..... ۱۳۳  
امید شکری

### ”فرهنگ و دانش گستری در روان‌شناسی بالینی و شخصیت”

- ◆ طراحی مقدماتی مدل حیا مبتنی بر برداشت از آیات قران و مقایسه آن با روان‌شناسی شرم..... ۱۴۵  
صدیقه اسدیان، ثریا قطبی و محمدرضا شعیری

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

##### سازمان به عنوان مؤلف و ناشر

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

#### ه) شرایط داوری و پذیرش مقاله:

- ۱. مقاله ارسالی نباید در نشریه داخلی و خارجی دیگر و یا همایش، به چاپ رسیده باشد به علاوه مقاله همزمان برای سایر 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 نیم‌فاصله باشد (به طور نمونه؛ "می‌شود"، "کتاب‌ها"، "کم‌تر"، "بیش‌تر" و ...).
- ۳. رسم جدول، 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 واژه‌ها (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 داده‌ها).
- 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

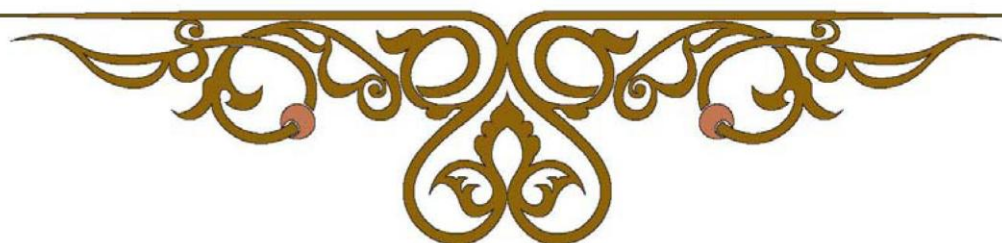
هیئت تحریریه نشریه، وظیفه خود می‌داند از تعدادی از همکاران فاضل و گرامی که زحمت داوری مقالات متعدد، در گستره روان‌شناسی بالینی و شخصیت را بر عهده داشته‌اند و با راهنمایی‌های ارزنده و ابراز نظر خویش بر غنا و اعتلای علمی مجله افزوده‌اند ضمن درج اسامی آن‌ها تجلیل و سپاسگزاری کند.

دانشگاه پیام نور	آقا یوسفی	۱- دکتر علیرضا
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی	بهمنی	۲- دکتر بهمن
دانشگاه تهران	پورحسین	۳- دکتر رضا
دانشگاه شاهد	حیدری‌نسب	۴- دکتر لیلا
دانشگاه شهید بهشتی	دانش	۵- دکتر عصمت
دانشگاه علامه طباطبایی	درتاج	۶- دکتر فریبرز
دانشگاه شهید بهشتی	دیباچ‌نیا	۷- دکتر پروین
دانشگاه تهران	رحیمی‌نژاد	۸- دکتر عباس
دانشگاه تربیت مدرس	رسول‌زاده طباطبایی	۹- دکتر کاظم
دانشگاه شاهد	روشن چسلی	۱۰- دکتر رسول
دانشگاه ارومیه	سپهریان آذر	۱۱- دکتر فیروزه
دانشگاه خوارزمی	شاهقلیان	۱۲- دکتر میناز
دانشگاه پیام نور	علی‌اکبری دهکردی	۱۳- دکتر میناز
دانشگاه تهران	غلامعلی لواسانی	۱۴- دکتر مسعود
دانشگاه الزهرا (س)	مهری‌نژاد	۱۵- دکتر سیدابوالقاسم
دانشگاه شاهد	محمدجعفری	۱۶- دکتر رسول



**جستارهایی در روان‌شناسی**

**بالینی و شخصیت**





# اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر سلامت معنوی و تصور از خدا در والدین فرزندان مبتلا به سرطان

نویسندگان: مهدی اسکندری<sup>۱</sup>، بهمن بهمنی<sup>۲\*</sup>، فریبا حسنی<sup>۳</sup> و علی عسگری<sup>۴</sup>

۱. کارشناسی ارشد مشاوره، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی تهران.
۲. استادیار گروه مشاوره دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
۳. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
۴. استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی تهران.

\*Email: bbahmani43@yahoo.com

## چکیده

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر سلامت معنوی و تصور از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان با استفاده از شیوه نیمه آزمایشی با پیش-پس آزمون، گروه گواه با گمارش تصادفی و با پیگیری شش ماهه انجام گردید. برای این منظور ۳۰ والد (۲۴ تا ۵۴ ساله) که فرزندان به دلیل ابتلا به بیماری سرطان در بیمارستان محک تحت درمان پزشکی قرار داشته و داوطلب شرکت در برنامه مشاوره بودند به تصادف در دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند. قبل از مداخله درمانی، هر دو گروه با پرسشنامه سلامت معنوی (۱۹۸۲) و پرسشنامه وضعیت مذهبی RSI (۲۰۰۳) مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایشی در دوازده جلسه ۹۰ دقیقه ای گروه درمانی شناختی وجودگرا که به صورت ۲ جلسه در هفته اجرا گردید شرکت نمودند، در حالیکه گروه گواه در این مدت از هیچ گونه مداخله رسمی روانشناختی استفاده نکردند. در پایان مداخله، هر دو گروه مجدداً با آزمون‌های مذکور مورد ارزیابی قرار گرفتند. این ارزیابی برای گروه آزمایش در فاصله ۶ ماهه درمان نیز مجدداً اجرا گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-16 برای اجرای آزمون آماری تحلیل کواریانس پردازش شدند. نتایج حاکی از وجود تفاوت معنی دار در میزان سلامت معنوی و تصور مثبت از خدا در دو گروه به نفع گروه آزمایش ( $p < 0/05$ ) بود. این نتایج در پیگیری ۶ ماه بعد گروه آزمایش برای هر دو متغیر، همچنان تداوم داشت و نشان داد گروه درمانی شناختی وجودگرا می‌تواند در افزایش سلامت معنوی و ایجاد تصور مثبت از خدا در والدین فرزندان مبتلا به سرطان اثر گذار باشد.

کلید واژه‌ها: درمان شناختی وجودگرا، سلامت معنوی، تصور از خدا، والدین فرزندان مبتلا به سرطان

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

داشور  
و هژار

• دریافت مقاله: ۹۳/۴/۲۸

• پذیرش مقاله: ۹۴/۳/۲۰

Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer  
2015

Clinical Psy. & Personality

دو فصلنامه علمی- پژوهشی  
دانشگاه شاهد

سال بیست و دوم - دوره

جدید شماره ۱۲

بهار و تابستان ۱۳۹۴

## مقدمه

سرطان یکی از بیماری‌های شایع مزمن و غیر واگیر است [۱]. سرطان پس از بیماری‌های قلبی عروقی دومین علت مرگ و میر در جهان به شمار می‌آید. برابر آمارها در مجموع سالانه ۵۰ میلیون مرگ در جهان روی می‌دهد که بیش از ۵ میلیون از آنها به سرطان منسوب است [۲].

سرطان در هر فرهنگی یکی از ترسناک‌ترین بیماری‌ها محسوب می‌شود و مانند سایر بیماری‌ها از تاثیر عوامل فرهنگی مبرا نیست؛ جنبه‌های فرهنگی، ارزش‌ها و رفتارها در کنار تجربیات زندگی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و تفاوت‌های شخصیتی، تعیین کننده معنای سرطان برای بیماران و خانواده آنها بوده و بر چگونگی مقابله با بیماری تاثیر گذار است [۳].

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

تشخیص بیماری سرطان می‌تواند بحران‌های معنوی زیادی را در افراد مرتبط با این بیماری ایجاد کند. گاه اعتماد به نفس و ایمان مذهبی به مخاطره می‌افتد. ارتباطات فردی به دلیل عدم اطمینان به آینده مختل می‌شود و در یک کلام می‌توان گفت بحران معنوی در آنان پدیدار می‌شود [۵]. رویارویی با تنش و مشکلات ناشی از بیماری، نیازمند چندین مولفه است که یکی از آنها سلامت معنوی بوده که به عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد نیز می‌گردد که خود دربرگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌شود [۶]. بیماری‌های ناتوان کننده و مزمن، افراد را با سئوالاتی درباره معنی و هدف در زندگی مواجه می‌کنند. بسیاری از بیماران سلامت معنوی را به عنوان عامل ایجاد کننده معنا و هدف در زندگی ارتقا دهنده کیفیت زندگی می‌شناسند. [۷] وقتی سلامت معنوی به طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار

اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود [۸].

مطالعات سالهای اخیر نشان می‌دهد کسانی که بر پایه معنویت معنای زندگی را در بیماری یافته بودند کیفیت زندگی بهتری در مقایسه با زمان قبل از تشخیص بیماری داشته‌اند [۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳] فرینگ، میلر و شاو بیان می‌کنند بین ایمان درونی، سلامت معنوی، امید و سایر حالات مثبت خلقی، ارتباط مثبتی وجود داشته و افزایش این موارد سبب سازگاری فرد مبتلا به سرطان و همچنین خانواده او با شرایط پیش آمده می‌شود [۱۴].

یکی از مولفه‌های مهم معنویت تصور از خدا است. بیش نسبت به تصور از خدا پیش نیازی برای درک کاملی از رابطه فرد با خداست. [۱۵]. برداشت انسان از آموزش‌های مذهبی در مورد شناخت خدا، سبب ایجاد تصور مثبت و منفی از خداوند در ذهن انسان می‌گردد. در تصور مثبت، خدا به صورت مهربان، حمایتگر و راهنما تصور می‌شود که می‌تواند نقش آرامش بخش داشته باشد. در تصور منفی، خدا با اصطلاحات منفی همچون طرد کننده، نامهربان، سخت گیر و مانند آن تصور می‌شود که موجب نومیدی، تنفر و خلق منفی در افراد می‌شود. تصور از خدا در حقیقت نوعی شناخت هیجانی بوده که مبتنی بر تجارب هیجانی و عاطفی فردی می‌باشد. [۱۶] ریچاردز و برگین<sup>۱</sup> در تحقیقی گزارش کردند مراجعانی که ایمان به خداوند داشتند و از منابع معنوی در زندگی شان استفاده می‌کردند، در طول درمان روان شناختی، از قدرت بیشتری برای مقابله برخوردار بودند. [۱۷]

سابقه پژوهش‌های بسیاری در مورد رابطه سلامت معنوی با استرس و اضطراب [۱۸]، دعا [۱۹، ۲۰]، کیفیت زندگی [۲۱]، مذهب [۲۲]، امید [۲۲، ۲۳] و نیز تصور از خدا با رضایت از زندگی [۲۴]، عزت نفس [۲۵]، و اضطراب و افسردگی [۲۶، ۲۷، ۲۸] در دسترس است، اما تا قبل از انجام این پژوهش گزارش موثقی از مطالعات بررسی اثربخشی در مورد مداخله‌های موثر بر سلامت معنوی و تصور از خدا بدست نیامد.

<sup>۱</sup> Richards C.F, Bergin A



از طریق باورهای معنوی به انطباق والدین کودکان سرطانی با شرایط پیش آمده کمک شایانی می‌کند [۳۲]. به علت ابراز هیجانها و تلاش برای پذیرش افراد در درمان گروهی و همچنین تاکید بر مفاهیمی چون همبستگی گروهی، ائتلاف، دیگر یآوری، بازخورد و حمایت متقابل؛ افراد در این نوع درمان مسئولیت بیشتری را نسبت به تغییر خود و دیگران می‌پذیرند. یالوم در ۱۹۸۰ معتقد بود که گروهها ویژگیهایی دارند که نمی‌توان آنها را به سادگی با سایر مداخله‌های روان شناختی پیوند داد. او معتقد است که گروهها این فرصت را در اختیار اعضا می‌گذارند تا با افرادی آشنا شوند که در برخی زمینه‌ها وضعشان بدتر و در حیطه‌های دیگر بهتر از خودشان است و یا افرادی را خواهند شناخت و از سرگذشتیهای باخبر خواهند شد که حاکی از صبر و تلاش و موفقیت است. علاوه بر اینها، تعاملهای پیچیده هیجانی در گروه، فرصت الگو گیری از رفتارهای موفق را فراهم می‌کند و نیز به افراد امکان می‌دهد تا با کمک کردن به دیگران به ارزشمندی، مفید بودن و بی نظیر بودن خود پی ببرند و احساس بهتری را تجربه کنند [۳۳].

با توجه به نقشی که معنویت و تصور از خدا در افزایش سازگاری والدین با شرایط دشوار ناشی از بیمار فرزند ایفا می‌کند [۲۹، ۳۴]، تمرکز بر مفهوم معنویت، سلامت معنوی و تصور از خدا اساسی به نظر می‌رسد و نحوه تاثیرگذاری بر آن به عنوان جنبه ای که کمتر مورد توجه قرار گرفته و بررسی تاثیر آن بر جنبه‌های متفاوت زندگی در خانواده‌های بیماران مزمن لازم به نظر می‌رسد. لذا این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر سلامت معنوی و تصور از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان انجام گردید.

## روش

### نوع پژوهش

این طرح به صورت نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه و گمارش تصادفی و دوره پیگیری ۶ ماهه برای گروه آزمایشی اجرا گردید.

لین وودگیت<sup>۱</sup> در پژوهشی طولی نشان داد برای عبور از مسیر سخت درمان سرطان، کودکان و خانواده‌های آنها نیاز به دارا بودن سلامت معنوی می‌باشند [۲۹]. اما اینکه کدام شیوه مداخله در افزایش سلامت معنوی و بهبود تصور از خدای والدینی که در حال از دست دادن فرزند خود هستند می‌تواند موثر باشد، سوالی است که پاسخ به آن می‌تواند علاوه بر ضرورت رعایت حقوق انسانی خانواده‌ها، کمک موثری به صرفه جویی در هزینه، زمان، نیرو و امکانات بهداشتی باشد. با توجه به ارتباط مفهومی مزامین وجودی نظیر مرگ، تنهایی، مسئولیت و معنا که جملگی متاثر از ظرفیت و کارکردهای شناختی انسان نیز هستند، با سلامت معنوی که فی نفسه یک متغیر شناختی محسوب می‌شود، به نظر می‌رسد با توسل به روشهای شناختی و تاکید بر مزامین وجودی بتوان منبع مهمی از قدرت را برای افراد درگیر با بیماری سرطان فراهم نمود و کیفیت زندگی آنان را ارتقا داد.

گروه درمانی شناختی - وجودگرا نخستین بار توسط کی سان<sup>۲</sup> برای استفاده از مزایای حاصل از تلفیق آن جنبه‌هایی از دو رویکرد روان درمانی شناختی بک<sup>۳</sup> و وجود گرای یالوم<sup>۴</sup> در قالب فنون مشاوره گروهی که به نظر می‌رسیده در کاهش میزان افسردگی و افزایش امیدواری خاص بیماران سرطانی بیشترین اثر را داشته‌اند، عرضه شده است [۳۰]. کی سان و بلوچ مضامین وجودی نظیر نگرانی درباره مرگ، از دست دادن معنی، اندوه، تنهایی، آزادی و ارزشمندی را به عنوان چالش‌های کلیدی وجودی در مبتلایان به بیماری‌های صعب‌العلاجی که مردم تصور می‌کنند احتمال مرگ در آنها بالاست، در نظر می‌گیرد. علاوه بر این او تصور می‌کند که بیماران ممکن است در اثر تجربه هیجان‌های منفی مرتبط با مضامین وجودی فوق دچار افت شدید روحیه یا آنچه که او آزرده‌گی وجودی نیز نامیده است، شده و احساس بی‌کفایتی کنند [۳۱].<sup>۵</sup> به نشان داد گسترش معنی زندگی

<sup>1</sup> Woodgate, L.

<sup>2</sup> Kissane, D.

<sup>3</sup> Beck Cognitive Therapy

<sup>4</sup> Yalom Existential Therapy

<sup>5</sup> Yeh, Ch.

جدول ۱: جدول مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه

متغیرها	جنسیت آزمودنی‌ها		جنسیت فرزندان مبتلا		سن فرزندان مبتلا	
	مرد	زن	پسر	دختر	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمایش	۵	۷	۸	۴	۳۸	۹/۵۸
گروه گواه	۴	۸	۶	۶	۳۴/۷۵	۶/۴۱

## آزمودنی

از بین جامعه آماری والدین کودکان مبتلا به سرطان مرتبط با بیمارستان خیریه حمایت از کودکان سرطانی (محک) که فرزندان‌شان به دلیل ابتلا به این بیماری تحت درمان پزشکی قرار داشتند، یک نمونه به حجم ۲۴ نفر برای دو گروه آزمایش و گواه؛ و با در نظر گرفتن دارا نبودن شرایط زیر بصورت غیر تصادفی انتخاب شدند (۱) کودکان مبتلا به سرطان مغز نبوده و یا مرگ قریب الوقوع آنها را تهدید نمی‌کرد، (۲) والدین کودکان یا هر یک از اعضا خانواده، مبتلا به بیماری بسیار شدید دیگری نبودند، (۳) والدین کودکان یا هر یک از اعضا خانواده سابقه اختلال روان پزشکی شدید را نداشتند و (۴) والدینی که از تشخیص بیماری فرزندان‌شان کمتر از یک ماه گذشته باشد (۵) والدینی که فرزند آنها در زمان تشخیص بیماری، بیشتر از ۱۸ سال نداشته باشد.

شایان ذکر است با هدف پیشگیری از تاثیر منفی ریزش احتمالی آزمودنی‌ها، ۳۰ نمونه انتخاب گردید تا در صورت لزوم بتوان آنها را جایگزین نمود.

گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای که هفته‌ای دو بار تشکیل می‌شد شرکت کردند در حالی که گروه گواه به عنوان فهرست انتظار در طی این مدت در هیچ برنامه مدون روان شناختی شرکت نکردند. همچنین به منظور رعایت حقوق انسانی و اخلاق حرفه‌ای؛ از آزمودنی‌های عضو گروه گواه دعوت گردید تا پس از اجرای پس آزمون، در گروه درمانی شناختی وجودگرا شرکت کنند.

## ابزارهای پژوهش

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱. پرسشنامه سلامت معنوی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه ۲۰ سئوالی توسط پولوتزین و الیسون<sup>۲</sup> (۱۹۸۲) ساخته شده است که ۱۰ سوال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سوال دیگر سلامت وجودی فرد را بررسی می‌کند. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۶۰-۱۰ می‌باشد. برای زیر گروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره بدست آمده صورت می‌گیرد. هرچه نمره بدست آمده بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیر گروه بود که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شد [۳۵].

پاسخ این سوالات بصورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته بندی شد. در سوالات منفی، نمره گذاری به شکل معکوس انجام شده است و در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پائین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم بندی شد. کریشلینگ و پیتمن<sup>۳</sup> پایایی (۱۹۸۹) پرسشنامه را به ترتیب برای سلامت مذهبی ۰/۹۵، سلامت وجودی ۰/۹۴ و نمره کل پرسشنامه یعنی سلامت معنوی را ۰/۸۴ اعلام می‌نماید [۳۶].

سید فاطمی و همکاران (۱۳۸۵) روایی پرسشنامه سلامت معنوی را از طریق اعتبار محتوا تعیین کردند، همچنین پایایی پرسشنامه از طریق ضریب پایایی آلفا کرونباخ ۰/۸۲ تعیین گردید [۲۰].

الیسون [۳۷] و لِدبتر، اسمیت، فیشر، وسلر هانتر و چو [۳۸] روایی صوری ابزار را مطلوب ارزیابی نموده و روایی سازه ابزار را بوسیله تحلیل عامل بررسی و مورد تأیید قرار دادند.

<sup>۱</sup>. Spiritual well-being scale

<sup>۲</sup>. Paloutzian, R.F & Ellison, C.W.

<sup>۳</sup>. Kirschling, J.M & Pittman, J.F.

گروه درمانی شناختی وجودگرا، آشنایی مقدماتی اعضا با یکدیگر. جلسه اول: مشخص کردن اهداف و فرایند گروه درمانی شناختی وجودگرا. جلسه دوم: استقرار مطلوب سنت‌های شکل دهنده گروه از قبیل مسئولیت پذیری در قبال خود و دیگری، مشارکت فعال، تعبیر و تفسیر، رعایت حقوق دیگران و... معرفی مفهوم اضطرابهای وجودی و تفاوت آن با اضطراب‌های نوروتیک. جلسه سوم: آشنا شدن با اضطراب مرگ به عنوان یک مضمون وجودی است که فرد نسبت به آن آگاهی یافته و به جای انکار و یا تحریف آنرا بپذیرد. جلسه چهارم: آشنایی با مفهوم اضطراب تنهایی به عنوان یک مضمون وجودی. جلسه پنجم: به چالش کشیدن باورهای غلط نظیر نحوست سرنوشت، تقدیر منفی، طالع نحس و تاوان گناه. جلسه ششم: ادامه روند به چالش کشیدن باورهای غلط به عنوان منابع مهم اضطراب‌های نوروتیک. جلسه هفتم: کاهش ترس از عود بیماری کودکان به عنوان یک منبع مهم اضطراب. جلسه هشتم: کاهش اضطراب‌های ناشی از بهم خوردن تصویر تن و تصور از خویشتن کودکان. جلسه نهم: چالش از دست دادن معنا زندگی. جلسه دهم: بر اساس طرح کلی فرایند درمان، درمانگر از این جلسه به بعد می‌کوشد تا ضمن روال عادی کار گروه برای بررسی منابع اضطراب غیر کارکردی و رفع آنها بتدریج گروه را آماده پایان دادن به دوره مداخله کند. هدف این مرحله استمرار فرایند بازبینی اهداف و برقراری جهت‌گیری‌های تازه در زندگی است. جلسه یازدهم: زمینه‌سازی عهد لازم برای کار مستمر و پیگیر برای رسیدن به اهداف جدید. جلسه دوازدهم: مطرح کردن احساس در مورد کلیت درمان، پیگیری نحوه ادامه تعامل با یکدیگر و سنجش پایانی.

### شیوه تحلیل داده‌ها

علاوه بر استفاده از امار توصیفی، داده‌ها براساس تحلیل کوواریانس و نیز تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای نمرات سلامت معنوی و تصور از خدا در سه مرحله، با استفاده از نرم افزار SPSS-16 انجام شد.

۲. پرسشنامه وضعیت مذهبی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط گرینوی<sup>۲</sup> در ۲۰۰۳ ساخته شده و دارای ۲۷ سؤال و سه خرده آزمون حضور خدا در زندگی، مراقبت خداوند و تصور منفی از خداوند می‌باشد. خرده آزمون حضور خدا در زندگی و مراقبت خداوند با هم ترکیب شده و مقیاس تصور مثبت از خدا را تشکیل داده‌اند. نمره گذاری این پرسشنامه به شیوه لیکرت است. به این صورت که سؤالات ۴، ۶، ۸، ۹ و ۱۱ از سمت راست از ۱ تا ۵ نمره دهی شده و بقیه سؤالات به صورت معکوس نمی‌گذاری می‌شوند [۱۶].

خاکساری و خسروی در ۱۳۸۵ در پژوهشی، پایایی آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ در مورد عامل حضور خدا در زندگی، مراقبت خداوند، تصور مثبت از خدا و تصور منفی از خدا به ترتیب ۰/۶۴، ۰/۶۱ و ۰/۵۸ بدست آوردند. همچنین روایی پرسشنامه از طریق تحلیل عامل مورد تأیید قرار گرفت. برای بدست آوردن روایی سازه نیز، همبستگی این آزمون با پرسشنامه همتای دیگری مورد سنجش قرار گرفت که نتایج نشانگر همبستگی ۰/۸۴ بود که همبستگی مطلوبی می‌باشد [۲۵]. کلاین [۱۵] پایایی درونی سه خرده آزمون حضور خدا در زندگی، مراقبت خداوند و تصور منفی از خدا را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۲ و ۰/۶۹ بدست آورد. علوی (۱۳۸۵) پایایی را با استفاده از آلفای کرونباخ در عامل حضور خدا در زندگی ۰/۷۷، مراقبت خداوند ۰/۸۹، تصور منفی از خدا ۰/۵۷ و تصور مثبت از خدا ۰/۸۶ بدست آورد.

### ۳. طرح درمان

به منظور اجرای جلسات مداخله، پروتکل اجرایی کسی سان که توسط بهمنی [۳۱ و ۳۳] اجرا شده بود با تعدیل و تطبیق خاص این پژوهش و بر اساس ویژگی‌های این گروه مورد استفاده قرار گرفت که شامل موارد زیر می‌باشد: پیش جلسه: زمینه‌سازی استقرار عوامل اصلی و ضروری برای ایجاد فضای گروهی، معرفی کلی فرایند

۱. RSI (Religious Status Inventory)

۲. Greenway, A.P.

جدول ۲: میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری «سلامت معنوی» و «تصور از خدا»

تصور مثبت از خدا		تصور منفی از خدا		سلامت معنوی		متغیرها	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۱۸/۵۳	۴۹/۵۸	۵/۱۱	۱۷/۱۶	۱۶/۹۱	۴۳	آزمایش	پیش آزمون
۱۵/۸۷	۷۰/۵۰	۳/۶۵	۱۳/۳۳	۱۸/۹۰	۷۰/۹۱	کنترل	
۱۷/۱۶	۷۴/۹۱	۴/۰۷	۱۲/۰۸	۲۰/۶۹	۸۲/۰۸	آزمایش	پس آزمون
۱۶/۶۱	۷۴/۵۸	۴/۱۰	۱۲/۰۸	۲۱/۶۷	۷۶/۱۶	کنترل	
۱۴/۵۴	۷۶/۵۰	۲/۶۷	۱۱/۹۱	۱۸/۵۹	۸۶/۵۸	۶ ماهه	پی‌گیری

### نتایج

آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است که این تفاوت معنی‌دار است. شاخص اثر به دست آمده حاکی از این است که ۶۴ درصد افزایش سلامت معنوی والدین فرزندان مبتلا به سرطان در گروه آزمایش را می‌توان به گروه درمانی شناختی وجودگرا نسبت داد.

در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار F محاسبه شده (۱۶/۹۴) با درجه آزادی ۱ و ۲۱ از مقدار F جدول بزرگتر است، بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه گروه درمانی شناختی وجودگرا بر تصور مثبت از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان تاثیر دارد، با اطمینان ۰/۹۹ تأیید می‌گردد. همچنین بر اساس نتایج جدول ۲ میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است که این تفاوت معنی‌دار است. شاخص اثر به دست آمده حاکی از این است که ۴۵ درصد افزایش تصور مثبت از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان در گروه آزمایش را می‌توان به گروه درمانی شناختی وجودگرا نسبت داد.

در جدول ۲ توصیف آماری نمرات پیش آزمون و پس آزمون نمرات سلامت معنوی و تصور از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان به تفکیک گروه‌ها آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج، میانگین نمرات «سلامت معنوی» و «تصور مثبت از خدا» گروه آزمایش در پس آزمون و پی‌گیری افزایش و میانگین نمرات «تصور منفی از خدا» گروه آزمایش در پس آزمون و پی‌گیری کاهش داشته است اما در گروه کنترل میانگین نمرات «سلامت معنوی» و «تصور از خدا» تقریباً ثابت است.

در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار F محاسبه شده (۳۸/۰۷) با درجه آزادی ۱ و ۲۱ از مقدار F جدول بزرگتر است، بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه گروه درمانی شناختی وجودگرا بر سلامت معنوی والدین فرزندان مبتلا به سرطان تاثیر دارد، با اطمینان ۰/۹۹ تأیید می‌گردد. همچنین بر اساس نتایج جدول ۲ میانگین نمرات پس

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمرات سلامت معنوی در دو گروه

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی‌داری	حجم اثر
پیش آزمون	۷۴۸۷,۱۴	۱	۷۴۸۷,۱۴	۶۵,۸۰	۰,۰۰۱	۰,۷۵۸
گروه‌ها (مستقل)	۴۳۳۲,۳۸	۱	۴۳۳۲,۳۸	۳۸,۰۷	۰,۰۰۱	۰,۶۴۵
واریانس خطا	۲۳۸۹,۴۴	۲۱	۱۱۳,۷۸	-	-	-
مجموع	۱۶۰۳۴۵	۲۴	-	-	-	-

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمرات تصور مثبت از خدا در دو گروه

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی‌داری	حجم اثر
پیش‌آزمون	۴۵۸۸,۸۸	۱	۴۵۸۸,۸۸	۵۷,۰۶	۰,۰۰۱	۰,۷۳۱
گروه‌ها (مستقل)	۱۳۶۲,۸۱	۱	۱۳۶۲,۸۱	۱۶,۹۴	۰,۰۰۱	۰,۴۴۷
واریانس خطا	۱۶۸۸,۹۵	۲۱	۸۰,۴۲	-	-	-
مجموع	۱۴۰۳۸۰	۲۴	-	-	-	-

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمرات تصور منفی از خدا در دو گروه

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی‌داری	حجم اثر
پیش‌آزمون	۲۴۸,۴۵	۱	۲۴۸,۴۵	۴۳,۷۱	۰,۰۰۱	۰,۶۷۵
گروه‌ها (مستقل)	۴۱,۹۲	۱	۴۱,۹۲	۷,۳۷	۰,۰۱۳	۰,۲۶۰
واریانس خطا	۱۱۹,۳۸	۲۱	۵,۶۸	-	-	-
مجموع	۳۸۷۲	۲۴	-	-	-	-

درمان در مدت زمان ۶ ماهه آزمون پیگیری صورت گرفت. با توجه به معناداری آزمون کرویت ماچلی (Mauchly's Test) و عدم برقراری پیش فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس لازم است داده‌ها قبل از تحلیل تعدیل شوند. بنابراین از ضرایب تصحیح (اپسیلون epsilon) برای اصلاح درجه آزادی (df) استفاده شده است.

جدول ۶ نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر با اصلاح Lower-bound را نشان می‌دهد. مقدار F مشاهده شده برای نمرات سلامت معنوی والدین فرزندان مبتلا به سرطان در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری ۶ ماهه) معنادار است ( $P < 0.01$ ) و حدود ۶۵ درصد واریانس کل را تبیین می‌کند. همچنین مقدار F مشاهده شده برای نمرات تصور مثبت از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان در سه مرحله معنادار است ( $P < 0.01$ ) و حدود ۵۸ درصد واریانس کل را تبیین می‌کند.

در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس‌آزمون با برداشتن اثر پیش‌آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار F محاسبه شده ( $7/37$ ) با درجه آزادی ۱ و ۲۱ از مقدار F جدول بزرگتر است، بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه گروه درمانی شناختی وجودگرا بر تصور منفی از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان تاثیر دارد، با اطمینان ۰/۹۵ تأیید می‌گردد. همچنین بر اساس نتایج جدول ۲ میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است که این تفاوت معنی‌دار است. شاخص اثر به دست آمده حاکی از این است که ۲۶ درصد کاهش تصور منفی از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان در گروه آزمایش را می‌توان به گروه درمانی شناختی وجودگرا نسبت داد. با توجه به معنی‌داری اثر گروه‌درمانی شناختی وجودگرا بر سلامت معنوی و تصور از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان جهت بررسی میزان ماندگاری اثر

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نمرات سلامت معنوی و تصور از خدا در سه مرحله

سلامت معنوی	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی‌داری	حجم اثر
سلامت معنوی	۱۳۴۷۹,۰۸	۱	۱۳۴۷۹,۰۸	۲۰,۲۳	۰,۰۰۱	۰,۶۴۸
تصور مثبت از خدا	۵۵۶۰,۷۳	۱	۵۵۶۰,۷۳	۱۵,۲۸	۰,۰۰۲	۰,۵۸۲
تصور منفی از خدا	۲۳۲,۵۰۰	۱	۲۳۲,۵۰۰	۹,۲۲	۰,۰۱۱	۰,۴۵۶

جدول ۷: آزمون مقایسه زوجی بونفرونی بین نمرات سلامت معنوی و تصور از خدا در سه مرحله

تصور مثبت از خدا		تصور منفی از خدا		سلامت معنوی		مراحل اندازه‌گیری
سطح معنی‌داری	اختلاف میانگین	سطح معنی‌داری	اختلاف میانگین	سطح معنی‌داری	اختلاف میانگین	
.۰۰۰	۲۵,۳۳۳	.۰۰۱	۵,۰۸۳	.۰۰۰	۳۹,۰۸۳	پیش‌آزمون-پس‌آزمون
.۰۰۰	۲۶,۹۱۷	.۰۰۳	۵,۲۵۰	.۰۰۰	۴۲,۵۸۳	پیش‌آزمون-پیگیری ۶ ماهه
.۵۶۸	۱,۵۸۳	۱,۰۰۰	۱۶۷	.۲۷۱	۳,۵۰۰	پس‌آزمون-پیگیری ۶ ماهه

بنا به تعریف، سلامت معنوی به برخورداری از اخلاق، احساسات مثبت، احساس وجود نوعی ارتباط متقابل مثبت و پذیرفته شدن نزد یک نیروی برتر قدسی و نیز خود و دیگران اطلاق می‌شود که طی یک فرایند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کششی و پیامدی شخصی حاصل می‌آید [۳۹]. مذهب نیز به عنوان نوعی پاسخ به تجربه معنوی می‌تواند نقش مهمی در تامین سلامت معنوی بازی کند. مذهب و معنویت می‌تواند با فراهم نمودن منبع مهمی از قدرت برای افراد درگیر با بیماری سرطان، کیفیت زندگی آنان را ارتقا داده و از سطح استرس آنها بکاهد. [۴۰]. با وجود کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان کودکان، این مساله همچنان به عنوان یک پدیده آسیب زا مطرح است. کودکان و خانواده‌های آنها با موانع و مشکلات استرس آوری روبرو خواهند بود. لین وودگیت<sup>۱</sup> در پژوهشی طولی نشان داد برای عبور از مسیر سخت درمان سرطان، کودکان و خانواده‌های آنها نیاز به دارا بودن سلامت معنوی می‌باشند. [۲۹] اشنایدر و همکاران (۲۰۰۶) در تحقیقی نشان دادند بالا بودن سلامت معنوی در زندگی والدین کودکان سرطانی همانند مکانیسم‌های مقابله‌ای از بالا رفتن اضطراب آنان جلوگیری می‌کند. [۴۱] کاری و همکاران<sup>۲</sup> در ۲۰۱۰ نشان دادند والدین کودکان در حال احتضار یا نیازمند به مراقبت‌های ویژه؛ برای مقابله با شرایط سخت روحی، نیاز به سلامت معنوی و دارا بودن یک فلسفه زندگی کارآمد دارند. در بسیاری از مطالعات نیز اهمیت همه جانبه تاثیر مذهب و معنویت بر پیامدهای بیماران مبتلا به سرطان و

همچنین مقدار F مشاهده شده برای نمرات تصور منفی از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان نیز در سه مرحله معنادار است ( $P < 0.05$ ) و حدود ۴۶ درصد واریانس کل را تبیین می‌کند.

آزمون‌های مقایسه زوجی بونفرونی نشان داد که نمرات پیش‌آزمون سلامت معنوی والدین فرزندان مبتلا به سرطان تفاوت معناداری با نمرات پس‌آزمون و پیگیری ۶ ماهه ( $P < 0.01$ ) دارد. به عبارتی افزایش نمرات سلامت معنوی والدین فرزندان مبتلا به سرطان در پس‌آزمون در مراحل پیگیری نیز پایدار مانده است. همچنین نمرات پیش‌آزمون تصور از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان تفاوت معناداری با نمرات پس‌آزمون، پیگیری ۶ ماهه ( $P < 0.01$ ) دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که در بخش قبل ملاحظه شد، نتایج پیش‌آزمون، فرض عدم اختلاف معنی دار میانگین گروه‌ها را تأیید و شرط همسانی آنها را برقرار نشان می‌دهد. به این ترتیب با اطمینان کافی می‌توان به بررسی و بحث در مورد نتایج بدست آمده از آزمون فرض‌ها پرداخت.

یافته‌ها حاکی از آن هستند که هر دو فرضیه این پژوهش مبنی بر اینکه "گروه درمانگری شناختی وجودگرا در افزایش سلامت معنوی و تصور مثبت از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان موثر بوده است" تأیید گردید. این در حالی است که تا زمان چاپ این پژوهش، گزارشی مبنی بر ارائه راهکار یا درمانی خاص بر سلامت معنوی و تصور از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان یافت نگردید.

<sup>1</sup>. Roberta Lynn Woodgate

<sup>2</sup>. Kari R. et al.

بحران‌های زندگی می‌شود [۴۵].

به نظر می‌رسد عناصر مطرح شده در پروتکل درمانی و همچنین شیوه خاص گروهی اجرای مداخله، توانسته است تغییر مثبت و معنی داری را در افزایش سلامت معنوی و تصور مثبت از خدا گروه آزمایش ایجاد کند. فضای درمانی مداخله شناختی وجودگرا، بر مبنای یک تعامل گروهی فعال پایه ریزی شده که خود می‌تواند یکی از دلایل مفید بودن این رویکرد محسوب گردد. بخشی از محتوای شیوه مداخله گروه درمانی شناختی وجودگرا که با استفاده از مفاهیم وجودی تهیه شده، به درک دنیای پدیداری مراجع و نوع مفهوم فرد از معنای زندگی توجه می‌کند. به نظر کی سان [۴۶] روش مداخله ای مفید است که بتواند با سرعت و صراحت کافی به ترس از مرگ، تنهایی، بی‌اعتمادی به آینده و از دست دادن معنا پردازد و قابلیت کمک به کاهش آزرده‌گی‌های روانی را داشته باشد.

یافته‌ها نشان می‌دهد اثربخشی مداخله اجرا شده بر گروه آزمایش در پیگیری شش ماهه نیز همچنان اثرگذار بوده است اما به نظر می‌رسد که مطالعات تکمیلی نیازمند است تا استمرار درمان را در زمانهای یکساله و دوساله مورد بررسی قرار دهد. به این ترتیب یافته‌های این پژوهش را می‌توان تائید فرض زیربنایی اثرگذاری درمان شناختی وجودگرا بر سلامت معنوی و تصور از خدا در والدین فرزندان مبتلا به سرطان دانست.

#### منابع

- ۱- فرزنان پی، رضا. (۱۳۷۳). شناخت سرطان: پیشگیری و مقابله. کتاب ماد وابسته به نشر مرکز. تهران.
- ۲- شجاعی تهرانی، حسین. (۱۳۸۲). درسنامه پزشکی، پیشگیری و اجتماعی: بیماری‌های مزمن غیر واگیر و بیماری‌های واگیر شایع، جلد ۴. دانشگاه علوم پزشکی ایران. تهران.

3- Corner J, Baily C. (2001). Cancer nursing care in context. Black Well Publishing: UK.

خانواده‌های آنها مورد بررسی قرار گرفته و تاثیر مثبت آنها تائید شده است. [۴۲].

در فرایند توسعه برنامه‌های بهداشتی روانی، یافتن مفهوم درست و روشی تاثیرگذار بر بهبود بیماری‌ها می‌تواند برای آتیه برنامه‌های بهداشتی حیاتی باشد. لذا برای تبیین یافته‌های این پژوهش باید به مولفه‌های اصلی روش مداخله و ارتباط آنها با عوامل موثر بر سلامت معنوی و تصور از خدا توجه کرد. این مداخله از دو رویکرد اصلی شناختی و وجودی تشکیل شده است.

درمان شناختی می‌کوشد تا پریشانی هیجانی افراد را با کمک به آنها در تشخیص، آزمودن و تعدیل تفکر تحریف شده و غیر انطباقی که زیر بنای این پریشانی است، بهبود بخشد. بر اساس دیدگاه شناختی ذهن انسان فعالانه در ساختن واقعیت خویش دست دارد و برای تغییر شرایط باید ساخت ذهنی وی از واقعیت را که بر اساس برداشت فرد از واقعه رخ داده است، تعدیل شود [۴۳]. اصلاح باورهای غلط در خصوص خدا از قبیل عدم احساس رضایت در ارتباط خدا، عدم وجود توجه و مراقبت از سوی خدا در زندگی، و تحریف‌های شناختی از قبیل پیش‌گویی، فاجعه‌سازی، فیلتر منفی، تعمیم افراطی، شخصی‌سازی، سرزنش‌گری، تاسف‌گرایی از جمله مواردی بود که در این جلسات در راستای تغییر قرار گرفت.

درمان وجودی نیز می‌کوشد تا با پرداختن به موضوع‌هایی از قبیل زندگی و مرگ، آزادی، مسئولیت نسبت به خود و دیگران، یافتن معنا در زندگی و پرداختن به مفهوم بی‌معنایی؛ آگاهی انسان از خود و توانایی فرد در نگرستن به ماورای مشکلات خویش را بررسی و بر مساله وجودی انسان توجه کند [۴۴]. مراجعان در جریان تجربه درمان وجودی، آگاهی ای را کسب می‌کنند که بدان وسیله بین جنبه‌هایی از زندگی که می‌توانند تغییر دهند و جنبه‌هایی که نمی‌توانند تغییر دهند، تمییز قایل شوند و می‌آموزند که چگونه زندگی را با تمام دشواریها و تضادهایش بپذیرند؛ که این فرایند شامل آموختن مواجهه با مسائل اجتناب ناپذیر، سختیها، ناامیدیها و

- 14- Fehring R.J.; Miller J.F.; Shaw C. (1997). Spiritual wellbeing, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum* Vol.24, Pages: 663-71.
- 15- Alavi Z. (2006). An investigation of the relationship between pathological guilt feeling and god conception with depression and hope among cancerous patients (master`s thesis). Alzahra university, Tehran, Iran.
- 16- Greenway, A.P.; Milne, L.C.; Clarke, V. (2003). Personality variables, self-esteem and depression and an individual's perception of God" *Journal of Mental health, religion & culture*. 6: 45.
- 17- Schaap-Jonker, H.; Eurelings-Bontekoe, E.; Verhagen, P.J. & Zock, H. (2002). Images of god and personality pathology. *Journal of mental health ,religion and culture*. 5: 55.
- ۱۸- رضایی، امیر موسی؛ مومنی قلعه قاسمی، طاهره؛ ابراهیمی، امراله و کریمیان، جهانگیر (۱۳۹۱). بررسی ارتباط بین سلامت معنوی با استرس، اضطراب و برخی متغیرهای جمعیت شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به مرکز درمانی تخصصی سرطان اصفهان. *مجله تحقیقات نظام سلامت*. سال هشتم، شماره اول، ص ۱۰۴-۱۱۳.
- 19- Sharif nia, H.; Hojjati, H.; Nazari, R.; Ghorbani, M.; Akhoondzade, G. (2012). The effect of prayer on mental health of hemodialysis patients referring imam reza hospital in amol city. *Iranian journal of critical care nursing*. 5(issue 1) p.29-34
- ۲۰- سید فاطمی، نعیمه؛ رضایی، محبوبه؛ گیوری، اعظم و حسینی، فاطمه (۱۳۸۵). اثر دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان. *فصلنامه پایش؛ سال پنجم، شماره چهار*. ص ۳۰۴-۲۹۵.
- ۲۱- اله بخشیان، مریم؛ جعفرپور علوی، مهشید؛ پرویزی، سرور و حقانی، حمید (۱۳۸۹). ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*. دوره ۱۲. شماره ۳. ص ۲۹-۳۳.
- ۴- اسکندری، مهدی؛ بهمنی، بهمن؛ حسنی، فریبا؛ دادخواه، علی اصغر و نقیایی، مائده. (۱۳۹۳). اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر افسردگی والدین فرزندان مبتلا به سرطان. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. سال بیست و یکم، شماره ۱۰. ص ۴۱ - ۵۰.
- 5- Highfield M.F. (1992). Spiritual health of oncology patients: nurse and patient perspectives. *Cancer Nursing*. Vol.15: 1-8.
- 6- Mauk K.; Scnemidt N. (2004). Spirituality care in nursing practice. 2th ed. Philadelphia: Lippincott Company. Pages: 60-199.
- ۷- قمیان، سهیلا و حیدری نسب، لیلا. (۱۳۹۳). بررسی مقدماتی اعتبار و پایایی پرسش نامه سنجش معنویت SAI. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. سال بیست و یکم، شماره ۱۰. ص ۱۴۱-۱۵۸.
- 8- O'Brien ME. (1998). Spirituality in nursing: standing on holy ground. 1st Edition, Jones and Bartlett Publishing: Massachusetts.
- 9- Johnson CP. (2001). Assessment tools: are they an affective approach ti implementing spiritual health care within the NHS? *Acid emerg nurs*. Vol.9(3):177-186.
- 10- Bussing A.; Matthiessen F.; Ostermann T. (2005). Engagement of patient in religious and spiritual practices: confirmatory results with the SPREUKPS I.I questionnaire as a tool of quality of life research. *Health qual life outcomes*. Vol.3(53): 1-11.
- 11- litwinczuk K.M.; Groh CJ. (2007). The relationship between spirituality purpose in life and well-being in HIV positive persons. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 18(3): 13-22.
- 12- Mcnulty K.; Liveneh H.; Wilson L.M. (2004). Perceived uncertainty spiritual well-being and psychosocial adaptation in individuals with multiple sclerosis. *Rehabil psycho*. Vol.49(2): 91-99.
- 13- Paloutzian R.E.; Park CL. (2005). Psychology of religion and Applied areas- Handbook of the psychology of religion and spirituality. UK, Guilford press. P. 562-580.



- 29- Woodgate, R.L.; Degner, L.F. (2003). A Substantive Theory of Keeping the Spirit Alive: The Spirit Within Children With Cancer and Their Families. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. Volume 30, Pages 103-119.
- 30- Kissane, D.W.; Bloch, S.; Miach, P.; Smith, G.C.; Seddon, A. & Keks, N. (1997), "Cognitive existential group therapy for patients with primary breast cancer", *Psycho Oncology Journal*, 6(1), 25-33.
- ۳۱- بهمنی، بهمن (۱۳۸۹)، مقایسه اثربخشی دو روش مداخله شناخت درمانی آموزش محور به سبک مایکل فری و گروه درمانی شناختی وجودگرا بر امیدواری، عزت نفس و کیفیت زندگی زنانی که پس از شروع درمان سرطان غیر منتشر سینه علائم افسردگی از خود بروز داده اند، پایان نامه دکتری مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- 32- Yeh, CH. (2001). Development and testing of the parental coping strategy inventory with children with cancer in Taiwan. *Journal of Advanced Nurse*, Vol.36 (1), 78-88.
- ۳۳- بهمنی، بهمن؛ اعتمادی، احمد؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ دلاور، علی و قنبری مطلق، علی (۱۳۸۹)، گروه درمانی شناختی هستی نگر و شناخت درمانی آموزش محور در بیماران مبتلا به سرطان سینه، فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، سال ۶، شماره ۲۳، ص. ۲۱۴-۲۰۱.
- 34- Rajajee, S.; Ezhilarasi, S.; Indumathi, D. (2007). Psychosocial problems in families of children with cancer. *Indian Journal of Pediatrics*. Vol.74, 837-839.
- 35- Paloutzian, R.F., & Ellison, C.W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In L.A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. (pp. 224-237). Wiley-Interscience.
- 36- Kirschling, J.M.; Pittman, J.F.(1989). Measurement of spiritual well-being: a hospice caregiver sample. *Journal of Hosp*. Vol.5, Pages 1-11.
- ۲۲- بالجانی، اسفندیار؛ خشایی، جواد؛ امانپور، الهام و عظیمی، ندا (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین سلامت معنوی، مذهب و امید در بیماران مبتلا به سرطان. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران*. دوره ۱۷. شماره ۳، ص ۲۷-۳۷.
- ۲۳- مقیمیان، مریم و سلمانی، فاطمه (۱۳۹۱). مطالعه همبستگی سلامت معنوی و امید در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی سید الشهداء وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*. دوره ششم، شماره سوم، ص ۴۰-۴۵.
- ۲۴- فیض آبادی، سلیمه و خسروی، زهره (۱۳۸۸) مقایسه تصور از خدا و رضایت از زندگی در بین زنان خواهان طلاق و غیر خواهان طلاق شهرستان کاشان. *مجله پژوهش‌های تربیتی و روانشناختی*. سال چهارم. شماره دوم، ۱۰: ص ۹-۱.
- 25- khaksari, Z.; khosravi, Z. (2012). Positive and negative conception of god and its relationship with students self esteem and mental health. *Journal of life science and biomedicine*. Vol.2(3): 62-68
- 26- haddadi koohsar, A.A.; Ghobary bonab, B. (2011). Relation between Quality of Image of God with Anxiety and Depression in College Students. *Procedia-social and behavioral sciences journal*. Volume 29, pages 252-256.
- 27- Ghobary bonab, B.; Haddadi koohsar, A.A. (2011). Relation Between Quality of Image of God with Obsessive-Compulsive Behaviours and Phobic Anxiety in Parents of Exceptional Children. *Procedia-social and behavioral sciences journal*. Vol.29, pages 237-241.
- 28- Alavi, Z.; Amin, F.; Pakdaman Savoji, A. (2013). Relationship between Pathological Guilt and God Image with Depression in Cancer Patients. *Procedia-social and behavioral sciences journal*. Vol.84, pages 919-924.

- 42- Zwingmann C.; Muller C.; Korber J.; et al. Religious Commitment, Religious Coping and Anxiety: A Study in German Patients with Breast Cancer. *Eur J Cancer Care* 2008;17:361-70.
- ۴۳- ویلس، فرانک (۲۰۰۹). تندآموز شناخت درمانی بک. ترجمه رضا مولودی (۱۳۹۱). چاپ اول. تهران. نشر ارجمند.
- ۴۴- کوری، جرال (۲۰۱۳). نظریه و کاربردها مشاوره و روان‌درمانی. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۱). چاپ اول. تهران. نشر ارسباران.
- ۴۵- نظری، محمد علی و ضرغامی، سعید (۱۳۸۸). روان‌درمانی وجودی. چاپ اول. تهران. نشر پاریته.
- 46- Kissane, D. (2009). Beyond the psychotherapy and survival debate: the challenge of social disparity, depression and treatment adherence in psychosocial cancer care. *Psycho oncology Journal*. Vol.18, Iss.1, 1-5.
- 37- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11, 330-340.
- 38- Ledbetter, M. F., Smith, L. A., Fischer, J. D., Vosler-Hunter, W. L., & Chew, G. P. (1991). An evaluation of the construct validity of the Spiritual Well-Being Scale: A confirmatory factor analytic approach. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 94-102.
- ۳۹- عباسی، محمود؛ عزیزی، فریدون؛ شمسی گوشکی، احسان؛ نصری راد، محسن؛ اکبری لاکه، مریم (۱۳۹۱). تعریف مفهومی و عملیاتی سازی سلامت معنوی؛ یک مطالعه روش شناختی. فصلنامه اخلاق پزشکی. سال ششم. شماره بیست. ص. ۴۴-۱۱.
- 40- Yoshimoto SM.; Ghorbani S.; Baer JM.; et al. Religious Coping and Problem-Solving by Couples Faced with Prostate Cancer. *Eur J Cancer Care* 2006;15:481-8.
- 41- Schneider, M.; Mannell, R.C. (2006). Beacon in the Storm: An Exploration of the Spirituality and Faith of Parents Whose Children Have Cancer. *Journal of Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. Volume 29, Pages 3-24.

# نقش تعدیل کننده شیوه‌های حل مسئله در رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان

نویسندگان: الهام نظامی پور<sup>۱\*</sup>، مجید ضراغام حاجبی<sup>۲</sup> و عاطفه عبدالمنافی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.

۲. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم.

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس.

\*E-mail: e.nezamipour@yahoo.com

## چکیده

نشخوار فکری و شیوه‌های حل مسئله از جمله متغیرهای مهم و اثرگذار در سلامت روانی افراد هستند. پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش تعدیل کننده شیوه‌های حل مسئله در رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی انجام گرفت. نمونه پژوهش ۲۰۰ نفر از دانشجویان دختر مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد قم بودند که از آنها خواسته شد پرسش‌نامه‌های مقیاس افسردگی بک (BDI-II)، مقیاس شیوه‌های حل مسئله کسیدی و لانگ و مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS) را تکمیل کنند. نتایج پژوهش نشان دادند که بین شیوه‌های سازنده حل مسئله (اعتماد، گرایش و خلاقیت) با افسردگی و نشخوار فکری همبستگی منفی معنادار و بین شیوه‌های غیرسازنده حل مسئله (درماندگی، مهارگری به جز اجتناب) با افسردگی و نشخوار فکری رابطه مثبت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون تعدیلی نشان داد که از بین شیوه‌های حل مسئله تنها شیوه‌های اعتماد و مهارگری در رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی نقش تعدیل کننده دارند. استنتاج ما بر آن است که شیوه‌های حل مسئله و نشخوار فکری از مهم‌ترین پیش‌بینی کننده‌های شدت افسردگی هستند.

کلید واژه‌ها: نشخوار فکری، افسردگی، حل مسئله

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور  
وختار

• دریافت مقاله: ۹۳/۴/۱۰

• پذیرش مقاله: ۹۳/۱۰/۹

Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer  
2015

Clinical Psy. & Personality

دو فصلنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیست و دوم - دوره

جدید شماره ۱۲

بهار و تابستان ۱۳۹۴

## مقدمه

افسردگی اساسی، اختلالی شایع است که با حالات هیجانی منفی همراه است. در سال‌های اخیر مطالعه الگوهای تفکر در اختلالات افسردگی و بررسی افکار ناخواسته و نقش آن در دوام اختلالات هیجانی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. یکی از این الگوهای تفکر، نشخوار فکری است. دیدگاه فراشناختی در مورد اختلالات هیجانی، نشخوار فکری را از مؤلفه‌های اصلی در شروع و تداوم افسردگی می‌داند [۱].

نشخوار فکری عبارت است از فرایند تکرار شونده و غالباً اجتناب‌ناپذیر فکر کردن در مورد تجربه‌های گذشته، که اغلب با افکار منفی در رابطه است و مانع از شیوه‌های حل مسئله به شیوه سازگاران می‌شود [۲]. نشخوار به صورت یک صفت یا ویژگی پایدار خصیصه‌ای است که افراد را به سمت الگوهای نسبتاً ثابتی از فکر کردن و رفتار کردن در طول موقعیت‌ها و زمان‌های مختلف، مستعد می‌سازد [۳]. نشخوار پاسخی است که ممکن است به خاطر رویدادهای مختلفی که در زندگی فرد رخ می‌دهد یا هیجان‌های مختلف مثل خشم، افسردگی یا اضطراب، حاصل شود [۴-۶]. چون رویدادهای زندگی فرد می‌تواند به صورت محرک بیرونی مورد توجه قرار گیرد که منجر به رفتارها، افکار و هیجان‌های منفی می‌شود، نشخوار می‌تواند یک محرک درونی باشد که این رفتارها، افکار و هیجان‌های منفی را ایجاد می‌کند.

نولن - هاکسما ۱ و همکاران [۶]، نشخوار ذهنی را مجموعه‌ای از افکار تکراری و عود کننده در مورد علائم افسردگی، معانی این علائم و نتایج احتمالی این علائم می‌دانند. از نظر نولن - هاکسما [۷] نشخوار ذهنی پدیده‌ای صفت گونه و ثابت است و به عنوان نوعی سبک پاسخ مطرح است که موجب تمرکز و توجه شخص به علل، معنا و نتایج علائم افسردگی می‌گردد و این پدیده پنج ویژگی، ثبات ۲، صفت گونه بودن، تمرکز بر خود، تکراری بودن و عود کنندگی را دارد [۸]. لیبومیرسکی و

تاچ ۳ [۹]، نشخوار ذهنی را روشی برای مقابله با حالت خلق منفی می‌دانند که ویژگی اصلی آن ایجاد حالت تمرکز بر خود است. از نظر وی نشخوار ذهنی نوعی روش مقابله ناکارآمد است و استفاده از آن منجر به کاهش توانایی حل مسئله و ایجاد تفکرات منفی می‌شود.

نشخوار در حوزه‌های مختلفی با عملکرد روانشناختی در رابطه است. یکی از حیطه‌های سلامت روانی که در نشخوار بیشتر به آن توجه شده، افسردگی است [۱۰]. در این زمینه، نولن - هاکسما [۷]، نظریه سبک‌های پاسخ افسردگی را مطرح نمود و نشان داد که نشانه‌شناسی افسردگی می‌تواند از طریق روشی که افراد به نشانه‌های افسردگی‌شان پاسخ می‌دهند، تشدید شده یا تقلیل یابد. از آن جایی که نشخوار احتمال حل کردن مسئله را کاهش می‌دهد، نشخوار کردن در مورد نشانه‌های افسردگی، معانی و مفهوم نشانه‌ها یا نتایج نشانه‌ها، افسردگی را تشدید و تداوم می‌بخشد، در حالی که توجه برگردانی از نشانه‌ها، اثر مثبت دارد و کمک می‌کند تا فرد از شیوه موثرتری برای غلبه بر مشکل استفاده کند. علاوه بر این، نظریه سبک‌های پاسخ نشان می‌دهد که پاسخ رفتاری منفعلانه نشخوارکنندگان به افسردگی، نشانه‌های بیماری را تشدید می‌کند؛ بدین معنا که افرادی که فعالانه در فعالیت‌های مربوط به پاسخ به افسردگی درگیر می‌شوند در مقایسه با افرادی که منفعلانه رفتار می‌کنند، بیشتر احتمال دارد که بهبودی در خلق را تجربه کنند [۷]. بنابراین نشخوار فکری از طریق خود تردیدی در توانایی حل مشکل سبب اثرات منفی بر خلق شده و توانایی حل مسئله را در فرد کاهش می‌دهد [۱۱].

یکی دیگر از متغیرهایی که در ارتباط با افسردگی مورد توجه قرار گرفته، شیوه‌های حل مسئله است. حل مسئله به فرایند شناختی - رفتاری ابتکاری فرد اطلاق می‌شود که به وسیله آن فرد می‌خواهد راهبردهای مؤثر و سازش یافته‌ای برای مشکلات روزمره را تعیین، کشف یا ابداع کند. به عبارت دیگر حل مسئله یک راهبرد مقابله‌ای مهمی است که توانایی و پیشرفت شخصی و اجتماعی را

1. Nolen-Hoeksema

2. Stability

3. Lyabomirsky & Tkach

زمینه رابطه شیوه‌های حل مسئله و نشخوار با افسردگی صورت گرفته است. بر این اساس، در پژوهش حاضر، در عین پرداختن به رابطه دوگانه افسردگی و نشخوار فکری، شیوه‌های حل مسئله و افسردگی، شیوه‌های حل مسئله و نشخوار فکری، سؤال اصلی این است که آیا شیوه‌های حل مسئله در رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی نقش تعدیل کننده دارند؟

## روش

### نوع پژوهش

پژوهش حاضر با توجه به هدف و موضوع آن، از نوع پژوهش‌های همبستگی محسوب می‌شود.

### آزمودنی

جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش را دانشجویان دختر کارشناسی دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم تشکیل می‌دهند که تعداد ۲۰۰ نفر از آنها به روش نمونه‌گیری تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند و مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS) و پرسش‌نامه افسردگی بک و مقیاس توانایی حل مسئله کسیدی و لانگ<sup>۲</sup> را تکمیل کردند. روئلفز<sup>۳</sup> و همکاران [۱۶] نیز در پژوهش‌های خود حجم نمونه را بین ۱۹۵ الی ۲۰۰ نفر گرفته است.

### ابزارهای پژوهش

۱. مقیاس پاسخ‌های نشخواری: پرسش‌نامه سبک‌های پاسخ<sup>۴</sup> (RSQ) از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS) و مقیاس پاسخ‌های منحرف کننده حواس<sup>۵</sup> (DRS) تشکیل شده است. RRS، ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاسی از یک (هرگز) تا چهار (همیشه) درجه‌بندی کنند. بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد

افزایش و تنیدگی و نشانه‌شناسی روانی را کاهش می‌دهد [۱۲]. حل مسئله مستلزم راهبردهای ویژه و هدفمندی است که فرد به وسیله آن مشکلات را تعریف می‌کند، تصمیم به اتخاذ راه حل می‌گیرد، راهبردهای حل مسئله را انجام داده و بر آن نظارت می‌کند [۱۳].

دزوریلا و شیدی<sup>۱</sup> [۱۲] الگوی ارتباطی از حل مسئله ارائه داده‌اند که نظریه‌های مربوط به تنیدگی، شیوه‌های مقابله‌ای و حل مسئله را یکپارچه می‌سازد. فرض عمده این الگو چنین است که حل مسئله یک راهبرد مقابله‌ای مهمی است که می‌تواند فرد را قادر سازد موقعیت‌های مشکل آفرین زندگی روزمره و تأثیر هیجانی آنها را به خوبی مهار کند و از این طریق تنیدگی روانشناختی را کاهش دهد، به حداقل برساند و یا پیشگیری نماید. اگر این الگو صحیح باشد پس توانایی حل مسئله و استفاده از شیوه‌های حل مسئله کارآمد و سازنده به طور معنی‌داری با میزان تنیدگی روانشناختی ارتباط دارد بدین صورت که میزان توانایی حل مسئله بالا، پیش‌بینی کننده سطح تنیدگی پایین و یا مقابله مؤثر با آن و در نتیجه میزان سلامتی بالاست. به نظر می‌رسد مؤلفه‌های رفتاری از قبیل آموزش تکنیک‌هایی جهت قطع چرخه‌های نشخواری (برای نمونه تمرین توقف فکر و روش‌های منحرف کننده حواس مثبت) و آموزش مهارت‌های حل مسئله در درمان شناختی- رفتاری به منظور کاهش نشخوار فکری مؤثر ارزیابی شده‌اند. یافته‌های به دست آمده از پژوهش زارغان و همکاران [۱۴] نشان می‌دهند که رابطه بین سلامت عمومی و سبک‌های حل مسئله اعتماد و گرایش، مثبت و معنی‌دار بوده و بین سلامت عمومی و سبک حل مسئله درماندگی، رابطه منفی معنادار بوده است.

با توجه به این که افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی است و شیوع مادام‌العمر این اختلال ۱۵ درصد و در زنان تا ۲۵ درصد گزارش شده است [۱۵]، بررسی مفاهیم نشخوار و حل مسئله، به عنوان متغیرهایی که می‌توانند بر افسردگی تأثیر گذارند، حائز اهمیت است. با وجود این، شواهد پژوهشی اندکی در

<sup>2</sup> Cassidy & Long problem solving style

<sup>3</sup> Roelofs

<sup>4</sup> Response Styles Questionnaire

<sup>5</sup> Distracting Response Scale

<sup>1</sup> D'zurilla, T.J. & Sheedy

مشکلات به جای مقابله با آنها است. سه سبک نخست، شیوه‌های حل مسئله سازنده و سه سبک بعدی شیوه‌های حل مسئله غیر سازنده خوانده می‌شوند [۲۲].

محمدی و صاحبی [۲۳] پایایی درونی این آزمون را با بهره‌گیری از ضریب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۶۰ گزارش نمودند. همچنین ضریب آلفا در مطالعه باپاپور خیرالدین و همکاران [۲۴] برابر با ۰/۷۷ بود. با در نظر گرفتن شاخص پایایی به عنوان ضریب روایی (ضریب روایی برابر است با ریشه دوم ضریب پایایی) در یک پژوهش (همان جا) ضریب روایی این مقیاس را برابر با ۰/۸۷ گزارش کردند.

### شیوه تحلیل داده‌ها

در این تحقیق علاوه بر شاخص‌های توصیفی، از تحلیل رگرسیون نیز استفاده شده است.

### نتایج

جدول ۱ شاخص‌های آماری مربوط به متغیرهای شیوه‌های حل مسئله، نشخوار فکری و افسردگی را در بین دانشجویان نشان می‌دهد.

این نتایج نشان می‌دهند که بین شیوه‌های سازنده حل مسئله (اعتماد، گرایش و خلاقیت) با افسردگی و نشخوار فکری همبستگی منفی معنادار وجود دارد و بین شیوه‌های غیرسازنده حل مسئله (درماندگی، مهارگری به جز اجتناب) با افسردگی و نشخوار فکری همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. اجتناب با نشخوار فکری همبستگی مثبت معنادار دارد و با افسردگی رابطه معناداری ندارد.

برای بررسی سوال اصلی پژوهش در مورد نقش تعدیل کننده شیوه‌های حل مسئله در رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی از آزمون رگرسیون تعدیلی استفاده شد. به این منظور، شیوه‌های مختلف حل مسئله (اعتماد، گرایش، خلاقیت، درماندگی، مهارگری و اجتناب) هر یک به صورت جداگانه وارد تحلیل رگرسیون شدند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از میان شیوه‌های حل مسئله، مهارگری و اعتماد در رابطه نشخوار فکری با افسردگی نقش تعدیل کننده دارد که نتایج آن در

[۱۷]. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند همبستگی بازآزمایی برای RRS، ۰/۶۷ است [۱۸]. آلفای کرونباخ به دست آمده در نمونه ایرانی ۰/۹۰ و همبستگی درون طبقه‌ای آن نیز ۰/۷۵ گزارش شده است [۱۹].

۲. پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش دوم<sup>۱</sup> (BDI-II): این مقیاس، شکل بازنگری شده پرسش‌نامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده بود. این پرسش‌نامه از ۲۱ ماده تشکیل شده است، که از پاسخ دهندگان خواسته می‌شود، شدت نشانه‌ها را روی یک مقیاس از صفر تا سه درجه‌بندی کنند [۲۰]. مطالعات انجام شده بر روی پرسش‌نامه افسردگی بک، ویرایش دوم، اعتبار، پایایی و ساخت عاملی مطلوبی را برای این پرسش‌نامه گزارش کرده‌اند. برای نمونه، فتی [۲۱] پایایی مناسبی برای این پرسش‌نامه در یک نمونه ایرانی گزارش کرده است.

۳. پرسش‌نامه سبک حل مسئله: این مقیاس را کسیدی و لانگ [۲۲] طی دو مرحله ساخته‌اند و دارای ۲۴ پرسش است که شش عامل را می‌سنجد و هر کدام از عوامل دربرگیرنده چهار ماده آزمون می‌باشند. این عوامل عبارتند از: سبک حل مسئله خلاقیت<sup>۲</sup>، اعتماد در حل مسئله<sup>۳</sup>، سبک گرایش<sup>۴</sup>، درماندگی<sup>۵</sup> در حل مسئله، مهارگری حل مسئله<sup>۶</sup>، سبک اجتناب<sup>۷</sup>. سبک حل مسئله خلاقیت نشان‌دهنده برنامه‌ریزی و در نظر گرفتن راه حل‌های متنوع بر حسب موقعیت مسئله‌ها است. سبک اعتماد در حل مسئله بیانگر اعتقاد در توانایی فرد برای حل مشکلات است. سبک گرایش، نگرش مثبت نسبت به مشکلات و تمایل به مقابله رودررو با آنها را نشان می‌دهد. سبک درماندگی بیانگر بی‌یاوری فرد در موقعیت‌های مسئله‌ها می‌باشد. سبک مهارگری در حل مسئله به تأثیر کنترل کننده‌های بیرونی و درونی در موقعیت مسئله‌ها اشاره دارد و در نهایت سبک اجتناب، گویای تمایل به نادیده گرفتن

1. Beck Depression Inventory-II  
2. Creative Problem-Solving Style  
3. Problem Solving Confidence  
4. Approach Style  
5. Helplessness  
6. Problem-Solving Control  
7. Avoidance Style

جدول‌های ۳ و ۴ نشان داده شده است. نتایج تحلیل رگرسیون در مدل ۱ (جدول ۳) نشان می‌دهد که رابطه متغیرهای مهارگری و نشخوار فکری ۰/۶۵ بوده که ۰/۳۵ درصد از واریانس نمره افسردگی را به طور معنادار تبیین می‌کند. مدل ۲ میزان رابطه بین متغیرهای پیش‌بین مهارگری و نشخوار فکری را پس از ورود اثر تعدیل کننده مهارگری نشان می‌دهد. با مقایسه مدل ۱ و ۲، ملاحظه می‌گردد که مهارگری سبب افزایش R2 به میزان ۰/۰۱۳ شده که این میزان در سطح ۰/۰۵ معنادار است ( $P=0.049, \Delta F=3.93, \Delta R2=0.013$ ). نتایج آزمون همبستگی پیرسون در جدول ۲ آمده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار شیوه‌های حل مسئله، افسردگی و نشخوار فکری در بین دانشجویان

انحراف معیار	میانگین	
۱۱/۰۸۶۴	۱۵/۰۱۵۲	افسردگی
۱۱/۳۴۴۸	۴۷/۱۶۱۶	نشخوار فکری
۱/۱۰۹۸	۱/۰۷۵۴	درماندگی
۰/۹۷۶۳	۱/۸۰۹۰	مهارگری
۱/۲۷۹۵	۲/۸۲۹۱	خلاقیت
۱/۲۹۹۱	۲/۱۵۵۸	اعتماد
۱/۰۶۷۷	۲/۴۹۲۵	اجتناب
۱/۰۳۶۴	۳/۰۸۰۴	گرایش

جدول ۲: ضرایب همبستگی پیرسون بین شیوه‌های حل مسئله، افسردگی و نشخوار فکری

گرایش	اجتناب	اعتماد	خلاقیت	مهارگری	درماندگی	افسردگی	
-۰/۲۰۰**	۰/۱۴۹*	-۰/۱۹۴**	-۰/۱۹۱**	۰/۳۳۴**	۰/۴۵۱**	۰/۵۸۷**	نشخوار
-۰/۳۲۶**	۰/۰۸۰	-۰/۴۰۰**	-۰/۲۸۵**	۰/۳۲۷**	۰/۵۳۵**		افسردگی

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

جدول ۳: خلاصه مدل تحلیل رگرسیون بر اساس مدل ۱ و ۲، ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون

P	T	ضرایب استاندارد نشده		مدل
		ضرایب استاندارد شده	ضرایب استاندارد نشده	
		$\beta$	انحراف معیار	$\beta$
۰/۰۰۰	۸/۸۹۴	۰/۵۳۷	۰/۰۵۹	۰/۵۲۳
۰/۰۱۰	۲/۶۱۰	۰/۱۵۷	۰/۶۸۴	۱/۷۸۵
۰/۰۴۹	۱/۹۸۳	۰/۱۱۳	۰/۵۹۱	۱/۱۷۱

مدل	R	R2	R2 تعدیل شده	$\Delta R2$	$\Delta F$	P
۱	۰/۶۰۵a	۰/۳۶۶	۰/۳۵۹	۰/۳۶۶	۵۵/۹۵۱	۰/۰۰۰
۲	۰/۶۱۵b	۰/۳۷۸	۰/۳۶۹	۰/۰۱۳	۳/۹۳۲	۰/۰۴۹

a: مهارگری و نشخوار b: اثر تعدیل کننده مهارگری

جدول ۴: خلاصه مدل تحلیل رگرسیون بر اساس مدل ۱ و ۲، ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون

P	T	ضرایب استاندارد نشده		مدل
		ضرایب استاندارد شده	انحراف معیار	
۰/۰۰۰	۸/۸۷۲	۰/۵۰۲	۰/۰۵۵	نشخوار
۰/۰۰۰	-۵/۶۲۱	-۰/۳۱۱	۰/۴۶۹	اعتماد
۰/۰۵	-۱/۸۹۷	-۰/۱۰۵	۰/۵۲۸	اثر تعدیل کننده اعتماد

P	ΔF	ΔR2	R2 تعدیل شده	R2	R	مدل
۰/۰۰۰	۷۳/۰۷۶	۰/۴۳۰	۰/۴۲۴	۰/۴۳۰	۰/۶۵۵a	۱
۰/۰۵	۳/۵۹۸	۰/۰۱۰	۰/۴۳۱	۰/۴۴۰	۰/۶۶۳b	۲

a: اعتماد و نشخوار b: اثر تعدیل کننده اعتماد

### بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش تعیین نقش تعدیل کننده شیوه های حل مسئله در رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در دانشجویان بود. یافته های پژوهش نشان دادند که بین نشخوار فکری و افسردگی همبستگی مثبت معنادار وجود دارد؛ به این صورت که افزایش نشخوار فکری سبب افزایش افسردگی و کاهش نشخوار سبب کاهش افسردگی می شود. این یافته هماهنگ با مطالعاتی است که در زمینه رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی صورت گرفته است [۱۹، ۲۵-۲۹]. هم چنین نولن هوکسما و همکاران [۳۰] نتایج پژوهش های آینده نگری (سری، ابلا و اربان، ۲۰۰۵؛ اسپاچویک و الوی، ۲۰۰۱؛ سگرسترم، نسا، الدن و کرسک، ۲۰۰۰؛ نولن هوکسما، لارسن و گریسن، ۱۹۹۹؛ نولن، روبرتز و گاتلیب، ۱۹۹۸) را ذکر می کنند که نشان می دهند که افکار نشخوار شونده غالباً با افکار منفی مرتبط بوده که موجب ناراحتی و افسردگی می شوند و افرادی که از سبک پاسخی نشخواری استفاده می کنند، بیشتر احتمال دارد در آینده، به یک دوره بالینی افسردگی مبتلا شوند و اختلال افسردگی وخیم تر شود. ادبیات تحقیق در مورد افسردگی و نشخوار نشان می دهد که نشخوار پاسخی رایج به خلق منفی است و در

بنابراین، ۱ درصد از واریانس مشاهده شده در نمره افسردگی توسط اثر تعدیل کننده شیوه مهارگری حل مسئله تبیین می شود. ضرایب رگرسیون در این مدل نشان می دهد که مهارگری ( $\beta = 0.157$  و  $t = 2.61$ ) و اثر تعدیل کننده مهارگری ( $\beta = 0.113$  و  $t = 1.983$ ) می توانند به طور معنادار واریانس افسردگی را تبیین کنند. بنابراین با افزایش استفاده از شیوه مهارگری، رابطه نشخوار فکری و افسردگی قوی تر می شود.

نتایج تحلیل رگرسیون در مدل ۱ (جدول ۴) نشان می دهد که رابطه متغیرهای اعتماد و نشخوار ۰/۶۵ بوده که ۰/۴۲ درصد از واریانس نمره افسردگی را به طور معنادار تبیین می کند. مدل ۲ میزان رابطه بین متغیرهای پیش بین اعتماد و نشخوار را پس از ورود اثر تعدیل کننده شیوه اعتماد در حل مسئله نشان می دهد. با مقایسه مدل ۱ و ۲ ملاحظه می گردد که اعتماد سبب افزایش R2 به میزان ۰/۰۱ شده که این میزان معنادار است ( $\Delta R2 = 0.01$ ،  $P = 0.05$ ،  $\Delta F = 3.598$ ). بنابراین ۱ درصد از واریانس مشاهده شده در نمره افسردگی توسط اثر تعدیل کننده اعتماد تبیین می شود. ضرایب رگرسیون در این مدل نشان می دهد که اعتماد ( $\beta = -0.311$  و  $t = -5.62$ ) و اثر تعدیل کننده اعتماد ( $\beta = -0.105$  و  $t = -1.897$ ) می توانند به طور معنادار واریانس افسردگی را تبیین کنند. بنابراین با افزایش استفاده از شیوه اعتماد در حل مسئله رابطه نشخوار فکری و افسردگی ضعیف تر می شود.

1. Auerban  
 2. Spasojevic & Alloy  
 3. Segerstrom, Tsao, Alden & Craske  
 4. Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson  
 5. Nolan, Roberts & Gotlib



افراد عادی نشخوار و فرد را مستعد تجربه علائم افسردگی می‌کند. افرادی که علائم افسردگی را بیشتر از افراد دیگر تجربه می‌کنند، در اغلب موقعیت‌ها تحت تأثیر افکار ناکارآمد و غیرمنطقی قرار می‌گیرند و به تناسب احساسات منفی بیشتری در این موقعیت‌ها تجربه می‌کنند و در برابر این انگیزندگی با نشخوار پاسخ دهند. در واقع، فرایند شناختی نشخوار، توجه فرد را بر جنبه‌های هیجانی موقعیت متمرکز می‌کند و جریان‌های منفی گذشته و حال را در بر می‌گیرد. بنابراین فرض می‌شود که نشخوار تلاش می‌کند تا هیجان‌های منفی را تنظیم کند و این شکل از تنظیم، هیجان‌های منفی را فرا می‌خواند در حالی که توجه برگردانی نشانه‌های افسردگی را کاهش می‌یابد [۳۱]. در مورد رابطه نشخوار و افسردگی در جمعیت عادی می‌توان به این نکته اشاره کرد که نشخوار ممکن است زمانی رخ دهد که خلق افسرده حضور داشته باشد، با این فرض که افراد گاهی حداقل خلق افسرده خفیفی را تجربه می‌کنند [۷].

نتایج پژوهش نشان داد که بین انواع شیوه‌های حل مسئله (مهارگری، خلاقیت، درماندگی، اعتماد و گرایش) با افسردگی رابطه معنادار وجود دارد؛ بدین صورت که شیوه‌های سازنده حل مسئله (اعتماد، گرایش و خلاقیت) با افسردگی همبستگی منفی معنادار و شیوه‌های غیرسازنده حل مسئله (درماندگی و مهارگری) با افسردگی همبستگی مثبت معنادار دارند. این یافته با پژوهش‌های قبلی [۱۴، ۲۲-۲۴، ۳۲-۳۸] همخوانی دارد. همچنین یافته‌های پژوهش نشان دادند که از بین شیوه‌های حل مسئله در رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی، شیوه‌های اعتماد و مهارگری نقش تعدیل کننده دارند. بدین معنا که استفاده بیشتر از شیوه اعتماد با کاهش میزان رابطه نشخوار فکری و افسردگی همراه است و استفاده از شیوه مهارگری رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی را افزایش می‌دهد. به منظور تبیین این یافته‌ها، تا حدودی از پژوهش‌های پیشین و مدل‌های نظری در مورد ماهیت و نیز رابطه این متغیرها بهره می‌گیریم.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نشخوار فکری بر خلق

افسرده اثر گذاشته و موجب کاهش حل مسئله و انگیزش می‌شود؛ بدین صورت که نشخوار فکری سبب خودتردیدی درباره توانایی حل مشکل یا توانایی‌های شناختی می‌شود [۱۱]. نولن - هاکسما [۷]، نظریه سبک‌های پاسخ افسردگی را مطرح نمود و اثبات کرد که نشانه‌های افسردگی می‌تواند از طریق روشی که افراد به نشانه‌های افسردگی شان پاسخ می‌دهند، تشدید شده یا تقلیل یابد. از آن جایی که نشخوار احتمال حل کردن مسئله را کاهش می‌دهد، نشخوار کردن در مورد نشانه‌های افسردگی، معانی و مفهوم نشانه‌ها یا نتایج نشانه‌ها، افسردگی را تشدید و تداوم می‌بخشد، در حالی که توجه برگردانی از نشانه‌ها، اثر مثبت دارد. پژوهش‌های دیگر نیز نشان داده‌اند که نشخوار، تفکر افراد را به طور منفی جهت‌دار کرده و باعث کاهش توانایی حل مسئله می‌شود [۳۹، ۴۰]. در نتایج پژوهش حاضر شیوه حل مسئله اجتنابی معنادار نشده است که بر این اساس می‌توان این را بدین گونه بیان کرد که نشخوار فکری مانع از این می‌شود که فرد به مسئله حاضر فکر نکند و به همین دلیل نمی‌تواند از شیوه حل مسئله اجتنابی استفاده کند و این باور را دارد که با فکر کردن می‌تواند بر مشکل غلبه پیدا کند. بنابراین بین افراد افسرده و عادی تفاوت‌های معناداری در شیوه حل مسئله وجود دارد و افراد افسرده در موقعیت‌های مسئله‌زا بیشتر از شیوه‌های ناکارآمد حل مسئله استفاده می‌کنند و شیوه حل مسئله از مهمترین عوامل پیش‌بین افسردگی است [۲۳].

از طرف دیگر، مهارگری نقش کنترل کننده درونی و بیرونی را در موقعیت مسئله‌زا بیان می‌کند. نظریه درماندگی سلینگمن<sup>۱</sup> توضیح می‌دهد که افراد افسرده رویدادها را به صورت غیرقابل کنترل ادراک می‌کنند [۴۱]. اگر یک حادثه قابل کنترل باشد نیازی به نشخوار در مورد آن وجود ندارد. به عبارت دیگر، زمانی که فرد احساس می‌کند که یک موقعیت خارج از کنترل او است و کنترل کمی بر وقایع دارد به نشخوار و نگرانی راجع به آن موقعیت روی می‌آورد و این افکار تکرار شونده تجربه

<sup>۱</sup>. Seligman

## منابع

- 1- Conway, M, Csank, P.A., Holm, S.L., Blake, C.K. (2000). On assessing individual differences in rumination on sadness. *Journal Pres Assess.* Vol. 75: PP. 404-415.
  - 2- Besharat, M.A., Shahidi, S. (2010). Perfectionism, anger, and anger rumination. *International Journal of Psychology.*
  - 3- Barber, J.A. (2007). The relationship among trait rumination, verbal behavior, and blood pressure: a behavioral component of rumination. Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in the ferkauf graduate school of psychology Yeshiva University New York.
  - 4- Neumann, S.A., Waldstein, S.R., Sollers, IIIJ, Thayer JF, Sorkin JD. (2004). Hostility and distraction have differential influences on cardiovascular recovery from anger recall in women. *Health Psychology.* Vol. 23: PP. 631-640.
  - 5- Thomsen, D.K., Mehlsen, M.Y., Christensen, S., Zachariae, R. (2003). Rumination relationship with negative mood and sleep quality. *Personality and Individual Differences.* Vol. 34: PP. 1293-1301.
  - 6- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., Fredrickson, B.L. (1993). Response styles and the duration of episode of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology.* Vol. 102: PP. 20-28.
  - 7- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology.* Vol. 100: PP. 569-582.
  - 8- Watkins, E., Baracaia, S. (2002). Rumination and social problem-solving in depression. *Behaviour research and therapy.* Vol. 40: PP. 1179-1189.
  - 9- Lyubomirsky, S., Tkach, C. (2004). The consequences of dysphoric rumination. *Rumination: Nature, theory, and treatment of negative thinking in depression*, Chichester: John Wiley and Sons. PP. 21-41.
  - 10- Repper, K.K. (2006). The relationship between anger rumination and aggression in childhood. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in the department of psychology.
- کنترل‌ناپذیری را به طرق زیر طولانی می‌سازند: الف) طولانی کردن تجسم شناختی از موقعیت استرس‌زا؛ ب) طولانی کردن تجسم شناختی کنترل‌ناپذیری موقعیت استرس‌زا؛ و ج) آغاز فعالیت فیزیکی. فرایند مذکور ممکن است حتی هنگامی که فرد نیاز بالایی به کنترل دارد یا انتظار دارد بر موقعیت کنترل بیابد (یعنی منبع کنترل درونی بالا) تقویت شود که همه این موارد به تجربه حالات روانی ناخوشایند از جمله افسردگی و اضطراب منجر می‌شود [۳۱].
- پژوهش حاضر به طور ضمنی شواهدی را برای نتایج تحقیق [۲۴] فراهم آورد که در آن شیوه اعتماد در حل مسئله بیشترین ارتباط را با سلامت روان‌شناختی دارد. چرا که اعتماد در حل مسئله بیانگر اعتقاد در توانایی فرد برای حل مشکلات است که با افسردگی و نشخوار فکری همبستگی منفی معنادار دارد و نقش تعدیل کننده آن نیز موجب ضعیف شدن رابطه بین افسردگی و نشخوار فکری می‌شود.
- در سطح نظری، یافته‌های این پژوهش علاوه بر حمایت‌هایی برای نظریه‌های موجود در زمینه رابطه بین نشخوار و افسردگی، می‌تواند موجب افزایش دانش روان‌شناختی ما در زمینه عوامل مؤثر بر شکل‌دهی و تداوم افسردگی اساسی باشد و به گسترش تبیین‌های مربوط به افسردگی اساسی کمک کند. در سطح عملی و به خصوص بالینی، این یافته‌ها، متخصصان بهداشت روان از جمله روان‌شناسان و روان‌پزشکان را تشویق می‌کند که با شناسایی عوامل تأثیرگذار بتوانند رویکردهای درمانی مؤثر، نوین و مقرون به صرفه‌ای را جهت درمان بیماران افسرده اساسی مد نظر قرار دهند و با شناسایی به موقع و پیشگیری از این اختلال بتوانند هزینه‌های تحمیل شده به فرد، جامعه و سیستم بهداشت و درمان را کاهش دهند.
- نمونه پژوهش (گروهی از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی قم) و نوع پژوهش (همبستگی)، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کنند که باید در نظر گرفته شوند.

- 20- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- ۲۱- فتی، لادن. (۱۳۸۲). ساختارهای معناگذاری حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی، رساله دکتری. انیستیتو روان پزشکی تهران.
- 22- Cassidy, T., & Long, C. (1996). Problem-solving style, stress and psychological illness: Development of a multi factorial measure. *British Journal of Clinical Psychology*. PP. 265-277.
- ۲۳- محمدی، فریده، صاحبی، علی. (۱۳۸۰). بررسی سبک حل مسئله در افراد افسرده و مقایسه با افراد عادی. *مجله علوم روان‌شناختی*. شماره ۱، ص. ۴۲-۲۴.
- ۲۴- باباپور خیرالدین، جلیل، رسولزاده طباطبایی، سید کاظم، اژه‌ای جواد، فتحی آشتیانی علی. (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین شیوه‌های حل مسئله و سلامت روان‌شناختی دانشجویان. *مجله روان‌شناسی*. شماره ۱، ص. ۱۶-۳.
- ۲۵- باقری، سمیه. (۱۳۸۹). بررسی نقش واسطه‌ای نشخوار فکری و نگرانی در رابطه بین منبع کنترل با افسردگی و اضطراب. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد. دانشگاه تهران.
- ۲۶- باقری‌نژاد، مینا، صالحی‌فدري، جواد، طباطبایی، سید محمود. (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی. *مطالعات تربیتی و روان‌شناسی*. شماره ۱۱، ص. ۳۸-۲۱.
- ۲۷- بهرامی، فاطمه، قادرپور، رزگار، مرزبان، عباس. (۱۳۸۸). رابطه بین افسردگی و نشخوار فکری با باورهای فراشناختی مثبت و منفی. *مجله پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی*. شماره ۲، ص. ۳۸-۳۱.
- 11- Lo, C.S.L., Ho, S.M.Y., Hollon, S.D. (2008). The effects of rumination and negative styles on depression: A mediation analysis. *Behavioral Research Therapy*. Vol. 46: PP. 487-495.
- 12- D'zurilla, T.J., Sheedy, C.F. (1992). The relations between social problem solving ability and subsequent level of academic competence in college students. *Cognitive Therapy and Research*. Vol. 16: PP.589-599.
- 13- Elliot, T.R., Shewchuk, R.M., Richard, L.S. (1999). *Health and wellness*. Jones and Bartlett Publisher, International Barb House, Barb Mews, London W6, 7PA, UK.
- ۱۴- زارعان، مصطفی، اسداله‌پور، امین، بخشی‌پور رودسری، عباس. (۱۳۸۶). رابطه هوش هیجانی و سبک‌های حل مسئله با سلامت عمومی. *مجله روان پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. شماره ۲، ص. ۱۶۶-۱۷۲.
- ۱۵- ویرجینیا، سادوک، بنیامین، سادوک. (۱۳۸۵). خلاصه روان پزشکی: علوم رفتاری - روان پزشکی بالینی. جلد دوم. مترجمین حسن رفیعی، خسرو سبحانیان، تهران: انتشارات ارجمند.
- 16- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., Arntz, A. (2008). Effects of neuroticism on depression and anxiety: Rumination as a possible mediator. *Journal of Personality and Individual Differences*. Vol. 44: PP. 576-586.
- 17- Treynor, W., Gonzalez, R., Nolen-Hoeksema, S. (2003). *Ruminative Reconsidered: A Psychometric Analysis*. *Cognitive Therapy and Research*. Vol. 27: PP. 247-259.
- 18- Luminet, O. (2004). Measurement of depressive rumination and associated constructs. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment* Chichester, New York: Wiley. PP. 187-215
- ۱۹- منصوری، احمد، فرنام، علیرضا، بخشی‌پور رودسری، عباس، محمودعلیلو، مجید. (۱۳۸۹). مقایسه نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده، اختلال وسواس- اجبار، اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*. شماره ۱۷.

- ۳۶- عدالتی شاطری، زهره، اشکانی، نجمه، مدرس غروی، مرتضی. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین نگرانی مرضی، شیوه‌های حل مسئله و افکار خودکشی در نمونه غیربالینی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. شماره ۱۴، ص. ۹۲-۱۰۰.
- ۳۷- کاویانی، حسین، رحیمی، پریسا. (۱۳۸۱). مسئله‌گشایی در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی. مجله اندیشه و رفتار. شماره ۴، ص ۳۰-۲۵.
- ۳۸- بشارت، محمدعلی، کوچی، صدیقه، دهقانی، محسن، فراهانی، حجت‌اله، مؤمن‌زاده، سیروس. (۱۳۹۱). بررسی نقش تعدیل کننده عاطفه مثبت و منفی بر رابطه بین ناگویی هیجانی و شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن. دو فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار) دانشگاه شاهد. سال ۱۹، دوره جدید ۲، شماره ۷، ص. ۱۱۳-۱۰۳.
- 39- Papageorgiou, C., & Wells, A. (Eds.). (2004). *Depressive rumination: Nature, theory, and treatment*. New York: Wiley.
- ۴۰- جان‌بزرگی مسعود، آگاه هریس مژگان، موسوی الهام، علی‌پور احمد، گلچین ندا، نوحی شهناز. (۱۳۹۲). مقایسه درمانگری مبتنی بر مهارت‌های حل مسئله و مقابله با شناخت درمانگری مدیریت وزن در کاهش شاخص توده بدنی و بهبود سبک زندگی کارآمد وزن. دو فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار) دانشگاه شاهد. سال ۲۰، دوره جدید ۲، شماره ۹، ص. ۱-۱۲.
- 41- Benassi, V.A., Sweeney, P.D., Dufour, C.L. (1988). Is there a relation between locus of control orientations and depression? *Journal of Abnormal psychology*. 97: 357-367.
- ۲۸- خسروی، معصومه، محرابی، حسین‌علی، عزیزی‌مقدم، میعاده. (۱۳۸۷). بررسی مقایسه‌ای مؤلفه‌های نشخوار فکری در بیماران افسرده، وسواس اجباری و افراد عادی. مجله علوم پزشکی سمنان. شماره ۱۰.
- ۲۹- یوسفی، زهرا، بهرامی، فاطمه، محرابی، حسین‌علی. (۱۳۸۷). نشخوار فکری: آغاز و دوام افسردگی. مجله علوم رفتاری. شماره ۲، ص. ۷۳-۶۷.
- 30- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E., Lyubomirsky S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*. Vol. 3: PP. 400- 424.
- 31- Brosschot, J.F., Gerin, W., Thayer, J.F. (2006). The preservative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress related psychological activation and health. *Journal of psychometric research*. Vol. 60: PP. 113-124.
- 32- Whitfield, K.E., Allaire, J.C., Wiggins, S.A. (2004). Relationships among health factors and everyday problem solving in African-Americans. *Health Psychology*. Vol. 23: PP. 641-644.
- 33- Baker, S.R. (2003). A prospective longitudinal investigation of social problem-solving appraisals on adjustment to university, stress, health, academic motivation and performance. *Personality and Individual Differences*. Vol. 35: PP. 569-591.
- 34- Cassidy, T. (2002). Problem-solving style, achievement motivation, psychological distress and response to assimilated emergency. *Counseling Psychology Quarterly*. Vol. 15: PP. 325-332.
- 35- Cassidy, T., Burnside, E. (1996). Cognitive appraisal, vulnerability and coping: An integrative analysis of appraisal and coping mechanisms. *Counseling Psychology Quarterly*. Vol. 9: PP. 261-279.

# مقایسه اضطراب صفت-حالت و ابعاد کمال گرایی مادران کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی و کودکان سالم

نویسندگان: محمد امینایی\*<sup>۱</sup>، رسول روشن چسلی<sup>۲</sup>، محمدرضا شعیری<sup>۲</sup> و فاطمه محرری<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد.
۲. دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد.
۳. دانشیار گروه روانپزشکی مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

\*Email: Aminae.psy67@gmail.com

## چکیده

اختلالات اضطرابی از شایعترین مشکلات در بین کودکان می‌باشد که می‌تواند به مشکلات کارکردی منجر شود. اکثر مطالعات خانوادگی بیانگر همپوشی بالای اختلالات اضطرابی کودک و خانواده وی بوده‌اند. با توجه به تمهیدات یاد شده، هدف مطالعه حاضر، تعیین تفاوت بین اضطراب صفت-حالت و ابعاد کمال گرایی مادران کودکان با و بدون علائم اضطرابی می‌باشد. بر این اساس نمونه‌ای متشکل از ۱۱۰ کودک (۵۵ کودک مبتلا به اضطراب و ۵۵ کودک غیر مبتلا به اضطراب) به همراه مادرانشان مورد مطالعه قرار گرفتند. کودکان مضطرب از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و کودکان غیر مضطرب بر اساس همتا سازی جمعیت شناختی با گروه مضطرب، از مدارس ابتدایی شهر مشهد انتخاب شدند. مادران کودکان مورد بررسی پرسشنامه‌های اضطراب صفت-حالت، ابعاد کمال گرایی فراست و سیاهه رفتاری کودک (فرم والد) را تکمیل نمودند. مقایسه نتایج دو گروه بر اساس آزمون t مستقل انجام شد. نتایج نشان داد که مادران کودکان مضطرب به طور معناداری سطوح بالاتری از اضطراب صفت-حالت، انتظارات والدینی، انتقاد والدینی، نگرانی درباره اشتباهات، استانداردهای بالا و تردید را نسبت به مادران کودکان بدون علائم اضطرابی دارند. نتایج این پژوهش نشانگر ارتباط اضطراب کودکان با برخی از عامل‌های والدینی از قبیل اضطراب و ابعاد کمال گرایی مادران بوده است. پس شایسته است در ارزیابی و درمان کودکان مضطرب به برخی از عوامل والدینی توجه داشت.

کلید واژه‌ها: اضطراب صفت-حالت، کودک مضطرب، ابعاد کمال گرایی

## روانشناسی بالینی و شخصیت

دانشور  
وختار

• دریافت مقاله: ۹۳/۱۱/۴

• پذیرش مقاله: ۹۴/۳/۲۳

*Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer  
2015*

*Clinical Psy. & Personality*

دو فصلنامه علمی-پژوهشی  
دانشگاه شاهد

سال بیست و دوم - دوره

جدید شماره ۱۲

بهار و تابستان ۱۳۹۴

## مقدمه

امروزه علاقه فزاینده‌ای برای شناخت اختلالات کودکی به خصوص اختلالات درونی سازی شده از قبیل اضطراب و به وجود آمده است [۱] چرا که اختلالات اضطرابی شایعترین مشکل روانشناختی در جمعیت عمومی [۲] و در مجموع تا ۱۸ درصد افراد در سن معینی و ۲۵ درصد افراد در طول زندگی یکی از این اختلالات را تجربه می‌کنند که عموماً شروع آن در دوره کودکی باز می‌گردد [۳ و ۴]. از این رو نرخ اضطراب و مشکلات درونی سازی شده در بین کودکان و نوجوانان افزایش پیدا کرده است [۵ و ۶]. اگر چه برخی از ترس‌ها و اضطراب‌ها در دوران کودکی بخشی از تحول بهنجار کودک محسوب می‌شود [۷] اما بعضی از مشکلات اضطرابی در طول زمان نسبتاً پایدارند و تا بزرگسالی تداوم می‌یابند. بسیاری از اختلالات اضطرابی که در بزرگسالی مشاهده می‌شوند، اغلب شروعی زود هنگام دارند [۶ و ۸]. بدین خاطر برای درک بهتر سبب شناسی اختلالات اضطرابی پژوهش‌های اخیر بر نقش عوامل والدینی در شکل‌گیری و تداوم اختلالات اضطرابی‌های تاکید می‌کنند [۹].

اگرچه مکانیزمی که از طریق آن والدین آمادگی اضطراب خودشان را به کودکان انتقال می‌دهند به طور دقیق شناخته نشده [۱۰] اما حدسهایی برای این امر در نظر گرفته شده است. اگر بخواهیم به مکانیزمهای تبیین‌کننده این امر نزدیک شویم، میتوانیم به موارد زیر اشاره کنیم. مکانیزم عمده‌ای که می‌تواند اختلال اضطرابی کودک را تبیین کند انتقال ژنتیکی است. مطالعات ژنتیک رفتاری اشاره میکنند که تا ۵۰ درصد آمادگی اضطراب، مثل بازداری رفتاری، حساسیت اضطرابی یا ترس از ارزیابی را، مردم به ارث می‌برند. [۱۰] این امر نشان می‌دهد که آسیب شناسی والدین از طریق فرایند الگوهای ارتباطی والدین، یادگیری اجتماعی، سرمشق‌گیری راهبرهای مقابله‌ای ناسازگار [۱۱]، از طریق تقویت اضطراب و پاسخ اجتنابی در کودکان [۱۲] و با انتقال سبک پردازش اطلاعات مبتنی بر تهدید به کودکان خود

[۱۳] می‌تواند رخ بدهد. چندین مطالعه نشان دادند که شناخت‌ها و رفتارهای اضطرابی والدین ممکن است منجر به افزایش رفتارها و شناخت‌های مشابه در کودکانشان گردد [۱۴، ۱۵، ۱۶ و ۱۷] همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که سوگیری تفسیر مبتنی بر تهدید شدگی در والد و کودک همبسته هستند [۱۷]. مطالعات دیگر نشان دادند که سوگیری تفسیری تهدید و پاسخ‌های اجتنابی کودک به طور مستقیم با اضطراب کودکان همراه است [۱۵] و ارتباط توأم با اضطراب با کودک خود [۱۸]. بدین سان می‌توان گفت که خلق و خوی والدین و رفتارهای والدگری آنها آسیب‌پذیری و آمادگی کودک را برای ایجاد اضطراب تقویت می‌کند و بدین طریق هم والد و هم کودک در یک رابطه متقابل درگیر می‌شود.

مکانیزم دیگری که با اضطراب کودکان همراه است کمال‌گرایی والدین می‌باشد [۱۹ و ۲۰]. کمال‌گرایی شامل معیارهای بالا و طاقت فرسا و پیگیری بسیار زیاد آنها برای ارزیابی خویشتن و عملکرد خود است [۲۱]. چندین مطالعه نشان می‌دهد که بین کمال‌گرایی و سطوح بالاتر اضطراب همبستگی وجود دارد [۱۹] و ارتباط ویژه‌ای بین کمال‌گرایی با یک اختلال اضطرابی خاصی شامل اختلال وسواسی جبری و اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارد [۱۹]. ون کاستل<sup>۱</sup> و همکاران [۲۲] دریافتند که کودکان با مسائل اضطرابی دارای والدینی مضطرب و والدینی که رفتارهای والدگری کمال‌گرایانه دارند، می‌باشند. این نوع مراقبت افراطی با اضطراب کودکان همراه است و مسیری بالقوه را برای آغاز اضطراب در کودکان هموار می‌سازد.

فلت<sup>۲</sup> و هویت<sup>۳</sup> [۲۰]، مدل فرزند‌پروری مضطرب گونه کمال‌گرا را ارائه داده‌اند که در آن والدین پیوسته درباره‌ی بی‌عیب و نقص بودن کودک خود نگران هستند. و همچنین با نگرانی والدین درباره امنیت کودکان و پیشگیری از خطرات و همچنین رفتارهای

<sup>1</sup>. van Gastel, W.,

<sup>2</sup>. Flett, G. L

<sup>3</sup>. Hewitt P. L.,

## روش

### نوع پژوهش

پژوهش حاضر پیرو طرحی از نوع علی مقایسه ای می باشد.

### آزمودنی

نمونه این پژوهش شامل دو گروه مورد و شاهد بود. گروه مورد، کودکان دارای علائم اضطرابی و مادران آنها بوده اند. آزمودنی ها در این گروه با روش نمونه گیری مبتنی بر هدف از سه مرکز کلینیک ویژه کودکان بیمارستان ابن سینا، بیمارستان تخصصی کودکان دکتر شیخ، کلینیک سلامت کودک و همچنین دانش آموزان ۷ تا ۱۲ ساله مدارس ابتدایی شهر مشهد که بر اساس غربالگری اولیه و مصاحبه با معلم و والدین دارای علائم اضطرابی بوده اند، انتخاب شدند.

معیارهای ورود: دریافت تشخیص یک اختلال اضطرابی (علائم هریک از اختلالات اضطرابی چون اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی، اضطراب منتشر و فوبیاهای خاص مطرح بود) توسط روانپزشک یا روانشناس برای کودک مورد نظر، کسب نمره خام حداقل ۱۰ در خرده مقیاس اختلال اضطرابی از فرم والد نظام سنجش آنباخ، دارا بودن سن ۷ تا ۱۲ سال،

معیارهای خروج: تاریخچه اختلالات روانشناختی و جسمی مزمن و واضح در کودکان، تاریخچه اختلالات روانشناختی و جسمی مزمن در والدین کودکان مضطرب و بهنجار، فرزند طلاق بودن و همچنین عدم تجربه رویداد استرس زا برای خانواده و کودک در ۶ ماه اخیر.

گروه شاهد، کودکان بهنجار و مادران آنها بوده اند. در این مورد نمونه گیری مبتنی بر هدف انجام شد. به این صورت که با توجه به نمونه های کودکان مبتلا به اضطراب و ویژگی های جمعیت شناختی آنها مثل سن، منطقه محل سکونت، و.... به مدارس ابتدایی همان مناطق رجوع و با توجه به ابزارهای مورد استفاده در مورد مشکلات روانشناختی، کودکانی که مبتلا به اضطراب نبوده، و از دیگر اختلالات رنج نمی بردند انتخاب شدند

مراقبتی کمال گرا می باشد. محققان معتقدند که کودکان مضطرب عموماً والدین مضطرب دارند و کمال گرایی والدین با اضطراب کودک همراه است. ولی اطلاعات اندکی در رابطه با جنبه های از کمال گرایی کودک و آسیب شناسی والدین از قبیل اضطراب، افسردگی، وسواس فکری عملی در دسترس است. در اکثر مطالعات مربوط به کمال گرایی در آسیب شناسی از جمعیت بزرگسال به دست آمده است. با این حال مطالعاتی در مورد رابطه کمال گرایی با ناسازگاری های کودکان و نوجوانان از قبیل افزایش علائم اضطراب، افسردگی، اختلال خوردن در دسترس است [۱۹]. برخی از تحقیقات و نظریات در رابطه با کمال گرایی، بیشتر بر نقش محیط خانوادگی، به خصوص بر نقش سبک های والدگری متمرکز شده اند [۲۳]. بدین ترتیب سبک والدگری می تواند واسطی بین بسیاری از مکانیزمهای موثر بر رفتارهای کودکان، به ویژه رفتارهای اضطرابی، باشد. مطالعات نشان داده اند که کودکان مضطرب عموماً والدین مضطرب دارند، و این که کمال گرایی والدینی با علائم اضطرابی کودکان همراه است. اما اطلاعات اندکی در باره ابعاد کمال گرایی والدین با علائم اضطرابی کودکان در دسترس است [۲۴]، در ایران ما فاقد پژوهش هایی هستیم که به بررسی ابعاد کمال گرایی مادران کودکان مضطرب می پردازد، هستیم. همچنین با توجه به شیوع بالای اضطراب و نرخ هبودی بالا در اختلالات اضطرابی، شناخت عوامل دخیل در سبب شناسی و الگوهای تداوم بخش اختلالات اضطرابی کودکان ضرورتی است غیر قابل انکار که این خود مستلزم بررسی نظام مند و همه جانبه عوامل دخیل در این اختلال می باشد. بدین خاطر یکی از گستره های مورد بررسی در آسیب شناسی اختلالات اضطرابی کودکان، واررسی عوامل خانوادگی است. با توجه به تمهیدات یاد شده مساله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین ابعاد کمال گرایی ناسازگارانه و اضطراب صفت -حالت مادران کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی و غیر اضطرابی تفاوتی وجود دارد؟

و سپس به واری و والدین آنها پرداخته شده است. این کودکان نباید نمره بالاتر از معیار در خرده مقیاس اضطراب مبتنی بر DSM فرم والد نظام سنجش آنباخ بدست می‌آوردند. در مجموع در این گروه ۵۵ کودک و مادران آنها مورد مطالعه قرار گرفتند.

### ابزارهای تحقیق

۱. **فهرست رفتاری کودک (فرم والد):** ابزار مورد استفاده در این پژوهش فرم والد فهرست رفتاری کودک بوده است. این فهرست دو بخش مجزا دارد: بخش نخست به ارزشیابی صلاحیت‌ها و کنش‌وری سازش یافته کودک می‌پردازد و بخش دوم شامل ۱۱۲ گویه در باره مشکلات خاص کودکان است. وضعیت کودک در هر گویه با انتخاب یکی از سه گزینه (نا درست ۰)، (تاحدی درست ۱)، (کاملاً درست ۲) مشخص می‌شود که هم بر مبنای مقوله‌های تشخیصی و هم بر اساس نتایج مبتنی بر تجربه، قابل نمره‌گذاری و تفسیر است. در انطباق و هنجار یابی فرم‌های نظام سنجش مبتنی بر تجربه، ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه‌ی ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ و ضرایب آلفای مقیاس‌ها و زیر مقیاس‌های فهرست رفتاری کودک بین ۰/۷۳ و ۰/۸۷ قرار داشتند. پایایی آزمون بازآزمون (در فاصله ۵ هفته تا ۸۷ هفته) نیز نشان داد که همه ضرایب همبستگی در سطح آلفای کمتر از ۰/۰۵ معنا دارند. نتایج اعتبار همگرایی آزمون با پرسشنامه CSI-4 برای مشکلات درونی سازی شده دارای همبستگی ۰/۴۶ و برای مشکلات برونی سازی شده برابر ۰/۵۲ به دست آمد. و برای مقیاس‌های مبتنی بر DSM مثل مشکلات عاطفی، ۰/۴۳ و مشکلات اضطرابی ۰/۳۸ به دست آمد. [۲۵]

۲. **سیاهه حالت-صفت اضطراب:** این ابزار که توسط اسپیلبرگر و همکاران (۱۹۷۰) ساخته شد، دارای ۴۰ ماده در ۲ مقیاس اضطراب حالت (آشکار) و اضطراب صفت (پنهان) است. هر قسمت آن دارای ۲۰ ماده است که با استفاده از مقیاس لیکرت با دامنه‌ی ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. مقیاس STAI از میزان

اعتبار و پایایی زیادی برخوردار است [۲۶] صادقی [۲۷] گزارش می‌دهد که ضریب پایایی این مقیاس را برای مقیاس حالت ۰/۹۳ و برای مقیاس صفت ۰/۹۰ بدست آورده است. همچنین همبستگی بالای پرسشنامه اسپیل برگر و آزمون اضطراب کتل، ۰/۹۳ و معنادار بوده است. بنابراین از این پرسشنامه برای سنجش اضطراب می‌توان استفاده کرد. مهram [۲۸] آزمون رادرسهرستان مشهد مورد هنجاریابی قرارداد وی با استفاده از ضریب آلفای کودور-ریچاردسون، ضریب پایایی حالت اضطراب را ۰/۹۱ و صفت اضطراب ۰/۹۰ و ضریب پایایی برای کل مقیاس ۰/۹۴ گزارش کرده است و با استفاده از شیوه ملاکی همزمان اعتبار آزمون تایید شده است. از این مقیاس برای سنجش نوع و میزان اضطراب والدین استفاده شده است.

۳. پرسشنامه چند بعدی کمال‌گرایی فراست: این پرسشنامه بوسیله فراست و همکاران [۲۹] بر اساس مفهوم چند بعدی کمال‌گرایی طراحی شده و شامل ۳۵ جمله و ۶ بعد: نگرانی درباره اشتباهات، شک درباره اعمال، انتظارات والدینی، انتقادگری والدینی، معیارهای شخصی، و سازماندهی است [۲۹]. ضریب همسانی درونی برای کل پرسشنامه، برابر با ۰/۸۶ و برای زیر مقیاس‌های نگرانی درباره اشتباهات، شک درباره اعمال، انتظارات والدینی، انتقادگری والدینی، معیارهای شخصی و سازماندهی به ترتیب برابر است با ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۷۸، ۰/۴۷، ۰/۵۷، و ۰/۸۳ است. [۳۰]. ضریب باز آزمایی با فاصله یک هفته نیز برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۰ و برای زیر مقیاس‌ها نگرانی درباره اشتباهات، شک درباره اعمال، انتظارات والدینی، انتقادگری والدینی، معیارهای شخصی و سازماندهی به ترتیب برابر است با ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۵۳، ۰/۸۵ و ۰/۸۳ به دست آمده که همگی معنادار بوده و نمایانگر اعتبار نسبتاً مناسب پرسشنامه‌ی مذکور است [۳۰]. در پژوهش محمدی و جوکار [۳۱] برای بررسی اعتبار این پرسشنامه از روش تحلیل عاملی استفاده کردند که نتایج آن منجر به استخراج ۵ زیر مقیاس، هنجارهای شخصی، سازماندهی، نگرانی درباره اشتباه‌ها، شک در مورد اعمال و انتقادگری

<sup>1</sup> Spilberger



### نتایج

این پژوهش با نمونه ای ۱۱۰ نفری شامل دو گروه ۵۵ نفری مورد و شاهد، اعضای نمونه گروه مورد و گروه شاهد از نظر متغیرهای جمعیت شناختی مثل سطح تحصیلات والدین، وضعیت اقتصادی، سن، تعداد اعضای خانواده و ترتیب تولد همتا شده بودند. ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد نمونه به تفکیک گروه‌ها در جدول شماره (۱) آمده است. میانگین سنی گروه مورد ۸/۷۴ و میانگین سنی گروه شاهد ۹/۱ سال بود

والدینی و انتظارات والدین شد که ۴۵ درصد واریانس کل پرسشنامه را تبیین می‌کرد. از این پرسشنامه برای سنجش میزان کمال گرایی والدین استفاده شده است.

### شیوه تحلیل داده ها

در این تحقیق علاوه بر استفاده از شاخص‌های توصیفی، از آزمون تی مستقل برای مقایسه متغیرها در دو گروه استفاده شده است.

جدول ۱: دامنه، میانگین و انحراف استاندارد در گروه‌های مورد و شاهد بر حسب سال

گروه	دامنه سنی	میانگین	انحراف استاندارد
مورد	۱۲-۷	۸/۷۴	۱/۶۳
شاهد	۱۲-۷	۹/۱	۱/۴۳

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد خرده مقیاس‌های متغیرهای تحقیق در گروه‌های مورد و شاهد

متغیر	گروه	شاخص	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب صفت	گروه مورد	۴۷/۲۰	۱۰/۲۹	
	گروه شاهد	۳۶/۶۰	۶/۴۷	
اضطراب حالت	گروه مورد	۴۸/۲۱	۱۰/۲۲	
	گروه شاهد	۳۴/۲۷	۸/۳۱	
انتظارات والدینی	گروه مورد	۱۶/۸۹	۳/۶۴	
	گروه شاهد	۱۱/۹۶	۲/۶۳	
انتقاد والدینی	گروه مورد	۱۷/۶۷	۶/۲۹	
	گروه شاهد	۱۱/۴۳	۲/۶۰	
معیارهای شخصی	گروه مورد	۲۴/۳۶	۴/۵۳	
	گروه شاهد	۲۲/۰۱	۴/۴۴	
سازماندهی	گروه مورد	۲۱/۲۱	۶/۶۲	
	گروه شاهد	۲۰/۸۹	۳/۳۲	
نگرانی	گروه مورد	۲۷/۴۱	۶/۳۲	
	گروه شاهد	۲۰/۲۳	۶/۱۳	
شک و تردید	گروه مورد	۱۲/۵۸	۳/۸۹	
	گروه شاهد	۷/۶۳	۲/۶۹	

جدول ۳: آزمون t برای میانگین نمره‌های اضطراب صفت-حالت و ابعاد کمال گرایی مادران

متغیر	شاخص	نمره t	درجه آزادی	سطح معناداری
اضطراب	اضطراب صفت	۶/۴۶	۱۰۸	۰/۰۰۱
	اضطراب حالت	۷/۸۴	۱۰۸	۰/۰۰۱
کمال گرایی مادران	انتظارات والدین	۸/۱۲	۱۰۸	۰/۰۰۱
	انتقادات والدینی	۶/۷۸	۱۰۸	۰/۰۰۱
	سازماندهی	۰/۵۷	۱۰۸	۰/۰۰۱
	معیارهای شخصی	۲/۷۳	۱۰۸	۰/۰۰۷
	شک و تردید	۴/۷۴	۱۰۸	۰/۰۰۱
	نگرانی	۶/۰۵	۱۰۸	۰/۰۰۱

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر تعیین تفاوت اضطراب صفت-حالت و ابعاد کمال گرایی مادران کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی و سالم بود. نتایج این پژوهش نشان داد که مادران کودکان مضطرب در مقایسه با مادران کودکان بهنجار، اضطراب بالاتری را تجربه می‌کنند. این نتایج همسو با یافته‌های واترز<sup>۱</sup> و همکاران [۱۱]، هریس<sup>۲</sup> و همکاران [۳۲] گار<sup>۳</sup> و هودسن<sup>۴</sup> [۳۳]، سلطانی فر و همکاران [۳۴]، ذو الفقاری مطلق و همکاران [۳۵] بوده است و بیانگر این نکته است که همسویی بین اضطراب مادران و کودکان مضطرب آنها وجود دارد. ددس<sup>۵</sup> و رادس [۳۶]، در مدل پیشنهادی خود اشاره می‌کنند که کودک مضطرب والدینش را تحت خواسته‌های افراطی مبنی بر اطمینان خواهی و رفتارهای توأم با آسایش قرار می‌دهند این امر فراتر از تاب و تحمل والدین آنها می‌باشد. این اطمینان خواهی افراطی منجر به تلاش‌های والدین برای رفع و رجوع کردن خواسته‌های کودکان می‌شود. این مسئله به نوبه خود منجر به افزایش اضطراب در کودکان و والدین و همچنین افزایش فشار و ناکامی در رفتارهای والدگری می‌شود. نقل از وارلاو همکاران، [۳۶].

علاوه بر این هنوز مشخص نیست که آیا ارتباط بین

نتایج مندرج در جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تحقیق را در گروه‌های مورد و شاهد نشان می‌دهد، نتایج اولیه اختلاف بین میانگین‌ها را نشان می‌دهد، لیکن برای تعیین سطح معناداری نیاز به آزمون آماری مناسب هست.

همانطور که در جدول شماره (۳) مشاهده می‌شود. مقایسه میانگین نمره‌های اضطراب صفت-حالت و ابعاد کمال گرایی مادران در دو گروه مورد و شاهد تفاوت معناداری دارد. نتایج مندرج در جدول (۳) به معناداری متغیر وابسته اضطراب می‌پردازد. نتایج یاد شده نشان می‌دهد که t مربوط به مقایسه میانگین اضطراب حالت و صفت در دو گروه به ترتیب ۷/۷۴ و ۶/۴۶ می‌باشد که در مقایسه با مقادیر بحرانی در سطح آلفای ۰/۰۰۱ معنادار است. نتایج مندرج در این جدول همچنین به بررسی معناداری متغیر وابسته کمال گرایی می‌پردازد. نتایج مندرج در جدول نشان می‌دهد که t مربوط به مقایسه میانگین ابعاد کمال گرایی مثل انتظارات والدینی، انتقاد والدینی، نگرانی در باره اشتباه‌ها، شک و تردید در دو گروه به ترتیب برابر ۶/۴۶، ۶/۷۸، ۶/۰۵، ۴/۷۴ می‌باشد که در مقایسه با مقادیر بحرانی در سطح آلفای ۰/۰۰۱ معنادار است. مقدار t مشاهده شده در بعد معیارهای شخصی برابر است با ۲/۷۳ که در مقایسه با مقادیر بحرانی در سطح آلفای ۰/۰۰۷ معنادار است. همچنین در بعد سازماندهی تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.

<sup>1</sup>. Waters A. M

<sup>2</sup>. Herren, C

<sup>3</sup>. Gar, N.S

<sup>4</sup>. Hudson, J

<sup>5</sup>. Dadds, M. R.,

<sup>6</sup>. Roth, J. H.

کودک مضطرب خود و این که چالش‌ها و خواسته‌های افراطی را برای مادر خود می‌دهد باشد. در واقع کودک مادر خود را در یک موقعیت استرس زا قرار می‌دهد که این خود منجر به بروز اضطراب حالت می‌شود. اضطراب صفت مادر ممکن است میانجی رفتارهای والدگری او شود و رفتارهای توأم با سردرگمی و متعارض در مواجهه با کودک از خود بروز دهد. با این وجود به طور کلی به نظر می‌رسد که یک رابطه متقابلی بین اضطراب کودک و والد وجود دارد. بدین معنا اضطراب کودک ممکن است آشفتگی و ناراحتی را در والدین به وجود بیاورد سپس والدین برای کنار آمدن با این چالش، خواسته‌ها، انتظارات و وظایف خودشان را به صورت افراطی در نظر می‌گیرند. و این امر ممکن است علائم اضطراب و رفتارهای اجتنابی را در کودک شود.

یکی دیگر از اهداف این پژوهش مقایسه میزان ابعاد کمال گرایی ناسازگار مادران کودکان مبتلا به اضطراب و کودکان سالم بود. نتایج این پژوهش نشان داد که میزان کمال گرایی ناسازگار مادران کودکان مضطرب بالاتر از کمال گرایی والدین کودکان غیر مضطرب است. یافته‌های این پژوهش همسو با نتایج دیبارتولو<sup>۱</sup> و رندان<sup>۲</sup> [۳۹]، میشل<sup>۳</sup> و همکاران [۱۹]، کوک<sup>۴</sup> و کارنی<sup>۵</sup> [۲۰]، تورنر<sup>۶</sup> و تورنر<sup>۷</sup> [۴۰]، لی<sup>۸</sup> و همکاران [۴۱] گار و هودسان [۳۳] بوده است.

همانطور که گفته شد در این پژوهش بین انتظارات والدینی، انتقاد والدینی، نگرانی درباره اشتباه، معیارهای شخصی، شک و تردید دو گروه تفاوت معناداری به نفع مادران کودکان مضطرب داشتند. بر اساس میانی نظری در خصوص اضطراب کودکان، مادران ممکن است الگوی کمال گرایی را برای کودکان خود از طریق در نظر داشتن احتیاط بیش از حد، شکایت زیاد از شکست‌ها، اجتناب

علائم اضطرابی کودکان و اضطراب والدین ناشی از عامل ژنتیک است یا عوامل محیطی؟ مطالعات پیشین شواهد قطعی از دخالت هم عامل ژنتیک و هم عامل‌های محیطی در ابتلا به اختلالات اضطرابی کودکان را نشان می‌دهند. با این وجود مطالعات نشان می‌دهد که عامل‌های محیطی نقش عمده‌ای را در سبب شناسی اختلالات اضطرابی ایفا می‌کند، در همین راستا بورستین و گینسبورگ، در پژوهشی با هدف تاثیر الگو پذیری رفتارها و شناختارهای اضطرابی والدین بر کودکان دبستانی، نتایج این پژوهش نشان دادند و معتقدند که الگو برداری والدینی (پدر و مادر) نقش عمده‌ای در ایجاد علائم، پیشگیری و درمان علائم اضطرابی کودک دارد [۳۷].

نتایج این پژوهش در بخش اضطراب حالت با یافته‌های واترز [۱۱]، سلطانی فر و همکاران [۳۴] نا همسو است این محققان ارتباطی را بین اضطراب حالت مادر با علائم اضطرابی کودک پیدا نکردند هر چند به نظر می‌رسد اگر نقش عوامل غیر ژنتیک را که پیش تر اشاره شد در نظر بگیریم، به نظر نمی‌رسد که وجود واسطه معنادار تحقیق کنونی غیر قابل فهم باشد. هرچند که باید هم به ابزارهای یاد شده و هم به نوع نمونه مورد بررسی توجه نمود مثلا پژوهش‌های یاد شده آزمودنی‌ها از سنین پایین انتخاب شده اند و تشخیص اختلالات اضطرابی در سنین پایین به سختی ممکن می‌شود.

نکته دیگر این که یادگیری اضطراب از والدین نیز می‌تواند نقشی قوی در پیشرفت اضطراب کودکان داشته باشد. الگو برداری از اضطراب، انتقال اطلاعات والدین و تقویت رفتارهای اضطرابی کودکان توسط والدین و همچنین به اعتقاد بلوم و مایکل می‌تواند ناشی از ناتوانی والد در مدیریت رفتار کودک و تعامل منفی والد- کودک اشاره کرد نقل از جلالی و همکاران [۳۸]. از مکانیزم‌های این انتقال می‌باشد. آسیب پذیری نسبت به اختلالات اضطرابی از جانب مادران ممکن است بدین خاطر باشد که مادران به علت ارتباط گسترده تر با کودکان، نقش تربیتی، تاثیرگذاری و تاثیر پذیری بیشتری در بروز یا تداوم اختلال در کودکان داشته باشند. به علاوه اضطراب حالت مادر ممکن است نتیجه برخورد نزدیک مادر با

1. DiBartolo, P M,  
2. Rendón, M J  
3. Mitchel J. H  
4. Cook.L C.  
5. Kearney, C.A  
6. Turner,L A.,  
7. Turner, P E  
8. Lee M

اجتماعی کمال‌گرایی والدین را پیشنهاد می‌کنند. آنها معتقدند که کودکان از سطوح کمال‌گرایی والدین خود تقلید و الگوبرداری می‌کنند. همچنین در پژوهش چانگ<sup>۷</sup>، وید<sup>۸</sup> و ترول<sup>۹</sup> به نقل از دیبارتولو و رندان، ارتباط نزدیک نزدیک بین کمال‌گرایی والدین و فرزندانشان نشان داده شده است [۳۹].

در واقع ویژگی شخصیتی کمال‌گرا یکی از موضوعات اساسی مرتبط با اضطراب است، می‌توان سازه کمال‌گرایی را به عنوان ترس افراطی از اشتباهات، گرایش فرد به توجه مفرط در باره شکست‌ها خود انتقادگری بیش از حد و انتظارات بسیار بالا از خود و از دیگران، گرایش به استانداردهای بالا و کامل برای خود و دیگران در نظر گرفت و همراه شدن با این مولفه همواره برای فرد و اطرافیانش همراه با ناراحتی و فشار است و همانطور که قبلاً هم اشاره شد می‌تواند با علائم اضطرابی همراه باشد. برای تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان چنین تبیین کرد که کودکی که در مواجهه با والدین کمال‌گرا قرار می‌گیرد همواره در معرض ارزیابی نقادانه عملکرد خود، داشتن معیارهای سطح بالا، انتظارات فراتر از سطح توانایی خود، از جانب والدین قرار می‌گیرد و این موقعیت برای کودک همواره آزارنده و ناخوشایند هست و زمینه را برای تجربه هیجانات منفی همچون استرس و اضطراب فراهم می‌کند. البته این موضوعی است که در پژوهش [۴۸] اسنل<sup>۱۰</sup> و همکاران تأیید شده است.

به عبارت دیگر کمال‌گرایی والدین به صورت مدلی در می‌آید که نگرش‌ها و رفتارهای فرد را جهت می‌دهد به نظر محقق، والدین کمال‌گرا همواره بر دقت و اجتناب از اشتباه تأکید می‌کنند کودکی که با این سبک پرورش می‌یابد، همواره سعی می‌کند که انتظارات والدینش را بر آورده کند تا مورد انتقاد والدین خود قرار نگیرد و به این صورت همواره سبک اجتنابی در کودک شکل می‌گیرد [۴۹].

نکته‌ای که درباره کمال‌گرایی مادران، اضطراب

و گریز از موقعیت‌هایی که احتمال اشتباه کردن هست، پاداش دادن به کودکان به خاطر کمال‌گرا بودن و تنبیه افراطی برای اشتباهات کودکان خود زمینه را برای شکل‌گیری نشانگان اضطرابی در کودک تقویت کنند [۴۳ و ۴۲].  
الگوهای خانوادگی و والدگری دیگری از قبیل قرار گرفتن در معرض کنترل، اغراق کردن در کارهای ناکامل، مشکلات ارتباطی ممکن است در کمال‌گرایی و اضطراب کودک نقش داشته باشد [۴۴ و ۴۵].

پژوهش‌های انجام شده نشان داده اند که والدین کمال‌گرایی خود را به فرزندانشان منتقل می‌کنند [۳۹] در تحقیق دیبارتولو<sup>۱</sup> و رندان<sup>۲</sup> [۳۹] و همچنین در تحقیق عزیزی عزیزی و بشارت [۴۶] مشخص شد که بین ابعاد کمال‌گرایی والدین و فرزندانشان رابطه وجود دارد: در واقع کمال‌گرایی والدین از طریق سبک‌های فرزند پروری کمال‌گرایانه مضطرب و مداخله جویانه، موجب کنترل‌گری و انتظارات بالا داشتن از فرزند می‌شود که خود موجب گسترش یا شکل‌گیری علائم اضطرابی در کودک می‌شود.

بارو<sup>۳</sup> و موره [۴۷]،<sup>۴</sup> به چهار نوع تجربه اولیه را اشاره اشاره می‌کنند که در ایجاد تفکر کمال‌گرا نقش دارند: مثل (۱) خواسته‌ها و انتقادهای شدید والدین (۲) معیارها و انتظارات به شدت بالا برای عملکرد (۳) عدم الگوی تأیید والدینی که به صورت بی‌ثبات و مشروط در می‌آید (۴) کمال‌گرایی والدین که خود به صورت الگویی برای نگرش‌ها و رفتارهای کمال‌گرا می‌شود.

می‌توان چنین برداشت کرد کودکی که در چنین فضای مشروط، همراه با انتقاد و نظارت والدینی بالا قرار می‌گیرد، هیجان منفی در او شکل گرفته، گسترش می‌یابد و منجر به سرزنش خود می‌شود، که می‌تواند زمینه آسیب‌شناسی را در کودک کودک ایجاد کند.

در بررسی اثرات کمال‌گرایی والدین و شکل‌گیری آن در کودکان فلست<sup>۵</sup> و هویست<sup>۶</sup> [۲۳] نظریه یادگیری

1. DiBartolo, P M

2. Rendón, J M

3. Barrow, J. C

4. Moore, C. A

5. Flett, G. L.,

6. Hewitt, P. L

7. Chang

8. Vieth, A. Z.

9. Trull, T. J.

10. Snell, W. E

### منابع

- 1- Jakobsen, I. S., Horood, J., & Fergusson, D. M. (2012). Childhood anxiety/withdrawal, Adolescent parent-child attachment and later risk of depression and anxiety disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 21(2), 303-310.
- ۲- موسوی، رقیه. فرزند، ولی الله. نوابی نژاد، شکوه (۱۳۸۹) تعیین اثر خانواده درمانی ساختاری در درمان اختلالات اضطرابی کودکان. مجله دانشور رفتار (روانشناسی بالینی و شخصیت) سال هفدهم، شماره ۴۰. ۱-۱۰.
- 3- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- 4- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. Developmental epidemiology of anxiety disorders. In: T. H. Ollendick, & J. S. March (Eds.), (2004). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: a clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions* (pp. 61-91). New York: Oxford University Press.
- 5- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Irwin, J. R., Wachtel, K., & Cicchetti, D. V. (2004). The brief infant-toddler social and emotional assessment: screening for social emotional problems and delays in competence. *Journal of Pediatric Psychology*; 29, 143-155.
- 6- Bongers, I. L., Koot, H. M., van der, E. J., & Verhulst, F. C. The normative development of child and adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Psychology* 2003; 112, 179-192.
- 7- Muris, P. The pathogenesis of childhood anxiety disorders: Consideration from a developmental psychopathology perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 2006; 30(1), 5-11.

مادران و کودک باید در نظر داشت این است که ادبیات پژوهش در این زمینه محدود است و نمی تواند به سادگی جهت تاثیرات والد گری و اضطراب کودکان را به ما نشان بدهد چرا که مطالعات آینده نگر اندکی و مطالعه آزمایشی مشخصی در این زمینه وجود ندارد. در مجموع می توان اشاره کرد که درست است که متغیرهای مورد بررسی در این تحقیق، به اضطراب صفت-حالت و کمال گرایی مادران محدود بوده است، اما همین متغیرها نیز نمایانگر نقش کنش وری والدینی در تغییرات اضطراب کودکان است. حتی اگر نتوانیم از رابطه علی سخن بگوییم، اما نقش این متغیرها، در تحقیق حاضر قابل توجه است. همچنین باید توجه داشت که این نقش دوسویه نیز هست، یعنی می توان گفت که اگر کمال گرایی والدین مشکلات رفتاری کودکان را فزونی می بخشد، این فزون بخشی، والدین را با مشکلاتی مواجه می کند که بهزیستی آنها را دچار خدشه می سازد، بدون تردید واری متغیرهای یاد شده در دیگر آسیب های روانشناختی کودکان، بهتر می تواند این نوع چرخه ها را نمایان سازد.

قابل ذکر است که پژوهش حاضر دستخوش محدودیت هایی بوده است. نخست اینکه با توجه به نقش مهم پدر در خانواده و تربیت فرزند، امکان ورود پدران در این پژوهش میسر نشد. همچنین فرایند جمع آوری اطلاعات به روش خود گزارشی بوده است بدین خاطر ممکن است آزارموندنی ها با سوگیری پرسشنامه ها را تکمیل کرده باشند. از طرف دیگر پژوهش حاضر، اختلالات اضطرابی را به طور کلی در نظر گرفته است و انواع آنها را برای تحلیل متمایز نکرده است.

### پی نوشت

این مطالعه در جلسه کمیته منطقه ای اخلاق در پژوهش های علوم پزشکی مورخ ۱۳۹۲/۰۹/۰۹ مورد تأیید قرار گرفت. از آقایان دکتر فرهاد خدیوی زند و دکتر جلیلی و مسئولین محترم کلینیک سلامت کودک مشهد تقدیر و تشکر می شود.

- 17- Creswell, C., Schniering, C. A., & Rapee, R. M. (2005). Threat interpretation in anxious children and their mothers: comparison with nonclinical children and the effects of treatment. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1375-1381.
- 18- Chorpita, B. F., Albano, A. M., & Barlow, D. H. (1996). Cognitive processing in children: relation to anxiety and family influences. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 170-176.
- 19- Mitchel, j. h, Broeren.s, Newall .c, j .l. Hudson. (2013). an experimental manipulation of maternal Perfectionistic anxious rearing behaviors with anxious and non-anxious children. *Journal of Experimental Child Psychology*. Article in press.
- 20- Cook.L.C, Kearney, C.A. (2009). Parent and youth perfectionism and internalizing psychopathology. *Personality and Individual Differences* 46. 325-330.
- 21- Glover, D. S., Brown, G. P., Fairburn, C. G., & Shafran, R. (2007). A preliminary evaluation of cognitive- behaviour therapy for clinical perfectionism: A case series. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 85-94.
- 22- Van Gastel, W., Legerstee, J., & Ferdinand, R. (2009). The role of perceived parenting in familial Aggregation of anxiety disorders in children. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 46-53.
- 23- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Oliver, J. M., & Macdonald, S. (2002). Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 89-132) Washington, DC: American Psychological Association.
- 24- Fisak, B., Jr., & Grills-Taquechel, A. E. (2007). Parental modeling, reinforcement, and information transfer: Risk factors in the development of child anxiety. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10, 213-231.
- 25- مینایی، ا. (۱۳۸۵): انطباق و هنجار یابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خود سنجی و فرم گزارش معلم، مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی ۱۹/ سال ششم، شماره ۵۲۹-۵۵۸.
- 8- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. (2003). *Archives of General Psychiatry*; 60, 837-844.
- 9- Burt, A. (2009). Rethinking environmental contributions to child and adolescent psychopathology: a meta-analysis of shared environmental influences. *Psychological Bulletin*, 135(4), 608-637.
- 10- Bögels, s. m Brechman-Toussaint.m.l (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family Functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review* 26, 834-856.
- 11- Waters a. m. zimmer-gembeck.m.j, Farrell l. j (2012).The relationships of child and parent factors with children's anxiety symptoms: Parental anxious rearing as a mediator. *Journal of Anxiety Disorders* 26,737- 745.
- 12- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 737-767.
- 13- Field, A. P., & Lawson, J, (2003). Fear information and the development of fears during childhood: effects on implicit fear responses and behavioral avoidance. *Behavior Research and Therapy*, 41(11), 1277-1293.
- 14- Micco, J. A., & Ehrenreich, J. T. (2008). Children's interpretation and avoidant response biases in response to non-salient and salient situations: relationships with mothers' threat perception and coping expectations. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 371-385.
- 15- Short, A. L., Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Fox, T. L. (2001). The influence of family and experimental context on cognition in anxious children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 585-596.
- 16- Creswell, C., O'Conner, T. G., & Brewin, C. R. (2006). A longitudinal investigation of maternal and child 'anxious cognitions'. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 135-147.

- 34- Soltanifar A., Rezaei Ardani A., Jafarzadeh Fadaki S M. Soltanifar A., [Case-control study of anxiety and depression on parents of children with anxiety disorders] journal of fundamentals of mental health.2009; Volume 11, Issue 41,7-14. . (Persian).
- 35- ذوالفقاری مطلق، م. جزایری، ع. خوشایبی، ک. مظاهری، م. ع. کریملو، ع. (۱۳۸۶). مقایسه سبک دلبستگی، ویژگی شخصیتی، خصیصه اضطراب در مادران کودکان اضطراب جدایی و عادی. فصلنامه خانواده پژوهی. سال سوم. شماره ۱۱.
- 36- Varel, r.e, Sanchez-Sosa.j.j, Biggs.b.k, Luis.t.m, (2009). Parenting strategies and socio-cultural influences in childhood anxiety: Mexican, Latin American descent, and European American families. Journal of anxiety disorder 25. 609-616.
- 37- Burstein, M., Ginsburg, G S., (2010). The effect of parental modeling of anxious behaviors and cognitions in school-aged children: An experimental pilot study. Journal of Behavior Research and Therapy 48. 506-515.
- 38- جلالی، محسن. شعیری، محمد رضا. طهماسیان، کارینه (۱۳۸۸) تاثیر آموزش برنامه فرزند پروری مثبت بر کارهش علائم کودکان مبتلا به اختلال نا فرمانی مقابله ای، مجله دانشور رفتار. ۱۶ (۳۴). ۲۹-۳۰.
- 39- DiBartolo, P M, Rendón, M J, (2012) A critical examination of the construct of perfectionism and its relationship to mental health in Asian and African Americans using a cross-cultural framework. Clinical Psychology Review (32) 139-152.
- 40- Turner, L A., Turner, P E., (2011). The relation of behavioral inhibition and perceived parenting to maladaptive perfectionism in college students. Journal of Personality and Individual Differences 50; 840-844.
- 41- Lee, m.a, Schoppe-Sullivan, s.j, Kamp Dush, c.m, (2012). Parenting perfectionism and parental Adjustment. Personality and Individual Differences 52, 454-457.
- ۲۶- شمس، ل و لطیفیان، م. (۱۳۸۷). بررسی روایی و پایایی مقیاس کمال گرایی فراست. مجموعه مقالات ارائه شده در چهارمین سمینار سراسری بهداشت روان دانشجویان، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، دانشگاه شیراز.
- ۲۷- صادقی، غ. (۱۳۸۱). هنجار یابی اضطراب اشپیل برگر. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
- ۲۸- مهram، ب. (۱۳۷۲). راهنمای آزمون اضطراب (آشکار و پنهان) اسپیل برگر. مشهد: انتشارات دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- ۲۹- بیطرف، ش. شعیری، م. ر. (۱۳۹۱). واریسی ساخت عاملی پرسشنامه کمال گرایی فراست (FMPS) در نمونه دانشجویی. مجموعه مقالات ششمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، وزارت علوم و تحقیقات و فناوری، دانشگاه گیلان.
- ۳۰- بیطرف، ش. شعیری، م. ر. حکیم جوادی، م. (۱۳۸۹). هراس اجتماعی، سبک‌های والدگری و کمال گرایی. روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی - سال هفتم - شماره ۲۵.
- ۳۱- محمدی، ز. جوکار، ب. (۱۳۸۹). کمال گرایی، مشکلات هیجانی و رضایت از زندگی در دانشجویان ایرانی. روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی - سال ششم / شماره ۲۳.
- 32- Herren, c. In-Albon, t. Schneider, s. (2013). Beliefs regarding child anxiety and parenting competence in parents of children with separation anxiety disorder. Journal of behavior therapy. 44, 53-60.
- 33- Gar, N.s, Hudson, j.l, (2008). An examination of the interactions between mothers and children with anxiety disorders. Behavior Research and Therapy 46. 1266-1274.

- 46- Azizi.K,Besharat.M A.,(2011). The relationship between parental perfectionism and child Perfectionism in a sample of Iranian families. *Procardia Social and Behavioral Sciences* ;( 15) 1287–1290.
- 47- Barrow, J. C., & Moore, C. A. (1983). Group interventions with perfectionist thinking. *Personnel and Guidance Journal*, 61, 612– 615.
- 48- Snell, W. E., Overbey, G. A., & Brewer, A. L. (2005). Parenting perfectionism and the parenting Role. *Personality and Individual Differences*, 39, 613–624.
- 49- Randles, D., Flett, G. L., Nash, K. A., McGregor, I. D., & Hewitt, P. L. (2010). Dimensions of perfectionism, behavioral inhibition, and rumination. *Personality and Individual Differences*, 49, 83–87.
- 42- Ginsburg, G. S., Siqueland, L., Masia-Warner, C., & Hedtke, K. A. (2004). Anxiety disorders in children: Family matters. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 28–43.
- 43- Kashdan, T. B., & Herbert, J. D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence. Current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 37–61.
- 44- Biran, M. W., & Reese, C. (2007). Parental influences on social anxiety: The sources of perfectionism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55, 282–285.
- 45- Kenney-Benson, G. A., & Pomerantz, E. M. (2005). The role of mothers' use of control in children's perfectionism: Implications for the development of children's depressive symptoms. *Journal of Personality*, 73, 23–46.



## بررسی اثر بخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر کاهش نشانه‌های افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی

نویسندگان: شیما رضیان<sup>۱\*</sup>، لیلا حیدری نسب<sup>۲</sup>، محمدرضا شعیری<sup>۳</sup> و شیما ظهراپی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه علم و فرهنگ.

۲. استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد.

۳. دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد.

۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد.

\*Email: s.razian@usc.ac.ir

### چکیده

اضطراب اجتماعی به عنوان یکی از اختلالات شایع در گستره کودکی، نوجوانی و بزرگسالی، به دلیل ایجاد مشکلات متعدد در سازگاری و عملکرد افراد مبتلا و همبودی با بسیاری از اختلالات دوره بزرگسالی نظیر اضطراب، افسردگی و اختلال شخصیت اجتنابی کانون توجه بالینی بوده است. بدین خاطر الگوهای درمانی متعددی برای ترمیم این اختلال طراحی شده است. یکی از این الگوها، آموزش ذهن آگاهی است. بر این اساس هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی نمونه‌ای از دانشجویان دختر ایرانی مبتلا بوده است. بر این اساس، ۲۱ آزمودنی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) و مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (SCID-I) انتخاب شدند که ۱۰ نفر در گروه آزمایش و ۱۱ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایشی تحت درمان هشت جلسه‌ای ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) قرار گرفتند و گروه کنترل در انتظار ماند. آزمودنی‌ها قبل از شروع و بعد از اتمام درمان، پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) را تکمیل نمودند. تحلیل داده‌ها با استفاده از مقایسه میانگین مربوط تفاضل نمرات پیش آزمون - پس آزمون آزمودنی‌ها بر اساس آزمون یو من ویتنی، انجام شد. نتایج بدست آمده نشان داده که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی در ابعاد ترس، اجتناب، و ناراحتی فیزیولوژیک مبتلایان شده است. بر اساس یافته‌های این پژوهش برنامه ذهن آگاهی به رغم تعلق به فرهنگی متفاوت، در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی و سایر متغیرهای وابسته موثر بوده است. بنابر این به نظر می‌رسد که می‌توان از این برنامه در مراکز درمانی، برای نمونه‌های مبتلا به اضطراب اجتماعی، با توجه به محدودیت‌های تحقیق کنونی و رعایت احتیاط‌های بالینی، استفاده نمود.

کلید واژه‌ها: اختلال اضطراب اجتماعی، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، دانشجویان دختر.

## مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی یکی از اختلالات اضطرابی است که به عنوان یک ماهیت بالینی متمایز، با انتشار DSM-III در سال ۱۹۸۰، از سوی متخصصان تصریح گردید. اختلال اضطراب اجتماعی ترسی مشخص و ثابت از شرمندگی یا مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی، یا در زمان انجام فعالیت‌ها حضور دیگران است [۱]. بنابراین از این موقعیت‌ها بخاطر تجربه اضطراب شدیدی که با خود به همراه دارند پرهیز می‌شود [۲].

اختلال اضطراب اجتماعی با آسیب جدی در عملکرد تحصیلی، و شغلی [۳]، همچنین با افزایش خطر آسیب‌روانی همبود، به‌ویژه افسردگی، سایر اختلالات اضطرابی و سوء‌مصرف مواد همراه است [۴].

از طرف دیگر، باید توجه کرد که اختلال اضطراب اجتماعی یک اختلال شایع است [۵] تا آنجا که شیوع ۱۳ درصدی این اختلال در جامعه، آن را در جایگاه سومین اختلال رایج روانپزشکی پس از اختلال افسردگی اساسی و وابستگی به الکل قرار داده است [۴]. معمولاً این اختلال به ناتوانی دراز مدت در روابط اجتماعی می‌انجامد و مبتلایان به این اختلال از آسیب‌های چشم‌گیری در کارهای روزانه زندگی، روابط اجتماعی و شغلی رنج می‌برند [۶]. بررسی‌ها نشان داده‌اند که تنها یک سوم مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی در دوره‌ی بیماری‌شان برخی از درمان‌ها را دریافت می‌کنند [۶] و این در حالی است که این اختلال بدون مداخله، یک سیر مزمن و مداوم را دنبال می‌کند. در نتیجه، شیوع بالای اختلال اضطراب اجتماعی به همراه سطوح بالای فشار روانی و آسیب مرتبط با آن، این اختلال را به یک نگرانی عمده‌ی سلامت عمومی تبدیل کرده است [۷].

درمان‌های روانشناختی متنوع و موثری برای اختلالات اضطرابی نظیر روان تحلیل‌گری، رفتاردرمانی<sup>۱</sup>، شناخت-درمانی<sup>۲</sup>، درمان‌های شناختی-رفتاری<sup>۳</sup> CBT، درمان مبتنی

بر مواجهه<sup>۴</sup>، و آموزش مهارت‌های اجتماعی توسعه یافته است [۲]، از بین این مداخلات، درمان‌های رفتاری و شناختی-رفتاری (CBT) بیش از سایر درمان‌های روان-شناختی برای کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی به کار گرفته شده و مورد پژوهش واقع گردیده است [۸]. علی‌رغم شواهد قابل توجه در حمایت از سودمندی درمان شناختی رفتاری (CBT) برای اختلال اضطراب اجتماعی، خلاء<sup>۵</sup> مهمی در مورد میزان و تداوم بهبودی افراد مبتلا وجود دارد [۹] تخمین زده‌اند که ۴۰ تا ۵۰ درصد افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی با درمان سنتی، بهبود حداقلی را نشان می‌دهند و هنگامی که روش گروه-درمانی شناختی رفتاری [۱۰] نیز در مورد این بیماران به همراه پیگیری به کار گرفته شده است، بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی همچنان نارضایتی قابل توجهی را گزارش کردند [۱۱]. از این رو مولفان در صدد اصلاح<sup>۶</sup> مداخلات شناختی-رفتاری در این عرصه [۱۲] و طرح نوآوری‌های درمانی جدید و افزایش میزان تأثیرات درمانی برای کسانی که به درمان‌های رایج و استاندارد در این زمینه پاسخ نمی‌دهند، بوده‌اند [۶].

در ده سال گذشته، مجموعه‌ای از درمان‌های رفتاری جدید نظیر ذهن‌آگاهی<sup>۷</sup>، پذیرش<sup>۸</sup>، رابطه‌ی درمانی<sup>۹</sup>، ارزش‌ها<sup>۱۰</sup>، معنویت<sup>۱۱</sup>، مراقبه<sup>۱۲</sup>، تمرکز بر لحظه‌ی حال<sup>۱۳</sup>، تعمق هیجانی<sup>۱۴</sup> و موضوعات مشابه مورد تأکید درمانگران قرار گرفته‌اند که به صورت سنتی کمتر مورد تأکید بوده یا حتی اجازه‌ی ورود به گستره درمان‌های رفتاری شناختی را نداشته‌اند [۱۳]. این رویکردها، که تا حدی از سنن تجربی و بودایی<sup>۱۵</sup> [۱۴] نشأت گرفته‌اند اما در رویکردهای رفتاری [۱۵] به بار نشسته‌اند، بر شیوه‌ای

4. Exposure treatment

5. room

6. Refinement

7. Mindfulness

8. Acceptance

9. therapeutic relationship

10. values

11. spirituality

12. meditation

13. focusing on the present moment

14. emotional deepening

15. Buddhist

1. Behavior Therapy

2. Cognitive Therapy

3. Cognitive Behavioral Therapy

تاکید دارند که ترویج نوعی آگاهی باز، گسترده، شفقت‌آمیز و متمرکز بر لحظه‌ی حال و کنونی است و این آگاهی می‌تواند عملکرد سازش‌یافته را تسهیل کرده و فشار روانی مربوط به زندگی در گذشته یا آینده را کاهش دهد [۱۶].

یکی از مهمترین این رویکردها برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) می‌باشد که یک برنامه گروهی ساختاریافته است که کابات-زین در ۱۹۹۰ آن را ابداع نموده است. این روش به عنوان روشی موثر در مداخلات بالینی مرتبط با اختلالات اضطرابی، افسردگی و سایر حوزه‌های بالینی مرتبط مورد توجه و حمایت مولفان قرار گرفته است [۱۷].

کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر اساس تحقیقات متعددی در گستره اختلالات خلقی و اضطرابی، روشی موثر بوده و تحقیقات اولیه نمایانگر آن است که در درمان اضطراب اجتماعی نیز می‌تواند نظیر سایر درمان‌ها موثر واقع شود [۱۷]. در پژوهشی که توسط گلدین<sup>۱</sup> و گراس<sup>۲</sup> [۱۸] در مورد مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی صورت گرفته است، مشخص شده است کسانی که در طول درمان تمرین تنفس را انجام داده‌اند در تجربه هیجانی منفی، و فعالیت بادامه کاهش نشان دادند در حالی که در فعالیت نواحی مغزی مرتبط با آمادگی توجه، افزایش عملکرد نشان دادند.

کابات-زین و همکاران به بررسی اثرات برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هراس با و بدون گذر هراسی و نیز افسردگی پرداختند و در نهایت نتایج مطالعه آنان نشان داد که میزان افسردگی، اضطراب در این افراد در مرحله پس از آزمون و پیگیری ۳ ماهه کاهش یافته است [۱۹].

گلدین و همکاران در تحقیق خود نشان دادند که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) و تمرینات ایرویک نشانه‌های افراد مبتلا به اضطراب

اجتماعی را کاهش داده است [۲۰].

بگلز و کالیجز یک مداخله‌ی گروهی آزمایشی را انجام دادند که برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) را با تکلیف آموزش تمرکز ترکیب کردند. ۷ نفر از ۹ نفری که این دوره را گذرانده بودند، بعد از مداخله، دیگر ملاک‌های اختلال اضطراب اجتماعی مشمول آنها نمی‌شد و بهبودی حاصل از درمان در پیگیری دو ماهه حفظ شده بود [۱۲].

کوزیسکی و همکاران یک آزمون کنترل‌شده‌ی تصادفی را انجام دادند که درمان شناختی رفتاری گروهی CBGT [۱۰] و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) [۱۴] را با هم ترکیب می‌کرد [۸]. در حالی که بیماران در هر دو گروه به سطوح مشابه بهبودی بر اساس مقیاس‌های ناتوانی و کیفیت زندگی و نشانه‌های اضطراب اجتماعی رسیدند [۲۱].

در پژوهشی توسط گلدین و همکاران، در مورد تاثیر کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی MBSR بر روی بزرگسالان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تعمیم‌یافته انجام شد، نتایج حاکی از آن بود که MBSR بر کاهش اضطراب اجتماعی، خود ارزیابی منفی موثر بوده و همچنین باعث افزایش عزت نفس و خود ارزیابی مثبت در این افراد شده است [۲۲].

در مطالعه دیگری که توسط گلدین و گروس در مورد تاثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر تنظیم هیجانی در اضطراب اجتماعی انجام پذیرفت، نتایج نشان داد که، کسانی که MBSR را به اتمام رسانیدند، بهبودی در نشانگان اضطراب و افسردگی و همچنین عزت نفس نشان دادند [۲۳].

استال<sup>۳</sup> و گلدستین<sup>۴</sup> بر این باورند که تمرینات ذهن آگاهی می‌تواند کاهش فعالیت بادامه مغز را در پی داشته باشد. بادامه بخشی از مغز است که با پردازش ترس و پرخاشگری همراه است [۲۴]. در ایران نیز روش درمانی MBSR برای مشکلات و اختلالات متعددی چون

<sup>3</sup>. Stahl, B.

<sup>4</sup>. Goldstein, E.

<sup>1</sup>. Goldin, P. R.

<sup>2</sup>. Gross J. J.

این ۲۱ نفر بطور تصادفی در دو گروه ۱۰ نفره آزمایش و ۱۱ نفره کنترل قرار گرفتند. حجم نمونه یاد شده نزدیک به تحقیقات مشابه که برای استفاده از برنامه های شناختی رفتاری در مبتلایان اضطراب اجتماعی در ایران و خارج از ایران انجام گرفته تعیین شده است. که میتوان به پژوهش گلدین و همکاران، ۲۰۰۹ [۲۲]؛ گلدین، گروس، ۲۰۱۰ [۱۸]؛ گل پور چمر کوهی و امینی، ۱۳۹۱ [۲۵]؛ سجادیان و همکاران، ۱۳۸۹ [۲۷]؛ نشاط دوست و همکاران، ۱۳۹۲ [۳۲]؛ آذرگون و همکاران، ۱۳۹۲ [۳۳] و عطری فرد و همکاران، ۱۳۹۱ [۲۸] اشاره داشت.

معیارهای ورود عبارتند از؛ شاغل به تحصیل در دوره کارشناسی دانشگاه شاهد یا تهران در سال تحصیلی ۹۲-۹۳ و دارای محدوده سنی ۱۸ تا ۳۰ سال، و همچنین داشتن نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) [۳۴] و مصاحبه ساختار یافته بر اساس DSM-IV (SCID-I) [۲۳] و اینکه افراد رضایت و آمادگی شرکت در جلسات مداخله را داشته باشند.

معیارهای خروج پژوهش حاضر عبارتند از: مصرف دارو و یا دریافت درمان‌های غیر دارویی یا روان شناختی انصراف شرکت کنندگان از شرکت در دوره، قبل از تکمیل جلسات و همچنین، دریافت تشخیص همزمان اختلال شخصیت اجتنابی و وسواسی جبری و افسردگی. نمونه نهایی مطالعه پس از سرند نمونه‌های اولیه بر اساس نمرات پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) و نیز مصاحبه ساختار یافته بر اساس DSM-IV (SCID-I) [۲۳] و احراز ملاک‌های ورود - خروج به مطالعه، ۲۱ نفر بودند که ۱۰ نفر در گروه آزمایش و ۱۱ نفر در گروه کنترل بطور تصادفی جایگزین گردیدند.

#### ابزارهای تحقیق

##### ۱. پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) [۳۴]

این پرسشنامه نخستین بار توسط کانور و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه گردید. تلویحات بالینی این پرسشنامه در سه حیطه علایم بالینی ترس، اجتناب و علائم فیزیولوژیکی اطلاعاتی را ارائه

اضطراب امتحان [۲۵]، افسردگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن [۲۶]، و اختلال‌های وسواس - جبری [۲۷]، نشخوار فکری و افسردگی [۲۸]، افکار خود آیند منفی [۲۹] اضطراب و افسردگی [۳۰]، وحشتزدگی [۳۱] و غیره مورد استفاده قرار گرفته و نتایج در خور توجه و مناسبی را نشان داده است.

با توجه به تمهیدات یاد شده و این نکته که اختلال اضطراب اجتماعی با اختلال کارکردی گسترده در زندگی هیجانی، حرفه‌ای و بین فردی [۱۰]، مبتلایان همراه است و از آن جا که در سال‌های اخیر، در سایر فرهنگ‌ها درمان ذهن آگاهی برای اختلال‌های متعدد، و همچنین اضطراب اجتماعی مورد پژوهش واقع شده ولی در ایران در مورد اضطراب اجتماعی، پژوهش بالینی شکل نگرفته است، مساله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا برنامه ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس می‌تواند نشانه‌های اضطراب اجتماعی را در نمونه‌های مبتلای ایرانی کاهش دهد؟

#### روش

##### نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع شبه تجربی با گروه آزمایش و گروه کنترل همراه با پیش آزمون - پس آزمون بوده است. بنابراین در این طرح، متغیر مستقل برنامه درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) و متغیر وابسته نشانه‌های اضطراب اجتماعی می‌باشد.

##### آزمودنی

جامعه آماری: جامعه ی آماری پژوهش حاضر در بر گیرنده تمام دانشجویان دختر ۱۸ تا ۳۰ ساله شاغل به تحصیل در دوره کارشناسی در سال تحصیلی ۹۲-۹۳ در دانشگاه‌های شاهد و تهران بوده که مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بوده اند.

##### نمونه پژوهش

نمونه پژوهش حاضر در بر گیرنده ۲۱ دانشجو بوده که دارای نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی بوده اند.

ارتباط، مطابق DSM-IV عبارتند از: اختلال هراس با یا بدون گذر هراسی، گذر هراسی بدون سابقه وحشتزدگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال شخصیت اسکیزوئید، اختلال شخصیت اجتنابی، اختلال بد شکلی بدنی، اختلال افسردگی عمده، اختلال افسرده خوئی، اسکیزوفرنیا. امینی و همکاران در ۱۳۸۶ در مطالعه‌ای اعتبار براساس مصاحبه تشخیصی مبتنی بر DSM-IV را مورد بررسی قرار داده اند که نتایج این پژوهش بررسی اعتبار براساس شاخص کاپا را بالاتر از ۰/۴ ارزیابی می‌کند همچنین این پژوهش با پیش فرض اینکه اگر تشخیص‌های ارائه شده توسط روانپزشکان Gold Standard در نظر گرفته شود، نتایج ویژگی را بهتر از نتایج حساسیت گزارش می‌کند [۳۷]. این مصاحبه توسط محمد خانی و همکاران [۲۳] ترجمه شده که مجموعه سوالات مرتبط با اختلال اضطراب اجتماعی و تشخیص‌های افتراقی مربوط به آن از مجموعه اصلی مجزا گردیده است و از این بخش از مصاحبه در تحقیق حاضر برای تایید تشخیص افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی استفاده شده است.

۳. برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) برنامه درمانی همان الگوی ذهن آگاهی بوده که با مشورت با دکتر گلدین و کوکوسکی (ارتباط از طریق پست الکترونیکی در بهار سال ۱۳۹۲) برنامه درمانی معرفی شد که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. این برنامه درمانی با تکیه بر محتوی برنامه MBSR کابات - زین (۲۰۰۸) و کتاب کار MBSR [۲۴] تنظیم گردیده است. جلسات درمان MBSR به صورت گروهی بوده و در هشت جلسه ی دو ساعته به طور هفتگی برگزار می‌شود. این جلسات با هدف آموزش مفهوم ذهن آگاهی، آگاهی از ارتباط بین ذهن و بدن، حضور ذهن هنگام تنفس، ماندن در زمان حال، آموزش هشت نگرش ذهن آگاهی (بدون قضاوت، ذهن مبتدی، پذیرش، رها کردن، صبر، بدون تلاش و دل رحمی و متکی بودن به احساس‌های خود) با استفاده از تکنیک‌ها و تمرینات مدیتیشن و یوگا تنظیم شده است.

می‌کند [۳۵]. این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه خرده مقیاس ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده)، و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) است. SPIN بر اساس مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای - به هیچ وجه (۰)، کم (۱)، در حد متوسط (۲)، زیاد (۳)، و خیلی زیاد (۴) - درجه بندی می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی مناسبی از این پرسشنامه در جمعیت آمریکایی گزارش گردیده است. ضریب بازآزمایی آن طی ۲ هفته، بین ۰/۷۸ و ۰/۸۹ و همسانی درونی آن به وسیله آلفای کرونباخ ۰/۹۴-۰/۸۹ گزارش شده است [۳۴]. در ایران نیز، این آزمون بر روی سه گروه بیماران دارای اضطراب اجتماعی، گروه بیماران اضطرابی و گروه سالم اجرا شده و نتایج تحلیل‌ها بیانگر تفاوت معنادار میانگین سه گروه است [۳۵]. در پژوهش حسوند عموزاده و همکاران [۳۴] آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی آن، ۰/۶۸ و اعتبار خرده مقیاس‌های آن با خرده مقیاس هراس اجتماعی SCL-90-R و با مقیاس درجه بندی حرمت خود (SERS)، به ترتیب برابر ۰/۶۴ ( $p < 0.0$ ) تا ۰/۷۸ ( $p < 0.0$ ) بوده است. اعتبار سازه در مقایسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی و آزمودنی‌های گروه افراد بهنجار بدون تشخیص روان پزشکی بررسی شد که تفاوت معناداری با هم نشان دادند که این خود حاکی از اعتبار سازه بالاست [۳۶]. از این پرسشنامه در مرحله اول تحقیق و مرحله پیش آزمون و پس آزمون برای اندازه گیری میزان اضطراب اجتماعی افراد استفاده شده است.

#### ۲. مصاحبه تشخیصی مبتنی بر [DSM-IV ۲۳]

مصاحبه‌ای است که بر مبنای ملاک‌های تشخیصی چهارمین طبقه بندی آماری و تشخیصی بیماریهای روانی انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM-IV) و، به منظور تشخیص اختلالات روانی، به صورت ساختار یافته طراحی شده است و به واسطه آن با پرسش درباره نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی، تشخیص اضطراب اجتماعی تأیید می‌گردد. موارد تشخیص افتراقی در این

جدول ۱: مقایسه سن آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل (در مرحله پیش‌آزمون)

شاخص	تعداد	میانگین	انحراف معیار	جمع رتبه	میانگین رتبه	Z	سطح معناداری
آزمایش	۱۰	۲۱/۵	۲/۲۷	۱۱۳/۵	۱۱/۳۵	۰/۲۵۱	۰/۸۰۲
کنترل	۱۱	۲۱/۱۸	۲/۲۲	۱۱۷	۱۰/۶۸		

دلیل بر قرار نبودن مفروضه‌های آمار پارامتریک، مقایسه میانگین‌های مربوط به تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروه و نیز پیش‌آزمون دو گروه، بر اساس آزمون غیرپارامتریک یومن ویتنی انجام شده است. همچنین مقایسه نتایج دو گروه، بر اساس درصد تغییر نمرات دو گروه و تغییرات معنادار بالینی انجام شده است.

### نتایج

در این قسمت نخست به نتایج توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان و سپس به نتایج توصیفی مرتبط با متغیرهای تحقیق پرداخته می‌شود. در ادامه این قسمت ابتدا نمرات پیش‌آزمون گروه کنترل و آزمایش، در متغیر اضطراب اجتماعی، مورد مقایسه قرار خواهد گرفت، سپس به نتایج نهایی تحقیق پرداخته خواهد شد.

جدول ۱ در برگیرنده شاخص‌های توصیفی مربوط به سن آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل و همچنین مقایسه این ویژگی در دو گروه بر مبنای آزمون یومن ویتنی می‌باشد. جدول ۲ در برگیرنده شاخصهای توصیفی مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۳، Z مشاهده شده ناشی از مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل در مورد متغیر هراس اجتماعی و زیرمقیاس‌های ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی، به ترتیب برابر ۰/۶۰۱-، ۰/۲۸۳-، ۰/۰۳۵-، ۱/۷۰۹- می‌باشد که در مقایسه با مقادیر بحرانی معنادار نیست.

در جلسه ی اول تا چهارم توضیحی در مورد ذهن‌گامی و برنامه MBSR و ارتباط بین ذهن و بدن- هدایت خود داده شد و تمریناتی جهت داشتن حضور ذهن در تنفس- ذهن آگاهی و ماندن در زمان حال- معاینه هشیارانه بدن انجام شد. و در جلسات پنجم تا هشتم به عمیق شدن در تمرین ذهن آگاهی و تمرینات مدیتیشن و گسترش حضور ذهن، توجه به افکار و نگه داشتن تمرین‌ها پرداخته شد.

### شیوه اجرای پژوهش

ابتدا سرند کلی و انتخاب نمونه مورد مطالعه بر اساس پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN)، پس از آن انجام مصاحبه ساختار یافته بر اساس DSM-IV<sup>۱</sup> (SCID-I)<sup>۲</sup> [۲۳] در مورد آزمودنی‌های مرحله اول که دارای اضطراب اجتماعی بالا بوده اند، توسط پژوهشگر انجام شده است. سپس تکمیل فرم رضایت نامه توسط افراد منتخب صورت گرفت و پس از آن به جایگزینی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل پرداخته شد. سپس، هشت جلسه درمان گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) برای گروه آزمایش توسط پژوهشگر اجرا گردید و گروه کنترل در طول این مدت در انتظار ماندند و در نهایت پس از آزمون بر اساس پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN)، در انتهای جلسه هشتم بر روی دو گروه کنترل و آزمایش اجرا گردید.

### شیوه تحلیل داده‌ها

در این تحقیق علاوه بر استفاده از آمار توصیفی، به

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition- Text Revision

2. Structured Clinical Interview for DSM-IV axis disorder

بررسی اثر بخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر کاهش نشانه‌های افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی مربوط به مقیاس هراس اجتماعی (SPIN) شرکت کنندگان در مراحل پیش- پس آزمون

انحراف معیار تفاضل نمره‌های پیش- پس آزمون	میانگین تفاضل نمره‌های پیش- پس آزمون	پیشینه	کمینه	انحراف معیار	میانگین	شاخص		
						مرحله	مقیاس	گروه
۳/۱۱	۴/۸۰	۱۸	۷	۴/۰۳	۱۲/۴	پیش آزمون	ترس	گروه آزمایش
		۱۲	۵	۲/۳۶	۷/۶۰			
۴/۰۵	۶/۰۰	۲۰	۹	۳/۶۲	۱۴	پیش آزمون	اجتناب	
		۱۷	۵	۳/۵۵	۸			
۱/۸۵	۳/۱۰	۱۴	۳	۳/۱۳	۹/۶	پیش آزمون	ناراحتی فیزیولوژیک	
		۱۲	۱	۳/۰۲	۶/۵۰			
۶/۸۵	۱۳/۹۰	۵۱	۲۴	۹/۸۰	۳۶	پیش آزمون	نمره کل SPIN	
		۳۹	۱۲	۷/۶۵	۲۲/۱۰			
۳/۸۸	۰/۳۶	۲۰	۴	۴/۸۸	۱۱/۶۳	پیش آزمون	ترس	گروه کنترل
		۲۰	۵	۵/۵۸	۱۱/۲۷			
۳/۱۱	-۰/۹۰	۲۴	۷	۵/۱۸	۱۴/۵۴	پیش آزمون	اجتناب	
		۲۶	۷	۶/۷۲	۱۵/۴۵			
۲/۰۴	۰	۱۴	۲	۳/۵۵	۷/۳۶	پیش آزمون	ناراحتی فیزیولوژیک	
		۱۳	۱	۳/۹۰	۷/۳۶			
۶/۸۳	-۵/۴۵	۵۸	۲۴	۱۱/۷۲	۳۳/۵۴	پیش آزمون	نمره کل SPIN	
		۵۹	۱۴	۱۵/۰۸	۳۴/۰۹			

جدول ۳: مقایسه میزان اضطراب اجتماعی دو گروه آزمایش و کنترل (در مرحله پیش آزمون)

مقایسه گروه آزمایش و کنترل				انحراف معیار پیش آزمون	میانگین پیش آزمون	تعداد	گروه	شاخص	
سطح معناداری	Z	میانگین رتبه	جمع رتبه					مقیاس	گروه
۰/۷۷۷	-۰/۲۸۳	۱۱/۴۰	۱۱۴	۴/۰۳	۱۲/۴	۱۰	آزمایش	ترس	گروه آزمایش
		۱۰/۶۴	۱۱۷	۴/۸۸	۱۱/۶۳	۱۱	کنترل		
۰/۹۷۲	-۰/۰۳۵	۱۰/۹۵	۱۰۹	۳/۶۲	۱۴	۱۰	آزمایش	اجتناب	گروه آزمایش
		۱۱/۰۵	۱۲۱	۵/۱۸	۱۴/۵۴	۱۱	کنترل		
۰/۰۸۷	-۱/۷۰۹	۱۳/۴	۱۳۴	۳/۱۳	۹/۶	۱۰	آزمایش	ناراحتی فیزیولوژیک	گروه آزمایش
		۸/۸۲	۹۷	۳/۵۵	۷/۳۶	۱۱	کنترل		
۰/۵۴۸	-۰/۶۰۱	۱۱/۵۸	۱۱۸	۹/۸	۳۶	۱۰	آزمایش	نمره کل SPIN	گروه آزمایش
		۱۰/۲۳	۱۱۲	۱۱/۷۲	۳۳/۵۴	۱۱	کنترل		

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که Z مشاهده شده ناشی از مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش - پس آزمون در مورد متغیر هراس اجتماعی و زیر مقیاس‌های ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی، به ترتیب برابر ۳/۵۹۶-، ۲/۴۷۶-، ۳/۳۲۳-، ۳/۲۸۹- می‌باشد که در مقایسه با مقادیر بحرانی معنادار می‌باشد.

جدول ۴: مقایسه متغیر اضطراب اجتماعی در گروه‌های آزمایش و کنترل بر اساس آزمون یومن ویتنی در مورد تفاضل نمرات پیش-پس آزمون

سطح معناداری	Z	میانگین رتبه	جمع رتبه	تعداد	مقیاس	
					شاخص	گروه
۰/۰۱۳	-۲/۴۷۶	۱۴/۵۰	۱۴۵	۱۰	آزمایش	ترس
		۷/۸۲	۸۶	۱۱	کنترل	
۰/۰۰۰۱	-۳/۳۲۳	۱۵/۷۰	۱۵۷	۱۰	آزمایش	اجتناب
		۶/۷۳	۷۴	۱۱	کنترل	
۰/۰۰۱	-۳/۲۸۹	۱۵/۶۰	۱۵۶	۱۰	آزمایش	ناراحتی فیزیولوژیک
		۶/۸۲	۷۵	۱۱	کنترل	
۰/۰۰۰۱	-۳/۵۹۶	۱۶/۱۰	۱۶۱	۱۰	آزمایش	نمره کل SPIN
		۶/۳۶	۷۰	۱۱	کنترل	

جدول ۵: نتایج مربوط به درصد تغییر مرتبط با نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس هراس اجتماعی (SPIN)

میانگین درصد تغییر در گروه	پس آزمون		پیش آزمون		تعداد	گروه	مقیاس	
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین			شاخص	گروه
۳۵/۷۲	۲/۳۶	۷/۶	۴/۰۳	۱۲/۴	۱۰	آزمایش	ترس	مقیاس هراس اجتماعی (SPIN)
-۲/۰۶	۵/۵۸	۱۱/۲۷	۴/۸۸	۱۱/۶۳	۱۱	کنترل		
۴۱/۴۷	۳/۵۵	۸	۳/۶۲	۱۴	۱۰	آزمایش	اجتناب	
-۶/۰۵	۶/۷۲	۱۵/۴۵	۵/۱۸	۱۴/۵۴	۱۱	کنترل		
۳۴/۸۳	۳/۰۲	۶/۵	۳/۱۳	۹/۶	۱۰	آزمایش	ناراحتی فیزیولوژیک	
۲/۴۹	۳/۹۰	۷/۳۶	۳/۵۵	۷/۳۶	۱۱	کنترل		
۳۸/۱۸	۷/۶۵	۲۲/۱	۹/۸	۳۶	۱۰	آزمایش	نمره کل SPIN	
۰/۴۵	۱۵/۰۸	۳۴/۰۹	۱۱/۷۲	۳۳/۵۴	۱۱	کنترل		



جدول ۶: نتایج مربوط به برآورد تغییر معنی‌دار بالینی برای گروه آزمایش و کنترل در پیش و پس‌آزمون نمره کل در پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN)

نمونه	شاخص	گروه آزمایش			گروه کنترل	
		پیش آزمون	پس آزمون	تفاضل نمره‌های پیش - پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
نمونه ۱		۳۷	۲۵	* ۱۲	۲۸	۲۶
نمونه ۲		۳۷	۱۹	* ۱۸	۳۹	۵۲
نمونه ۳		۴۲	۱۶	* ۲۶	۲۶	۲۵
نمونه ۴		۲۹	۲۲	* ۷	۲۴	۲۲
نمونه ۵		۲۷	۲۱	* ۶	۲۸	۳۲
نمونه ۶		۴۰	۲۵	* ۱۵	۲۶	۲۲
نمونه ۷		۴۹	۳۹	* ۱۰	۳۹	۵۰
نمونه ۸		۵۱	۲۷	* ۲۴	۲۵	۱۴
نمونه ۹		۲۴	۱۵	* ۹	۲۵	۲۶
نمونه ۱۰		۲۴	۱۲	* ۱۲	۵۸	۵۹
نمونه ۱۱					۵۱	۴۷

\* معیار برآورد تغییر معنادار بالینی در گروه آزمایش برابر ۴/۱۱

\*\* معیار برآورد تغییر معنادار بالینی در گروه کنترل برابر ۶/۲۹

## بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌های افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی بوده است. در این راستا، و نتایج این پژوهش نشان داد که به کارگیری برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR)، توانسته است نشانه‌های اضطراب اجتماعی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را به طور کلی و در حوزه‌های ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک کاهش دهد. نتایج بدست آمده با بسیاری از یافته‌های محققان همسو است و تحقیقات متعددی از یافته کنونی حمایت می‌کنند که می‌توان به پژوهش کابات-زین، ۱۹۹۲ [۱۹]؛ گلدین و همکاران، ۲۰۱۲ [۲۰]؛ جزایری و همکاران، ۲۰۱۲ [۲۱]؛ بگلز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶ [۱۲]؛ کوزیسکی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷ [۸]؛ گلدین و همکاران، ۲۰۰۹ [۲۲]؛ گلدین و

گروس، ۲۰۱۰ [۱۸] اشاره داشت.

در تبیین مکانیزم تاثیر این روش (MBSR) می‌توان از سه گستره به بحث نشست. الف) نخست از دیدگاه نوروسیکولوژی، مولفان متعددی دیدگاه‌های خود را ارائه نموده‌اند. آلن و چامبرز، گالون<sup>۳</sup> بر این باورند که مکانیزم تاثیر MBSR بر کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی به اثر بخشی این روش در بهبود توانائی‌های نظم دهی هیجانی مرتبط است [۱۸]. براساس مدل فرایند نظم دهی هیجانی گراس، راهبردهای نظم دهی هیجانی نظیر انتخاب موقعیت، اصلاح موقعیت، آرایش توجه، تغییر شناختی و تعدیل پاسخ در جریان درمان ذهن آگاهی تغییر پیدا می‌کنند. بر اساس شواهد موجود MBSR و تمرین مراقبه بر آرایش توجه و توانائی کنترل شناختی بر نشخوار فکری منفی [۳۱]، توجه متمرکز بر خود [۲۲]، نظم دهی هیجانی [۳۴]، و جهت دهی هیجانی [۳۵] موثر بوده و از طریق

<sup>۱</sup>. Bögels, S. M.

<sup>۲</sup>. Koszycki, D.

<sup>۳</sup>. Gullone, E

و یا افکار اضطرابی و عدم تلاش برای کنترل یا اجتناب از آنها می‌شود و این مسئله باعث کاهش آشفستگی و نابسامانی‌های رفتاری می‌گردد [۳۸]. تمرینات ذهن آگاهی باعث انعطاف پذیری و پذیرش بیشتر در بیماران مبتلا می‌گردد [۲۴].

از سوی دیگر، به نظر می‌رسد که ذهن آگاهی با دو مولفه بنیادین خود یعنی توجه به تجربه کنونی و پذیرا بودن نسبت به این تجربه، امکان بازشناسی غیر قضاوتی افکار، احساسات و هیجانات را بدون آنکه فرد درگیر آن گردد و یا از آن اجتناب نماید را فراهم می‌آورد و این مسئله منجر به پایداری هیجانی می‌گردد. بنابراین همین تاثیر باعث کاهش نشانه‌های اضطراب و ترس و رویارویی با این استرس‌ها به شیوه‌ای سازنده و کار آمد می‌گردد. در صورتی که افراد از واکنش شان نسبت به موقعیت استرس زا (همچون صحبت در جمع و...) ذهن آگاه باشند، یاد می‌گیرند چگونه به شیوه‌ای سازنده تر و هماهنگ تر به آن واکنش نشان دهند.

یکی دیگر از نکاتی که بایستی بدان به عنوان یک بعد مهم در این مطالعه توجه داشت تاثیر شیوه گروهی برنامه آموزش ذهن آگاهی بوده است. بر اساس نظر مولفان وجود حمایت اجتماعی از اعضا گروه؛ مواجهه طبیعی در گروه و امکان تمرین‌های گروهی باعث اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی گروهی می‌گردد [۱۰]. از این رو میتوان بخشی از اثربخشی این آموزش را در متغیرهای وابسته کنونی به اثرات گروهی آن هم نسبت داد. این امر به ویژه در مورد این گروه از مبتلایان، به سادگی نباید نادیده گرفته شود.

یافته‌های پژوهش کنونی، با دیگر یافته‌ها در مورد تاثیر برنامه MBSR بر کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی همسو بوده است. البته قابل ذکر است، با اینکه در ایران، پژوهش نظام مندی درباره‌ی تاثیر مداخلات ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی صورت نگرفته است، اما با این حال چندی از پژوهش‌ها وجود دارند که به طور ضمنی به تعیین اثر بخشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) بر اختلالات اضطرابی مختلف همچون، اضطراب امتحان [۲۵]، اختلال

تاثیرگذاری بر آنها باعث انعطاف پذیری هیجانی می‌گردد و باعث می‌شود تا فرد ظرفیت رها شدن از محرک‌های هیجانی آزارنده را پیدا نماید [۲۴]. پژوهش‌های متعددی به تاثیر MBSR بر اساس فعالیت‌های مغزی، تاثیر در نواحی قشری و نیز لوب فرونتال که با تنظیم احساسات و تصمیم‌گیری و درک احساس عاطفی همرا می‌باشد تاکید نموده اند [۱۸].

ب- در تبیین مکانیزم‌های روانشناختی تاثیر گذار در برنامه MBSR مولفان متعددی به اثرات تمرین‌های ذهن آگاهی بر فرایندهای فراشناختی پرداخته‌اند و تلاش نموده‌اند تا علت موثر بودن این روش را به مدد شواهد برگرفته از نظریه‌های فراشناخت تبیین نمایند. به عنوان نمونه کلارک و ولز در مطالعات خود این فرض را مطرح نمودند که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی بر اساس تجارب اولیه شان، فرض‌هایی را درباره خود و موقعیت اجتماعی شان به وجود می‌آورند [۱۸]. این فرض‌ها منجر به این خواهد شد که آنها تعامل‌های اجتماعی را ترسناک و منفی ارزیابی کنند. بنابراین اگر افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از طریق این شیوه درمانی بتوانند فرض‌هایی که در مورد خود و موقعیتشان دارند را بدون قضاوت مشاهده کنند می‌توانند راحت تر با موقعیت‌های ترس‌آور مواجه شوند و در نهایت منجر به کاهش نشانه‌های آنان می‌شود.

ج) و در نهایت در رویکردهای شناختی - رفتاری، پاره‌ای دیگر از مطالعات بر این باورند که اختلال اضطراب اجتماعی، اجتناب تجربی به شکل رفتارهای ظریف اجتنابی ظاهر می‌شود که منجر به آسیب در همه جنبه‌های زندگی (به طور مثال روابط، شغل، سلامتی و غیره) در افراد مبتلا به این اختلال می‌شود. کابات - زین در ۲۰۰۸ بر این باور است که ذهن آگاهی باعث انعطاف پذیری و گسترش پذیرش بیشتر در افراد می‌گردد [۲۴]. علاوه بر این، پذیرش می‌تواند به عنوان یک عامل واسطه‌ای در ارتباط بین اضطراب اجتماعی و آشفستگی رفتاری در نظر گرفته شود [۳۸]. سطوح بالای پذیرش در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی باعث پذیرش احساسات

ابتدای راه است، بدون تردید، پژوهش‌های آتی می‌توانند چشم اندازه‌های جدیدی را پیش روی ما قرار دهند [۲۰]. البته باید توجه داشت که پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بوده که می‌توان به آن‌ها اشاره داشت: مطالعه حاضر، به نمونه‌های ایرانی دانشجویی با ویژگی‌های جمعیت شناختی خاصی، تعداد محدود و جغرافیای خاص محدود بوده و مردان نیز در این مطالعه شرکت نداشتند از سوی دیگر، فقدان پیگیری و گروه درمان نما نیز از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بوده است. نهایت پیشنهاد محققین بر آن است که با توجه به محدودیت‌های کنونی این پژوهش، تحقیقات آینده در گستره‌ای متفاوت، تاثیر این روش درمانی را بر اختلال اضطراب اجتماعی و یا سایر موارد بالینی مرتبط واریسی نمایند.

#### منابع

- ۱- سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا. (۲۰۰۷، ۱۳۸۶). خلاصه روانپزشکی کاپلان. ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند.
- 2- Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (2001). Social anxiety disorder. In: H. D. Barlow (Ed.). Clinical handbook of psychological disorder: A step-by-step treatment (3rd.ed.). New York: Guilford Press.
- 3- Davidson, J. R. T., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F., Franklin, M., Compton, J., Zhao, N., Connor, K., Lynch, T. R., & Kishore, G. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. Archives of General Psychiatry, 61, 1005-1013.
- 4- Kessler, R.C., Berglund P.D., Demler O., Merikangas J.R., & Walters E.E. (2011). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication, Archives of General Psychiatry 62, PP.564-876.

وسواسی جبری [۲۷] و اختلال وحشتزدگی [۳۱] پرداخته و از موفقیت این نوع مداخله، سخن گفته اند. چه به این نتایج نگاه کنیم و چه به یافته‌های تحقیق کنونی، پرسش این است که چرا، برنامه درمانی طراحی شده در فرهنگ و شرایط دیگر، توانسته است به بهبود مبتلایان ایرانی یاری رساند. آیا می‌توان گفت که برنامه MBSR، که برگرفته از فرهنگ شرق دور است، و به فرهنگ ما نزدیک‌تر است، این موفقیت را رقم زده است؟ یا باید به مکانیزم‌هایی که پیشتر و در این فصل، مبتنی بر دیدگاه‌های روان شناختی و نوروپسیکولوژیک مطرح شده تکیه زد و یا هم به این مکانیزم‌ها و هم جنبه‌های فرهنگ. به سادگی نمی‌توان این نکته را مبنای بحث قرار داد. چرا که خود نیازمند واریسی‌های دقیق‌تر است. اما نباید از این جنبه به سادگی گذشت که تاثیر چنین برنامه‌ای، با همه نقادان‌های متصور در این تحقیق، در مورد نمونه‌ای از مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی، به ما نشان می‌دهد که اختلال یاد شده دارای محورهای مهمی است که با وجود اینکه فرهنگ ممکن است، موقعیت و محتواها و برخی از ابعاد آن را تحت تاثیر قرار دهد، اما در هر فرهنگ می‌توان این محورها را دید. همچنین آماج برنامه MBSR متوجه نقاطی بوده که همین محور را مورد هدف قرار داده است. پس شاید بتوان گفت یکی از دلایل این تاثیر، وجه مشترک مشکلات بشری و راه حل‌های یافت شده برای آن است. این تذکر نباید به معنای نادیده گرفتن جنبه‌های مهم و متمایز فرهنگی تلقی شود. بدیهی است که ممکن است آنچه که در این مطالعه به آن دست یافتیم در مورد گروه‌های دیگر و یا در گستره بالینی تغییر نماید و از این رو فرهنگ و مفاهیم فرهنگی و قومی می‌توانند تاثیر پذیری از این مداخله درمانی را کم و یا زیاد نمایند. در نهایت باید گفت، ذهن آگاهی یک رویکرد درمانی نسبتاً جدید و مکمل است که نیازمند واریسی‌های متعدد، به ویژه در نمونه‌های ایرانی و در گستره‌های متعدد است. این نکته را شری او همکاران تذکر داده اند که واریسی اثربخشی و قابلیت پذیرش بالقوه این برنامه هنوز در

<sup>1</sup>. Shery, M.

- 15- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., & Toarmino, D. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553–578.
- 16- Jazaieri, H., Goldin, P., Werner, K., Ziv, M., Heimberg, R., Gross, J.J. (2012). A randomized clinical trial of mindfulness-based stress reduction versus aerobic exercise for social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 715–731.
- 17- Allen, N. B., Chambers, R., & Knight, W. (2006). Mindfulness-based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 285–294.
- 18- Goldin, P.R., & Gross, J. J. (2010). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder. *American Psychological Association*. Vol. 10, No. 1, 83–91.
- ۱۹- میرزایی، الهام. (۱۳۹۱). بررسی اثر بخشی الگوی درمانی کاهش استرس بر اساس ذهن آگاهی (MBSR) در کاهش نگرانی بیمار گونه. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، تهران: دانشگاه شاهد.
- 20- Goldin, P. R., Werner, K., Ziv, M., Jazaieri, H., Luce, K., Hill, K., Gross, J. J. (2012). Cognitive Reappraisal Self-Efficacy Mediates the Effects of Individual Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psycholog*. 6, 1034–1040 .
- 21- Jazaieri, H., Goldin, P., Werner, K., Ziv, M., Heimberg, R., Gross, J.J. (2012). A randomized clinical trial of mindfulness-based stress reduction versus aerobic exercise for social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 715–731.
- 22- Goldin, P. R., Ramel, W., & Gross, J. J. (2009). Mindfulness meditation training and self-referential processing in social anxiety disorder: Behavioral and neural effects. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 242–257.
- 5- Furmark, T., Tillfors, M., Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissiota, A., Langstrom, B., et al. (2002). Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 59, 425-433.
- 6- Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of SP. *Psychiatr Clin* 2001; 24(11): 617-641.
- 7- Leung AW, Heimberg RG: Homework compliance, perceptions of control, and outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia. *Behav Res Ther* 34:423-432, 1996
- 8- Kocovski, N.L., Laurier, W., Fleming, J.E., & Rector, N.A. (2009). Mindfulness and Acceptance-Based Group Therapy for Social Anxiety Disorder: An Open Trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 276–289.
- 9- Hofmann, S. G. (2010). Advances in the research of social anxiety and its disorder anxiety. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(3), 239-242.
- 10- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies. New York: Guilford Press.
- 11- Herbert, J. D., & Cardaciotto, L. (2005). An acceptance and mindfulness-based perspective on social anxiety disorder. In S. M. Orsillo, & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 189–212). New York: Springer.
- 12- Bögels, S. M., Sijbers, G., & Voncken, M. (2006). Mindfulness and task concentration training for social phobia: A pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 33–44.
- 13- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., & Toarmino, D. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553–578.
- 14- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, N.Y.: Dell Publishing.

- ۲۹- آذرگون، حسن؛ کجیاف، محمد باقر؛ مولوی، حسین و عابدی، محمد رضا. (۱۳۸۸). اثر کاهنده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خود آیندی نگرش‌های ناکارآمد. مجله پژوهش در سلامت روانشناختی. شماره ۳۴. ۱۳-۲۰.
- ۳۰- کاویانی، حسین؛ حاتمی، ندا و شفیع آبادی، عبد الله. (۱۳۸۷). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده. تازه های علوم شناختی، سال ۱۰. شماره ۶. ۱۴-۵.
- ۳۱- سهرابی، فرامرز؛ جعفری فرد، سلیمان؛ زارعی، سلمان و اسکندری، حسین. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلال وحشتزدگی: مطالعه موردی. مجله روان شناسی بالینی - سال چهارم، شماره ۱۶. ۴۰-۳۱.
- ۳۲- بختیاری، آزاده؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ عابدی، احمد؛ صادقی، معصومه. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر اضطراب و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون. فصل نامه دانشور رفتار، دوره دوم، شماره ۸. ۴۷-۶۲.
- ۳۳- آذرگون، حسن؛ کجیاف، محمد باقر؛ مولوی، حسین؛ عابدی، محمد رضا. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان. فصل نامه دانشور رفتار، دوره اول، شماره ۳۴. ۱۳-۲۰.
- ۳۴- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. R., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- ۳۵- فتحی آشتیانی، علی و داستانی، محبوبه. آزمون‌های روان شناختی ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. (۱۳۸۸)، تهران: انتشارات بعثت.
- ۲۳- فیروزی، مایکل بی اسپیتزر، رابرت ال. گی بی، ماریا. ویلیامز، جانت بی دبلیو. (۱۹۹۶). مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های DSM-IV. ترجمه پروانه محمد خانی و همکاران (۱۳۸۹)، تهران: نشر دانژه.
- 24- Stahl, B. & Goldestin, E. (2007). *Mindfulness – Based Stress Reduction Workbook*. New Harbinger Publications, Inc.
- ۲۵- گل پور چمرکوهی، رضا و امینی زرار. (۱۳۹۱). اثر بخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود ذهن آگاهی و افزایش ابراز وجود در دانش آموزان مبتلا به اضطراب امتحان. مجله روان شناسی مدرسه. دوره ۱. شماره ۳. ۱۰۰-۸۲.
- ۲۶- معصومیان، سمیرا؛ گلزاری، محمود؛ شعیری، محمد رضا و مومن زاده سیروس. (۱۳۹۱). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن. فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۳، شماره ۲. ۸۸-۸۲.
- ۲۷- سجادیان، ایلناز؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ مولوی، حسین و معروفی، محسن. (۱۳۸۹). تاثیر آموزش روش ذهن آگاهی بر میزان علائم اختلال وسواسی - جبری در زنان شهر اصفهان. مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی. شماره ۳۳. ۱۴۲-۱۲۷.
- ۲۸- عطری فرد، مهدیه؛ شعیری، محمد رضا؛ رسول زاده طباطبایی، کاظم؛ جان بزرگی، مسعود؛ آزاد فلاح، پرویز و بانوپور، ابوالفضل. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش نشانه های اختلال اضطراب اجتماعی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی دانشگاه علامه طباطبایی. شماره ۹. ۵۲-۲۳.

رودسری، محسن. (۱۳۸۶). روایی نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای اختلالهای محور I در DSM-IV (SCID-I). فصل نامه پایش، سال هفتم، شماره ۱. ۴۹-۵۷.

38- Herbert, J. D., & Cardaciotto, L. (2005). An acceptance and mindfulness-based perspective on social anxiety disorder. In S. M. Orsillo, & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 189-212). New York: Springer.

۳۶- حسنوند عموزاده، مهدی. (۱۳۸۹). بررسی رابطه ساده و چندگانه خشم، شرم، بازداری رفتاری، کم رویی و افسردگی با اضطراب اجتماعی در نمونه دانشجویی، با توجه به جنسیت. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، تهران: دانشگاه شاهد.

۳۷- امینی، همایون؛ شریفی، ونداد؛ اسعدی، محمد؛ محمدی، محمد رضا؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزیتا؛ حکیم شوشتری، میترا؛ صدیق، ارشیا و جلالی

# رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت و جهت گیری هدف در دانشجویان دانشگاه پیام نور بیرجند

نویسندگان: محمد اکبری بورنگک<sup>۱</sup>، فاطمه غلامی بورنگک<sup>۲\*</sup> و زکبه عادلپور<sup>۲</sup>

۱. عضو هیئت علمی دانشگاه بیرجند.

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی مشهد.

\*Email: f.gholami87@yahoo.com

## چکیده

در سال‌های اخیر پژوهش‌های زیادی جهت تبیین نظریه جهت‌گیری هدف، به عنوان یکی از دیدگاه‌های مهم در زمینه انگیزش و بررسی پیشایندها و پیامدهای آن انجام شده است. یکی از عوامل مهم و اثرگذار بر جهت‌گیری هدف، پنج عامل بزرگ شخصیت است. این پژوهش با هدف تعیین رابطه بین پنج عامل شخصیت و جهت‌گیری هدف طراحی و اجرا گردید. پژوهش حاضر بر اساس روش توصیفی - همبستگی انجام شد. بدین منظور ۳۸۰ نفر از دانشجویان دانشگاه پیام‌نور بیرجند با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از دو پرسشنامه پنج عاملی شخصیت (BFI) و جهت‌گیری هدف الیوت و مک‌گریگور جمع‌آوری و در دو سطح آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و آمار استنباطی شامل ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان تحلیل گردیدند. یافته‌ها نشان داد که تمامی روابط میان پنج عامل بزرگ شخصیت و چهار نوع جهت‌گیری هدف، به جز در مورد وظیفه‌مداری و جهت‌گیری عملکردی-رویکردی، معنادار است. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز نشان داد که متغیرهای برون‌گرایی و کثودگی تجربه پیش‌بین‌های معناداری برای جهت‌گیری‌های تسلطی-رویکردی، عملکردی-رویکردی و عملکردی-اجتنابی و متغیرهای برون‌گرایی و وظیفه‌مداری پیش‌بین‌های معناداری برای جهت‌گیری تسلطی-اجتنابی هستند. به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که میان پنج عامل شخصیت و جهت‌گیری هدف رابطه وجود دارد و شخصیت پیش‌بین معناداری برای جهت‌گیری هدف است.

کلید واژه‌ها: پنج عامل بزرگ شخصیت - جهت‌گیری هدف - دانشگاه پیام‌نور بیرجند.

روان‌شناسی

بالینی

و

شخصیت

دانشور  
وختار

• دریافت مقاله: ۹۳/۶/۲۷

• پذیرش مقاله: ۹۴/۲/۱

Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer  
2015

Clinical Psy. & Personality

دانشگاه شاهد

سال بیست و دوم - دوره

جدید شماره ۱۲

بهار و تابستان ۱۳۹۴

## مقدمه

در چند دهه اخیر نظریه جهت‌گیری هدف<sup>۱</sup> به عنوان یکی از دیدگاه‌های مهم در زمینه انگیزش پدیدار شد. [۱] این نظریه با رویکردی شناختی-اجتماعی، مفهوم هدف‌گرایی را به عنوان اساسی‌ترین مفهوم انگیزشی مورد توجه قرار داده است. [۲] نظریه جهت‌گیری هدف، بر قصد و نیت افراد برای پیشرفت در تکالیف و چرایی تلاش تأکید دارد. [۳] طبق تعریف آیمز<sup>۲</sup> [۴]، مفهوم جهت‌گیری هدف نشان‌دهنده الگوی منجمی از باورها، اسنادها و هیجان‌هاست که سبب می‌شود فرد به طرق مختلف به موقعیت‌ها گرایش پیدا کند، در آن زمینه به فعالیت پردازد و در نهایت پاسخی را ارائه دهد. [۵]. جهت‌گیری هدف، الگوی یک پارچه‌ای از باورهاست که فرد را به سوی یک رویکرد هدایت کرده و موجب پاسخ‌های مختلف به شرایط می‌شود. [۶]

در خصوص جهت‌گیری هدف، یکی از جدیدترین تقسیم‌بندی‌ها، تقسیم‌بندی الیوت و همکارانش است. [۵] الیوت و مک‌گریگور<sup>۳</sup> [۷] معتقدند که مفهوم اصلی در جهت‌گیری هدف، "شایستگی"<sup>۴</sup> است. بر اساس این نظریه، جهت‌گیری هدف دارای دو مؤلفه متمایز به نام‌های "تعریف شایستگی"<sup>۵</sup> و "ارزش شایستگی"<sup>۶</sup> می‌باشد. مؤلفه "تعریف شایستگی" به دو نوع "شایستگی تسلطی" و "شایستگی عملکردی" تقسیم می‌شود. افرادی که دارای هدف‌های عملکردی‌اند، علاقه دارند توانایی‌شان را به دیگران نشان دهند و توانا به نظر برسند، اما افراد دارای اهداف تسلطی سعی دارند توانایی‌هایشان را بالا ببرند و تأکید آن‌ها بر درک و مهارت است. دومین بعد شایستگی در این نظریه، "ارزش" است که می‌تواند "رویکردی" باشد یا "اجتنابی". در حالت اول، رفتار فرد گرایشی و هدف کسب موفقیت است؛ اما در حالت دوم، رفتار فرد اجتنابی و هدف اجتناب از شکست

احتمالی است. [۸]

بنابراین با ترکیب دو بعد تعریف و ارزش شایستگی، چهار نوع جهت‌گیری هدف "عملکردی-رویکردی"<sup>۷</sup>، "عملکردی-اجتنابی"<sup>۸</sup>، "تسلطی-رویکردی"<sup>۹</sup> و "تسلطی-اجتنابی"<sup>۱۰</sup> معرفی می‌شود. [۹]. در جهت‌گیری هدف "تسلطی-رویکردی"، فرد بر اهدافی مانند یادگیری در حد توان، چیره شدن بر چالش‌ها و افزایش سطح شایستگی تأکید دارد. در جهت‌گیری "تسلطی-اجتنابی"، فرد به منظور پرهیز از تسلط نداشتن یا شکست در یادگیری تا حد امکان تلاش می‌کند. آن‌ها از نفهمیدن مطالب، شکست در یادگیری مواد درسی یا فراموشی مطالب آموخته شده می‌ترسند. افرادی که جهت‌گیری "عملکردی-رویکردی" دارند، می‌خواهند توانایی خود را به دیگران اثبات کنند و افراد با جهت‌گیری "عملکردی-اجتنابی"، از بی‌کفایت یا ناتوان به نظر آمدن نزد دیگران هراس دارند و تمام تلاش خود را برای اجتناب از شکست به کار می‌برند. [۱۰]

در سال‌های اخیر پژوهش‌های زیادی به تبیین جهت‌گیری هدف و پیشایندها و پیامدهای آن پرداخته‌اند. [۴] نتایج حاکی از آن بوده که جهت‌گیری هدف تحت تاثیر عواملی مختلفی از جمله عوامل شخصی مانند سن، جنس، خودپنداره شخص و عوامل محیطی مانند بافت و فرهنگ قرار دارد. [۱۱، ۱۲] همچنین این سازه با متغیرهای متفاوتی از قبیل تعلل ورزی [۱۳]، فعالیت تحصیلی [۱۴] و خودکارآمدی [۱۵] در ارتباط است.

شخصیت، از دیگر عوامل مرتبط با جهت‌گیری هدف است. [۱۶، ۱۷]. در دهه گذشته، جستجو برای یافتن طبقه‌بندی علمی و قابل قبول از صفات شخصیت، بسیار مورد علاقه بوده است. [۱۸، ۱۹]. مدل پنج‌عاملی شخصیت<sup>۱۱</sup>، یکی از پیشروترین و اکتشافی‌ترین مدل‌های ساختاری شخصیت است. [۲۰، ۲۱، ۲۲]. این الگو که توسط کاستا و مک‌کری<sup>۱۲</sup> مطرح گردیده، یک مدل

7. Performance-approach

8. Performance-avoidance

9. Mastery-approach

10. Mastery-avoidance

11. Five factor model of personality

12. Costa & McCrae

1. Goal Orientations

2. Ames

3. Elliot & McGregor

4. Competency

5. Definition

6. Valence



نژندی و وظیفه‌مداری با جهت‌گیری هدف تسلطی - رویکردی به ترتیب رابطه منفی و مثبت دارند. لیندسی و اسکات<sup>۸</sup> [۳۴] نشان دادند که گشودگی در برابر تجربه رابطه مثبتی با جهت‌گیری هدف تسلطی - رویکردی و رابطه‌ای منفی با جهت‌گیری هدف عملکردی - اجتنابی دارد. حسینی و لطیفیان [۱۰] به این نتیجه رسیدند که روان‌نژندی با جهت‌گیری عملکردی - رویکردی و عملکردی - اجتنابی رابطه مثبت، گشودگی در برابر تجربه با جهت‌گیری عملکردی - اجتنابی رابطه منفی و توافق - پذیری با جهت‌گیری عملکردی - رویکردی رابطه منفی دارد. با توجه به آن‌که تاکنون مطالعه جامعی به بررسی تمامی روابط موجود میان پنج عامل بزرگ شخصیت و جهت‌گیری هدف نپرداخته، پژوهش حاضر با هدف بررسی فرضیات زیر انجام شد:

#### فرضیات پژوهش

۱. بین پنج عامل شخصیت و جهت‌گیری تسلطی - رویکردی رابطه وجود دارد.
۲. بین پنج عامل شخصیت و جهت‌گیری تسلطی - اجتنابی رابطه وجود دارد.
۳. بین پنج عامل شخصیت و جهت‌گیری عملکردی - رویکردی رابطه وجود دارد.
۴. بین پنج عامل شخصیت و جهت‌گیری عملکردی - اجتنابی رابطه وجود دارد.

#### روش

##### نوع پژوهش

روش پژوهش از نوع توصیفی (غیرآزمایشی) - همبستگی می‌باشد.

##### آزمودنی

جامعه آماری تحقیق متشکل از کلیه دانشجویان دانشگاه پیام‌نور بیرجند است که در نیمسال تابستان ۱۳۹۳ در این دانشگاه مشغول به تحصیل بودند.

سلسله‌مراتبی از صفات شخصیتی است و افراد را بر اساس پنج حیطه از شخصیت طبقه‌بندی می‌کند. [۲۳]. این پنج حیطه عبارتند از: روان‌نژندی در مقابل ثبات هیجانی<sup>۱</sup>، برون‌گرایی در مقابل درون‌گرایی<sup>۲</sup>، گشودگی تجربه در مقابل بسته بودن آن<sup>۳</sup>، توافق‌پذیری در مقابل دگرسیزی<sup>۴</sup> و وظیفه‌مداری<sup>۵</sup> در مقابل فقدان جهت یا مسامحه کاری [۲۴، ۲۵].

روان‌نژندی به معنی آمادگی فرد برای تجربه عاطفه منفی، احساس نارضایتی و ناخشنودی مزمن [۲۶]؛ برون‌گرایی به معنی داشتن ویژگی‌هایی چون معاشرتی و پراثری بودن، هیجان خواهی و صمیمیت؛ و توافق‌پذیری به معنی تمایل فرد به مساعدت، دلسوزی، مهربانی و نوع دوستی است. وظیفه‌مداری با گرایش فرد به مسئولیت‌پذیری، قابل اعتماد بودن، خود-نظم‌بخشی، هدفمندی، کارایی، علاقه به پیشرفت و منطقی بودن مرتبط است [۲۷] و سرانجام گشودگی تجربه شامل ویژگی‌هایی چون جرأت‌ورزی، علاقه‌مندی، انعطاف - پذیری و کنجکاو است [۲۸].

تاکنون پژوهش‌های مختلفی، ارتباط پنج عامل بزرگ شخصیت را با انواع متغیرهای روانشناسی از جمله رضایت زناشویی [۲۹]، سبک‌های یادگیری [۳۰]، سبک - های هویتی [۳۱] و شادی [۳۲] بررسی کرده‌اند. شماری از پژوهش‌ها نیز به بررسی رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت و جهت‌گیری هدف پرداخته‌اند. الیوت و تراش<sup>۶</sup> تراش<sup>۶</sup> [۳۳] در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که برون‌گرایی به خوبی می‌تواند جهت‌گیری هدف تسلطی - رویکردی را پیش‌بینی کند. همچنین نتایج این تحقیق نشان داد که روان‌نژندی با جهت‌گیری عملکردی - رویکردی و عملکردی - اجتنابی رابطه مثبت دارد. در پژوهش زوئیگ و وبستر<sup>۷</sup> [۱۶] این نتیجه به دست آمد که برون‌گرایی با جهت‌گیری هدف عملکردی - اجتنابی رابطه منفی، روان -

1. Neuroticism Versus Closedness to experience

2. Extraversion versus Introversion

3. Openness Versus Closedness to experience

4. Agreeableness Versus antagonism

5. Conscientiousness

6. Thrash

7. Zweig & Webster

8. Lindsay & Scott

جدول ۱: اطلاعات جامعه شناختی افراد نمونه

تحصیلات				سن			جنس			
فوق لیسانس	لیسانس	فوق دیپلم	نامشخص	۴۰-۵۰	۳۰-۴۰	۲۰-۳۰	نامشخص	زن	مرد	نامشخص
۳۲	۲۴۶	۲	۵۰	۳۰	۷۴	۱۷۶	۵۰	۱۴۶	۱۴۹	۳۵
%۹	%۷۵	%۱	%۱۵	%۹	%۲۲	%۵۴	%۱۵	%۴۴	%۴۵	%۱۱

وظیفه مداری، روان‌نژندی، گشودگی تجربه، برون‌گرایی و توافق‌پذیری به ترتیب برابر با 0/85، 0/84، 0/76، 0/72 و 0/60 به دست آمد. نصرت آبادی، جوشن لو و جعفری کندوان [۳۷] همسانی درونی زیرمقیاس‌های پنج‌گانه را از 0/60 تا 0/80 به دست آوردند. تحلیل عاملی تأییدی این پژوهش نیز، مدل پنج عاملی شخصیت را تأیید کرد.

۲. پرسشنامه جهت‌گیری هدف: پرسشنامه ۲\*۲ هدف‌گرایی توسط الیوت و مک‌گریگور [۷] به منظور اندازه‌گیری جهت‌گیری هدف ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۲ گویه است و اهداف عملکردی- رویکردی (سؤالات ۱، ۷ و ۹)، عملکردی- اجتنابی (سؤالات ۴، ۶ و ۱۱)، تسلطی- رویکردی (سؤالات ۲، ۸ و ۱۲) و تسلطی- اجتنابی (سؤالات ۳، ۵ و ۱۰) را می‌سنجد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۵ محاسبه می‌شود. نمره بالاتر فرد در هر یک از ابعاد چهارگانه، نشان‌دهنده نوع جهت‌گیری فرد می‌باشد. در تحقیق پوتوین و دانلیز [۳۸] ضریب پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برای جهت‌گیری هدف عملکردی- رویکردی، عملکردی- اجتنابی، تسلطی- رویکردی و تسلطی- اجتنابی به ترتیب برابر 0/57، 0/78، 0/72 و 0/67 و در پژوهش دفترچی و شیخ‌الاسلامی [۳] ضریب پایایی پرسشنامه با روش بازآزمایی به ترتیب برابر 0/65، 0/70، 0/81 و 0/76 به دست آمد. همچنین جهت بررسی روایی، پوتوین و دانلیز [۳۸] با روش تحلیل عاملی تأییدی، روایی سازه این پرسشنامه را تأیید کردند و دفترچی و شیخ‌الاسلامی [۳] همبستگی هر ماده را با نمره خرده مقیاس مربوط به آن محاسبه کردند که همه

از میان این دانشجویان ۳۸۰ نفر با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند، که تعداد ۵۰ پرسشنامه به علت بی‌دقتی و ناقص بودن حذف گردید و درنهایت حجم نمونه به ۳۳۰ نفر رسید. جهت رعایت اخلاق پژوهشی تمامی آزمودنی‌ها آگاه شدند که این اطلاعات به منظور اهداف پژوهشی جمع‌آوری می‌شود همچنین آزمودنی‌ها با رضایت آگاهانه و در صورت تمایل به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند و در مورد پنهان ماندن هویت آن‌ها اطمینان داده شد. اطلاعات جمعیت شناختی افراد نمونه در جدول ۱ آورده شده است.

### ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از دو پرسشنامه، جهت‌گردآوری اطلاعات استفاده شد:

۱. پرسشنامه پنج عامل اصلی شخصیت (BFI): این پرسشنامه توسط جان، دوناو و کنتل در سال ۱۹۹۱ به منظور اندازه‌گیری مؤلفه‌های اصلی شخصیت و با ۴۴ گویه ساخته شد. وظیفه مداری ۹ ماده، روان‌نژندی ۸ ماده، گشودگی تجربه ۱۰ ماده، برون‌گرایی ۸ ماده و توافق‌پذیری ۹ ماده را به خود اختصاص می‌دهند. سؤالات بر روی طیفی پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۵ نمره گذاری می‌شوند. جان و سرواستارا [۳۵] در نمونه امریکایی و کانادایی، همسانی درونی زیر مقیاس‌های پنج‌گانه را در دامنه 0/75 تا 0/90 و پایایی بازآزمایی سه ماهه این مقیاس‌ها در دامنه 0/8 تا 0/9 گزارش کرده‌اند. در پژوهش گراوند، شکری، افضل‌ی و طولابی [۳۶]، ضریب آلفای کرونباخ برای عامل‌های

<sup>2</sup>. Putwain & Daniels

<sup>1</sup>. John & Srivastava

ضرایب در سطح ۰,۰۱ معنادار بود.

جدول ۳ نشان می‌دهد که متغیرهای برون‌گرایی، وظیفه‌مداری، گشودگی تجربه و توافق‌پذیری رابطه مثبت و معنادار و متغیر روان‌نژندی رابطه منفی و معناداری با جهت‌گیری هدف تسلطی- رویکردی دارند.

نتایج تحلیل رگرسیون جدول ۴ نشان می‌دهد که متغیرهای برون‌گرایی ( $\beta=0/69, P<0,000$ ) و گشودگی تجربه ( $\beta=0/70, P<0,000$ ) قادرند به صورت مثبت و معنادار جهت‌گیری تسلطی- رویکردی را پیش‌بینی کنند.

جهت بررسی فرضیه ۲ پژوهش درباره ارتباط بین پنج عامل شخصیت و جهت‌گیری هدف تسلطی- اجتنابی، از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان استفاده شد. نتایج مربوط به این تحلیل در جدول ۵ و ۶ آورده شده است.

اطلاعات جدول ۵ نشان می‌دهد که متغیرهای برون‌گرایی، وظیفه‌مداری، گشودگی تجربه و توافق‌پذیری رابطه منفی و معنادار و متغیر روان‌نژندی رابطه مثبت و معناداری با جهت‌گیری هدف تسلطی- اجتنابی دارند.

### شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های حاصل از گردآوری اطلاعات در دو سطح توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و استنباطی شامل ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش همزمان تحلیل گردیدند.

### نتایج

شاخص‌های توصیفی متغیرها در جدول ۲ ارائه شده است:

به منظور بررسی فرضیه ۱ پژوهش درباره ارتباط بین پنج عامل شخصیت و جهت‌گیری هدف تسلطی- رویکردی، از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان استفاده شد. نتایج مربوط به این تحلیل در جدول ۳ و ۴ آورده شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

انحراف استاندارد	میانگین	
۵/۰۵	۱۸/۶۵	روان‌نژندی
۵/۰۶	۲۹/۶۸	برون‌گرایی
۶/۴۹	۳۶/۳۱	گشودگی تجربه
۵/۶۹	۳۲/۴۳	توافق‌پذیری
۵/۸۹	۳۱/۷۳	وظیفه‌مداری
۱/۳۶	۱۲/۸۳	جهت‌گیری تسلطی- رویکردی
۱/۵۷	۵/۴۰	جهت‌گیری تسلطی- اجتنابی
۱/۴۰	۵/۳۰	جهت‌گیری عملکردی- رویکردی
۱/۳۶	۵/۲۰	جهت‌گیری عملکردی- اجتنابی

جدول ۳: ضرایب همبستگی پنج عامل شخصیت با جهت‌گیری تسلطی- رویکردی

توافق‌پذیری	گشودگی تجربه	روان‌نژندی	وظیفه‌مداری	برون‌گرایی	جهت‌گیری تسلطی- رویکردی
***۰/۸۶	***۰/۸۶	***-۰/۸۵	***۰/۸۰	***۰/۸۹	

\*\*\* معنادار در سطح ۰/۰۱

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون پنج عامل شخصیت بر جهت‌گیری تسلطی - رویکردی

p	t	$\beta$	R2	R	
۰/۰۰۰	۵/۸۶	۰/۶۹	۰/۸۱	۰/۹۰	برون‌گرایی
۰/۲۹	-۱/۰۶	-۰/۱۱			وظیفه‌مداری
۰/۲۷	-۱/۰۹	-۰/۱۴			روان‌نژندی
۰/۰۰۰	۴/۰۸	۰/۷۰			گشودگی تجربه
۰/۰۶	-۲/۷۹	-۰/۵۱			توافق‌پذیری

جدول ۵: ضرایب همبستگی پنج عامل شخصیت با جهت‌گیری تسلطی - اجتنابی

توافق‌پذیری	گشودگی تجربه	روان‌نژندی	وظیفه‌مداری	برون‌گرایی	جهت‌گیری تسلطی - اجتنابی
***-۰/۶۹	***-۰/۶۹	***۰/۷۶	***-۰/۷۸	***-۰/۷۱	

\*\*\* معنادار در سطح ۰/۰۰۱

جدول ۶: نتایج تحلیل رگرسیون پنج عامل شخصیت بر جهت‌گیری تسلطی - اجتنابی

p	t	$\beta$	R2	R	
۰/۰۰۱	-۳/۳۴	-۰/۵۴	۰/۶۳	۰/۷۹	برون‌گرایی
۰/۰۰۰	-۷/۰۶	-۱/۰۹			وظیفه‌مداری
۰/۱۳	-۱/۵۱	-۰/۲۸			روان‌نژندی
۰/۱۴	-۱/۴۶	-۰/۳۴			گشودگی تجربه
۰/۲۹	۱/۰۶	۰/۱۱			توافق‌پذیری

عملکردی - رویکردی دارند.

نتایج تحلیل رگرسیون جدول ۸ نشان می‌دهد که متغیرهای برون‌گرایی ( $\beta = -0.63, P < 0.000$ ) و گشودگی تجربه ( $\beta = -0.52, P < 0.01$ ) قادرند به صورت منفی و معنادار جهت‌گیری عملکردی - رویکردی را پیش‌بینی کنند.

به منظور بررسی فرضیه ۴ پژوهش درباره ارتباط بین پنج عامل شخصیت و جهت‌گیری هدف عملکردی - اجتنابی، از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان استفاده شد. نتایج مربوط به این تحلیل در جدول ۹ و ۱۰ ارائه شده است.

نتایج تحلیل رگرسیون جدول ۶ نشان می‌دهد که متغیرهای برون‌گرایی ( $\beta = -0.54, P < 0.001$ ) و وظیفه‌مداری ( $\beta = -1.09, P < 0.000$ ) قادرند به صورت منفی و معنادار جهت‌گیری تسلطی - اجتنابی را پیش‌بینی کنند.

به منظور بررسی فرضیه ۳ پژوهش درباره ارتباط بین پنج عامل شخصیت و جهت‌گیری هدف عملکردی - رویکردی، از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان استفاده شد. نتایج مربوط به این تحلیل در جدول ۷ و ۸ ارائه شده است.

اطلاعات جدول ۷ نشان می‌دهد که متغیرهای برون‌گرایی، گشودگی تجربه و توافق‌پذیری رابطه منفی و معنادار و متغیر روان‌نژندی رابطه مثبت و معناداری با جهت‌گیری هدف

جدول ۷: ضرایب همبستگی پنج عامل شخصیت با جهت‌گیری عملکردی - رویکردی

توافق‌پذیری	گشودگی تجربه	روان‌نژندی	وظیفه‌مداری	برون‌گرایی	جهت‌گیری عملکردی - رویکردی
***-۰/۷۸	***-۰/۷۹	***۰/۸۳	۰/۱۴	***-۰/۸۱	

\*\*\* معنادار در سطح ۰/۰۰۱

جدول ۸: نتایج تحلیل رگرسیون پنج عامل شخصیت بر جهت گیری عملکردی- رویکردی

p	t	$\beta$	R2	R	
۰/۰۰۰	-۴/۴۲	-۰/۶۳	۰/۷۲	۰/۸۴	برون گرایی
۰/۱۳	۱/۵۱	۰/۲۸			وظیفه مداری
۰/۵۶	-۰/۵۷	-۰/۰۹			روان نژندی
۰/۰۱	-۲/۵۱	-۰/۵۲			گشودگی تجربه
۰/۰۶	-۲/۷۹	-۰/۵۱			توافق پذیری

جدول ۹: ضرایب همبستگی پنج عامل شخصیت با جهت گیری عملکردی- اجتنابی

توافق پذیری	گشودگی تجربه	روان نژندی	وظیفه مداری	برون گرایی	جهت گیری عملکردی- اجتنابی
***-۰/۸۵	***-۰/۸۶	***۰/۸۴	***-۰/۸۰	***-۰/۸۸	

\*\*\* معنادار در سطح ۰/۰۱

جدول ۱۰: نتایج تحلیل رگرسیون پنج عامل شخصیت بر جهت گیری عملکردی- اجتنابی

p	t	$\beta$	R2	R	
۰/۰۰۰	-۵/۳۴	-۰/۶۶	۰/۷۸	۰/۸۸	برون گرایی
۰/۸۲	۰/۲۱	۰/۰۲			وظیفه مداری
۰/۵۵	۰/۵۸	۰/۰۸			روان نژندی
۰/۰۰۰	-۴/۰۴	-۰/۷۳			گشودگی تجربه
۰/۰۶	۲/۷۹	۰/۵۱			توافق پذیری

معنادار و روان نژندی رابطه منفی و معناداری با جهت گیری تسلطی- رویکردی دارند. این نتایج با پژوهش های ایوت و تراش [۳۳]، زوئیگ و وبستر [۱۶]، لیندسی و اسکات [۳۴]، کاستا و مک کری [۳۹]، مک کری [۴۰]، باربیچ ۱ [۴۱] و خرمایی [۴۲] همسو می باشد. افراد برون گرا از بودن کنار دیگران و حضور در جمع های بزرگ لذت می برند و تمایل دارند که جسور، فعال و پرحرف باشند. آنها شبیه سازی و هیجان را دوست دارند و به طور معمول بشاش هستند [۴۳]. برون گرایی بیانگر وجود رویکرد پارانرژی به جهان می باشد و ویژگی هایی چون فعال بودن و جرأت ورزی را شامل می شود [۴۴]. فعال بودن با رویکرد تسلطی- رویکردی در ارتباط است

اطلاعات جدول ۹ نشان می دهد که متغیرهای برون گرایی، وظیفه مداری، گشودگی تجربه و توافق پذیری رابطه منفی و معنادار و متغیر روان نژندی رابطه مثبت و معناداری با جهت گیری هدف عملکردی- اجتنابی دارند.

نتایج تحلیل رگرسیون جدول ۱۰ نشان می دهد که متغیرهای برون گرایی ( $\beta = -0.66, P < 0.000$ ) و گشودگی تجربه ( $\beta = -0.73, P < 0.000$ ) به صورت منفی و معنادار جهت گیری عملکردی- اجتنابی را پیش بینی کنند.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت و جهت گیری هدف انجام شد. در خصوص فرضیه اول یافته ها نشان داد که برون گرایی، وظیفه مداری، گشودگی تجربه و توافق پذیری رابطه مثبت و

<sup>1</sup>. Barrick

منفی همچون ترس، غم، برانگیختگی، خشم، احساس گناه و گرایش به سمت اتخاذ احساسات منفی نسبت به وقایع، افراد و پدیده‌ها، از دیگر ویژگی‌های افراد روان‌نژند می‌باشد [۵۲]. از این‌رو روان‌نژندی پیش بین منفی برای جهت‌گیری تسلطی - رویکردی است.

در خصوص فرضیه دوم یافته‌ها نشان داد که برون‌گرایی، وظیفه‌مداری، گشودگی تجربه و توافق‌پذیری رابطه منفی و معنادار و روان‌نژندی رابطه مثبت و معناداری با جهت‌گیری تسلطی - اجتنابی دارند. این نتایج با مطالعه حسینی و لطیفیان [۱۰] همسو می‌باشد. در جهت‌گیری تسلطی - اجتنابی، شایستگی به صورت دستیابی کامل به هدف، تعریف می‌شود. [۷]. از سوی دیگر، افراد روان‌نژند، بیش‌تر از آن‌که به سمت اکتساب یک هدف حرکت کنند؛ اجتناب از شکست را نشان می‌دهند. لذا روان‌نژندی پیش بین مثبتی برای جهت‌گیری تسلطی - اجتنابی است. برون‌گرایی شامل ویژگی‌های صمیمیت، جمع‌گرایی، قاطعیت، جنب و جوش، هیجان‌خواهی، اطمینان، قاطعیت، جاه‌طلبی، عمل‌گرایی، انرژی زیاد، پرشوری و پرحرارتی می‌باشد [۵۳]. برون‌گراها افرادی اجتماعی و خطرپذیر هستند و نیندیشیده عمل می‌کنند. از سوی دیگر، افراد با جهت‌گیری هدف تسلطی - اجتنابی، برای اجتناب از شکست تلاش می‌کنند و افراد خطرپذیری نیستند. بنابراین بین برون‌گرایی و جهت‌گیری تسلطی - اجتنابی رابطه منفی وجود دارد. وظیفه‌مداری، توصیف‌کننده قدرت کنترل تکانه‌ها به نحوی است که جامعه مطلوب می‌داند. این ویژگی، تسهیل‌کننده رفتار تکلیف‌محور و هدف‌محور است [۵۴]. از دیگر سو، افراد با رویکرد تسلطی - اجتنابی تکلیف‌محور نبوده و برای اجتناب از شکست، تلاش می‌کنند. لذا بین وظیفه‌شناسی و جهت‌گیری تسلطی - اجتنابی رابطه منفی وجود دارد. افرادی که دارای گشودگی تجربه هستند، هم‌درباره دنیای درونی و هم بیرونی کنجکاوند و زندگی آن‌ها از لحاظ تجربه، غنی است. آن‌ها دارای استقلال ذهنی، استقلال در قضاوت و تخیل هستند [۵۵، ۵۶]. همچنین گشودگی یا پذیرایی

از این‌رو افراد برون‌گرا قادرند بر کارها تسلط یافته و به رشد و شایستگی مطلوب برسند [۴۶، ۴۵]. بنابراین برون‌گرایی با جهت‌گیری هدف تسلطی - رویکردی رابطه مثبت دارد. وظیفه‌مداری با ویژگی‌هایی مانند مایل خود-نظم بخشی و وجدان کاری همراه است [۴۷]. افراد وظیفه‌شناس، افرادی متمرکز، بااراده و مصمم هستند و تمایل دارند که سخت‌کوش، موفقیت‌گرا و سالم باشند. در حالی که افرادی که نمره پایینی در وظیفه‌شناسی کسب می‌کنند، تمایل بیشتری دارند که لذت‌گرا، پریشان‌تر و بیشتر تابع امیال خود باشند [۴۳]. افراد وظیفه‌مدار دقیق، وقت‌شناس، قابل اعتماد، در جهت رسیدن به اهداف‌شان پیگیر و دارای سطح توقعات بالا هستند [۴۸]. همچنین این افراد، از صرف کوشش و تلاش جهت کسب تسلط بر تکالیف خسته نمی‌شوند. به همین دلیل وظیفه‌مداری، پیش‌بینی‌کننده مثبتی برای جهت‌گیری تسلطی رویکردی است. گشودگی در برابر تجربه با ویژگی‌هایی همچون نیاز به فهم موقعیت‌های بدیع و خلاقیت در ارتباط است. این خصوصیات با ویژگی افراد دارای جهت‌گیری تسلطی - رویکردی مشابه است. افراد توافق‌پذیر، ویژگی‌هایی چون سازش‌پذیری و انعطاف دارند. افراد با جهت‌گیری تسلطی - رویکردی نیز تمایل دارند توانایی‌های خود را به عنوان یک ویژگی منعطف و تغییر پذیر، که می‌تواند بر اساس تلاش و تجربه رشد یابد، تلقی کنند. لذا توافق‌پذیری پیش‌بینی مثبتی برای جهت‌گیری تسلطی - رویکردی است. افراد با جهت‌گیری تسلطی - رویکردی، ثبات هیجانی بالایی دارند و حفظ خوش‌بینی در مواجهه با چالش‌ها، از ویژگی‌های اصلی آن‌ها محسوب می‌شود. از سوی دیگر، افراد روان‌نژند، از خود نگرش منفی نشان داده و به دفاعی شدن تمایل دارند [۴۹، ۵۰]. این افراد در موقعیت‌های بین فردی راحت نبوده و مستعد احساس حقارت هستند. این افراد معمولاً خجالتی بوده و دارای اضطراب اجتماعی در جمع‌های بزرگ هستند. ناتوانی در کنترل کشش‌ها و هوس‌ها هم از ویژگی‌های این افراد است، هرچند که می‌دانند پس از رفع میل و هیجان، از کردار خود پشیمان خواهند شد [۵۱]. داشتن احساسات

تجربه، معرف افرادی است که ایده و تجربه جدیدی را به راه می‌اندازد و شخصیتی خلاق، نوآور و متفکر دارند. دارا بودن این ویژگی‌ها باعث می‌شود تا افراد ایده‌های جدیدی را جستجو کنند و از خلاقیت خود برای حل مسائل بدیع بهره بگیرند [۵۲]. این افراد طالب لذت بردن از نظریه‌های جدید و ارزش‌های غیر متعارف هستند و در مقایسه با افراد بسته، احساسات مثبت و منفی فراوانی دارند. چنین افراد غیرمتعارفی، مایل به زیر سوال بردن منبع قدرت و علاقه مند به آزادی در اخلاقیات، امور اجتماعی و دیدگاه‌های سیاسی هستند و پیش‌بینی می‌شود که در محیط خود سکوت را نپذیرند [۵۷]. اما در رویکرد تسلطی - اجتنابی، اجتناب افراد از عدم درک مشکل مطرح است و انگیزش در راستای اجتناب از ناتوانی و عدم شایستگی به خویشتن، تمرکز می‌یابد [۵۸، ۵۹]. لذا بین گشودگی تجربه و جهت‌گیری تسلطی - اجتنابی رابطه منفی وجود دارد. افراد توافق‌پذیر، دارای ویژگی‌هایی چون اعتماد، رک‌گویی، دیگر دوستی، هم‌رأیی، تواضع و دل‌رحمی هستند [۵۴]. درحالی‌که در رویکرد تسلطی - اجتنابی، انگیزش و اعتماد در راستای اجتناب از ناتوانی و عدم شایستگی به خود، تمرکز می‌یابد. لذا بین توافق‌پذیری و جهت‌گیری تسلطی - اجتنابی رابطه منفی وجود دارد.

در خصوص فرضیه سوم یافته‌ها نشان داد که برون‌گرایی، گشودگی تجربه و توافق‌پذیری رابطه منفی و معنادار و روان‌نژندی رابطه مثبت و معناداری با جهت‌گیری عملکردی - رویکردی دارند. رابطه میان وظیفه مداری و جهت‌گیری عملکردی - رویکردی معنادار نشد. این نتایج با مطالعه حسینی و لطیفیان [۱۰] و الیوت و تراش [۳۳] همسو می‌باشد. افراد با جهت‌گیری عملکردی - رویکردی، به واسطه نشان دادن شایستگی برتر نسبت به دیگران و به دست آوردن قضاوت‌های مطلوب درباره پیشرفت‌هایشان برانگیخته می‌شوند [۶۰]. از طرف دیگر، افراد توافق‌پذیر در مواجهه با رویدادهای زندگی سازش‌پذیر و منعطف هستند و همکاری و اعتماد زیادی نشان می‌دهند. به همین روی، بین توافق‌پذیری و

جهت‌گیری عملکردی - رویکردی رابطه منفی وجود دارد. افراد روان‌نژند، از شکست و پیشرفت‌مداری ترس چندانی ندارند. افراد با جهت‌گیری عملکردی - رویکردی نیز برای به دست آوردن قضاوت‌های مطلوب درباره پیشرفت‌هایشان تلاش می‌کنند. لذا می‌توان گفت بین روان‌نژندی و جهت‌گیری عملکردی - رویکردی رابطه مثبت وجود دارد. گشودگی تجربه، توصیف‌کننده عمق پیچیدگی و خلاقانه بودن زندگی ذهنی و تجربه‌ای فرد در مقابل داشتن ذهنی بسته می‌باشد [۶۱]. از طرف دیگر افراد دارای این جهت‌گیری عملکردی - رویکردی، توانایی‌های خود را به عنوان یک خصوصیت ثابت در نظر می‌گیرند [۶۲]. لذا بین گشودگی تجربه و جهت‌گیری عملکردی - رویکردی، رابطه منفی وجود دارد. افراد برون‌گرا، به علت مثبت‌اندیش بودن، کمتر دچار تعارض می‌شوند؛ [۶۳]. در حالی‌که افراد با جهت‌گیری عملکردی - رویکردی، به علت تمایل به داشتن عملکرد بهتر در مقایسه با سایر افراد، با تعارضات بیشتری مواجه می‌شوند. لذا بین برون‌گرایی و جهت‌گیری هدف عملکردی - رویکردی رابطه منفی وجود دارد. وظیفه مداری، معمولاً با پشتکار و قابلیت‌های جسمانی مرتبط است و افراد وظیفه‌شناس، پرنیرو و سخت‌کوش هستند [۶۴، ۶۵]. از سوی دیگر، افراد با جهت‌گیری عملکردی - رویکردی به واسطه نشان دادن شایستگی برتر نسبت به دیگران و به دست آوردن قضاوت‌های مطلوب درباره پیشرفت‌هایشان برانگیخته می‌شوند [۱]. از این رو وظیفه‌شناسی با جهت‌گیری عملکردی - رویکردی رابطه مثبت دارد.

در خصوص فرضیه چهارم یافته‌ها نشان داد که برون‌گرایی، وظیفه مداری، گشودگی تجربه و توافق‌پذیری رابطه منفی و معنادار و روان‌نژندی رابطه مثبت و معناداری با جهت‌گیری عملکردی - اجتنابی دارند. این نتایج با تحقیق زوئیگ و وبستر [۱۶]، لیندسی و اسکات [۳۴]، حسینی و لطیفیان [۱۰] و الیوت و تراش [۳۳] همسو می‌باشد. افراد برون‌گرا به دلیل معاشرتی و صمیمی بودن بیشتر مورد توجه دیگران هستند [۶۶]. آنچه برای افراد برون‌گرا از اهمیت زیادی برخوردار است، طلب

می‌دهد [۷۱]. همچنین در این رویکرد، دوری از قضاوت منفی و عدم تأیید دیگران مدنظر می‌باشد. لذا بین این دو متغیر، رابطه منفی وجود دارد. توافق‌پذیری، نشانگر جهت‌گیری اجتماعی و جامعه‌پسند در مقابل نگرش خصمانه نسبت به دیگران می‌باشد و ویژگی‌هایی چون نوع دوستی، اعتماد و فروتنی را شامل می‌شود. افراد توافق‌پذیر از قضاوت‌های تند و بیرحمانه نسبت به دیگران دوری می‌کنند [۷۲]. در حالی که رویکرد عملکردی-اجتنابی، دربرگیرنده تمایلی است جهت کناره‌گیری هرچه بیشتر از کارهای چالش‌برانگیز [۷۳] در این نوع جهت‌گیری، تلاش برای دوری از قضاوت منفی و عدم تأیید دیگران می‌باشد. لذا بین توافق‌پذیری و جهت‌گیری هدف عملکردی-اجتنابی، رابطه منفی وجود دارد. هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت و جهت‌گیری هدف در دانشجویان دانشگاه پیام‌نور بیرجند بود که طبق نتایج مشخص شد میان پنج عامل شخصیت و جهت‌گیری هدف وجود دارد و شخصیت پیش بین معناداری برای جهت‌گیری هدف است. از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که بر روی نمونه‌ای تقریباً متجانس انجام گرفته است. بنابراین انجام پژوهش بر روی نمونه‌های معرف‌تر و با حجم بالاتر و همچنین جمعیت‌های غیر دانشجویی می‌تواند اطلاعات بیشتری فراهم کند و تعمیم‌پذیری نتایج را افزایش دهد. محدودیت دیگر، عدم امکان نمونه‌گیری به شیوه تصادفی بود که دلیل آن، نداشتن لیست کلیه دانشجویان دانشگاه پیام‌نور بود. لذا این پژوهش به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انجام شد و افرادی که تمایل داشتند پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند.

### سپاس و قدردانی

لازم است از تمامی دانشجویان دانشگاه پیام‌نور بیرجند که در اجرای این پژوهش ما را همکاری نمودند تشکر و قدردانی شود.

محرک، جستجوی هیجان و کسب لذت است؛ نه کسب قضاوت مثبت یا اجتناب از قضاوت منفی. درحالی‌که افراد دارای جهت‌گیری عملکردی-اجتنابی، برای جلوگیری از شکست تلاش می‌کنند و کسب لذت برایشان از اهمیت برخوردار نیست. لذا بین برون‌گرایی و جهت‌گیری عملکردی-اجتنابی رابطه منفی وجود دارد. افراد دارای جهت‌گیری عملکردی-اجتنابی، به دلیل ترس از تأیید نشدن توسط دیگران، بیمناک و گریزان هستند. به همین دلیل این افراد از رویارویی با تعاملات اجتماعی اجتناب می‌کنند تا بر ترس و اضطراب خود غلبه کنند. کاستن از تعاملات اجتماعی نیز به نوبه خود، موجبات انزوا میان گروه همسان را بوجود می‌آورد [۲۶]. در حالی‌که افراد با سطوح بالایی از تجربه‌گرایی، خواهان تحریکات ذهنی متنوع و ایده‌های جدید و نو هستند و تمایل به پذیرش عقاید جدید و ارزش‌های غیرمتمعارف دارند [۶۷]. لذا باز بودن در برابر تجربه می‌تواند به صورت منفی جهت‌گیری عملکردی-اجتنابی را پیش‌بینی می‌کنند. روان‌رنجوری با هیجان‌مداری و مدیریت اجتنابی رابطه دارد [۶۸] افراد روان‌رنجور نگرش‌های ضداجتماعی داشته [۶۹] و بی‌مسئولیت و خودمحمور هستند [۷۰]. این افراد، مواقع اجتماعی را با ترس و اضطراب پیش‌بینی می‌کنند. به همین دلیل، از خود نگرش منفی نشان داده و به دفاعی شدن تمایل دارند. افراد با جهت‌گیری عملکردی-اجتنابی نیز، تمایل دارند از قضاوت‌های نامطلوب دیگران اجتناب کنند. بنابراین روان‌نژندی رابطه مثبتی با جهت‌گیری عملکردی-اجتنابی دارد. وظیفه شناسی توصیف‌کننده قدرت کنترل تکانه‌ها، به نحوی است که جامعه مطلوب می‌داند. این عامل با ویژگی‌هایی چون تفکر قبل از عمل، به تأخیر انداختن خواسته‌ها، رعایت هنجارها و الویت‌بندی کارها همراه است [۵۴]. در حالی‌که در رویکرد عملکردی-اجتنابی افراد دامنه وسیعی از رفتارهای ناسازگارانه و نابهنجار را از خود نشان می‌دهند، به عبارت دیگر این اهداف سبب کاهش تلاش و کوشش فرد می‌شود. اهداف اجتنابی از تسلط یافتن فرد بر تکالیف درسی خودداری می‌کند و توانایی‌هایش را تقلیل



## منابع

- ۱۰- حسینی، فریده السادات و لطیفیان، مرتضی. (۱۳۸۸).  
پیش‌بینی جهت‌گیری هدف با استفاده از پنج عامل  
بزرگ شخصیت در میان دانشجویان دانشگاه شیراز.  
مجله مطالعات روانشناختی، سال ۵، شماره ۱، ص ۷۳-  
۹۴.
- 11- McInerney DM, Hinkley J, Dowson M, Van Etten S. (1998). Aboriginal, Anglo, and immigrant Australian students' motivational beliefs about personal academic success: Are there cultural differences? *Journal of Educational Psychology*. vol90: pp.621.
- 12- Elliot AJ, Chirkov VI, Kim Y, Sheldon KM. (2001). A cross-cultural analysis of avoidance (relative to approach) personal goals. *Psychological Science*. 2001; vol12: pp.505-10.
- 13- Wolters CA. Advancing Achievement Goal Theory: (2004). Using Goal Structures and Goal Orientations to Predict Students' Motivation, Cognition, and Achievement. *Journal of educational psychology*. vol96: pp.236.
- 14- Gonzalez, AR; Doan Holbein, MF & Quilter, Sh. (2002). High School Students' Goal Orientations and Their Relationship to Perceived Parenting Styles. *Contemporary Educational Psychology*. Vol 27(3). pp 450-70.
- 15- Gutman, LM. (2006). How student and parent goal orientations and classroom goal structures influence the math achievement of African Americans during the high school transition. *Contemporary Educational Psychology*. Vol 31(1): pp 44-63.
- 16- Zweig, D & Webster, J. (2004). What are we measuring? An examination of the relationships between the big-five personality traits, goal orientation, and performance intentions. *Personality and Individual Differences*, vol36: pp.1693-1708.
- 17- Matzler, K & Mueller, J. (2011). Antecedents of knowledge sharing—Examining the influence of learning and performance orientation. *Journal of Economic Psychology*, vol32: pp 317-329.
- 18- Goldberg, LR. (1992). The development of markers for the Big-Five factor structure. *Psychological assessment*, vol 4: pp. 26.
- 1- Kaplan, A & Maehr, ML. (2007). The contributions and prospects of goal orientation theory. *Educational Psychology Review*, vol19: pp. 141-184.
- 2- Elliot AJ. (1999). Approach and avoidance motivation and achievement goals. *Educational psychologist*.. vol34: pp.169-89.
- ۳- دفترچی، عفت و شیخ‌الاسلامی، راضیه (۱۳۹۲). نقش برآورده شدن نیازهای اساسی روانشناختی در جهت‌گیری‌های هدف دانش‌آموزان. *مجله روانشناسی*، دوره ۱۷، شماره ۳، ص ۳۳۰-۳۴۷.
- 4- Ames, C. (1992). Goals, structures, and student motivation. *Journal of educational psychology*, vol84: pp. 261.
- ۵- کهولت، نعیمه و جوکار، بهرام. (۱۳۹۱). ارائه مدل علی برای شادی بر اساس ابعاد هویت با واسطه جهت‌گیری هدف. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، دوره ۱۳، شماره ۲، ص ۸۱-۹۴.
- 6- Lee, JQ; McInerney, DM., Liem, GAD & Ortega, YP. (2010). The relationship between future goals and achievement goal orientations: An intrinsic-extrinsic motivation perspective. *Contemporary Educational Psychology*, vol35: pp. 264-279.
- 7- Elliot, AJ & McGregor, HA. (2001). A 2×2 achievement goal framework. *Journal of personality and social psychology*, 80: 501.
- ۸- خرازی، سید علی نقی؛ اژه‌ای، جواد؛ قاضی طباطبایی، سید محمود و کارشکی، حسین (۱۳۸۷). بررسی رابطه اهداف پیشرفت، خودکارآمدی و راهبردهای فراشناختی: آزمون یک الگوی علی. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی (دانشگاه تهران)*، دوره ۳۸، شماره ۱، ص ۶۹-۸۸.
- ۹- جوکار، بهرام و لطیفیان، مرتضی (۱۳۸۵). رابطه ابعاد هویت و جهت‌گیری هدف در گروهی از دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی شهرستان‌های شیراز و یاسوج. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*. سال ۲۵، شماره ۱، ص ۲۶-۴۱.

- ۲۸ - زاده محمدی، علی؛ احمدآبادی، زهره و ملکی، قیصر (۱۳۹۰). رابطه عوامل شخصیت با گرایش به خشونت: نقش میانجی گر پایگاه های هویت. مجله روانشناسی کاربردی، سال ۵، شماره ۱، ص ۲۴-۴۰.
- 29- Fisher, TD & McNulty, JK. (2008). Neuroticism and marital satisfaction: The mediating role played by the sexual relationship. *Journal of family psychology*, vol22: pp. 112.
- 30- Furnham, A. (1992). Personality and learning style: A study of three instruments. *Personality and Individual Differences*, vol13: pp. 429-438.
- 31- Duriez, B & Soenens, B. (2006). Personality, identity styles, and religiosity: An integrative study among late and middle adolescents. *Journal of adolescence*, vol29: pp 119-135.
- 32- Hills, P & Argyle, M. (2001). Emotional stability as a major dimension of happiness. *Personality and individual differences*. vol31: pp. 1357-1364.
- 33- Elliot, AJ & Thrash, TM. (2002). Approach-avoidance motivation in personality: approach and avoidance temperaments and goals. *Journal of personality and social psychology*, vol82: pp . 804.
- 34- Lindsay, JE & Scott, WD. (2005). Dysphoria and self-esteem following an achievement event: Predictive validity of goal orientation and personality style theories of vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, vol29: pp. 769-785.
- 35- John, OP & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. *Theory and research*, vol2: pp. 102-138.
- ۳۶ - گراوند، فریبرز؛ شکری، امید؛ افضلی، محمد حسن و طولابی، سعید (۱۳۸۶). نسخه فارسی فهرست پنج عامل بزرگ شخصیت: ساختار عاملی، روایی و پایایی. دو فصل نامه روان شناسی معاصر. سال ۳، شماره ۳، صص ۲۵-۴۸.
- ۱۹- داوری، صفورا؛ یاقری، مسعود و بنی اسدی، حسن (۱۳۹۰). پیش بینی دین داری با توجه به ابعاد شخصیت در معلمان زن و مرد. *مجله روان شناسی و دین*. سال ۴، شماره ۴، صص ۲۶-۵.
- ۲۰- شهبوانی، امیرمحمد؛ عشایری، حسن؛ علی محمدی، سمیه و ستاری، کلثوم (۱۳۹۱). تاثیر استرس بر توجه بینایی انتخابی با نگاه به عامل شخصیتی برون گرایی. دو فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار). دوره ۱۹، شماره ۶، صص ۱۴-۱.
- ۲۱- ذبیح زاده، عباس؛ نجاتی، وحید؛ ملکی، قیصر؛ درویشی لرد، معصومه و رادفر، فرهاد (۱۳۹۱). بررسی رابطه ی بین توانایی ذهن خوانی و پنج عامل بزرگ شخصیت. *مجله تازه های علوم شناختی*، دوره ۱۴، شماره ۱۴، صص ۱۹-۳۰.
- 22- Zhang, L. F. (2003). Does the big five predict learning approaches?. *Personality and Individual Differences*, vol34: pp.1431-1446.
- ۲۳ - محمدزاده، علی (۱۳۸۹). بررسی ارتباط صفات شخصیت اسکیزوتایپی با الگوی پنج عاملی شخصیت. *مجله تازه های علوم شناختی*، دوره ۱۲، شماره ۱، صص ۴۹-۵۸.
- 24- Costa, PT & McCrae, RR. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual differences*, vol13: pp. 653-665.
- 25- DeRaad, B & Perugini, M. (2002). Big five factor assessment: Introduction. *Big five assessment*, pp. 1-26.
- ۲۶- صداقت، معصومه؛ بهرامی، هادی؛ کیامنش، علیرضا و لک، زهرا (۱۳۹۱). مقایسه ویژگی های شخصیت در دانش آموزان دختر محبوب و منزوی دبیرستانی. دو فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار). دوره ۲۰، شماره ۹، صص ۱۳-۲۲.
- 27- Bogg, T & Vo, PT. (2014). Openness, neuroticism, conscientiousness, and family health and aging concerns interact in the prediction of health-related Internet searches in a representative US sample. *Frontiers in psychology*, pp. 5.

- 47- Bergeman, C. S., Chlpuer, H. M., Plomin, R., Pedersen, N. L., McClearn, G. E., Nesselroade, J. R., & McCrae, R. R. (1993). Genetic and environmental effects on openness to experience, agreeableness, and conscientiousness: An adoption/twin study. *Journal of Personality*, vol 61(2), pp 159-179.
- 48- حق شناس، حسن (۱۳۸۵). طرح پنج عاملی ویژگی‌های شخصیت. شیراز، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- 49- Clark, LA & Watson, D. (1991). General affective dispositions in physical and psychological health .
- 50- DeYoung, CG. (2010). Toward a theory of the Big Five. *Psychol*. vol21: pp. 26-33
- ۵۱- شولترز، دوان (۱۳۸۷). نظریه‌های شخصیت. مترجمان: یوسف کریمی و همکاران. تهران: ارسباران
- 52- Zhao, H., & Seibert, S. E. (2006). The big five personality dimensions and entrepreneurial status: a meta-analytical review. *Journal of Applied Psychology*, vol 2: pp. 250.
- 53- Barrick, M. R., & Mount, M. K. (1991). The big five personality dimensions and job performance: a meta analysis. *Personnel psychology*, vol 1: pp. 1-26.
- 54- Cheung, FM. (2004). Use of Western and indigenously developed personality tests in Asia. *Applied Psychology*, vol 53: pp. 173-191.
- 55- Donnellan, MB., Conger, RD & Bryant, CM. (2005). The big five and enduring marriages. *Journal of Research in Personality*, vol39: pp. 206-207.
- 56- McCrae, R. R. (1994). Openness to experience: Expanding the boundaries of Factor V. *European Journal of Personality*, vol 8(4), pp 251-272.
- 57- Buckner V, J. E., Castille, C. M., & Sheets, T. L. (2012). The Five Factor Model of personality and employees' excessive use of technology. *Computers in Human Behavior*, vol 5: pp. 1947-1953.
- ۳۷- نصرت آبادی، مسعود؛ جوشن لو، محسن و جعفری کندوان، غلامرضا (۱۳۸۵). بررسی پایانی و روایی پرسشنامه پنج عامل اصلی شخصیت (bfi) در دانشجویان. *مجله روانشناسی تربیتی*، دوره ۵، ص. ۱۲۳-۱۴۸.
- 38- Putwain, DW & Daniels, RA. (2010). Is the relationship between competence beliefs and test anxiety influenced by goal orientation? *Learning and Individual Differences*, vol20: pp. 8-13.
- 39- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective*: Guilford Press.
- 40- McCrae, RR & Sutin, AR. (2009). Openness to experience. *individual differences in social behavior*. pp. 257-273.
- 41- Barrick, MR., Mount, MK & Strauss, JP. (1993). Conscientiousness and performance of sales representatives: Test of the mediating effects of goal setting. *Journal of Applied Psychology*, vol 78(5), p 715.
- ۴۲- خرمایی، فرهاد (۱۳۸۵). بررسی مدل علی ویژگی‌های شخصیتی، جهت‌گیری انگیزشی و سبک‌های شناختی. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه شیراز.
- 43- Taylor, N., & De Bruin, G. P. (2005). *Basic Traits Inventory: Technical manual*. Johannesburg: JP van Rooyen & Partners.[Links].
- ۴۴- دائمی، فاطمه؛ بخشی، علی و جوشن لو، محسن (۱۳۹۲). آیا می‌توان از NEO-FFI برای سنجش پنج عامل اصلی شخصیت در ایران بهره برد؟ دو فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت. (دانشور رفتار). دوره ۲۰، شماره ۹، ص. ۹۵-۱۰۶.
- 45- Skatova, A., Chan, P. A., & Daw, N. D. (2013). Extraversion differentiates between model-based and model-free strategies in a reinforcement learning task. *Frontiers in human neuroscience*, vol 7.
- 46- Gelman, A., & Hill, J. (2006). *Data analysis using regression and multilevel/hierarchical models*. Cambridge University Press.

- 66- Ladhari, R., Pons, F., Bressolles, G., & Zins, M. (2011). Culture and personal values: How they influence perceived service quality. *Journal of Business Research*, vol 9 : pp. 951-957.
- 67- George JM, Zhou J. (2001). When openness to experience and conscientiousness are related to creative behavior: an interactional approach. *Journal of Applied Psychology*. vol86: pp.513.
- 68- Boyes, M. E., & French, D. J. (2010). Neuroticism, stress, and coping in the context of an anagram-solving task. *Personality and Individual Differences*, vol 5: pp. 380-385.
- 69- Hansen, C. P. (1988). Personality characteristics of the accident involved employee. *Journal of Business and Psychology*, vol 4: pp. 346-365.
- 70- Clarke, S., & Robertson, I. (2005). A meta analytic review of the Big Five personality factors and accident involvement in occupational and non occupational settings. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol 13: pp. 355-376.
- 71- Kaplan, A., Middleton, M. J., Urdan, T., & Midgley, C. (2002). Achievement goals and goal structures. Goals, goal structures, and patterns of adaptive learning, vol 11: pp. 21-53.
- 72- Ashton, M C, Lee K., Perugini, M., Szarota, P., De Vries, R. E., Di Blas, L., & De Raad, B. (2004). A six-factor structure of personality-descriptive adjectives: solutions from psycholexical studies in seven languages. *Journal of personality and social psychology*, vol 2: pp. 356.
- 73- Tuominen-Soini, H., Salmela-Aro, K & Niemivirta, M. (2011). Stability and change in achievement goal orientations: A person-centered approach. *Contemporary Educational Psychology*, vol36: pp. 82-100.
- 58- Moreno, JA., González-Cutre, D., Sicilia, Á & Spray, CM. (2010). Motivation in the exercise setting: Integrating constructs from the approach-avoidance achievement goal framework and self-determination theory. *Psychology of Sport and Exercise*, vol 11: pp. 542-550.
- 59- Cellar, DF., Stuhlmacher, AF., Young, SK., Fisher, DM., Adair, CK., Haynes, S & Denning, BL. (2011). Trait goal orientation, self-regulation, and performance: A meta-analysis. *Journal of Business and Psychology*, vol26: pp. 467-483.
- ۶۰- Janssen, O & Prins, J. (2007). Goal orientations and the seeking of different types of feedback information. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol 80: pp. 235-249.
- 61- McCrae, R. R., & Greenberg, D. M. (2014). Openness to Experience. *The Wiley Handbook of Genius*, pp 222-243.
- 62- Creed, P., Tilbury, C., Buys, N & Crawford, M. (2011). Cross-lagged relationships between career aspirations and goal orientation in early adolescents. *Journal of Vocational Behavior*. vol78: pp. 92-99.
- 63- Diener, E., Suh, EM., Lucas, RE & Smith, HL. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, vol125: pp. 276.
- 64- Liebert, RM & Liebert, LL. (1998). Liebert & Spiegler's personality: Strategies and issues: Thomson Brooks. Cole Publishing Co.
- 65- Nathanson, C., Paulhus, DL & Williams, KM. (2006). Predictors of a behavioral measure of scholastic cheating: Personality and competence but not demographics. *Contemporary Educational Psychology*, vol31: pp. 97-122.

# پیش‌بینی استرس ادراک شده بر اساس باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوکان

نویسندگان: ابوالقاسم یعقوبی<sup>۱</sup>، گلاویژ علیزاده<sup>۲\*</sup> و صلاح صوفی<sup>۳</sup>

۱. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه بوعلی سینا همدان.
۲. مدرس روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد بوکان، دانشگاه آزاد اسلامی، بوکان، ایران.
۳. استادیار روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد بوکان، دانشگاه آزاد اسلامی، بوکان، ایران.

\* Email: Galavizh.alizade@gmx.com

## چکیده

هدف این پژوهش پیش‌بینی استرس ادراک شده بر اساس باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوکان بود. پژوهش حاضر از نوع همبستگی (پیش‌بین) است و جامعه‌ی آماری شامل تمامی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوکان در سال تحصیلی ۹۳ بودند که تعداد آنها ۱۸۰۰ بود. آزمودنی‌های این پژوهش ۲۲۹ (۱۱۹ دختر و ۱۱۰ پسر) دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوکان بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و مقیاسهای باورهای فراشناختی (MCQ-30)؛ ۵ عامل ذهن آگاهی (FFMQ) و استرس ادراک شده (Perceived stress scale- 14) را تکمیل کردند. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار spss ویراست ۱۹ و روشهای آماری تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان و آزمون تی مستقل دو گروهی شد. یافته‌ها نشان داد که باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی هر دو توانستند تغییرات مربوط به استرس ادراک شده را به صورت مثبت و معنادار پیش‌بینی کنند ( $P < 0/001$ ). همچنین میزان استرس ادراک شده در دانشجویان دختر بیشتر است ( $P < 0/001$ ). نتایج نشان داد که باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی نقش مهمی در استرس ادراک شده‌ی دانشجویان دارد. بنابراین در حضور متغیرهای باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی احتمال بروز استرس ادراک شده کاهش می‌یابد.

کلید واژه‌ها: باورهای فراشناختی، ذهن آگاهی، استرس ادراک شده.

روان‌شناسی  
بالینی  
و شخصیت

داشور  
رهتار

• دریافت مقاله: ۹۳/۷/۱۶

• پذیرش مقاله: ۹۴/۱/۳۱

Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer  
2015

Clinical Psy. & Personality

دو فصلنامه علمی-پژوهشی  
دانشگاه شاهد

سال بیست و دوم - دوره

جدید شماره ۱۲

بهار و تابستان ۱۳۹۴

## مقدمه

فشارها و مشکلات زندگی روزمره از جمله عوامل تهدید کننده‌ی سلامت جسمانی و روانی افراد هستند [۱] و استرس نقش مهمی در بهزیستی روانشناختی افراد دارد [۲]. سبکهای مقابله‌ی افراد در برخورد با مسائل و مشکلات متفاوت است ولی با صرف نظر از نوع سبک مقابله می‌توان گفت که افراد در برابر تهدید کننده‌ها استرس را تجربه می‌کنند و با استرس به برخی از موقعیت‌ها واکنش نشان می‌دهند [۳]. شدت واکنش به تهدید کننده‌ها می‌تواند متاثر از شدت استرس ادراک شده‌ی افراد باشد [۴].

استرس ادراک شده<sup>۱</sup> حالت یا فرایندی روانشناختی است که طی آن فرد بهزیستی جسمی و روانشناختی خود را تهدیدآمیز ادراک می‌کند [۵]. شواهد حاصل از برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که باورهای افراد در خصوص میزان کنترلی که می‌توانند بر موقعیت‌های فشارزا اعمال نمایند و نیز احساس خود کفایتی آنان برای فائق آمدن بر مشکلات و رویدادهای آزاردهنده بر میزان برانگیختگی هیجانی و عملکردهای فردی در موقعیت‌های مذکور تاثیرگذار است. این یافته نشان‌گر آن است که در هنگام رویارویی با وقایع آزار دهنده و استرس‌زا افرادی که از خود ادراکی مثبت‌تری برخوردارند و سطوح بالاتری از باورهای کنترل و خود کفایتی را نشان می‌دهند، برانگیختگی هیجانی کمتری را تجربه می‌کنند [۶، ۷، ۸].

بر اساس نظریه‌ی شناختی هیجانی استرس در صورتی ایجاد می‌شود که شخص موقعیتی را چالش برانگیز و طاقت‌فرسا ارزیابی کند یا منبع کافی را برای سازگاری با این موقعیت در اختیار نداشته باشد. بدین ترتیب ذهن به عنوان میانجی پاسخ عاطفی و واقعه‌ی محیطی عمل می‌کند و تفسیر فرد از نوع و شدت رویداد محیطی، تعیین کننده‌ی واکنشهای عاطفی و هیجانی مربوط به آن است [۹]. استرس موجب تغییراتی در سیستم عصبی خودمختار می‌شود و مشکلاتی را برای فرد به وجود

می‌آورد. اگر استرس شدید باشد یا برای مدت طولانی ادامه یابد ممکن است منجر به اختلالات جسمی و روانی گردد [۱۰]. شرایط استرس‌زا برای هر فردی روی می‌دهد و دانشجویان نیز از این امر مستثنی نیستند. از جمله راهکارهای مقابله با استرس می‌توان به ویژگیهای فردی همچون باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی اشاره کرد که نوعی تلاشهای شناختی و رفتاری هستند که به منظور تسلط بر تعارض‌های فشارزا، کاهش یا تحمل آنها صورت می‌گیرد.

فراشناخت<sup>۲</sup> به ساختارها، دانش و فرآیندهای روان-شناختی اشاره می‌کند که با کنترل، تغییر و تفسیر افکار و شناختها سر و کار دارد. بر اساس نظریه‌پردازیهای اخیر فراشناخت یکی از عوامل مهم در توسعه و تداوم اختلالهای روان‌شناختی است [۱۱]. فراشناختها از طریق دانش و استراتژیهای فراشناختی بر روی باورها و نحوه‌ی تفسیرها تاثیر گذار هستند و منجر به واکنشهای متفاوت می‌شوند. بنابراین می‌توان اظهار داشت که باورهای فراشناختی در به وجود آمدن اختلالات روان‌شناختی نقش مؤثری دارند [۱۲].

مدل فراشناختی دو نوع باور فراشناختی را شناسایی کرده است: باورهای فراشناختی مثبت باورهایی هستند که به فواید و سودمندی‌های درگیر شدن در فعالیتهای شناختی خاص مانند نگرانی، نشخوار فکری، پایش تهدید و ... مربوط می‌شوند و باورهای فراشناختی منفی باورهایی هستند که به کنترل ناپذیری معنی اهمیت و خطرناک بودن افکار و تجربه‌های شناختی مرتبط هستند. بر اساس این مدل افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آنها به الگوی خاصی از پاسخدهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود [۱۳].

تاکنون پژوهش‌های متنوعی در ارتباط با فراشناخت صورت گرفته است که از جمله‌ی آنها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: هامیش و همکاران<sup>۳</sup> نشان دادند که

<sup>۲</sup>. metacognition

<sup>۳</sup>. Hamish and et al

<sup>۱</sup>. perceived stress

برای ذهن دو شیوه‌ی اصلی در نظر گرفته می‌شود: یکی بودن (being) و دیگری انجام دادن (doing) که در ذهن آگاهی تلاش بر این است که ذهن را از یک شیوه به سوی شیوه‌ی دیگر سوق دهد [۲۱].

تمرین‌های مراقبه و ذهن آگاهی به افزایش توانایی خودآگاهی، پذیرش خود، حفظ ثبات کارکردی و نیز انعطاف‌پذیری افراد در موقعیت‌های جدید کمک می‌کند. ذهن آگاهی یک روش یا فن نیست بلکه در انجام آن از روش‌ها و فنون مختلفی استفاده می‌شود [۲۲]. اصول ذهن آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی و استراتژی‌های رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده است و باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجانات ناخوشایند می‌شود [۲۳].

بر اساس نظر بایرون<sup>۵</sup> راهبردهای سازگاری مفید ذهن آگاهی برای ایجاد و حفظ آگاهی عبارتند از: فقدان قضاوت و ارزشیابی، صبر و شکیبایی، صبر و بردباری، ذهن آغازگر، درگیر نشدن، پذیرش و رها شدن. ذهن آگاهی توجه کردن قاطعانه نسبت به امور در زمان حاضر است که ما تا به حال طور دیگری به آن‌ها توجه کرده‌ایم. نمونه‌هایی از این امور شامل آگاهی از تنفس، درد پشت گردن، افکار منفی و نگرانی درباره‌ی آنچه که شما می‌خواهید فردا انجام دهید و شامل تمرکز مکرر و مجدد ذهن در زمان حاضر است. هر فکر، احساس یا حس‌هایی که وارد توجه شما می‌شود به همان گونه که هست مورد تأیید و پذیرش قرار می‌گیرد. این واکنش پیشگیرانه برای افکاری است که شما را غمگین یا مضطرب می‌کند و به شما کمک می‌کند تا به حالت تعادل بعد از هیجان‌های تجربه شده‌ی منفی بازگردید [۲۴].

بایر<sup>۶</sup> [۲۲] معتقد است که توجه بیش از حد منجر به بروز علائم اضطراب و استرس می‌شود و بنابراین افزایش کنترل توجه می‌تواند در کاهش استرس و اضطراب نقش داشته باشد. سمپل و همکاران<sup>۷</sup> دریافتند که تکنیک‌های

باورهای فراشناختی مثبت و منفی ارتباط مثبتی با بروز نخستین علائم آسیب شناختی دارند [۱۴]. راسیز و ولز<sup>۱</sup> دریافتند که راهبرد کنترل نگرانی و فراشناخت‌های مثبت و منفی به طور مثبت با نشانه‌های استرس رابطه دارد [۱۵]. ولز معتقد است که کنترل فکر به ندرت می‌تواند تلاش مؤثری برای قطع پردازش نگرانی باشد زیرا فکر نکردن درباره‌ی موضوعات نگران‌کننده و سرکوب کردن فکر، موجب افزایش فکر نگران‌کننده می‌شود [۱۶]. متیوز و هیلارد و کمپل<sup>۲</sup> نشان دادند که فراشناخت، سبک حل مسئله‌ی هیجان مدار و نگرانی از جمله فاکتورهایی هستند که می‌توان بر اساس آن‌ها نگرانی و تفکرات واهی را پیش‌بینی کرد. به اعتقاد آن‌ها کسانی که از باورهای فراشناختی پایین‌تری برخوردار هستند در برابر استرسورها آسیب‌پذیری بیشتری از خود نشان می‌دهند [۱۷]. اسپدا<sup>۳</sup> و همکاران نشان دادند که باورهای فراشناختی منفی پیش‌بینی‌کننده‌ی تجربه‌ی احساسات منفی مانند استرس اضطراب و افسردگی هستند و نیز وجود چنین باورهایی در مورد غیرقابل کنترل بودن و خطر نگرانی سبب تداوم چنین اختلالات هیجانی می‌شوند [۱۸].

از عوامل فردی دیگری که می‌تواند در مقابله با استرس ادراک شده نقش داشته باشد ذهن آگاهی<sup>۴</sup> است. ذهن آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند، خالی از قضاوت و بدون اظهارنظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه‌ی واقعیت محض بدون توضیح [۱۹]. از نظر تاریخی ذهن آگاهی تکنیک اصلی مورد استفاده در مراقبه‌ی بودایی است [۲۰]. ذهن آگاهی در آیین بودا تحت عنوان توجه محض یا ثبت غیر استدلالی رویدادها بدون واکنش یا ارزیابی ذهنی تعریف شده است. ذهن آگاهی به فرایند توجه مداوم تمرکز دارد تا محتوایی که بدان توجه می‌شود [۱۹]. در ذهن آگاهی فرد در هر لحظه از نحوه‌ی اندیشیدن و عمل کردن خود آگاه می‌شود و مهارت‌های شناسایی راهکارهای مفیدتر را فرا می‌گیرد.

1. Roussis & wells

2. Matuoz; Hellyard & Kampel

3. Spada and et al

4. mindfulness

5. Bayron

6. Baer

7. Semple and et al

توصیف و غیر واکنشی بودن تهیه شده است. شیوه‌ی نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز و یا بسیار به ندرت (۱) تا اغلب یا همیشه (۵) است. دامنه‌ی نمرات در این مقیاس ۱۹۵-۳۹ است و از جمع نمرات هر زیر مقیاس یک نمره‌ی کلی به دست می‌آید که نشان می‌دهد هرچه نمره بالاتر باشد ذهن آگاهی هم بیشتر است. خرده مقیاس‌های آن شامل سوالات زیر است و سوالاتی که زیر آنها خط کشیده شده است به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند: مشاهده (۱-۶-۱۱-۱۵-۲۰-۲۶-۳۱-۳۶)؛ توصیف (۲-۷-۱۲-۲۲-۲۷-۳۲-۳۷)؛ عمل همراه با آگاهی (۵-۸-۱۳-۱۸-۲۳-۲۸-۳۴-۳۸)؛ عدم قضاوت (۳-۱۰-۱۴-۱۷-۲۵-۳۰-۳۵-۳۹)؛ عدم واکنش (۴-۹-۱۹-۲۱-۲۴-۲۹-۳۳). بر اساس پژوهش‌ها اعتبار و روایی پرسشنامه بر اساس نتایج همسانی درونی عامل‌ها مناسب بود و ضریب آلفا در گستره‌ای بین ۰/۷۵ (در عامل غیر واکنشی بودن) تا ۰/۹۱ (در عامل توصیف) قرار داشت. همبستگی بین عامل‌ها متوسط و در همه موارد معنی‌دار بود و در طیفی بین ۰/۱۵ تا ۰/۳۴ قرار داشت. همچنین در مطالعه‌ای که بر روی اعتباریابی و پایایی این پرسشنامه در ایران انجام گرفت، ضرایب همبستگی آزمون-باز آزمون پرسشنامه FFMQ در نمونه‌ی ایرانی بین (۰/۵۷)  $r$  مربوط به عامل غیر قضاوتی بودن (۰/۸۴)  $r$  مربوط به عامل مشاهده مشاهده گردید. هم چنین ضرایب آلفا در حد قابل قبولی (بین ۰/۵۵ =  $\alpha$  مربوط به عامل غیر واکنشی بودن و ۰/۸۳ =  $\alpha$  مربوط به عامل توصیف) بدست آمد [۲۷]. در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه (FFMQ) ۰/۷۸ به دست آمد. ۲. پرسشنامه‌ی باورهای فراشناختی<sup>۳</sup> (MCQ-30): پرسشنامه‌ی فراشناختی یک مقیاس ۳۰ سؤالی خودگزارش دهی است که حیظه‌های فراشناختی زیر را در ۵ مقیاس جداگانه اندازه‌گیری می‌کند. باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی (سوالات ۱، ۷، ۱۰، ۱۹، ۲۳، ۲۸)؛ ۲- باورهای منفی درباره‌ی نگرانی (سوالات ۲، ۴، ۹، ۱۱، ۱۵، ۲۱)، ۳- اطمینان شناختی ضعیف (سوالات ۸، ۱۴، ۱۷، ۲۴، ۲۶

آموزش ذهن آگاهی اساساً تکنیک‌های افزایش توجه هستند که می‌تواند در مداخلات مربوط به افراد افسرده و مضطرب مفید واقع شوند [۲۵]. به نظر کابات - زین<sup>۱</sup> آموزش کنترل توجه در جهت روشن بودن و روشن دیدن است که به صورت غیر عادت یافته و متعالی عمل می‌کند. توجه فراگیر به این معنی است که ما در همه‌ی لحظات به صورت گسترده متوجه باشیم که چه کسی هستیم، چه کاری انجام می‌دهیم و چرا آن کار را انجام می‌دهیم [۲۶]. بنابراین با توجه به مباحث مطرح شده می‌توان گفت که پژوهش حاضر به بررسی نقش باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی در پیش‌بینی استرس ادراک شده در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوکان می‌پردازد.

## روش پژوهش

### نوع پژوهش

طرح کلی پژوهش در این بررسی از نوع پژوهش‌های همبستگی (پیش‌بین) است که به پیش‌بینی استرس ادراک شده بر اساس ذهن آگاهی و باورهای فراشناختی در دانشجویان می‌پردازد.

### آزمودنی

جامعه‌ی آماری شامل تمامی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوکان در سال تحصیلی ۹۳ بودند که تعداد آنها ۱۸۰۰ بود. آزمودنی‌های این پژوهش ۲۲۹ (۱۱۹ دختر و ۱۱۰ پسر) دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوکان بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند.

### ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه‌ی ۵ عاملی ذهن آگاهی<sup>۲</sup> (FFMQ): این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتمی است که توسط بائر و همکاران و در قالب ۵ عامل مشاهده، عمل توأم با هوشیاری، غیر قضاوتی بودن به تجربه درونی،

<sup>۳</sup>. Metacognition (MCQ-30) scale

<sup>۱</sup>. Kabat-Zinn

<sup>۲</sup>. mind fullness(FFMQ) scale



را به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۷ و برای کل آیت‌های ۱۴-PSS، ۰/۸۳ گزارش کرد [۲۹]. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای پرسشنامه‌ی استرس ادراک شده ۰/۸۱ بود.

### شیوه تحلیل داده‌ها

اطلاعات جمع‌آوری شده به کمک نرم افزار spss ویراست ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه و آزمون تی مستقل دو گروهی استفاده شد.

### نتایج

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در ۳ مقیاس ذهن آگاهی، باورهای فراشناختی و استرس ادراک شده آورده شده است.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود R2 تعدیل شده برابر با ۰/۱۵ است و میزان  $F = ۲۱/۷۹$  مشاهده شده معنادار است ( $P < ۰/۰۰۱$ ). بنابراین ذهن آگاهی و باورهای فراشناختی می‌توانند استرس ادراک شده را در دانشجویان پیش‌بینی کنند. در این میان ذهن آگاهی با ضریب بتای ۰/۱۹ و باورهای فراشناختی با ضریب بتای ۰/۳۶ به صورت مثبت سهم معناداری در پیش‌بینی استرس ادراک شده دارند. بنابراین می‌توان گفت که فرضیه‌ی پژوهش تایید می‌شود.

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین ذهن آگاهی ( $P < ۰/۸۳$  و  $t = ۰/۲۱$ ) و باورهای فراشناختی ( $P < ۰/۲۷$  و  $t = ۱/۰۸$ ) دانشجویان دختر و پسر تفاوت معنادار وجود ندارد ولی بین استرس ادراک شده دانشجویان دختر و پسر تفاوت وجود دارد و بر اساس مقایسه‌ی میانگین‌های دو گروه می‌توان گفت که میزان استرس ادراک شده در بین دانشجویان دختران بیشتر است ( $P < ۰/۰۱$  و  $t = ۲/۵۵$ ).

(۲۹)؛ ۴- لزوم کنترل افکار (سوالات ۶، ۱۳، ۲۰، ۲۲، ۲۵، ۲۷)؛ ۵- خودآگاهی شناختی (سوالات ۳، ۵، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۳۰). سوالات بر روی مقیاس لیکرت از موافق نیستم (۱) تا کاملاً موافقم (۴) پاسخ داده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ زیر مقیاسهای آن از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گسترده است. همبستگی بازآزمایی در فاصله‌ی زمانی ۲۲ تا ۱۱۸ روز به این شرح بود، نمری کلی برابر با ۰/۷۵، مقیاس باورهای مثبت برابر ۰/۷۹، کنترل ناپذیری/خطر برابر با ۰/۵۹، اطمینان شناختی برابر با ۰/۶۹، لزوم کنترل افکار برابر با ۰/۷۴ و خودآگاهی شناختی برابر با ۰/۸۷ گزارش شده است. در ایران شیرین‌زاده دستگیری ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای زیر مقیاسهای آن در دامنه‌ی ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله‌ی چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای زیر مقیاسهای آن در دامنه‌ی ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ گزارش کرد. همبستگی زیر مقیاسهای آن با کل آزمون در دامنه‌ی ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ و همبستگی آنها با یکدیگر بین ۰/۲۶ تا ۰/۶۲ بود. در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه (MCQ-30)، ۰/۸۰ به دست آمد [۱۳].

۳. مقیاس استرس ادراک شده<sup>۱</sup> (Perceived stress scale): این مقیاس توسط کوهن<sup>۲</sup> و همکاران در سال ۱۹۸۳ تهیه شده و دارای ۱۴ سوال است که در آن ۷ آیت مثبت و ۷ آیت منفی وجود دارد. عامل منفی عدم کنترل و واکنشهای عاطفی منفی را ارزیابی می‌کند، در حالی که عامل مثبت سطح توانایی مقابله با استرس‌زاهای بیرونی را در طول یک ماه گذشته ارزیابی می‌کند. هر آیت بر روی مقیاس ۵ گزینه‌ای ارزیابی می‌شود: ۰ = هرگز تا ۴ = خیلی اوقات. در این پرسشنامه نمره‌گذاری سوالات ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۳ به صورت نمره‌گذاری معکوس است. کوهن و همکاران با انجام پژوهشی روایی و پایایی مناسبی را برای نسخه‌ی ۱۴ آیتمی این پرسشنامه گزارش کردند [۲۸]. کلین<sup>۳</sup> ارزش ضریب آلفای ۷ آیت مثبت و ۷ آیت منفی

<sup>۱</sup>. Perceived stress scale

<sup>۲</sup>. Cohen

<sup>۳</sup>. Kline

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد
ذهن آگاهی	۱۰۷/۹۴	۱۵/۸۰
باورهای فراشناختی	۷۱/۱۴	۱۱/۶۹
استرس ادراک شده	۴۲/۴۸	۵/۶۲

جدول ۲: نتایج رگرسیون چند گانه (به روش همزمان) پیش‌بینی استرس ادراک شده از طریق ذهن آگاهی و باورهای فراشناختی

مقدار ثابت و متغیرهای پیش‌بین	R	R2	F	b	SE	$\beta$	T
مقدار ثابت				۲۲/۵۴	۳/۲۷	-	۶/۸۸
ذهن آگاهی	۰/۴۰	۰/۱۵	۲۱/۷۹*	۰/۰۶	۰/۰۲	۰/۱۹	۳/۱۳ *
باورهای فراشناختی				۰/۱۷	۰/۰۲	۰/۳۶	۶/۰۳ *

\*  $P < ۰/۰۰۱$

جدول ۳: مقایسه‌ی ذهن آگاهی، باورهای فراشناختی و استرس ادراک شده در دانشجویان دختر و پسر

متغیر	میانگین		انحراف استاندارد		t	درجه‌ی آزادی	سطح معناداری
	پسر	دختر	پسر	دختر			
ذهن آگاهی	۱۰۷/۷۱	۱۰۸/۱۵	۱۵/۹۰	۱۵/۷۸	۰/۲۱	۲۲۷	۰/۸۳
باورهای فراشناختی	۷۰/۲۷	۷۱/۹۵	۱۲/۱۱	۱۱/۲۹	۱/۰۸	۲۲۷	۰/۲۷
استرس ادراک شده	۴۱/۵۱	۴۳/۳۹	۶/۰۰	۵/۱۰	۲/۵۵	۲۲۷	۰/۰۱

## بحث و نتیجه‌گیری

استرس، اضطراب یا افسردگی آن است که تفکر دچار سوگیری شده و کنترل آن دشوار می‌شود و همین امر موجب تداوم ناراحتی هیجانی می‌شود، الگوهای تفکر و توجه شخص بر خود و موضوعات تهدیدکننده متمرکز می‌شوند [۱۳]. بنابراین دانشجویانی که از مهارتهایی همچون فراشناخت بالا برخوردار هستند می‌توانند توجه خود را به دانش، فرایندها و راهبردهایی که شناخت را ارزیابی و نظارت و کنترل می‌کنند، داشته باشند و از قاعده‌ی فراشناخت که نظارت فراشناختی نامیده می‌شود استفاده کنند، نظارت صحیح و دقیق آنان موجب می‌گردد که در پردازش اطلاعات کمترین استرس را ادراک و در نهایت عملکرد بالایی داشته باشند [۳۲]. همچنین در خصوص ارتباط بین استرس ادراک شده و ذهن آگاهی می‌توان این گونه تبیین کرد از آنجایی که ذهن آگاهی به

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی استرس ادراک شده بر اساس باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوکان بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی می‌توانند استرس ادراک شده‌ی دانشجویان را پیش‌بینی کنند ( $P < ۰/۰۰۱$ ). این یافته با یافته‌های بنت و ولز<sup>۱</sup>؛ اسپادا و همکاران [۱۸]؛ راسیس و ولز [۱۵]؛ هووت و همکاران [۱۹]؛ گرنت و همکاران [۳۰]؛ وانستین، براون و ریان [۳۱] همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از ویژگی‌های اختلال‌های روان‌شناختی نظیر

1. Bennett & Wells

2. Hewett and et al

3. Granath and et al

4. Weinstein; Brown & Ryan

به کاهش هیجانات منفی می‌شود [۲۳]. در همین راستا جرابک<sup>۱</sup> یک مدل ۷ جزئی را برای مقابله با استرس ارائه می‌دهد که عبارتند از: واکنش به استرس، توانایی ارزیابی موقعیت، خود اتکایی، چاره‌جویی، انطباق و انعطاف پذیری، نگرش فعال و توانایی آرامش‌یابی که اجزای فوق را با توجه به مبانی نظری می‌توان به دو مقوله تفکیک کرد: ۱- مهارت‌های معطوف به حل مسئله که عبارت از توانایی ارزیابی موقعیت، چاره‌جویی، انطباق و انعطاف‌پذیری، خود اتکایی و نگرش فعال هستند به فرد کمک می‌کنند تا موقعیت را به طور همه جانبه ارزیابی نمایند و به اجزاء مسئله و روابط بین آنها با انعطاف‌پذیری بیندیشند و در جستجوی تدبیری خردمندانه برای حل آن مسئله باشند. ۲- مهارت‌های هیجانی که عبارتند از کنترل واکنش به استرس و توانایی رسیدن به آرامش که این مهارت‌های مزبور به فرد اجازه می‌دهند تا واکنش‌های هیجانی خود را در حین رویارویی با استرس کنترل و تعدیل نماید [۳۶].

بنابراین بر اساس مقایسه این مدل با مباحث مطرح شده پیرامون باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی می‌توان گفت که باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی بخش مهمی از این مدل را تشکیل می‌دهند. همچنین این پژوهش نشان داد که میزان استرس ادراک شده در دختران دانشجو بیشتر از پسران است ( $P < 0/001$ ). این یافته با یافته‌های شکوهی امیر آبادی؛ خلعتبری و رضابخش [۳۷]؛ نریمانی و آریاپوران [۳۸]؛ عبدی و آریاپوران [۳۹]؛ البهرانی و همکاران [۴۰] و امپالار [۴۱] است. این پژوهشگران دریافتند که غالب دختران دانشجو در برخورد با استرسورها از سبک‌های حل مسئله‌ی هیجانی و اجتنابی استفاده می‌کنند، بنابراین استرس بر آنها غلبه خواهد کرد در حالی که با توجه به تفاوت‌های جنسیتی پسران در برخورد با مشکلات تحصیلی و غیر تحصیلی از سبک حل مسئله مسئله‌مدار، تجزیه و تحلیل منطقی و تسلیم نشدن در برابر استرسورها بیشتر استفاده می‌کنند [۳۷، ۳۸، ۳۹]. در تبیین این یافته باید گفت از آنجایی که زنان بیشتر

رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی قصدمندانه و تمرکز بر لحظه‌ی کنونی توجه دارد بنابراین به پردازش تمام جنبه‌های تجربه‌ی بلاواسطه شامل فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیک یا رفتاری می‌پردازد و از این رو آگاهی فرد را نسبت به فعالیت‌های روزمره‌ی خود افزایش می‌دهد. ذهن آگاهی منجر به آگاهی لحظه به لحظه از افکار و احساسات و حالت‌های جسمانی می‌شود و بنابراین فرد از ذهن روزمره و اتوماتیک متمرکز بر گذشته و آینده رها می‌شود [۳۳]. ذهن آگاهی خود نظارت‌گری جسمی و هوشیاری بدن را افزایش می‌دهد که احتمالاً منجر به بهبود مکانیسم‌های بدنی و بهبود مراقبت از خود می‌شود. مشابه با آموزش آرمیدگی سنتی، مراقبه‌ی ذهن آگاهی با افزایش فعال‌سازی پارامپاتیک همراه است که می‌تواند به آرامش عمیق ماهیچه و کاهش تنش و برانگیختگی منجر شود [۱۹]. از طرفی این نوع مراقبه باعث فعال شدن ناحیه‌ای از مغز می‌شود که باعث ایجاد عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمن سازی بدن می‌شود [۳۴]. همچنین ممکن است فرایندهای مقابله کردن شناختی مانند ارزیابی مجدد مثبت [۳۵] و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان مانند تحمل پریشانی را در افراد افزایش دهد [۳۱].

برخلاف روش‌های سنتی شناختی که صرفاً بر تغییر باورهای ناکارآمد تاکید می‌کردند، ذهن آگاهی یک ارتباط متفاوت با افکار ارائه می‌دهد. تاکید این روش بر این نیست که رویدادهای موافق و مخالف با افکار جمع آوری یا به آن پاسخ داده شود، بلکه تأکید اصلی بر مقاومت افراد در مقابل افکار منفیست که با ذهن متمایز و با توجه و تمرکز بیشتر صورت می‌گیرد. بنابراین در کل می‌توان گفت که ذهن آگاهی یکی از رویکردهای جدید است که به اصلاح و کنترل و پردازش افکار می‌پردازد. با این روش افکار فرد به عنوان حوادث ذهنی تجربه شده و از تمرکز و توجه روی تنفس به عنوان ابزاری برای زندگی در زمان حال استفاده می‌شود. با این روش افراد یاد می‌گیرند تا چرخه‌ی نشخوار فکری را متوقف کرده و از افکار منفی خود فاصله گیرند. آموزش انعطاف‌پذیر روی توجه، غنی‌سازی ذهنی، توقف نشخوار فکری، اصلاح باورهای مثبت و منفی غلط و همچنین چالش با باورهای منفی مربوط به هیجانات، منجر

<sup>1</sup>. Jerabek

<sup>2</sup>. Al-Bahrani and et al

<sup>3</sup>. Ampilar

### منابع

- 1- Bennett, H; & Wells, A. (2010). Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *Journal of Anxiety Disorder*, 24(3), 318-25.
- 2- Sindik, J; Auguštín, D.H; Lewis, A.P ;& Novokmet, N.( 2014). Associations among perceived stress and hardiness at nursing and criminology students. *Annals of Biological Research*, 5 (1), 32-35.
- 3- De Anda, D; Baroni, S; Boskin, L; Buchwald, L; Morgan, J;& Ow, J.(2000). Stress, Stressors and Coping among High School Students. *Children and Youth Services Review*, 22(6),441-63.
- 4- 4.Thaker, RB;& Verma AP.(2014). A study of perceived stress and coping styles among mid adolescents. *Natl J Physiol Pharm Pharmacol*, 4(1), 25-28.
- 5- Gupta, A; Koolwal, G;& Gehlot, S.(2014). Study of perceived stress and emotional intelligence among 1st year medical undergraduates in India. *J Contemp Med Edu*, 2(1), 63-67.
- 6- 6- Hirokawa, K.; Yagi, A; & Miyata, Y. O. (2002). An Examination of the Effects of Stress Management Training for Japanese College Students of Social Work. *International Journal of Stress Management*, 9, 113-23.
- 7- 7- Ja, K. C., Hur, H.K ; Kang, D. H.,& Kim, B. H. (2004). Effects of Psychosocial Stress Management on Stress and Coping in Student Nurses. *Journal of Korean Academy of nursing* ,33, 440-446.
- 8- Kang, Y.S., Choi, S.Y.,& Ryu, E. (2009). The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by divorced women in Korea. *Nurse Education Today* 29, 538-43.

۹- خیرم؛ سیف، دیبا. (۱۳۸۳). بررسی رابطه‌ی مهارت‌های مقابله با استرس و پیشرفت تحصیلی دانشجویان با توجه به برخی از عوامل جمعیت-شناختی. دو ماهنامه‌ی علمی پژوهشی دانشور رفتار دانشگاه شاهد، سال یازدهم، شماره‌ی ۴:ص.

۳۴-۲۵.

مایند موقعیت‌ها را تهدید کننده یا زیان آور ارزیابی کنند، بنابراین در مواجهه با مشکلات بیشتر از شیوه‌ی مقابله‌ای هیجان محور استفاده می‌کنند [۴۰ و ۴۱]. سارافینو و اسمیت<sup>۱</sup>، مطالعه‌ای را در زمینه‌ی تفاوت‌های جنسیتی در مقابله با استرس‌های روزمره بر روی یک نمونه‌ی ۲۶۲ نفره از دانش‌آموزان هنک کنگ (۱۳۵ دختر و ۱۲۷ پسر) انجام دادند، نتایج به دست آمده نشان داد که دختران در مقایسه با پسران در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای روزمره، بیشتر خلق منفی و علائم جسمانی و کمتر هیجانات مثبت را از خود نشان می‌دهند [۴۲]. همچنین در تبیین این یافته می‌توان به نقش عوامل بیولوژیکی و هورمونی و نیز عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی از جمله درآمد کم، استرس، داشتن مسئولیت‌های متعدد مثل خانه‌داری، مراقبت از کودکان و تعدد نقش‌ها به عنوان مادر، همسر و دختر اشاره کرد [۴۳].

انجام این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز رو به رو بود. از جمله نمونه‌ی این پژوهش محدود به جامعه‌ی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوکان بود. جمع‌آوری داده‌ها براساس مقیاس‌های خودگزارش‌دهی انجام شده که این گزارش‌ها به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی مستعد تحریف هستند. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده از جامعه غیردانشجویی نیز نمونه‌هایی انتخاب شود و مورد بررسی قرار گیرد. همچنین تکرار این پژوهش در دانشگاه‌های دیگر و مقاطع تحصیلی متفاوت (کارشناسی ارشد، دکترا) برای آگاهی از اینکه آیا همبستگی‌های به دست آمده در این پژوهش در موقعیت‌ها و مقاطع تحصیلی دیگر صادق‌اند، ضرورت دارد. در سطح کاربردی نیز پیشنهاد می‌شود که برای کاهش استرس ادراک شده در دانشجویان، برنامه‌های آموزشی لازم و مناسب در مورد ذهن آگاهی و باورهای فراشناختی و نقش آنها در کاهش استرس برگزار شود.

<sup>1</sup>. Sarafino & Smith

- ۱۷- محمد امینی، ز. (۱۳۸۶). بررسی رابطه‌ی باورهای فراشناختی با سلامت روانی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان پسر شهرستان اشنویه. فصلنامه‌ی نوآوریهای آموزشی، شماره‌ی ۱۹، سال ششم، ص. ۱۵۴-۱۴۱.
- 18- Spada, K.; Marcantonio, M; Nikčević, V; Moneta, Giovanni, B; & Wells, A. (2008). Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1172-1181.
- 19- Hewett, Z.L; Ransdell, L.B; Gao, Y; Petlichkoff, L.M; & Lucas, S.H. (2011). An examination of the effectiveness of an 8-week Bikram Yoga program on mindfulness perceived stress and physical fitness. *J Exerc Sci Fit*, 9(2), 87-92.
- 20- Ost, L-G. (2008), Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.
- 21- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. (2002). *Mindfulness Based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press, 471p.
- 22- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- 23- Teasdale, J. D; Segal, Z; Williams, J. M. G; Ridgeway V. A; Soulsby, J. M; & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- ۲۴- گل‌پور چمر کوهی، ر؛ محمد امینی، ز. (۱۳۹۱). اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود ذهن آگاهی و افزایش ابراز وجود در دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب امتحان. *مجله‌ی روانشناسی مدرسه*، دوره‌ی ۱، شماره‌ی ۳، ص. ۸۲-۱۰۰.
- 25- Semple, J; Randy, R; & miller, L. (2005). Treating Anxiety with Mindfulness An Open Trial of Mindfulness Training for Anxious children. *Journal of Psychotherapy: An International Quarterly*, 19(4), 379-392.
- 10- Expand+Published online before print August 7, 2008, doi: 10.1177/0739986308323056 Flores, E; Tschann, J.M; Dimas, J.M; Bachen, E.A; Pasch, L. A; & de Groat, C.L. (2008). Perceived Discrimination, Perceived Stress, and Mental and Physical Health Among Mexican-Origin Adults. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 30(4), 401-424.
- ۱۱- سالاری فر، م. ح؛ پوراعتماد، ح. ر. (۱۳۹۰). رابطه‌ی باورهای فراشناختی با اختلال افسردگی و اضطراب. فصلنامه‌ی علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان. دور سیزدهم شماره‌ی ۴ مسلسل ۵۰، ص. ۲۹-۳۸.
- 12- 12 Callesen, P; Jensen, A.B; & Wells A. (2014). Metacognitive therapy in recurrent depression: A case replication series in Denmark. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55, 60-64.
- ۱۳- پورنامداریان، س؛ بیرشک، ب؛ اصغر نژاد فرید، ع. ا. (۱۳۹۱). تبیین سهم باورهای فراشناختی در پیش‌بینی علائم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، سال سیزدهم شماره‌ی ۳ (پیاپی ۴۹)، ص. ۸۶-۹۴.
- 14- Hamish, J; McLeod, A; Andrew, I; Gumley, A; MacBeth, C; Matthias, S; & Lysaker, P. (2014). Metacognitive functioning predicts positive and negative symptoms over 12 months in first episode psychosis. *Journal of Psychiatric Research*, 54, 109-115.
- 15- Roussis, P; & wells, A. (2006). Post-traumatic stress symptoms: test of relationships with thought control symptoms: Test of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Perso and Indivi Diff*, 40 (1), 111- 122.
- 16- Wilson, CH; Budd, B; Chernin, R; King, H; Leddy, A; MacLennan, F; & Mallandain, I. (2011). The role of meta-cognition and parenting in adolescent worry. *Journal of Anxiety Disorders* 25, 71-79.

- 35- Zeidan , F; Johnson , S.K; Diamond , B.J; David, Z ;& Goolkasian, P.( 2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition*, 19 , 597-605.
- 36- Jerabek, I.( 1996). Coping skills Inventory. Body- Mind Queen Dom, <http://www.Queendom.com>
- ۳۷- شکوهی امیر آبادی ل؛ خلعتبری ج و رضابخش ح.(۱۳۸۹). استرس ادراک شده در میان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج با سبکهای اسنادی مختلف در سال ۸۷. فصلنامه‌ی اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی. سال پنجم شماره‌ی چهار، ص. ۱۲۹-۱۰۷.
- ۳۸- نریمانی، م و آریاپوران، س.( ۱۳۸۵). بررسی فشارزاهای روانی- اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای و رابطه‌ی آن با پیشرفت تحصیلی در دانش‌آموزان دختر. مجله‌ی مطالعات روان‌شناختی، دوره‌ی ۲ شماره‌ی ۳ و ۴، ص. ۵۶-۳۹.
- ۳۹- عبدی، ع ؛ آریاپوران، س.( ۱۳۸۷). بررسی رابطه‌ی استرس ادراک شده با سبک های مقابله‌ای و نقش این متغیرها در پیش‌بینی عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه. مجله‌ی روانشناسی تربیتی، دوره‌ی ۴ شماره‌ی ۱۲، ص. ۱۶۰-۱۴۳.
- 40- Al-Bahrani, M; Aldhafri, S; Alkharusi, H; Kazem, A ;& Alzubiadi, A.(2013). Age and gender differences in coping style across various problems: Omani adolescents' perspective. *Journal of Adolescence*, 36(2) , 303-309.
- 41- Pilar, M.(2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37(7), 1401- 1415.
- 42- Sarafino, E.P;& W. Smith, T.W .(2010). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. New York, Wiley: 560 p.
- 43- Grohol, JM.(2007). Depression in women, seniors and children. Available from: <http://psychcentral.com/lib/2006/the-causes-of-depression>.
- 26- Kabat-Zinn, J. (2003) Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- ۲۷- احمدوند، ز؛ حیدری نسب، ل ؛ شعیری، م.ر.(۱۳۹۲). واری اعتبار و روایی پرسشنامه‌ی ۵ وجهی ذهن آگاهی در نمونه‌ی غیر بالینی ایرانی. مجله‌ی علوم رفتاری. دوره‌ی هفتم شماره‌ی ۳، ص. ۲۳۷-۲۲۹.
- 28- Cohen ,S; Kamarak, T;& Mermelstein, R.(1983). A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* , 24,395-396.
- 29- Kline, P.(2000). *A psychometrics primer* London: Free Association Books, 79 p.
- 30- Granath, J; Ingvarsson ,S; von Thiele, U;& Lundberg, U (2006). Stress management: a randomised study of cognitive behavioural therapy and yoga. *Cogn Behav Ther* 35, 3-10.
- 31- Weinstein, N; Brown, K.W ;& Ryan, R.M.( 2009). multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-bein. *Journal of Research in Personality*, 43, 374-385.
- ۳۲- پاشا، غ. ر ؛ بزرگیان، ر.( ۱۳۹۰). رابطه فراشناخت و کمال‌گرایی و خود کارآمدی با استرس ادراک شده دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. یافته‌های نو در روانشناسی. سال ششم شماره‌ی ۱۸، ص. ۱۱۴-۱۰۳.
- ۳۳- معصومیان، س؛ شعیری، م. ح ؛ هاشمی، س.م.(۱۳۹۲). تاثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن. فصلنامه‌ی علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دور چهارم شماره‌ی ۱، ص. ۳۷-۲۵.
- 34- Davidson, R.J; Kabat-Zinn, J; Schumacher, J; Rosenkranz, M; Muller, D; Santorelli, S. F; Urbanowski, F; Harrington, A; Bonus, K; & Sheridan, J.F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.

# بررسی اثر بخشی مداخلات روان‌شناختی و آموزشی کودک محور، خانواده محور و ترکیبی بر کاهش نشانه‌های کودکان اטיسم در زندگی واقعی

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

نویسندگان: رویا چوپان زیده<sup>۱\*</sup>، سالار فرامرزی<sup>۲</sup>، معصومه پیروز<sup>۱</sup> و فاطمه زیدآبادی<sup>۱</sup>

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه اصفهان.

۲. استادیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه اصفهان.

\*Email: Roya.chopan@yahoo.com

### چکیده

اتیسم اختلالی با رفتارهای نابجا مانند رفتارهای کلیشه‌ای، نقص در ارتباط و تعامل اجتماعی است. از طرفی خانواده نقش اساسی را در تضمین سلامت و رفاه کودکان بازی می‌کند، آموزش چگونه مواجه شدن با رفتارهای ناسازگارانه کودکان اتیسم به والدین حایز اهمیت است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی مداخلات روانشناختی خانواده محور، کودک محور و ترکیبی بر کاهش نشانه‌های کودکان اتیسم در زندگی واقعی است. روش پژوهش آزمایش با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل است. از مراکز توان بخشی کودکان اتیسم شهر اصفهان، ۱۲ کودک اتیسم به همراه والدین آنها با نمونه گیری خوشه‌ای با توجه ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب و در پژوهش شرکت داده شدند. برای اندازه‌گیری نشانه‌های کودکان اتیسم از مقیاس درجه بندی زندگی واقعی کودکان اتیسم استفاده شد. مدل مشاوره‌ای - آموزشی هورن بی برای مداخلات خانواده محور و از روش تحلیل کاربردی رفتار برای مداخلات کودک محور استفاده شد. تحلیل داده‌های به دست آمده با روش آماری تحلیل کواریانس انجام گرفت. نتایج نشان داد که بین نمرات ۳ گروه کودکان که تحت مداخلات روانشناختی خانواده محور کودک محور و ترکیبی قرار گرفتند و گروه کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $p \leq 0/001$ ). بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت مداخلات خانواده محور، کودک محور و ترکیبی بر کاهش نشانه‌های کودکان اتیسم موثر است. مداخلات ترکیبی اثر بیشتری داشته‌اند.

کلیدواژه‌ها: مداخلات خانواده محور، مداخلات کودک محور، نشانه‌های اختلال اتیسم

داشور  
وختار

• دریافت مقاله: ۹۳/۶/۲۵

• پذیرش مقاله: ۹۴/۴/۹

*Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer  
2015*

*Clinical Psy. & Personality*

دو فصلنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیست و دوم - دوره

جدید شماره ۱۲

بهار و تابستان ۱۳۹۴

## مقدمه

اختلالات فراگیر رشدی، گروهی از اختلالات عصبی-رشدی هستند که در مقایسه با سایر اختلالات اجتماعی-عاطفی، اساس عصب شناختی تأیید شده و واضح تری دارند [۱]. این اختلالات با پنج تشخیص متفاوت شناخته می‌شوند که شامل اتیسم، اسپرگر، رت، اختلال از هم پاشیدگی دوران کودکی و اختلال نافذ رشد که به گونه‌ای دیگر مشخص شده است می‌باشد [۲]. اتیسم اختلالی مادال عمر می‌باشد [۳، ۴] و از جمله ویژگی‌های تشخیصی این اختلال نقص جدی و زود رس در ارتباط و اجتماعی بودن [۵، ۶] و رفتارهای کلیشه ای و تکراری است که این سه مورد از ویژگی‌های اصلی این اختلال هستند [۷، ۸]. نقص در رشد زبان از اولین نشانه‌هایی است که والدین این کودکان را به جستجو علت برمی‌انگیزد تقریباً بیشتر اشخاص مبتلا به اختلال در سرتاسر زندگیشان گنگ باقی می‌مانند و آن دسته که در نهایت صحبت می‌کنند صحبت کردن را برای مقاصد خود تحریکی مورد استفاده قرار می‌دهند. بیشتر این کودکان دارای معکوس سازی ضمیر در گفتار خود هستند، علاوه بر این آنها ناتوان در درک و فهم معانی و عواطف در کلمات و جملات هستند و هنگام صحبت کردن ریتم و تن صدای آنها ثابت و غیر عادی می‌باشد [۹]. از دیگر خصوصیات افراد مبتلا به اختلال اتیسم واکنش عاطفی نامناسب در موقعیت‌های اجتماعی خاص است. واکنش‌های عاطفی این افراد نسبت به اوضاع و احوال یکنواخت نامناسب است. این مشکل قبل از ۳۶ ماهگی شروع می‌شود و آغاز آن همواره قبل از ۳ سالگی است [۱۰].

اطلاعات متفاوتی در مورد میزان شیوع اختلال اتیسم وجود دارد. متوسط شیوع این اختلال را ۲۲ مورد در هر هزار نفر گزارش کرده اند. در ایران، در شهر اصفهان میزان شیوع در کودکان ۶ تا ۱۲ سال در شهر اصفهان ۱۲، ۱۵ در هر ۱۰۰۰۰ کودک بوده است [۱۱].

در مورد درمان این اختلال، هیچ روش منحصر به فردی وجود ندارد و تا کنون نیز داروی اختصاصی برای درمان قطعی آن معرفی نگردیده اما طبق تحقیقات انجام

شده از میان روش‌های درمانی، روش تحلیل کاربردی رفتار<sup>۱</sup>، کاردرمانی، گفتار درمانی و ترکیبی از آنها توانسته بهبودی بیشتری در این کودکان به وجود آورد [۱۲]. روش تحلیل کاربردی رفتار یا مداخله درمانی با استفاده از تحلیل رفتار کاربردی با کاهش دادن نشانه‌های رفتاری و کمک به رشد کارکردهای تأخیر یافته، ابتدایی و رشد نیافته مانند زبان و مهارت‌های مراقبت از خود که بر اساس ارزیابی دقیق کودک، تهیه برنامه آموزشی ویژه و کار فشرده نفر به نفر توسط مربیان آموزش دیده و با استفاده از روش شرطی سازی کنشی یا اسکینری است که ابتدا با نام شیوه لوواس شناخته می‌شد که توانسته بود طی یک طرح تحقیقاتی دو ساله به نتایج مثبتی دست یابد. طرح لوواس اولین بار روی یک گروه ۱۹ نفره کودک و با دو گروه کنترل ۲۰ و ۲۱ نفره (هر سه گروه در سنین مقطع زیر دبستان) به مدت ۲ سال و با کار فشرده ۴۰ ساعت در هفته، به صورت نفر به نفر صورت گرفت. نتایج این تحقیق نشان داد ۴۷ درصد از گروه تجربی با میانگین ۱۰۷، موفق به ورود به مدارس عادی شدند. تحقیق دیگری در پیگیری تحقیق لوواس توسط مک اکین<sup>۲</sup> در ۱۹۷۹ صورت گرفت و نتایج آن نشان داد تأثیر آموزش به روش تحلیل کاربردی رفتار پایدار است. در برنامه مداخله درمانی دانشگاه مرداک به سرپرستی برن برائر<sup>۳</sup> و لیچ<sup>۳</sup> که در مدت ۲۴ ماه با روش تحلیل کاربردی رفتار صورت گرفت افزایش مهارت‌ها، بهره هوش، زبان و رفتار اکتشافی و همچنین خود یاری و کاهش قشقرق به صورت بارزی توسط آزمون‌های استاندارد نمایان شد در حالی که در رفتارهای کلیشه ای تغییر چندانی بوجود نیامد [۳]. همچنین در تحقیقی دیگر که با ۱۱ جفت کودک مبتلا به اختلال اتیسم در دو گروه ۱۱ نفره (کنترل و آزمایشی) با روش تحلیل کاربردی رفتار انجام گردید، افزایش بهره هوش با آزمون‌های استاندارد را نشان داده شد. گرین در تحقیق خود به این نتیجه رسید که از میان

1. Applied Behavior Analysis

2. Mceachin

3. Braer & lich



والدین کودکان مستعد، نیاز به مهارت‌هایی دارند تا با نیازهای ویژه کودک به خوبی کنار بیایند و مداخله توانایی والدین برای اجرای برنامه‌های مربوط به فرزند خویش در خانه را افزایش داده و موجب کاهش استرس آنان شده که سلامت خانواده را تسهیل می‌کند. در این صورت والدین احساس فشار روحی کمتری در زندگی روزمره خود دارند احتمالاً توانایی بیشتری برای اختصاص منابع عاطفی، شناختی و فیزیکی خود در راستای کمک به کودکان خواهند داشت [۱۷].

«کمیته کودکان مبتلا به ناتوانی‌ها» در ۲۰۰۱، معتقد است که خانواده نقش اساسی را در تضمین سلامت و رفاه کودکان بازی می‌کند و به همین جهت در مداخلات سهم خانواده را نیز در نظر می‌گیرند. در مدل مداخله خانواده محور، هدف آموزش مستقیم والدین برای اصلاح رفتارهایشان جهت افزایش نتایج مثبت برای کودکان می‌باشد [۲۰]. پژوهش‌ها نشان داده اند آموزش والدین در طول جلسات مشارکت و همکاری، از استرس آنها می‌کاهد. در این مداخلات رویکرد اصلی کمک به خانواده‌هایی است که کودکان تاخیر در رشد دارند و به مشارکت دادن آنها در خدمات و حمایت از آنها در امر تصمیم‌گیری در خصوص انتخاب بهترین خدمات تاکید دارد. سالش و پری<sup>۲</sup> در ۲۰۰۸ بیان می‌دارند که نگرش والدین نسبت به رویکرد مداخله ممکن است تاثیری روی تعهدات و اشتیاق آنها برای اجرای برنامه در خانه داشته باشد. بنابراین یک جز درمان آموزش مستقیم به والدین برای اصلاح رفتارهای فرزند پروری جهت افزایش پیامد مثبت برای کودکانشان می‌باشد [۱۷].

مک کنچی<sup>۳</sup> و همکارانش در ۲۰۰۵ در یک مطالعه نشان دادند که مداخلات خانواده محور به کاهش مشکلات رفتاری و افزایش تعداد واژگان و روابط اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی در کودکان اتیسم می‌شود. در این مطالعه از استراتژی تسهیل سازی استفاده شد که به کمک آن والدین می‌توانند استرس خود را

روش‌های درمانی سه روش تحلیل کاربردی رفتار و یکپارچه سازی حسی و روش ویتامین درمانی درمیان خانواده‌ها بیشتر استفاده می‌شود [۱۳].

از طرف دیگر وجود کودک معلول برای خانواده می‌تواند چالش بر انگیز باشد [۱۴]. با در نظر گرفتن اینکه اختلال یا بیماری یک عضو خانواده احتمالاً بر عملکرد سایرین نیز تا ثیر منفی گذاشته و از طرف دیگر می‌تواند ناشی از روابط نامطلوب با سایرین و بالاخص والدین باشد، فرد مشکل دار در واقع نشانه اشکال و اختلال در سیستم و کل اعضای خانواده خواهد بود [۱۵]. والدین این کودکان به علت رفتارهای مخرب و غیرعادی کودکان مشکلات فراوانی در نگهداری از کودک و مهارت‌های والدگری تجربه می‌کنند. اگر والدین احساس بی‌لیاقتی کنند، ناتوان شده و دچار استرس شدید و کاهش اعتماد به نفس می‌شوند و به تدریج به افسردگی و سایر مشکلات روانی مبتلا می‌شوند و این فشار روانی، توانایی آنها را برای کمک به کودک کاهش می‌دهد [۱۶]. بررسیها نشان می‌دهند که والدین کودکان با اختلالهای گسترده اتیسم بیش از والدین کودکان با اختلالهای روان شناختی دیگر، در معرض فشارهای روانی ناشی از داشتن کودک ناتوان قرار دارند [۱۷]. به طور کلی والدگری خود چالش بر انگیز است و این چالش در بر خورد با کودک دارای اتیسم بیشتر خواهد شد [۱۸]. رفتارهای مشخصه اتیسم اغلب منجر به آسیب در روابط والد کودک و افزایش استرس در میان والدین این کودکان می‌شود [۱۹]. در برخی از این خانواده‌ها، چالش‌های روزانه و فشارهای ناشی از بزرگ کردن این کودک ممکن است تاثیرات منفی جبران ناپذیری ایجاد کند. احتمالاً برخی از افراد خانواده دچار بدبینی، خشم و اضطراب، گناه، فشار روحی، ناامیدی و یا افسردگی می‌گردند. هرچند ممکن است در بعضی از خانواده‌ها باعث تحمل سازنده و لذت بخش از زندگی شود. تجربه بالینی نشان می‌دهد والدینی که سطوح بالای از استرس را تجربه کردند ممکن است توانایی کمتری در خصوص حضور مطلوب در درمان کودکان داشته باشند. اطلاعات نشان می‌دهند والدین کودکان معلول و حتی

<sup>۱</sup>. Committee on Children With Disabilities.

<sup>۲</sup>. Solish

<sup>۳</sup>. Macconchi

از یکسال حفظ کنند. در واقع عوامل محیطی و سلامت روان والدین با برنامه مداخله همبستگی دارد. کاردین<sup>۴</sup> ۲۰۰۱ که در رابطه با مداخلات ترکیبی خانواده محور و کودک محور به بررسی پرداخته است، اثر بخشی آن را روی کودکان بیش فعال ثمر بخش می‌داند. در زمینه مداخلات خانواده محور و همزمان با مداخلات کودک محور در اختلال اتیسم تحقیقات کمی صورت گرفته است. به همین دلیل محقق یا آگاهی از اهمیت نقش خانواده در کاهش نشانه‌های کودکان اتیسم به پژوهش در این باب پرداخته است [۱۷].

همچنین از پژوهش‌های انجام گرفته چنین استنباط می‌شود که کودکان با اختلالات طیف اتیسم دارای تاخیر رشدی و مشکلاتی در ارتباط و گفتار و رفتارهای قالبی هستند. و از طرفی خانواده‌های این کودکان به دلیل این معلولیت بسیار آسیب پذیر شده اند و بسیاری از آنها اطلاعات کافی از این اختلال ندارند. در نتیجه مشکلات روحی ایجاد شده و عدم آگاهی ارتباط آنها با کودکانشان را خدشه دار کرده است. در حالی که تحقیقات در این زمینه نشان می‌دهد مداخلاتی که هم کودک و هم خانواده وی را درگیر آموزش کند می‌تواند ثمربخش باشد و باعث رشد و شکوفایی توانایی بیشتر این کودکان گردد. در پژوهش‌های صورت گرفته این مطلب مشهود است که عمده مداخلات مستقیماً بر روی فرزندان بوده و والدین کمتر مورد توجه بوده اند. این در حالی است که والدین بخش مهمی از آموزش و درمان هستند. حال این سوال مطرح است که آیا مداخلات کودک محور و خانواده محور بر کاهش نشانه‌های کودکان اتیسم موثر است؟ از طرفی اثر ترکیبی این مداخلات چگونه است؟ بنابراین هدف از این تحقیق مقایسه مداخلات کودک محور و خانواده محور و ترکیب این دو است. تلاش گردیده با این تحقیق درهایی امید بیشتری برای درمان اختلال اتیسم بر روی والدین و مربیان گرامی باز گردد.

کنترل کنند [۲۱]. این نتایج در یک مطالعه بزرگتر روی ۱۱۹ خانواده‌های کودک اتیسم تکرار شد. نتایج این تحقیق نیز از اثر بخشی مداخلات خانواده محور حمایت می‌کند. روت<sup>۱</sup> و همکاران در ۲۰۰۸ در یک مطالعه نشان دادند که مداخلات خانواده محور و آموزش به والدین کودکان اتیسم می‌تواند موجب کاهش نشانه‌های اتیسم و کاهش هزینه‌ها صرفه جویی در هزینه‌ها شود. این برنامه حدود ۱۲ هفته که ۷۲ والد کودک اتیسم شرکت کردند به طول انجامید... در این مطالعه تکنیک‌های رفتاری به والدین آموزش داده می‌شد [۲۲]. مک فورد بارلو<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۴ یک مطالعه کیفی انجام دادند و در آن تاثیرات برنامه آموزش والدین را روی خانواده آزمون کردند [۲۳]. شرکت کنندگان که همگی زن بودند، افزایش احساس کفایت، کاهش احساس تنش روانی و افزایش فرمانبرداری کودک را گزارش دادند [۱۸].

همزمان با مداخلات کودک محور و آموزش خانواده آنها منجر می‌شود والدین خود را با وضعیت داشتن یک کودک معلول تطبیق دهند. کمک به خانواده‌ها جهت داشتن یک تعامل لذت بخش با کودک، عامل اصلی برای تسهیل رشد کودک در آینده است که به عنوان هدف مهم و مناسب مداخله به حساب می‌آید. فرامرزی در ۱۳۸۸ نشان داد که مداخلات بهنگام روانشناختی و آموزشی خانواده محور با استفاده از مدل هورن بی بر رشد حرکتی کودکان سندروم دان و سلامت روان والدین و رشد زبانی و رفتار سازشی این کودکان تاثیر مثبت دارد [۲۴، ۲۵]. در مطالعه صورت گرفته توسط سمیرا هادی ۱۳۹۰ نشان داده شد که مداخلات ترکیبی کودک محور و خانواده محور بر کاهش نشانه‌های بیش فعالی موثر بوده است. همچنین مک هامون و فورهند<sup>۳</sup> ۲۰۰۳ در تحقیق خود به بررسی اثربخشی مداخلات خانواده محور پرداخته است [۳]. در این مطالعه نشاد داده شد که در آنها یک چهارم از خانواده‌ها بهبودی‌های سریعی را نشان نداند و یک سوم از خانواده‌ها نتوانسته بودند بهبودی‌های ایجاد شده را بعد

<sup>1</sup>. Ruth

<sup>2</sup>. Mockford

<sup>3</sup>. Hamun & Furhand

<sup>4</sup>. Kardin

محقق با استفاده از پرسشنامه ارزیابی رفتارهای اتیستیک<sup>۴</sup> - نداشتن اختلال همراه. از معیارهای ورود به پژوهش این بود که والدین در طول دوره مداخلات از هیچگونه مداخله روانشناختی برخوردار نبوده و فرزندان آنها نیز از خدمات آموزشی و روانشناختی استفاده نمایند. به علاوه والدین کودکان اتیسم از سواد کافی برخوردار باشند و برای شرکت خود و فرزندان خود در پژوهش کتبا ابراز تمایل نموده باشند.

### ابزارهای پژوهش

#### ۱. مصاحبه

که بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-IV-IR و توسط یک روانپزشک صورت گرفت.

#### ۲. پرسشنامه Real Life Rating Scale for Children Autism

به منظور سنجش و اندازه گیری نشانه‌های کودکان اتیسم مقیاس درجه بندی زندگی واقعی کودکان اتیسم استفاده شد. این پرسشنامه توسط فرانک سی و هالتس و جان ون در انده<sup>۲</sup> در ۲۰۰۶ ساخته شد. مقیاس درجه بندی زندگی واقعی برای ارزیابی رفتارهای اتیستیک بیماران در موقعیت‌های طبیعی بدون تغییر یا محدودیت‌های تجربی می‌باشد. به طور ویژه برای ارزیابی پاسخ‌های کوتاه مدت به درمان و با آموزش سریع مشاهده کنندگان غیرحرفه‌ای تکمیل می‌شود [۲۶]. مقیاس درجه بندی زندگی واقعی بر روی ۵ خرده مقیاس شامل: حسی-حرکتی، روابط اجتماعی با مردم، پاسخ عاطفی، پاسخ حسی و زبان می‌باشد. این مقیاس شامل ۴۷ سؤال است که در یک مقیاس ۴ امتیازی پاسخ‌های: هرگز، به ندرت، خیلی اوقات و اغلب همیشه درجه بندی شده است. پایایی مقیاس درجه بندی زندگی واقعی کودکان اتیسم همبستگی ارزیابی‌های ۴۷ سؤال در میان ارزیابان ناآزموده ۰/۴۴ و در میان ارزیابان باتجربه ۰/۷۰ بود. از نظر روایی خرده مقیاس‌های مقیاس درجه بندی زندگی واقعی به طور معنی‌داری با رفتارهای اتیستیک گزارش شده توسط متخصص بالینی

### روش

#### نوع پژوهش

روش پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل است. متغیر مستقل مداخلات خانواده محور و ترکیبی است و متغیر وابسته نمرات پس از آزمون مقیاس درجه بندی پرسشنامه زندگی واقعی می‌باشد.

#### آزمودنی

جامعه آماری پژوهش را کلیه کودکان مبتلا به اختلال اتیسم شهر اصفهان تشکیل می‌دهند. روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای است ابتدا با روش خوشه‌ای از بین ۳ مرکز توان بخشی کودکان اتیسم شهر اصفهان مرکز یاوران زینب انتخاب شد و سپس به صورت تصادفی ۱۲ نفر از ۴۰ کودکان اتیسم به همراه والدین آنها انتخاب گردید. نمونه‌ها در ۴ گروه ۳ نفری قرار گرفتند (۳ گروه آزمایش و یک گروه کنترل). مطابق با برنامه آموزشی تحلیل کاربردی رفتار و مدل هورن بی طی سه ماه اجرا گردید. برای آموزش کودکان و والدین از ۴ نفر کارشناس روانشناسی کمک گرفته شد که در طی چند جلسه توسط یک دکتری روانشناسی و کارشناسی ارشد روانشناسی کودکان استثنایی که مجری طرح بودند آموزش لازم را دیده و با یکدیگر کاملاً هماهنگ شدند. هم‌چنین در پایان هر جلسه‌ی آموزش، برای والدین تکالیفی برای انجام تمرینات داده می‌شد. پرسشنامه زندگی واقعی کودکان توسط والدین پاسخ داده شد و سپس بر روی گروه آزمایش متغیر مستقل (مداخلات خانواده محور، مداخلات کودک محور، ترکیبی) اعمال گردید. ضمناً نتایج آماری نشان داد که حجم نمونه کافی می‌باشد. ملاک انتخاب نمونه این کودکان از این قرار بود ۱- ثبت نام در مرکز بازپروری کودکان اتیسم ۲- داشتن ملاک ارزیابی سندروم اتیسم مطابق با نظر انجمن روانپزشکی امریکا<sup>۱</sup> که با تشخیص روان‌پزشک مرکز انجام شده است. ۳- ارزیابی

<sup>۲</sup>. Verhulst & Ende

<sup>۱</sup>. Diagnostic and statistical manual of mental disorders

همپسته بود، به استثنای مقیاس حسی- حرکتی که به اندازه‌گیری‌های دیگر هم‌تا نبود. در این پژوهش با روش آلفای کرونباخ پایایی مقیاس به دست آمد (۰/۵۶) و نیز روایی آن توسط متخصص مورد تایید قرار گرفت. پس از مراجعه به مراکزی که به صورت تصادفی انتخاب شده بود، سپس ۱۲ نفر از کودکان اتیسم که توسط روانشناس و روانپزشک مورد تایید قرار گرفته بودند انتخاب شدند و پرسشنامه مقیاس درجه بندی زندگی واقعی بین مادران این کودکان اتیسم توزیع شد. نمونه مورد نظر به صورت تصادفی در ۴ گروه ۳ نفری گمارده شدند (۳ گروه آزمایش و یک گروه کنترل). و بر روی گروه‌های آزمایش متغیر مستقل (مداخلات خانواده محور، مداخلات کودک محور و مداخلات ترکیبی) اعمال گردید.

### شیوه اجرای پژوهش

مداخلات کودک محور: روش تحلیل کاربردی رفتار در سال ۱۹۶۰ توسط لوواس ارائه شد. این روش از اصول کلی رفتار درمانی و از دیدگاه‌ها و برنامه‌های تغییر رفتار اسکینر گرفته شده است که برای آموزش مهارت‌های اجتماعی، گفتار و افزایش قوای حسی حرکتی، مهارت‌های خودیاری، افزایش شناخت این کودکان استفاده شد. در این روش که توسط مربیان آموزش دیده با بیشترین ساعت کار ممکن در هفته (۳۰ تا ۴۰ ساعت) صورت می‌گیرد هر رفتاری جز به جز به کودک داده می‌شد شامل ۱ دستور به کودک، یک عمل از طرف کودک و یک عکس العمل از طرف درمانگر می‌باشد. هر کار و مهارت جدید به قسمت‌های کوچکتری تقسیم می‌شود. هرگاه کار خواسته شده به درستی انجام می‌شد، کودک مورد تشویق قرار می‌گرفت تا در کودک انگیزه تکرار و فرمانبری صورت گیرد. در این روش با کمک مربی و والدین کودک اتیسم با توجه به کتاب روش‌های تغییر رفتار دکتر آشتیانی فهرستی از لیست تقویت‌ها تهیه شد. تقویت‌های نخستین مثل غذا، بیسکویت، میوه استفاده شد که فوراً پس از هر عمل درست کودک به وی داده می‌شد. از روش یکپارچگی

خلاصه مباحث برنامه آموزشی مداخله کودک محور:

**جلسه اول:** با استفاده از مصاحبه با والدین و مربیان گرفتن شرح و حال و ارزیابی توانایی کودکان (گفتار، حرکات کلیشه‌ای، ادراک حرکتی، روابط اجتماعی) مشکلات هر کودک شناخته شد و خط پایه بر اساس نشانه‌ها و شدت آنها برای هر کودک در نظر گرفته شد.

**جلسه دوم:** بر اساس مراحل رشد گفتاری ابتدا مصوت‌ها با کودک تمرین شد و بعد حروف الفبا و بعد از این که مطمئن شدیم کودک می‌تواند حروف را بیان کند کلمات ۲ حرفی و سپس ۳ حرفی از کودک خواسته شد تا بیان کند.

**جلسه سوم:** به مهارت‌های اجتماعی پرداخته شد و زمانی که تماس چشمی مناسب برقرار شد ابتدا مربی خود شروع به سلام احوال پرسی با کودک و یکی دیگر از اعضای خانواده می‌پردازد کودک تقلید می‌کرد اگر درست انجام می‌داد تقویت دریافت می‌نمود. به تدریج از نشانه‌های کمک کننده کاسته می‌شد.

**جلسه چهارم:** علاوه بر انجام تمرین‌های قبلی در مورد گفتار زبان در سطح پیشرفته تر آموزش داده شد به طوری که کودک بتواند جملات ۲ و ۳ و بعداً ۴ و ۵ کلمه ای را

از مداخله آموزشی برگزاری جلسات آموزشی برای والدین در زمینه شناخت ویژگی‌های کودکان با اختلال اتیسم و آموزش مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی، خودیاری، کاهش حرکات کلیشه ای بود. برای مداخله خانواده محور ابتدا یک جلسه مشاوره فردی و ۲ جلسه گروهی به والدین داده شد و سپس ۸ جلسه آموزشی به میزان ۲ الی ۳ ساعت (۱ جلسه) در هفته برای والدین در نظر گرفته شد.

**مشاوره فردی:** در جلسات مشاوره فردی، یکی از والدین و یا هر دو نفر حضور داشته و محور جلسه مشاوره، با توجه به مواردی که والدین مطرح می‌نمودند، تعیین می‌گردید و در مجموع پیرامون این موارد بود: چگونگی ارتباط با کودک و سایر فرزندان، روش برخورد با مشکلات خاص کودک مبتلا و سایر فرزندان، مشکلات ارتباطی همسران با هم، مسایل خاص و ویژه کودک مبتلا در زمینه‌های درمانی، توان بخشی و...

**مشاوره گروهی:** برای کل خانواده‌ها در ۲ جلسه برگزار شد، موضوع این جلسات تا حدی از قبل پیش بینی شده بود، ولی از انعطاف لازم برخوردار بود. در این جلسات، مشاور نقش رهبری جلسه را بر عهده داشت تا والدین به یک جمع بندی و اتفاق نظر برسند. مراحل بدین شرح بود: ابتدا موضوع مطرح می‌شد و سپس از والدین خواسته می‌شد تا بدون خود سانسوری احساسات خود را بیان کنند و از آنها خواسته می‌شد تا احساسات اعضای دیگر گروه را بشنوند و به یکدیگر احترام گذارند. و در آخر هم مشاور به جمع بندی نظرات والدین اقدام می‌نمود و نتایج جلسه را در یک یا چند جمله کوتاه خلاصه می‌کرد. موضوع جلسات عبارت بود از مشکلات خانواده در رابطه با فرد معلول، نقش پدران و مادران در فرآیند پذیرش معلولیت، تجربیات نقش پدران و مادران در فرآیند پذیرش معلولیت، تجربیات والدین در رابطه با تغذیه و بهداشت فرزندان، مسایل مربوط به خواهران و برادران فرد مبتلا، مشارکت خانواده در فعالیت‌های اجتماعی.

خلاصه ی جلسه‌های مداخلات آموزش خانواده محور که بر روی والدین در ۸ جلسه اجرا شد به شرح زیر

کامل بگوید(این بخش با حضور گفتار درمان مرکز و نظارت ایشان انجام شد). جلسه پنجم: در این جلسه کودک آن چه را که در طی این جلسات با مربی آموخته تعمیم می‌دهد و با دیگر اعضای خانواده تمرین می‌کند.

**جلسه ششم:** ارزیابی توانایی کودک و بررسی تغییرات وی از جلسه اول تا کنون و آگاهی از روند آموزش کودک.

**جلسه هفتم:** در این جلسه بر توانایی حرکتی کودک متمرکز شدیم و آموزش جهیدن برای افزایش انعطاف پذیری بدن کودک صورت گرفت.

**جلسه هشتم:** ادامه جلسه قبل و آموزش هدف گیری و پرتاب توپ که کیسه‌های رنگی ماش و عدس در ابعاد ۱۰\*۱۵ سانتی متر در اختیار کودک قرار داده شد و کودک باید از فاصله ۲ متری آن‌ها را به دایره روی دیوار پرتاب کند که برای هماهنگی چشم و دست بسیار مفید است.

**جلسه نهم:** ایجاد یکپارچگی حسی و توازن تعادل در محیط خود با استفاده از الکلنگ، تاب و تخته تعادل که در زمان‌های متفاوتی انجام می‌گیرد.

**جلسه دهم:** در این جلسه بر حواس مختلف با افزایش و صحت پردازش حس لامسه با لمس فشاری به صورت آرام و شدید، لمس سرد و گرم، کار کردن با اسفنج خشک و خیس و افزایش حس بینایی و شنوایی با استفاده از نور چراغ قوه و بازتاب نور در آینه متمرکز شدیم. همچنین تحریک شنوایی با نوار موسیقی و با استفاده از صداهای محیطی به صورت طبیعی و یا مصنوعی صورت گرفت.

برنامه درمانی خانواده محور (براساس مدل هورن بی): مداخلات خانواده محور بر اساس مدل مشاوره ای هورن بی<sup>۱</sup> در ۱۹۵۵ به صورت فردی و گروهی طراحی شد. این مدل شامل دیدگاه ۳ مرحله ای مشاوره مرکب از مراحل گوش کردن، درک کردن و طرح ریزی برای عمل است. در این مدل به اهمیت کار گروهی با والدین در قالب مشاوره گروهی و آموزش والدین توجه شده است. منظور

<sup>۱</sup>.Horenbi

است:

روش ترکیبی (خانواده محور - کودک محور): در این روش کودکان مبتلا به اختلال اتیسم و والدین آنها هم زمان تحت مداخله (روش تحلیل کاربردی رفتار، مداخله آموزشی خانواده محور بر اساس مدل هورن بی) قرار می‌گیرند. در این روش کودکان تحت ۳ مربی آموزش دیده در زمینه روش تحلیل کاربردی رفتار و والدین این کودکان تحت مداخله آموزشی خانواده محور هورن بی در ۱۰ جلسه درمانی به میزان ۱ تا ۲ ساعت هر هفته دو جلسه قرار گرفتند. پژوهشگران جلسات آموزشی را شروع کرده و در پایان هر جلسه به دانش آموزان و والدین تمریناتی در مورد آن جلسه داده می‌شد. که در خانه انجام دهند. سپس در جلسه بعدی مورد ارزیابی و بررسی قرار می‌گرفت. بعد از پایان جلسات آموزشی بر روی گروه‌های آزمایشی و کنترل پس از آزمون پرسشنامه زندگی واقعی کودکان اتیسم اجرا شد.

#### شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار استنباطی استفاده شده است. با توجه به طرح تحقیق و با توجه به نوع فرضیه و داده‌های به دست آمده، روش تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) مورد استفاده قرار گرفت. و از نرم افزار آماری spss برای آزمون فرضیه‌ها استفاده شد.

#### نتایج

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل نشان‌های رفتاری را نشان می‌دهد. همانطور که ملاحظه می‌شود نمرات پس آزمون نشان ای رفتاری کودکان اتیسم کاهش یافته است.

**جلسه اول:** آشنایی با روش درمانی، در این - جلسه ابتدا ضمن برقراری ارتباط با والدین، هدف و ضرورت برنامه برای آنها توضیح داده شد. هم چنین در مورد برگزاری جلسات و چگونگی اجرای برنامه و زمان بندی آن نیز توضیحاتی داده شد. سپس پیش آزمون توسط والدین کامل شد.

**جلسه دوم:** بررسی و ارزیابی مشکلات. در این جلسه به بررسی میزان آشنایی والدین با مشکلات کودکان اتیسم و این که آنها از کدام مشکل و نشانه کودک اتیسم خود بیشتر رنج می‌برند پرداخته شد.

**جلسه سوم:** ادامه جلسه دوم، در این جلسه با ویژگی‌های ارتباطی کودکان اتیسم آشنا شدند و به کمک والدین و فرد آموزش دیده بنا بر نیاز هر کودک در این رابطه با کمک والدین برنامه درمانی طرحریزی شد.

**جلسه چهارم:** در این جلسه در مورد مسایل اجتماعی کودکان اتیسم با والدین گفتگو شد و آموزش لازم در این رابطه با والدین صورت گرفت.

**جلسه پنجم:** در این جلسه والدین ضمن آشنایی با ویژگی‌های حسی و عاطفی کودکان با اختلال اتیسم، آموزش لازم در این زمینه را دیدند.

**جلسه ششم:** آشنایی با ویژگی‌های حرکتی کودکان با اختلال اتیسم و ارائه برنامه درمانی در این زمینه به والدین.

**جلسه هفتم:** چگونگی برقراری رابطه با کودک و ارائه راهکارها برای افزایش روابط اجتماعی و برانگیختن واکنش‌های عاطفی کودک.

**جلسه هشتم:** در این جلسه به چگونگی ارتباط والدین با گفتار درمان و کاردرمان و روانشناس و مربی کودک اتیسم پرداخته شد.

جدول ۱: ویژگی جمعیت شناختی کودکان اتیسم

گروه کنترل		گروه آزمایشی ۳		گروه آزمایشی ۲		گروه آزمایشی ۱		متغیرها	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۳۳/۴	۱	۶۶/۷	۲	۳۳/۴	۱	۶۶/۷	۲	دختر	جنس
۶۶/۷	۲	۳۳/۴	۱	۶۶/۷	۲	۳۳/۴	۱	پسر	
۳۳/۴	۱	۳۳/۴	۱	۳۳/۴	۱	۳۳/۴	۱	۱۰ تا ۷	سن

بررسی اثر بخشی مداخلات روانشناختی و آموزشی کودک محور، خانواده محور و ترکیبی بر کاهش نشانه‌های کودکان اتیسم در زندگی واقعی

۶۶/۷	۲	۶۶/۷	۲	۶۶/۷	۲	۶۶/۷	۲	۱۲۱۰
------	---	------	---	------	---	------	---	------

جدول ۲: ویژگی جمعیت شناختی والدین کودکان اتیسم

متغیرها		گروه آزمایشی ۱		گروه آزمایشی ۲		گروه آزمایشی ۳		گروه کنترل	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
سن	۳۰-۴۰	۶۶/۷	۲	۳۳/۴	۱	۳۳/۴	۱	۳۳/۴	۱
	۴۰-۵۰	۳۳/۴	۱	۳۳/۴	۱	۶۶/۷	۲	۳۳/۴	۱
	۵۰	۰	۰	۳۳/۴	۱	۰	۰	۳۳/۴	۱
وضعیت شغلی	شاغل	۱۰۰	۳	۶۶/۷	۲	۶۶/۷	۳	۶۶/۷	۳
	بیکار	۰	۰	۳۳/۴	۱	۰	۰	۰	۰
تحصیلات	راهنمایی	۳۳/۴	۱	۶۶/۷	۲	۳۳/۴	۱	۳۳/۴	۱
	دیپلم	۳۳/۴	۱	۰	۰	۳۳/۴	۱	۶۶/۷	۲
	لیسانس	۳۳/۴	۱	۳۳/۴	۱	۳۳/۴	۱	۳۳/۴	۱

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون نشان ای رفتاری کودکان اتیسم در گروه آزمایش و کنترل

پیش آزمون		پس آزمون		
۷۱	۱	۶۷/۶۶	۰/۵۷	مداخلات کودک محور
۵۸/۶۶	۸/۷۳	۴۸/۳۳	۹/۰۷	مداخلات خانواده محور
۵۸/۳۳	۷/۲۳	۴۴	۷	مداخلات ترکیبی
۶۶/۳۳	۵/۵۰	۶۵/۶۶	۴/۹۳	کنترل

جدول ۴: نتایج آزمون لوین برای تساوی واریانس نشان‌های رفتاری کودکان اتیسم

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۴/۲۹	۳	۸	۰/۰۶۷

نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد که شرایط همسانی واریانس‌ها بین گروه‌ها برقرار می‌شود.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) گروه آزمایش کنترل در نمرات پس آزمون نشانه ای رفتاری کودکان اتیسم

شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات	توان آزمون
پیش آزمون	۲۸۶/۲۷	۱	۲۸۶/۲۷	۷۷/۸۸	۸۹/۰	۰/۰۱	۰/۰۵۹
گروه	۲۴۸/۴۵	۳	۸۲/۸۱	۳۵/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۰/۰۰۱
خطا	۲۵/۷۲	۷	۳/۶۷				

(پرسشنامه مقیاس درجه بندی زندگی واقعی کودکان اتیسم) مربوط به مداخلات بوده است. همچنین توان آماری ۱۰۰ درصد می‌باشد (نشان دهنده کفایت حجم نمونه).

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت معنی داری بین آموزش های کودک محور، خانواده محور و ترکیبی با گروه کنترل وجود دارد. همچنین نتایج این جدول

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، بین مداخلات خانواده محور، کودک محور، ترکیبی و کنترل، در کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان اتیسم تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p \leq 0/001$ ). میزان تاثیر ۹۰ درصد بوده است. یعنی ۹۰ درصد از واریانس پس آزمون

نشان می‌دهد از بین روش‌های مداخله صورت گرفته موثرترین روش، روش ترکیبی می‌باشد.

جدول ۶: نتایج آزمون توکی تفاوت نمرات نشانه‌های رفتاری آزمودنی‌ها در گروه‌های زوج

سطح معناداری	تفاوت میانگین I-J	گروه I گروه	
		خانواده محور	کودک محور
۰/۰۶	۱۵/۳۳	ترکیبی	کنترل
۰/۰۱	۲۰/۶۶	کنترل	کنترل
۰/۰۹	-۱	کنترل	کنترل
۰/۰۶	۱۵/۳۳	کودک محور	خانواده محور
۰/۷۲	۵/۳۳	ترکیبی	کنترل
۰/۰۵	۱۶/۳۳	کنترل	کنترل
۰/۰۱	-۲۰/۶۶	کودک محور	کودک محور
۰/۷۲	-۵/۳۳	خانواده محور	کنترل
۰/۰۱	-۲۱/۶۶	کنترل	کنترل
۰/۰۹	۱	کودک محور	کودک محور
۰/۰۵	۱۶/۳۳	خانواده محور	ترکیبی
۰/۰۱	۲۱/۶۶	ترکیبی	کنترل

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است. این امر نشان دهنده این موضوع است که مداخلات روانشناختی خانواده محور، کودک محور، و ترکیب این دو مداخله بر کاهش نشانه‌های ایتسم در زندگی واقعی تاثیر مثبت دارد. و همچنین مداخلات ترکیبی و خانواده محور اثربخشی بیشتری داشتند. استرس تجربه شده توسط والدین زمانی که کودک آنها ایتسم تشخیص داده می‌شود منجر به یاس و احساس منفی در آنها می‌شود. استرس والدین موجب کاهش تعامل و رفتارهای وسواس گونه با کودک ایتسم می‌شود. واکاوی ۲۰۰۶ بیان می‌کند والدینی که این اختلال را بزرگ می‌کنند، اندوخته عاطفی و احساسی پایین دارند. در پژوهشی دیگر در همین راستا میزان تنش فزاینده والدین را مورد بررسی قرار داده و معتقدند این تنش‌ها به طور منفی بر رابطه والدین - فرزندان تاثیر می‌گذارد. ملک پور در [۲۶] نیز به عکس العمل‌های اولیه والدین نسبت به معلولیت توجه نموده و بیان می‌کند

که اندوه از جمله عکس العمل‌های والدین است که حتی گذشت زمان نیز کم تر در تخفیف دادن آن تاثیر دارد. با بررسی تحقیقات در داخل و خارج از کشور ملاحظه می‌شود والدین کودکان ایتسم استرس بیشتری نسبت به پدر و مادر اختلال‌های دیگر تجربه می‌کنند. از طرفی دیگر مداخلات انجام شده تاکنون حاکی از تاثیر مداخلات کودک محور و خانواده محور بر کاهش نشانه‌های اختلال ایتسم و سازگاری بیشتر اعضای خانواده آنها می‌باشد. حامل و همکاران ۲۰۱۱ نشان دادند مداخلات خانواده محور شامل کنترل استرس والدین، افزایش آگاهی از مشکلات ارتباطی و اجتماعی و رفتاری این کودکان که بر ۵۱ والد کودک ایتسم انجام شد موجب بهتر شدن ارتباط کودک، بیان واژگان بیشتر و کاهش مشکلات رفتاری در این کودکان شد. نتایج این تحقیق با پژوهش حاضر همخوان است. نتایج این پژوهش با مطالعات انجام گرفته در این زمینه همسو است. در تبیین نتایج می‌توان گفت که آموزش والدین می‌تواند منجر به درک بیشتری از شرایط رشدی فرزندان شان شود و از طرف دیگر از آنجایی که جلسات آموزشی به صورت گروهی و تعامل دو طرفه پژوهشگر و والدین برگزار می‌شود، برای والدین این موقعیت فراهم می‌گردد که استرس‌ها و فشارهای روحی ناشی از تنش روزمره تعامل با کودکانشان را ابراز کنند و به یک حس همدلی از جانب سایر والدین به دست آورند. به این طریق شرایط برای تمایل به یادگیری تکنیک‌های رفتاری و شناختی در رابطه با کودکان هموار می‌شود.

همچنین در رابطه با نتایج حاصل از اثربخشی ترکیب دو مداخله خانواده محور و کودک محور می‌توان گفت نتایج این تحقیق با تحقیقات کاردین [۱۷] که در رابطه با مداخلات ترکیبی خانواده محور و کودک محور صورت گرفت اثر بخشی آن روی کودکان بیش فعال ثمر بخش بوده است، همسو است. آموزش والدین در ترکیب با آموزش همزمان کودکان این موقعیت را برای والدین هموار می‌سازد تا بتواند فرصت کافی برای نزدیک تر شدن به کودک خود را پیدا می‌کنند به خصوص در شرایطی که والدین هنوز آمادگی پذیرش و کمک به کودک را ندارند. پیگیری و آموزش کودکان به کمک مربی، این امکان را



استفاده گردد. آموزش والدین همزمان با آموزش کودکان فرصتی را برای نزدیک شدن متقابل والدین با کودکان ایجاد می‌کند. آموزش و ایجاد ارتباط دلبذیر باعث می‌شود بسیاری از آسیب‌های وارد شده به والدین به استقامت و توانایی تبدیل گردد و زمینه کاهش نشانه‌های کودکان اتیسم و رشد بهتر در جامعه فراهم گردد. همچنین آنها به کمک مربی یاد می‌گیرند با ایجاد چالش‌های روزانه برای کودک، وی را در موقعیتی قرار دهند که مجبور به استفاده از مهارت‌های آموخته شده شود.

### منابع

- 1- Paul R(2006). Language Disorders from Infancy Through Adolescence: Assessment and Intervention. Maryland Heights, Missouri: Mosby. Pp 1203-1208.
- ۲- هامایاک آوادیس یانس (۱۳۸۱)، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ترجمه محمد نیکخو، انتشارات سخن.
- 3- Ben Itzhak E, Lahat E ,&Zachor D.A(2011). Advanced parental age sand low birth weight in autism spectrum disorders— Ratesand effect onfunctioning. Research inAutismSpectrum Disorders. Pp. 1776–1781.
- 4- Gillberg, C. (2010). The ESSENCE in child psychiatry: Early symptomatic syndromes eliciting neuro developmental clinical examinations. Research in Develop- mental Disabilities. pp.1543–1551.
- 5- Clarke MT, NewtonT, Griffiths K, PriceA, Lysley K V, Petrides, K.V.(2011). Factors associated with the participation of children with complex communication needs. Research in Developmental Disabilities. Pp. 774–780.
- 6- Healy,O.& Duffy, C (2011). Spontaneous communication in autism spectrum disorder:A.review of topographies and interventions. Research in Autism Spectrum Disorders pp. 977–983.
- 7- Suzuki, M (2011). Mental developmentan dautistic behaviorin children with pervasivede velopmental disorders. Research in Autism Spectrum Disorders. Pp. 1517–1525.
- 8- Briegel W, Schimek M, Kamp-Becker I

به والدین می‌دهد که رفتارها و انتظارت خود را با توجه به شرایط کودک و پیشرفتی که کودک در جلسات آموزشی به دست آورد هماهنگ کنند و بتوانند آموزشهای مربی را در منزل مورد پیگیری قرار دهند. چرا که تغییر ایجاد شده نیازمند تداوم و پیگیری است. از طرف دیگر یکی از محورهای جلسات آموزشی والدین، در زمینه آموزش تکنیک‌های رفتاری می‌باشد. و چون همه والدین از توان کافی برای مدیریت همزمان رفتارها و آموزش کارکردهای شناختی به کودک خود بر خوردار نیستند و یا فرصت و تجربه کافی در این زمینه را ندارند این نوع مداخلات ترکیبی اثر بخش خواهند بود. و در واقع به کمک روش ترکیبی، کودک و والد هر دو آموزش می‌بینند و آموزش توسط یک مربی در ساعاتی از روز به طور مستمر زمانی را به والدین اختصاص می‌دهد که بتوانند بخشهای دیگر زندگی فردی خود پیردازند و این امر منجر به ایجاد تعامل مثبت بین کودک و والد می‌گردد. در مورد مداخلات کودک محور همانطور که در جدول ۱ دیده می‌شود پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش یافته و این نشان از کاهش نشانه‌های کودکان اتیسم در تحقیق حاضر است اما نسبت به روش ترکیبی اثربخشی کمتری دارد. در مورد روش کودک محور این نکته حائز اهمیت است که روش تحلیل کاربردی رفتار نیازمند به تعداد جلسات بیشتر به صورت مستمر دارد. تحقیقی که توسط پری گلابی و همکاران ۱۳۸۴ با موضوع تاثیر مداخله درمانی تحلیل کاربردی رفتار بر کودکان اتیسم در طی شش ماه انجام شد، حاکی از این بود که این روش بیشترین تاثیر در حوزه ارتباط و تعامل اجتماعی و رفتار کلیشه ای کودکان اتیسم را داشته است. مهم ترین نقد به روش کودک محور این است که والدین و دیگر اعضای خانواده را درگیر نمی‌کند از طرف دیگر این امکان وجود دارد که والدین به دلیل عدم شناخت کافی از این روش‌ها و اختلال اتیسم، تغییرات بیشتری را انتظار داشته باشد و تغییرات هر چند اندک در کاهش نشانه ها را نادیده انگارند.

بر اساس نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌گردد در کاهش نشانه‌های کودکان اتیسم از مداخلات ترکیبی

های ADHD در کودکان دارای این اختلال. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان. ص. ۲۰-۳۶.

18- Johnson, C., Mash, E. (2006). Families of children with attention deficit/hyperactivity disorder. Review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology know*. pp 183- 207.

19- Solish A, Perry A (2008). Parents involvement in their children behavioral intervention programs. *Research in Autism Spectrum Disorder* 2. pp 728-738.

20- Pelham W E, Wheeler T (1998). Psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity deficit. *Journal of classical child psychology*. pp 190-205

21- Cappadocia, M., Jonathan, A. (2011). Review of social skills training groups for youth with Asperger Syndrome. *Journal Research in Autism Spectrum Disorders*. pp. 70-78.

22- Ruth, M., Anan Lor, J., Warner Jamie E. M., Gillivary Lvy, M., Chong and Stefani, J. (2008). Hines. Group intensive family training GIFT for preschoolers with autism spectrum disorders. *Behavioral Interventions Published in Wiley interscience*. pp 165-180.

23- Mockford, C., Barlow, J. (2005). Parenting programmers: some unintended development. *Primary health care research and development*. pp 219-227.

۲۴- فرامرزی، سالار؛ افروز، غلامعلی؛ ملک پور، مختار (۱۳۸۶) تاثیر مداخلات روانشناختی بهنگام و آموزش خانواده محود در رشد زبان کودکان سندروم دان، مجله روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان، شماره ۸، ص. ۴۹-۷۱.

۲۵- افروز، غلامعلی؛ فرامرزی، سالار؛ منصور، محمود؛ ملک پور، مختار (۱۳۸۷) تاثیر مداخلات روانشناختی بهنگام و آموزش خانواده محور بر سلامت روان مادران کودکان با سندروم دان، مجله روانشناسی و علوم تربیتی، شماره ۲، ص. ۱-۲۴.

۲۶- ملک پور، مختار (۱۳۷۳). بررسی حالات نوروتیکی و

(2011). Moebius sequence and autism spectrum disorders—Less frequently associated than formerly thought. *Research in Developmental Disabilities*. Pp. 1462–1466.

9- Sadock, B. J., Sadock, V. (2010). *Summarized psychiatry (Psychiatry Behavioral Sciences)*. Seventh edition. Wiliam publishin. Pp. 540-548.

10- Glasson F. J, Bowa C (2004). Partical faction and the developmental of autism a population study. *Child Psychal Psychiatry*. pp. 625-627.

۱۱- بزرگی نیا، شکوه (۱۳۹۰). شیوع اختلال اوتیسم در دو شهر اصفهان و شهرکرد. پایان نامه کارشناسی ارشد، اصفهان، دانشگاه اصفهان.

12- Golabi P, Alipur A, Zandi B (2005). effect the ABA method on Children with autistic disorder. *Research in the area of Exceptional Children*. pp. 1- 5.

۱۳- کاکاوند، علی رضا (۱۳۸۸). روانشناسی کودکان استثنایی، تهران، انتشارات روان.

14- Cohan s.l, Campbell-sills l, stein mb (2009). Relationship of resilience to personalit coping and psychiatric symptom in youngadults. *Journal of Behavior Research and Therapy*. pp. 85-99.

۱۵- موسوی، رقیه؛ فرزاد، ولی اله؛ نوایی نژاد، شکوه (۱۳۸۹). تعیین اثر خانواده درمانی ساختاری در درمان اختلالات اضطرابی کودکان. مجله روانشناسی بالینی و شخصیت. سال ۸۹، شماره ۴۰، ص. ۱.

۱۶- عبدالکریمی، ماندانا؛ موسوی، ولی اله؛ کوشا، مریم؛ خسرو جاوید، مهناز (۱۳۹۰). تاثیر آموزش شیوه های صحیح مدیریت رفتار بر میزان افسردگی و اضطراب مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - کمبود توجه. مجله روانشناسی بالینی و شخصیت، سال ۹۱، شماره ۶، ص. ۴۶.

۱۷- هادی، سمیرا، (۱۳۹۰). مقایسه اثر بخشی مداخلات خانواده محور، کودک محور ترکیبی بر میزان نشانه

درون گرایی در مادران کودکان اتیستیکی و عادی. سال دوازدهم، شماره ۲۹، ص. ۲۶-۲۱. اصفهان؛ مجله دانشکده پزشکی دانشگاه اصفهان،

## پیوست

زمان: ۴۵-۱۰ دقیقه

سن: ۱۶-۶

هدف: ارزیابی رفتار اتیستیکی

مقیاس درجه‌بندی زندگی واقعی (RLRS) Real Life Rating Scale

نام کودک:

توصیف موقعیت:

اجراکننده:

افراد حاضر:

تاریخ:

هرگز=۰

۵. دیگران را مضطرب می‌کند.

به ندرت = ۱

۶. فعالیت هایش را تغییر می‌دهد.

اغلب اوقات = ۲

۷. اندام تناسلیش را دستکاری می‌کند.

اغلب همیشه = ۳

۸. با خود در تنهایی به سر می‌برد.

۹. به در آغوش گرفتن پاسخ می‌دهد/ خودش را سفت

نگه می‌دارد.

مقیاس ۱

رفتارهای حسی-حرکتی

جمع:

۱. چرخیدن

میانگین:

۲. ضربه زدن

مقیاس ۳

۳. آهسته حرکت کردن

واکنش‌های عاطفی

۴. بستن انگشتان خود

۱. ناگهان تغییر می‌کند.

۵. تکان دادن

۲. شکلک در می‌آورد.

۶. راه رفتن روی پنجه پا

۳. یکدفعه خشمگین می‌شود/غیر قابل پیش بینی است.

۷. غیره

۴. فریاد می‌زند.

جمع:

۵. غیره

میانگین:

جمع:

مقیاس ۲

ارتباط اجتماعی با افراد

میانگین:

مقیاس ۴

\* ۱. پاسخ مناسب به تعاملات می‌دهد.

پاسخ‌های حسی

\* ۲. به فعالیت‌های محیطی پاسخ مناسب می‌دهد.

\* ۱. از اشیا به طور مناسب استفاده می‌کند.

\* ۳. تعامل فیزیکی مناسبی را آغاز می‌کند.

۲. با سروصدا تحریک می‌شود.

۴. از تعامل اجتماعی صرف‌نظر می‌کند.

۳. چرخاندن/چرخش اشیا.

۴. صورتش را لمس می‌کند.

۵. با فعالیت جدید برآشفته می‌شود.

۶. مواظب حرکت دست/ اشیا است.

۷. رفتار قالبی/ تکراری.

۸. خودش یا اشیا را بو می‌کند.

۹. اشیا را مرتب می‌کند.

۱۰. موشکافی/ دیدن جزئیات.

۱۱. اشیا را خراب می‌کند.

۱۲. اصوات تکراری دراد.

۱۳. زل زدن.

۱۴. گوش‌ها یا چشمانش را می‌پوشاند.

۱۵. تکان خوردن.

۱۶. غیره

جمع:

میانگین:

## مقیاس ۵

زبان

۱\* . استفاده گویا از زبان.

۲\* . آغازگر یا پاسخ دادن به ارتباطات.

۳\* . آغازکننده ارتباط کلامی مناسب.

۴. استفاده غیر واضح از پژواک گویی.

۵. پژواک گویی فوری.

۶. هذیان.

۷. توهم شنیداری

۸. توهم دیداری.

۹. اصوات غیر واضح.

۱۰. پاسخ کوتاه یا عدم پاسخ به تلاش‌های ارتباطی.

جمع:

میانگین:

## فهرست تشویق و تنبیه

تنبیه	تشویق‌ها
حذف خوراکی	مواد خوراکی: بیسکویت، میوه
حذف بازی	بازی با توپ
ماندن روی صندلی رو به دیوار برای ۵ تا ۱۰ دقیقه	گردش در سالن تمرین

# آزمون مدل ارتباطی محیط هیجانی خانواده با استرس ادراک شده: نقش میانجی دشواری‌های تنظیم هیجان

نویسندگان: فیروزه سپهریان آذر<sup>۱\*</sup> و سامره اسدی مجره<sup>۲</sup>

۱. دانشیار روان‌شناسی دانشگاه ارومیه.

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه ارومیه.

\*Email: F.sepهرانazar@urmia.ac.ir

## چکیده

دشواری‌های تنظیم هیجانی از طریق فاکتورهای مربوط به محیط هیجانی خانواده، سطوح استرس ادراک شده را تحت تاثیر قرار می‌دهند. پژوهش حاضر با هدف ارائه مدل علی برای تبیین روابط متغیرهای هیجانی خانواده (شیوه‌های فرزندپروری و بیانگری هیجان منفی در خانواده) با سطح استرس ادراک شده با توجه نقش میانجی دشواری‌های تنظیم هیجان انجام گردید. نمونه پژوهش شامل ۲۱۵ دانش آموز نوجوان (۱۶۸ دختر و ۴۷ پسر) و والدین آنها بودند که نوجوانان به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. جهت جمع آوری داده‌های پژوهش، مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی (DERS)، مقیاس استرس ادراک شده (PSS)، مقیاس بیانگری خانواده (FEQ) توسط نوجوانان و پرسشنامه شیوه‌های فرزند پروری (OSQ) توسط والدین تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از روش مدل معادلات ساختاری مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج مدل تحلیل عاملی برآزش قابل قبولی برای رابطه دشواری‌های تنظیم هیجان و بیانگری هیجان منفی در خانواده با استرس ادراک شده نشان داد. بر اساس مدل تحلیل مسیر، اثر مستقیم دشواری‌های تنظیم هیجان و بیانگری منفی بر استرس ادراک شده دارای ضریب معناداری بود. رابطه بین شیوه‌های فرزندپروری با متغیرهای استرس ادراک شده و دشواری‌های تنظیم هیجان در مدل‌سازی معادله ساختاری غیرمعنادار بود که حذف گردید. همچنین، بین بیانگری هیجان منفی در خانواده با دشواری‌های تنظیم هیجان رابطه معناداری مشاهده گردید. نتایج پژوهش نقش بیانگری هیجان منفی در خانواده و دشواری‌های تنظیم هیجان را در سطح استرس ادراک شده نوجوانان نشان می‌دهد.

کلید واژه‌ها: استرس ادراک شده، بیان هیجانی، دشواری‌های تنظیم هیجان، سبک والدینی

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور  
رهتار

• دریافت مقاله: ۹۳/۱۱/۲۷

• پذیرش مقاله: ۹۴/۳/۳۰

*Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer  
2015*

*Clinical Psy. & Personality*

دو فصلنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیست و دوم - دوره

جدید شماره ۱۲

بهار و تابستان ۱۳۹۴

## مقدمه

کلنتر و گروس [۱] هیجان را بصورت دوره‌ای و نسبتاً کوتاه مدت تعریف کرده اند که از نظر بیولوژیکی مبتنی بر الگوی ادراک، تجربه، واکنش فیزیولوژیکی و تعاملی است که در پاسخ به چالش‌های فیزیکی و اجتماعی ویژه رخ می‌دهد. تنظیم هیجان عنصر کلیدی اغلب تئوری‌های مربوط به هیجان است [۲]. تنظیم هیجانی بطور ویژه‌ای توضیح می‌دهد که افراد چگونه هیجان را تجربه، تعدیل و سازماندهی می‌کنند و چگونه چنین مدیریتی بر رفتار انسان تاثیر می‌گذارد [۳]. تنظیم هیجانی می‌تواند بعنوان مکانیسمی که افراد بواسطه آن (دانسته یا ندانسته) هیجانانشان را برای رسیدن به پیامد مورد نظر تغییر می‌دهند، تعریف شود [۴]. تنظیم هیجان، شامل فرآیندهایی است که بواسطه آنها، افراد می‌توانند بر نوع هیجان‌ها و زمان تجربه و ابراز آنها تأثیر بگذارند [۱]. لیوت، واتسون، گولدمن و گرینبرگ<sup>۱</sup> [۳] ادعان کرده‌اند که تنظیم هیجان انطباقی به افراد اجازه می‌دهد تا تحمل وضعیت‌های درمانده‌کننده افزایش یابد. علاوه بر این، شیوتا، کامپوز، کلنتر و هرتنستین<sup>۲</sup> [۵] نشان دادند که توانایی موثر تنظیم هیجان در افراد، برای رشد سالم روابط بین فردی لازم است. هیجان‌ها دارای کیفیت بالایی هستند به این صورت که می‌توانند باعث واکنش مثبت یا منفی در افراد شوند، اگر متناسب با موقعیت و شرایط باشند باعث واکنش مثبت و در غیر این صورت باعث واکنش منفی می‌شوند. بنابراین، زمانی که هیجان‌ها شدید یا طولانی شوند و یا متناسب با شرایط نباشند، آن زمان نیاز به تنظیم کردن آنها لازم است از آنجا که تنظیم هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند منجر به اندوهگینی و حتی آسیب روانی شود [۶]. شواهد موجود برای ارتباط معنادار توانایی تنظیم موثر حالات عاطفی و سلامت روانشناختی تقریباً درمیان همه اختلالات روانی موجود در پنجمین راهنمای

تشخیصی و آماري اختلالات روانی به دست آمد [۷] به عنوان مثال، اختلالات خلقی از جمله شکایت‌های عمده افرادی است که در پی خدمات مربوط به ارتقای سلامت روانی هستند. تئوری‌های چندگانه معتقدند که فقدان تنظیم هیجان (یا تنظیم ناسازگارانه) می‌تواند در افسردگی، اضطراب، اختلالات خوردن و اختلال شخصیت مرزی نقش داشته باشد [۸]. نتایج پژوهش مارتین و داهلن [۸] نقش معنادار راهبردهای شناختی تنظیم هیجان را در پیش-بینی استرس، اضطراب، افسردگی و خشم نشان داده است. نقایص تنظیم هیجانی در گسترش و حفظ اختلالات اضطرابی موثر است [۹، ۱۰ و ۱۱]. یافته‌های پژوهش بندر، رینهولد-دان، اسبجورن و پونس<sup>۳</sup> [۱۲] حاکی از تاثیر معنادار دشواری‌های تنظیم هیجانی بر اضطراب است. پژوهش دیگری نیز نقش دشواری‌های تنظیم هیجان را در ابتلا به مشکلات خواب و اختلال اضطراب فراگیر نشان داده‌اند [۱۳]. تنظیم هیجان بعنوان یک میانجی در شرایط سازگاری با استرس مطرح شده است [۱۴، ۱۵ و ۱۶]. در سال‌های اخیر، تحقیقات قابل ملاحظه‌ای بر اساس فرایند ارزیابی شناختی در حوزه‌ی هیجان‌ها انجام شده است. بر اساس این تحقیقات، گزینه‌ای که در فرایند ارزیابی انتخاب می‌گردد، با هیجان‌هایی که تجربه می‌شوند، مرتبط می‌باشد [۱۷]. به عنوان مثال، افرادی که در موقعیت‌های آزمایشگاهی و طبیعی، در معرض انواع رویدادها قرار می‌گیرند، در هر دو موقعیت، انواع گسترده‌ای از واکنش‌های هیجانی که در نتیجه ارزیابی رخدادهاست، نشان خواهند داد [۱۸]. بنظر می‌رسد ارزیابی‌ها نقش مهمی در تعمیم هیجان ایفا می‌کنند و استرس ادراک شده که ارزیابی‌ها را هدف قرار می‌دهد باید بطور ویژه‌ای تحت تاثیر قرار گیرد. سازه استرس ادراک شده از مفهوم استرس لازاروس و فولکمن به عنوان ارزیابی شناختی فرد از وقایع منفی زندگی، گرفته شده است. استرس ادراک شده، به عنوان درجه‌ای که موقعیت‌ها در زندگی فرد استرس‌زا ارزیابی می‌شوند تعریف شده است [۱۹]. لازاروس [۱۸] معتقد است که

<sup>1</sup> Elliott., Watson., Goldman & Greenberg

<sup>2</sup> Shiota, Campos, Keltner & Hertenstein

<sup>3</sup> Bender, Reinholdt- Dunne, Esbjrn & Pons

تربیت هیجانی و مدیریت هیجان، رشد تنظیم هیجان کودکان را تحت تاثیر قرار می‌دهد، و سوم اینکه تنظیم هیجان در کودکان از خلق هیجانی خانواده در شیوه‌های فرزندپروری، روابط خویشاوندی و ارتباطات بین اعضای خانواده و روابط زوجی والدین تاثیر می‌پذیرد [۲۲]. رفتارهای فرزندپروری بر سطح استرس کودکان تاثیر داشته و تحول روان‌شناختی کودکان را به میزان زیادی تحت تاثیر قرار می‌دهند [۲۳].

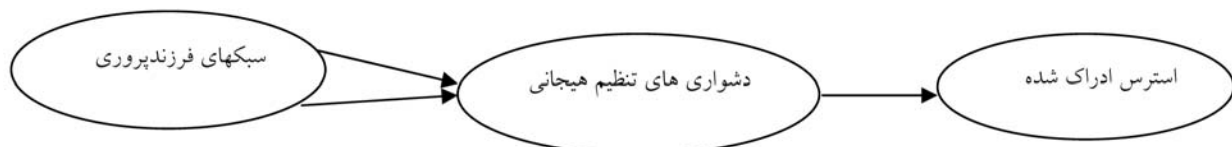
دانسمور و هالبرستاد ۲ در سال ۱۹۹۷ اذعان کرده اند که فراوانی کلی، شدت و مدت بیانگری هیجانی مثبت و منفی در خانواده در تشکیل طرح‌واره‌های کودک درباره تهییج‌پذیری، بیانگری و نیز درباره جهان مهم می‌باشد. جوانانی که در معرض محیط‌های هیجانی تسهیل‌کننده قرار نمی‌گیرند، احتمالاً مهارت‌های تنظیم هیجان را که در انتقال موفقیت آمیز به شرایط هیجانی استرس‌زا ضروری هستند را بسط نمی‌دهند [۲۴] بعلاوه، بررسی‌ها حاکی از آن هستند که هیجان‌های منفی در مقایسه با هیجان‌های مثبت، به تولید سطوح بیشتر برانگیختگی گرایش دارند، بنابراین، نیازمند منابع بیشتری برای تنظیم شدن هستند [۲۵]. مدل تنظیم هیجانی اضطراب پیشنهاد می‌کند که محیط هیجانی خانواده که با بالابودن سطوح بیانگری عاطفه منفی مشخص می‌شود دشواری تنظیم هیجانی را بواسطه شکست در اجتماعی کردن ادراک هیجانی و مهارت‌های تنظیم که برای توانایی عملکرد هیجانی ضروری است تحت تاثیر قرار خواهد داد [۲۴].

خانواده صحنه‌ای است که کودک یاد می‌گیرد تا به هیجان‌ها و سائق‌ها بپردازد و زمانی که خانواده‌ها نوجوانان را در انطباق با محیط یاری نمی‌رسانند تا مشکلات را به روش قابل قبول اجتماعی دستکاری کنند، نوجوانان عامل اجتماعی شدن را از دست می‌دهد و از این رو استرس و اضطراب در بین اعضای خانواده بویژه در نوجوانان ایجاد می‌شود [۲۶]. محیط خانوادگی ضعیف با در نظر گرفتن خصومت، طرد و ناهمسانی، همگی در مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب، استرس،

هیجانها از طریق تعاملات فرد و محیط شکل می‌گیرند و نمی‌توان آن‌ها را براساس فرد و محیط به صورت خاص تعیین نمود، بلکه هیجانها از شیوه تفسیر و ارزیابی افراد در طی تعامل با محیط، ناشی می‌شوند. بر اساس پژوهش‌های انجام شده، بنظر می‌رسد دشواری‌های تنظیم هیجانی از طریق فاکتورهای مربوط به محیط هیجانی خانواده همچون شیوه‌های فرزند پروری و بیانگری خانواده، سطوح استرس ادراک شده را تحت تاثیر قرار می‌دهند. تنظیم هیجان از راهبردهای مورد استفاده در کاهش، افزایش، سرکوب و یا ابقای هیجان و از ویژگی‌های ذاتی و فطری آدمی می‌باشد که در برخورد با محیط و بخصوص شیوه‌های فرزند پروری رشد یافته و یا سرکوب می‌شود [۲۰]. فرزندپروری حوزه نسبتاً جدیدی است که توجه پژوهش‌ها را از دهه ۱۹۷۰ به بعد به سمت خود معطوف نموده است و از آن زمان رویکردهای بسیاری برای پیشگیری و حل مشکلات والد-کودک و خانواده با تمرکز بر درمان و پیشگیری مطرح شده اند. بولاندا<sup>۱</sup> [۲۱]. در پژوهشی شیوه‌های فرزندپروری را در یک بافت وسیع اجتماعی تحلیل نمود. نتایج این تحلیل، شیوه‌های فرزندپروری توصیف‌شده در مدل کارکرد خانوادگی بامریند را تایید کرد. این سبک‌شناسی سه وجه زیر را در بر می‌گیرد؛ سبک فرزندپروری سهل گیرانه که سطوح بالای پذیرش و سطح پایین کنترل و تاثیرات والدینی را بر ظاهر و رفتارهای نوجوان اعمال می‌کند. سبک فرزندپروری مقتدرانه که سطوح بالای پذیرش را اعمال می‌کند اما برخلاف سبک اول با سطوح بالای حمایت، کنترل و تاثیر والدین بر ظاهر و رفتار نوجوان همراه است و بالاخره سبک فرزندپروری مستبدانه یا سلطه‌گر که با سطوح پایین‌تر پذیرش، همراه با سطوح بالای کنترل شناخته می‌شود. خانواده با هر شیوه فرزندپروری به سه روش در روند رشد تنظیم هیجان فرزندان تاثیر می‌گذارد. اولین روش اینکه بچه‌ها از طریق یادگیری مشاهده‌ای یعنی الگوبرداری از منابع اجتماعی و خانوادگی تنظیم هیجان را می‌آموزند. دوم اینکه رفتارهای والدینی مربوط به هیجان،

<sup>2</sup>. Halberstadt

<sup>1</sup>. Bulanda



شکل ۱: مدل مفهومی پیش‌بینی استرس ادراک شده بر اساس شیوه‌های فرزندپروری، دشواری‌های تنظیم هیجان و بیانگری هیجان‌ات منفی

۰/۷۳ و میانگین سنی گروه پسران ۱۶/۰۲ با انحراف استاندارد ۰/۴۷ می‌باشد.

### ابزارهای پژوهش

۱. مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی (DERS): مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی یک شاخص خودگزارشی است که برای ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم هیجانی به شکل جامع‌تری نسبت به ابزارهای موجود در این زمینه در سال ۲۰۰۴ توسط گراتز و رومر ساخته شده است و دارای ۳۶ عبارت است. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) درجه بندی شده‌اند. سوالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۳۴ به صورت معکوس نمره-گذاری می‌شوند. نتایج پژوهش گراتز و رومر<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) حاکی از همسانی درونی بالا (کل مقیاس) و پایایی آزمون - باز آزمون خوب برای نمرات کلی این مقیاس ( $P < 0/01$ ) بود. بعلاوه، در پژوهش آنها روایی سازه و پیش‌بین این مقیاس مناسب گزارش شده بود [۲۸].

پایایی همسانی درونی فرم ترجمه شده به فارسی این مقیاس طی یک مطالعه مقدماتی بر روی ۴۸ دانشجوی دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد)، توسط علوی (۱۳۸۸) مورد محاسبه قرار گرفت که نتایج آن نشانگر همسانی درونی بالایی برای کل مقیاس ( $\alpha = 0.86$ ) است. ضریب همسانی درونی کل مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۸۶ به دست آمد.

۲. مقیاس استرس ادراک شده (PSS): مقیاس استرس ادراک شده<sup>۲</sup> به منظور اندازه‌گیری درجه‌ای که موقعیت‌های زندگی فرد پرتنش ارزیابی می‌شوند، توسط

روان‌رنجوری، افسردگی و بسیاری مشکلات دیگر نقش دارند [۲۷]. بطور کلی، با مروری بر پژوهش‌های انجام شده و با استفاده از چهارچوب مدل تنظیم هیجانی، هدف اصلی پژوهش حاضر، ارائه مدلی علی برای تبیین روابط متغیرهای هیجانی خانواده (شیوه‌های فرزندپروری و بیانگری هیجان منفی در خانواده) با سطح استرس ادراک شده و آزمون نقش واسطه‌ای دشواری‌های تنظیم هیجان در این ارتباط با توجه به مدل مفهومی شکل ۱ است.

### روش

#### نوع پژوهش

مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد.

#### آزمودنی

جامعه آماری این پژوهش دربرگیرنده تمامی دانش آموزان سال دوم و سوم دبیرستان‌های شهر تالش، از گروه سنی ۱۵ تا ۱۷ سال (۵۲۹۱ نفر) و والدین آنها می‌باشد که از بین آنها، نمونه‌ای به حجم ۲۱۵ دانش آموز نوجوان (۱۶۸ دختر و ۴۷ پسر) به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. تعداد ۱۳ شرکت کننده به دلیل پاسخ ناقص به مقیاس‌ها از تحلیل آماری کنار گذاشته شدند و بدین ترتیب نمونه پژوهش به ۲۰۲ دانش آموز (۱۵۵ دختر و ۴۷ پسر) تقلیل یافت. حجم نمونه به دلیل بهره جویی از روش مدل‌یابی معادله‌ی ساختاری، بزرگتر از ۲۰۰ در نظر گرفته شد. پرسشنامه‌های فرزندپروری والدین توسط این دانش آموزان برای والدین آنها ارسال شده و توسط والدین تکمیل گردید. میانگین سنی گروه نمونه ۱۶/۲۹ و انحراف استاندارد ۰/۷ می‌باشد. همچنین، میانگین سنی گروه دختران ۱۶/۳۷ با انحراف استاندارد

<sup>۱</sup>. Gratz & Roemer

<sup>۲</sup>. Perceived Stress



دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای شیوه آزادگذاری ۰/۶۵، برای استبدادی ۰/۷۳ و برای اقتدار منطقی ۰/۸۸ به دست آمد.

۴. مقیاس بیانگری خانواده (FEQ): مقیاس بیانگری خانواده<sup>۵</sup> یک مقیاس ۴۰ سوالی است که توسط هالبرست در سال ۱۹۸۶ طراحی شده است. این مقیاس ادراک فرد از میزان بیانگری هیجانی، هم مثبت و هم منفی، در خانه را ارزیابی می‌کند که در پژوهش حاضر خرده مقیاس بیانگری هیجانی منفی مورد بررسی قرار گرفت. پاسخ‌ها در طیفی از ۱ (اصلاً) تا ۹ (بسیار زیاد) درجه بندی شده‌اند. پایایی درونی و اعتبار سازه مقیاس در پژوهش‌های مختلف قوی بوده است [۳۱ و ۳۲] بعنوان مثال هالبرست و پارک در ۱۹۹۵ همبستگی مقیاس بیانگری خانواده را با مقیاس رضایت زناشویی و مقیاس تنهایی قابل قبول گزارش کردند. پایایی ابزار را با استفاده از همسانی درونی از ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ گزارش نمود که قابل قبول است. ضریب همسانی درونی بیانگری هیجانی منفی در این پژوهش ۰/۸۹ محاسبه گردید.

#### شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات و بررسی برازش مدل در دانشجویان از روش معادلات ساختاری و نرم افزار لیزرل نوشتار ۸/۱۸ استفاده شد.

#### نتایج

در جدول (۱) میانگین، و انحراف معیار و ماتریس همبستگی بیانگری خانواده، شیوه‌های فرزندپروری، دشواری‌های تنظیم هیجان و استرس ادراک شده در نوجوانان ارائه شده است.

همان گونه که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد رابطه استرس با بیانگری خانواده ( $r=0/327, P<0/01$ )، سبک فرزندپروری و دشواری تنظیم هیجانی ( $r=0/339, P<0/01$ ) مثبت و معنی دار است. همچنین بین دشواری تنظیم هیجانی با بیانگری خانواده همبستگی مثبت معنی دار ( $r=0/21, P<0/01$ ) وجود دارد.

کوهن، کامارک، مرمل اشتاین<sup>۱</sup> [۲۹] طراحی شده است. در این مقیاس، پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) درجه‌بندی شده‌اند. نسخه اصلی این مقیاس دارای ۱۴ ماده است که ضریب همسانی درونی آن بر روی شهروندان آمریکایی قابل قبول است ( $\alpha=0/75$ ). در پژوهش حاضر فرم ۱۰ سوالی استفاده گردید که ضریب همسانی درونی بالایی دارد ( $\alpha=0/78$ ؛ کوهن و ویلیامسون<sup>۲</sup>، ۱۹۸۸). نسخه ۱۰ سوالی مقیاس استرس ادراک شده روایی همگرا با سایر پرسشنامه‌های استرس [۲۹] دارد. همچنین این مقیاس همبستگی مثبت پایین تا متوسطی با مقیاس رخدادهای زندگی دانشجویان (۰/۴۹-۰/۲۴)، و همبستگی متوسطی نیز با مقیاس رخدادهای استرس زای زندگی کوهن و همکاران داشت. بعلاوه، همبستگی مقیاس حاضر با شکایات جسمانی و مشکلات روان‌تنی ۰/۵۲ تا ۰/۷۰ و با اضطراب اجتماعی ۰/۳۷ و [۲۵] ۰/۴۸ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ برای این مقیاس به دست آمد.

۳. پرسشنامه شیوه‌های فرزند پروری (PSQ): پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری<sup>۳</sup> بر اساس نظریه بامریند از آزادگذاری، استبدادی و اقتدار منطقی بودن والدین، جهت اندازه گیری مدل نفوذ والدین ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ جمله می‌باشد که ۱۰ جمله آن به شیوه آزاد گذاری، ۱۰ جمله به استبدادی و ۱۰ جمله دیگر به شیوه اقتدار منطقی مربوط می‌شود. در مقابل هر عبارت ۵ ستون قرار دارد از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم که به ترتیب از صفر تا چهار نمره می‌گیرد. بوری<sup>۴</sup> در [۳۰] میزان پایایی این پرسشنامه را با روش باز آزمایی به شرح زیر به دست آورد: ۸۱٪ برای آزاد گذاری مادر، ۸۶٪ برای استبدادی مادر، ۷۸٪ برای اقتدار منطقی مادر، ۷۷٪ برای آزادگذاری پدر، ۸۵٪ برای استبدادی پدر و ۹۲٪ برای اقتدار منطقی پدر. میزان پایایی برای آزاد گذاری ۰/۶۹، برای استبدادی ۰/۷۷ و برای اقتدار منطقی ۰/۷۳ به

1. Cohen, Kamarck & Mermelstein

2. Cohen & Williamson

3. Parenting styles Questionnaire

4. Buri

5. Family Expressiveness Questionnaire

جدول ۱: همبستگی‌ها و شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

۶	۵	۴	۳	۲	۱	
					۱	۱. بیانگری هیجان منفی در خانواده
				۱	۰/۰۰۱	۲. سبک فرزندپروری آزادانه
			۱	-۰/۰۷۹	۰/۰۱۷	۳. سبک فرزندپروری مستبدانه
		۱	-۰/۰۸۳	۰/۰۰۱	-۰/۰۰۶	۴. سبک فرزندپروری اقتدارمنطقی
	۱	۰/۰۰۲	-۰/۰۴۶	-۰/۰۷۲	۰/۲۱**	۵. دشواری تنظیم هیجانی
۱	۰/۳۳۹**	۰/۰۳۶	-۰/۰۳۱	۰/۰۴۵	۰/۳۲۷**	۶. استرس ادراک شده
۲۱/۳۱	۹۳/۹۲	۲۷/۸۱	۲۰/۲۱	۱۸/۶۲	۴۹/۳۸	M
۵/۶	۱۹/۳۴	۶/۱۲	۴/۶۵	۶/۰۸	۲/۳۷	SD

\*\*p < ۰.۰۱, \*p < ۰.۰۵

طرف دیگر، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب نیز برابر با (RMSEA=۰/۰۶) بدست آمد که شاخص خوبی است و معمولاً در مدل‌های ضعیف اندازه آن بزرگتر از ۰/۱ است. شاخص برازندگی تطبیقی (CFI=۰/۹۷) و شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI=۰/۸۹) و شاخص باقیمانده مجذور میانگین (RMR=۰/۹۷) نیز محاسبه شد که به یک نزدیک تر بوده و در نتیجه نشان دهنده برازش بهتر مدل هستند. با توجه به شاخص‌های مذکور مدل با داده‌ها برازش مناسبی دارد.

شکل ۱ ضرایب مسیر برای روابط پیشنهاد شده میان متغیرهای مدل را نشان می‌دهد. همانطور که ملاحظه می‌شود از بین متغیرهای برونزای پژوهش، متغیر بیانگری خانواده به صورت مستقیم بر استرس ادراک شده موثر بوده است (β = ۳/۰۵). از بین متغیرهای مستقل درونزا نیز تنها دشواری‌های تنظیم هیجان (β = ۷/۵۸) تأثیر مستقیم داشته است. در بررسی اثرات کل متغیرهای برونزا و درونزا به این نتیجه می‌رسیم که تنها بیانگری خانواده و دشواری‌های تنظیم هیجان بر استرس ادراک شده بیشترین تأثیر را دارند.

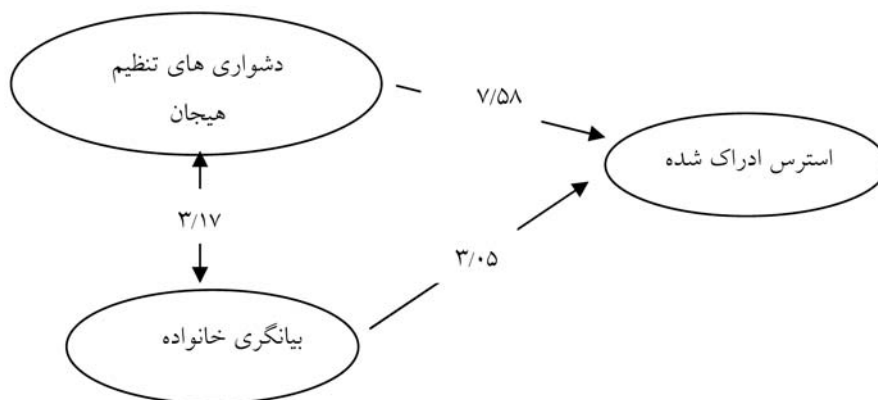
رابطه بین شیوه‌های فرزندپروری با متغیرهای استرس ادراک شده و دشواری‌های تنظیم هیجان غیرمعنادار بود که حذف گردید.

در مدل‌سازی معادله ساختاری، مدل پیشنهادی پژوهش (شکل ۱) برازش پیدا نکرد و بر پایه شاخص‌های اصلاح و پیشینه پژوهش به مدل نهایی اصلاح شده (شکل ۲) افزوده شده است. شاخص‌های نیکویی برازش مدل نهایی اصلاح شده همراه با شاخص‌های آماری در جدول شماره ۲ ارائه شده است. در این تحقیق از میان مشخصه‌های برازش متنوعی که وجود دارد، از شاخص مجذور کای (χ<sup>2</sup>)، شاخص برازندگی مقایسه‌ای CFI، شاخص نیکویی برازش GFI، شاخص نیکویی برازش انطباقی AGFI و شاخص ریشه میانگین مجذور باقیمانده RMR و مجذور میانگین مربعات خطای تقریب (RMSEA) استفاده شده است.

همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد همه شاخص‌های نیکویی برازش این مدل در سطح بسیار خوبی هستند. شاخص مربوط به نسبت مجذور کای به درجه آزادی کمتر از عدد 3 است که مقدار مناسبی بوده و نشان می‌دهد ساختار کوواریانس یافته‌ها با مدل نظری مطابقت دارد. از

جدول ۲: شاخص‌های آماری برازندگی انطباق

RMSEA	RMR	AGFI	GFI	CFI	p	X <sup>2</sup> /df	df	χ <sup>2</sup>
۰/۰۵	۰/۰۶	۰/۸۹	۰/۹۳	۰/۹۷	۰/۰۰۱	۱/۸۷	۴۷	۸۷/۸۱



شکل ۱: مسیر و برآورد پارامترهای مدل اولیه پیش‌بینی استرس ادراک شده

تیین این یافته باید اذعان کرد که راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه احتمالاً از طریق تعارض با اهداف خودتنظیمی در طی دوره درماندگی هیجانی [۳۵] در گسترش و حفظ آسیب‌شناسی روانی [۳۶]، از جمله استرس ایفای نقش می‌کنند. به هنگام مطالعه و تبیین عاطفه منفی (Negative affective Condition) مفهوم استرس نقش قابل توجهی را به خود اختصاص می‌دهد [۳۷]، استرس یکی از حالت‌های هیجانی منفی است که می‌تواند در سبب شناسی مشکلات دوران نوجوانی مهم باشد. وقتی سطوح استرس افزایش می‌یابد، ممکن است منجر به پیامدهای منفی همچون افت تحصیلی [۳۸]، گریز از مدرسه، سوء مصرف مواد، سوء مصرف الکل، خستگی یا بزهکاری اجتماعی شود و حتی به پیامدهای شدیدتری چون افسردگی و تلاش‌ها برای خودکشی بیانجامد. توانایی تنظیم هیجانی نوجوانان به آن‌ها این امکان را می‌دهد که هیجان‌ات منفی خویش را کنترل کنند و میزان استرس کمتری را ادراک کنند. یافته دیگر پژوهش حاکی از معنی‌داری تحلیل مسیر بیانگری هیجان‌ات منفی در خانواده با سطح استرس ادراک شده نوجوانان می‌باشد. نتایج پژوهش ساوگ و همکاران [۳۶] نیز تاثیر بیانگری هیجان منفی در خانواده را بر سطح اضطراب نوجوانان نشان داده است. فاکتورهای خانوادگی در گسترش نشانه‌های اضطراب نقش دارند [۳۹]. نتایج پژوهش شارما [۲۷] نیز نقش فاکتورهای خانوادگی را در گسترش استرس و اضطراب نوجوانان نشان داده است. هالبرستد

بر اساس مدل تحلیل مسیر، اثر مستقیم بیانگری خانواده بر دشواری‌های تنظیم هیجان و برعکس ( $\beta = ۰.۳۱۷$ ) نیز دارای ضریب معناداری است. رابطه بین شیوه‌های فرزندپروری با متغیرهای استرس ادراک شده، دشواری‌های تنظیم هیجان در مدل‌سازی معادله ساختاری غیرمعنادار بود که حذف گردید و بر این اساس، مدل اولیه پیشنهادی بر پایه شاخص‌های اصلاح و پیشینه پژوهش به مدل نهایی اصلاح شده تبدیل گشت که در شکل ۱ نشان داده شد.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش دشواری‌های تنظیم هیجان در رابطه بین متغیرهای هیجانی خانواده با استرس ادراک شده انجام گردید. اولین یافته پژوهش حاضر حاکی از معناداری تحلیل مسیر دشواری‌های تنظیم هیجان با استرس ادراک شده بود که این یافته همسو با نتایج پژوهش مارتین و داهلن [۸] و ریو<sup>۱</sup>، اوردرو<sup>۲</sup>، پالازولو<sup>۳</sup>، شوریکس<sup>۴</sup> و فلیپس<sup>۵</sup> [۳۳] می‌باشد. نتایج پژوهش کادزیکوسکا-رزوسک<sup>۶</sup> [۳۴] نشان داد که استرس ادراک ادراک شده به واسطه نقش تعدیل‌کنندگی توانایی‌های خودتنظیم‌گری بر بهزیستی روانشناختی تاثیر می‌گذارد. در

1. Raio

2. Orederu

3. Palazzolo

4. Shurick

5. Phelps

6. Kadzikowska - Wrzosek

تاثیر مهمی بر رشد فرزندان دارد چرا که درماندگی در نتیجه این بیانگری ایجاد می‌شود و فرزندان نمی‌توانند الگوهای تنظیم هیجانی موفق والدین را ببینند. اغلب تاثیرات بافت خانواده بر تحول روانی اجتماعی کودکان در نتیجه تاثیر خانواده بر تنظیم هیجان فرزندان می‌باشد [۴۴]. تجارب هیجانی اولیه کودک در خانه می‌تواند عامل تعیین کننده‌ای در رشد توانایی‌های هیجانی آنها باشد [۳۹]. بویژه، کودکانی که هیجانات منفی خویش را در خانه بیان می‌کنند تعارض‌های بیشتری با اعضای خانواده خواهند داشت که این مساله در تحول تنظیم هیجان نقش خواهد داشت. علاوه بر این، جونز، ایزنبرگ، فابس و مک کینون<sup>۳</sup> [۴۵] دریافتند والدینی که احساساتشان را کاهش می‌دهند یا واکنش تنبیه‌کننده‌ای در برابر هیجانات منفی کودکانشان نشان می‌دهند دارای کودکانی با تنظیم هیجانی ضعیف می‌باشند. نتایج پژوهش مورگان و ایزارد [۴۱] نیز نشان داد که بیانگری هیجانات منفی با تنظیم هیجان ضعیف، همبستگی دارد اما بیانگری هیجان مثبت خانواده ارتباطی با تنظیم هیجان نداشت. بنابراین، کودکانی دارای خانواده‌هایی با بیانگری مکرر هیجانات منفی مکرراً، احتمالاً، علل و پیامدهای هیجان را ادراک می‌کنند اما با این وجود کمتر قادر به تنظیم هیجانات بوده و مشکلات بیشتری در تنظیم هیجانات خویش خواهند داشت چرا که بر اساس نتایج پژوهش مورگان و ایزارد [۴۱]، دانش موقعیت هیجان، پیش‌بینی‌کننده تنظیم هیجان نیست. از سوی دیگر فهم مکانیسم‌های نوروبیولوژیکی برانگیختگی هیجانی خانواده ممکن است منجر به افزایش فعالیت محور هیپوتالموس - هیپوفیز - آدرنال (HPA) شود که در درازمدت می‌تواند منجر به آتروفی در ساختارهایی در لوب پیشانی شود که در تنظیم هیجان ایفای نقش می‌کنند [۴۶]. متقابلاً، ناتوانی‌ها در تنظیم هیجانی نیز باعث می‌شود نوجوان احساس درماندگی کرده و منجر به افزایش هر چه بیشتر بیانگری هیجانات منفی در وی گردد. یافته دیگر پژوهش نشان داد که شیوه‌های فرزندپروری با دشواری‌های تنظیم هیجانی و استرس ارتباطی ندارد که

در سال ۱۹۸۶ اذعان کرد که محیط هیجانی خانواده، از جمله بیانگری انواع هیجانات خاص، در تشکیل طرحواره‌های جوانان درباره بیانگری صحیح هیجانات نقش دارد. افرادی که در محیط‌های خانوادگی پرورش می‌یابند که بیانگری هیجانات منفی بالاست، احتمالاً طرحواره‌های ناکارآمدی را گسترش می‌دهند که ارزیابی‌شان از موقعیت‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بیانگری هیجانات در خانواده احتمالاً فرصت‌هایی را برای نوجوان فراهم می‌کند تا تجربه هیجانی خویش را مورد بحث قرار دهد و روش‌های سازگارانه تنظیم هیجان را یاد بگیرد و زمانی مشکل ساز می‌شود که باعث شود فرد تجارب هیجانی خویش را سرکوب کند و این سرکوب مزمن تجارب هیجانی ممکن است منجر به افزایش برانگیختگی سمپاتیک شود [۴۰] و در نتیجه سطح استرس در فرد افزایش پیدا می‌کند. اما نوع بیانگری هیجانات (مثبت یا منفی) مهم است. نوجوان با بیان هیجانات منفی، ممکن است منبع حمایت خانواده را از دست دهد. نوجوانان در سازگاری خویش با محیط عامل مهم اجتماعی شدن را از دست می‌دهند و از این رو استرس و اضطراب در آنها ایجاد می‌شود. این بیانگری بر تنظیم و یکپارچه‌سازی الگوهای رفتاری موثر بوده و ارزیابی شناختی افراد از این مساله، خود منجر به افزایش درماندگی و استرس در نوجوانان می‌گردد. یافته دیگر پژوهش حاضر حاکی از رابطه بیانگری هیجان منفی خانواده با دشواری‌های تنظیم هیجانات بود که این یافته همسو با نتایج پژوهش گوتمن، کاتز و هاون<sup>۱</sup> [۴۱] و مورگان و ایزارد<sup>۲</sup> [۴۲] می‌باشد. بیانگری هیجانات مثبت در خانواده با سطوح بالاتر درک هیجان و توانایی هیجانی ارتباط دارد [۴۳]. موریس و همکاران [۲۲] در پژوهش خویش، ۴ مولفه محیط هیجانی که احتمالاً تحول تنظیم هیجان را تحت تاثیر قرار می‌دهند معرفی کرده اند که یکی از آنها میزان بیانگری هیجانات منفی در خانواده می‌باشد. سطوح بالای بیانگری هیجانات منفی احتمالاً

<sup>۱</sup> Gottman, Katz & Hooven

<sup>۲</sup> Morgan & Izard

<sup>۳</sup> Jones, Eisenberg, Fabes & MacKinnon

گرفته اند که چنین امکانی برای نویسندگان مقدور نبوده است. پژوهش حاضر چند محدودیت دارد. اول، داده‌های به دست آمده از ابزارهای خودسنجی، محدودیت پژوهش حاضر است، از این رو پیشنهاد می‌شود در کنار داده‌های خودسنجی، داده‌های به دست آمده از ارزیابی متخصصان بالینی نیز به کار برده شود تا از سوگیری‌های ناشی از ماهیت داده‌ها جلوگیری کرد و از مصاحبه‌های ساختاری برای جمع‌آوری اطلاعات از نوجوانان و والدین استفاده شود. دوم، چون روش پژوهش از نوع همبستگی است، امکان بررسی رابطه علت و معلولی وجود نداشت و پیشنهاد می‌شود که در صورت امکان پژوهش به صورت آزمایشی تکرار شود و نیز با توجه به اینکه سطوح استرس ممکن است در طی زمان تغییر کند، انجام مطالعات طولی ممکن است یافته جالبی ارائه دهد. کاربرد پرسشنامه ادراک نوجوانان از شیوه‌های فرزندپروری بجای شیوه فرزندپروری والدین می‌تواند یافته‌های مفیدتری به دست دهد.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه کسانی که در انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

### منابع

- 1-Keltner, D., & Gross, J. J. (1999). Functional accounts of emotion. *Cognition and Emotion*, 13, 467-480.
- 2-Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, D.C.: APA.
- 3-Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2003). *Learning emotionfocus therapy: The process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 4-Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.

این یافته ناهمسو با نتایج پژوهش بامریند<sup>۱</sup> [۴۷]، تاجولاریپین، آمینودین، ویزاتا و سیفودین<sup>۲</sup> [۴۸] و هیلدبرند<sup>۳</sup> [۴۹] است که ادعا کردند سبک‌های فرزندپروری با استرس نوجوانان مرتبط است. ممکن است سبک‌های فرزندپروری تاثیر غیرمستقیمی بر استرس نوجوانان داشته باشند و عامل تاثیرگذار اصلی دشواری‌های تنظیم هیجان نباشد و متغیرهای دیگری همچون متغیرهای شخصیتی، شیوه‌های فرزندپروری [۵۰] را تحت تاثیر قرار داده باشند. بر اساس نتایج پژوهش آنگ<sup>۴</sup> [۵۱] در طی نوجوانی، حتی سبک فرزندپروری مثبت ممکن است بر سطوح درماندگی روان شناختی موثر نباشد. عوامل فرهنگی نیز می‌تواند عامل مهم دیگری در تبیین این یافته باشد. دویری و منشار<sup>۵</sup> [۵۲] در پژوهشی بر روی نوجوانان یونانی به این نتیجه دست یافتند که فرزندپروری مستبدانه در فرهنگ‌های جمعی در مقایسه با فرهنگ‌های غربی مختل کننده سلامت روانی نوجوانان نمی‌باشد که این یافته در حمایت از یافته پژوهش حاضر مبنی بر رابطه غیرمعنادار سبک‌های فرزندپروری با استرس نوجوانان می‌باشد. این مطالعه نشان می‌دهد که در فرهنگ‌های شرقی منجمله ایران، رابطه بین شیوه‌های فرزندپروری مستبدانه والدین و استرس فرزندان به دلیل فرهنگ جمع‌گرایی وجود ندارد که این یکی از پیامدهای مثبت فرهنگ جمع‌گرایی است. بعلاوه، در پژوهش حاضر شیوه فرزندپروری مادر و پدر به تفکیک مورد بررسی قرار نگرفته است، مادران و پدران ممکن است شیوه‌های فرزندپروری متفاوتی اتخاذ کنند که هر یک به نوعی تنظیم هیجانی و استرس نوجوانان را تحت تاثیر قرار دهند. عامل تاثیرگذار دیگر بر معنادار نشدن نتایج، عدم امکان دسترسی به والدین و عدم امکان استخراج سبک فرزندپروری والدین بر اساس اظهارات مستقیم آنها بود. البته در پژوهشهای خارجی حتی خانواده‌ها توسط مشاهده‌گر مورد مشاهده و بررسی قرار

1. Baumrind

2. Tajularipin, Aminuddin, Vizata & Saifuddin

3. Hildebrand

4. Ong

5. Dwairy & Menshar

- 15- Silk, J. S., Vanderbilt-Adriance, E., Shaw, D. S., et al. (2007). Resilience among children and adolescents at risk for depression: Mediation and moderation across social and neurobiological contexts. *Development and Psychopathology*, 19, 841–865.
- 16- Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26, 1–26.
- 17- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and coping*. New York: Springer.
- 18- Lazarus, R. S. (1999). The cognition-emotion debate: a bit of history. In T. Dagleish and M. J. Piwer (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 3-19). Chichester, UK: Wiley.
- 19- Federenko, I. S., Scholtz, W., & Kirschbaum, C. (2006). The heritability of perceived stress. *Psychological Medicine*, 36, 375-37.
- 20- Chang, D., Schwartz, K. K., Dodge, C. A. M., Bridge-Chang C. (2002). Harsh parenting in relation to child emotion regulation and aggression. *Journal of Family Psychology*, 17, 598–606
- 21- Bulanda, R. E. (2004). Paternal involvement with children: The influence of gender ideologies. *Journal of Marriage and Family*, 66, 42-4.
- 22- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Aucoin, K. J., Keyes, A.W. (2007). Parental influences on children's emotion regulation and emotionality. Manuscript submitted for publication.
- 23- Lin, T. E., & Lian, T. C. (2010). The relationship between perceived parentig styles and stress levels among Malaysian secondary school students. *Sunway Academic Journal*, 7, 89-104.
- 24- Suveg, C., Morelen, D., Brewer, G. A., Thomassin, K. (2010). The Emotion Dysregulation Model of Anxiety: A preliminary path analytic Examination. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 924–930
- 25- Bradley, S. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: The Guilford Press.
- 5-Shiota, M. N., Campos, B., Keltner, D., & Hertenstein, M. (2004). Positive emotion and regulation of interpersonal relationships. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (pp. 127-155). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- 6-Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, 22, 211–221.
- 7- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- 8- Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, 39, 1249–1260.
- 9- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, 121 (1), 276–281.
- 10- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25 (2), 128–134.
- 11- Campbell-Sills, L., Ellard, K., & Barlow, D. H. (2014). Emotion regulation in anxiety disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 393–412). New York, NY: Guilford Press.
- 12- Bender, P. K., Reinholdt- Dunne, M. L., Esbjrn, B. H., Pons, F. (2012). Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: Gender differences. *Personality and Individual Differences*, 53, 284–288.
- 13- Tsypes, A., Aldao, A., & Mennin, D. (2013). Emotion dysregulation and sleep difficulties in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(2), 197-203.
- 14- McCarthy, C. J., Lambert, R. G., & Moller, N. P. (2006). Preventive resources and emotion regulation expectancies as mediators between attachment and college students' stress outcomes. *International Journal of Stress Management*, 13, 1–22.

- 35- Schreiber, L. R. N., Grant, J. E., Odlaug, B. L. (2012). Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal of Psychiatric Research*, 46(5), 651-658.
- 36- Moore, S. A., Zoellner, L. A., Mollenholdt, N. (2008). Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? *Behaviour Research and Therapy*, 46, 993-1000.
- ۳۷- اضغری مقدم، محمدعلی؛ ساعد، فواد؛ دیاج نیا، پروین؛ زنگنه، جعفر. (۱۳۸۷). بررسی مقدماتی اعتبار و پایایی مقیاس های افسردگی، اضطراب و در نمونه های غیربالینی (DASS) استرس. دوماهنامه علمی- پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار). سال ۱۵، شماره ۳۱، ص ۲۳-۴۸.
- ۳۸- سپهریان آذر، فیروزه. (۱۳۹۲). رابطه هوش هیجانی، شیوه های مقابله با استرس و هوش عمومی با پیشرفت تحصیلی دانش آموزان پیش دانشگاهی. دوماهنامه علمی- پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت. سال ۲۰، شماره ۹، ص ۲۳-۳۲.
- 39- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 155-172.
- 40- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofman, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6, 587-595.
- 41- Goodman, E., McEwen, B.S., Dolan, L.M., Schafer-Kalkhoff, T., Adler, N. E. (2005). Social disadvantage and adolescent stress. *Journal of Adolescent Health*. 37, 484-492.
- 42- Morgan, J., & Izard, C. (2006). Family Emotion Expressiveness: Relation to Emotion Knowledge and Emotion Regulation in Young Children. Head Start's 8th National Research Conference.
- 43-Denham, S.A., Blair, K.A., DeMulder, E., Levitas, J., Sawyer, K., Auerbach-Major, S., et al. (2003). Preschool emotional competence: Pathway to social competence. *Child Development*. 74,238-256.
- 26- Sud, A. & Sethi, Z. (2008). Interrelationship between state anxiety, trait anxiety, test anxiety, stress, negative mood regulation, achievement motivation and self-esteem. *Journal of Community Guidance and Research*, 25, 84-97.
- 27- Sharma, J. (2009). Family environment as a predictor of stress and anxiety in adolescents. Unpublished M.Phil. Dissertation, Himachal Pradesh University, Shimla, India.
- 28- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- 29- Cohen, S., & Williamson, G.M. (1988). Perceived stress in a probability sample of the united states. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds), *The social psychology of health: Claremont symposium on applied social psychology* (pp. 31-67). Newbury Park, CA: Sage.
- 30- Buri, J. R. (1991). Parental Authority Questionnaire. *Journal of Personality and Social Assessment*, 57 (1), 110-119.
- 31- Dunsmore, J. C., Bradburn, I. S., Costanzo, P. R., & Fredrickson, B. L. (2009). Mothers' expressive style and emotional responses to children's behavior predict children's prosocial and achievement-related self-ratings. *International Journal of Behavioral Development*, 33, 253-264.
- 32- Halberstadt, A. G., & Parke, R., Cassidy, J., Stifter, C. A., Fox, N. A. (1995). Self-Expressiveness within the family context: psychometric support for a new measure. *Psychological Assessment*, 7(1), 93-103.
- 33- Raio, C. M., Orederu, T. A., Palazzolo, L., Shurick, A. A and Phelps, E. A. (2013). Cognitive emotion regulation fails the stress test. *PANAS*, 110 (37), 15139-15144.
- 34- Kadzikowska - Wrzosek, R. (2012). Perceived stress, emotional ill-being and psychosomatic symptoms in high school students: the moderating effect of self-regulation competences. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3, 25-33

- 48- Tajularipin, S., Aminuddin, H., Vizata, M. S., & Saifuddin, K. A. (2009). The level of stress among students in urban and rural secondary schools in Malaysia. *European Journal of Social Sciences*, 10(2), 179–184.
- 49- Hildebrand, V. (2000). *Parenting: Rewards and responsibilities* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.
- 50- Huan, V. S., Yeo, L. S., Ang, R. P., & Chong, W. H. (2006). The influence of dispositional optimism and gender on adolescents' perception of a academic stress. *Adolescence*, 41(163), 533–546.
- 51- Ong, A. C. (2000). Parenting behaviors and adolescents' psychosocial adjustment. Paper presented at the Association for Active Educational Researchers Conference.
- 52- Dwairy, M., & Menshar, K. E. (2006). Parenting style, individuation, and mental health of Egyptian adolescents. *Journal of Adolescence*, 29(1), 103–117.
- 44- Eisenberg, N., Valiente, C., Morris, A. S., Fabes, R. A., Cumberland, A., Reiser, M., et al. (2003). Longitudinal relations among parental emotional expressivity, children's regulation, and quality of socioemotional functioning. *Developmental Psychology*, 39, 3–19.
- 45- Jones, S., Eisenberg, N., Fabes, R. A., & MacKinnon, D. P. (2002). Parents' reactions to elementary school children's negative emotions: Relations to social and emotional functioning at school. *Merrill-Palmer Quarterly*, 48, 133-159.
- 46- Goodman, E., McEwen, B.S., Dolan, L.M., Schafer-Kalkhoff, T., Adler, N. E. (2005). Social disadvantage and adolescent stress. *Journal of Adolescent Health*. 37, 484–492.
- 47- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. (*Developmental Psychology Monograph*; 4). Washington, DC: American Psychological Association.



# ذهنیت‌های طرحواره‌ای، تجربه‌ی کودک آزاری و سبک‌های دلبستگی در اختلال شخصیت مرزی

نویسندگان: نازیلا حنایی<sup>۱\*</sup>، مجید محمودعلیلو<sup>۲</sup>، عباس بخشی‌پور رودسری<sup>۲</sup> و ابراهیم اکبری<sup>۱</sup>

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز.

۲. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز.

\*Email: hanaeinazila36@gmail.com

## چکیده

روابط اولیه والدین با کودک و حوادث تروماتیک دوران کودکی در شکل‌گیری اختلالات شخصیت نقش به‌سزایی دارند. طبق نظر یانگ، مشخصه اختلال شخصیت مرزی حالات متغیر تفکر، احساسات و رفتار می‌باشد که اصطلاحاً به آن «ذهنیت طرحواره‌ای» اطلاق می‌گردد. اهداف پژوهش حاضر، تعیین تفاوت سبک‌های دلبستگی و تجربه کودک آزاری در بیماران اختلال شخصیت مرزی و افراد بهنجار و همچنین پیش‌بینی ذهنیت‌های طرحواره‌ای در بیماران اختلال شخصیت مرزی بر اساس تجربه کودک آزاری و سبک‌های دلبستگی می‌باشد. جامعه پژوهش، کلیه بیماران اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی و مرکز مشاوره اندیشه مهر شهر تبریز بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند، ۶۰ نفر (۳۰ بیمار اختلال شخصیت مرزی و ۳۰ نفر گروه بهنجار) انتخاب شدند. گروه بهنجار از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با گروه بیماران اختلال شخصیت مرزی هم‌تا شدند. هر دو گروه پرسشنامه‌های ذهنیت طرحواره‌ای (SMQ)، سبک‌های دلبستگی هازن و شیور (AAI)، و تجربه کودک آزاری (CASRS) را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۱۷ و LISREL نسخه ۸/۵۴ و به روش آزمون تحلیل واریانس چند راهه (MANOVA) و تحلیل مسیر (Path Analysis) انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که گروه‌های پژوهش در سبک دلبستگی دوسوگرا و زیرمقیاس‌های آزار عاطفی، غفلت و آزار جنسی مقیاس تجربه کودک آزاری با هم تفاوت معناداری نشان دادند. همچنین ذهنیت‌های طرحواره‌ای توسط سبک‌های دلبستگی و مقیاس‌های کودک آزاری پیش‌بینی شدند که سبک دلبستگی اجتنابی و آزارهای عاطفی و جنسی سهم بیشتری را در این پیش‌بینی داشتند. نتایج به دست آمده از مدل طرحواره‌ای یانگ حمایت می‌کند و به نقش سبک تربیتی نامطلوب والدین و روابط اولیه منفی والدین با کودکان بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای ناکارآمد تأکید می‌کند. به طوری که شکل‌گیری سبک دلبستگی اجتنابی، و همچنین تجربه آزارهای عاطفی و جنسی در دوران کودکی، فرد را در بزرگسالی مستعد اختلال شخصیت مرزی می‌کند.

کلید واژه‌ها: اختلال شخصیت مرزی، ذهنیت‌های طرحواره‌ای، سبک‌های دلبستگی، کودک آزاری

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور  
وختار

• دریافت مقاله: ۹۲/۸/۲۸

• پذیرش مقاله: ۹۳/۷/۲۶

Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer  
2015

Clinical Psy. & Personality

دو فصلنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیست و دوم - دوره

جدید شماره ۱۲

بهار و تابستان ۱۳۹۴

## مقدمه

جنسی و غیره زیاد است موجب آزار و آسیب کودک می‌گردد، و این کودک آزاری و مسامحه موجب اختلال شخصیت به ویژه مرزی می‌شود [۶].

تعداد زیادی از مطالعات که در دهه اخیر به فراوانی وجود تروماهای کودکی در بیماران مرزی اشاره داشته‌اند، وقوع ترومای (آزار) کودکی، را به شکل بالایی در بیماران مرزی را تأیید کرده‌اند [۷-۲۰]. زانارینی و فرانکنبورگ<sup>۴</sup> [۶] نوعی مدل چند عاملی را برای اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد کرده‌اند و معتقدند که این اختلال از ترکیب پیچیده سه مؤلفه خلق و خوی ذاتی، تجربه‌های دردناک و چالش برانگیز کودکی، و کژکاری‌های نورولوژیکی و بیوشیمیایی ناشی می‌شود. مدل مسیر چندگانه، طبقه بندی مفیدی برای حوادث تروماتیک ارائه کرده است. این مدل براساس تجربه‌های ناگوار کودکی، سه نوع تروما را از هم متمایز کرده است. ترومای تیپ ۱ شامل؛ جدایی‌های اولیه، بی تفاوتی مزمن به احساسات کودک، و اختلافات و ناسازگاری‌های هیجانی داخل خانواده. ترمای تیپ ۲ شامل؛ آزار کلامی و هیجانی، غفلت از نیازهای فیزیکی و بیماری‌های روانی والدین و ترومای تیپ ۳ نیز شامل؛ آزارهای جسمی و جنسی شدید، و اختلالات روانی مزمن یکی از مراقب‌ها می‌باشد [۲]. زانارینی و گوندرسون [به نقل از ۲] در دو گروه مرزی و ضد اجتماعی اشکال اساسی غفلت و آزار (در دوران کودکی) را یافته‌اند که البته در بیماران مرزی آزار کلامی و ترک هیجانی بیشتر از ضد اجتماعی‌ها گزارش شد. در تحقیقی که توسط هرمن و همکاران [۷] انجام شد حاکی از این بود که بیماران مرزی گزارشات بیشتری از آزار کلامی و جنسی و شاهد خشونت بودن را به نسبت افراد غیر بیمار و افراد با صفات مرزی را نشان دادند. بندلا<sup>۵</sup> و همکاران [۹] نیز در پژوهش خود گزارش دادند که تروماهای کودکی و سبک‌های فرزندپروری ناکارآمد در افراد اختلال شخصیت مرزی نسبت به افراد سالم زیادتر می‌باشد. هر چند تعدادی پژوهشگر از جمله

اختلالات شخصیت از مهمترین مشکلات اجتماعی و پزشکی است. روانپزشکان، متخصصان بهداشت روان و جامعه‌شناسان به این اختلالات توجه جدی نشان داده‌اند. شیوع این اختلالات در جمعیت عادی بین ۱۱ تا ۲۳ درصد گزارش شده است، که رقمی هشدار دهنده می‌باشد [۱].

یکی از انواع اختلالات شخصیت در خوشه B، اختلال شخصیت مرزی<sup>۱</sup> می‌باشد. اختلال شخصیت مرزی، شایع ترین اختلال شخصیت در محیط‌های روانپزشکی است [۲]. نوسان و بی ثباتی شدید در حالات رفتاری و هیجانی بیماران مرزی تا مدت‌ها پژوهشگران را دچار سردرگمی کرده بود. این نوسانات شدید از مهمترین مشخصات اختلال شخصیت مرزی محسوب می‌شود. بر همین اساس چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۲</sup>، اختلال شخصیت مرزی را الگویی فراگیر از بی ثباتی در روابط بین فردی، خودپنداره، هیجانات و همچنین با تکانشگری مشخص، تعریف کرده است [۱ و ۳].

از زمان شروع تشخیص بیماری مرزی، نظریه پردازان بالینی معتقد بودند که هسته آسیب شناسی این بیماری مربوط به حیطه روابط بین فردی می‌باشد که این نظریات با مطرح کردن نقش اساسی نیازهای بین فردی و ترس در زمینه‌های بالینی، گسترش یافت [۴]. تا حدی که با وجود مطرح شدن پایه زیست زادی این بیماری، نقش بالقوه روابط اشفته در آسیب شناسی بیماری مرزی مورد توجه می‌باشد. فریمن، استون، مارتین<sup>۳</sup> [۵] معتقدند که اختلال شخصیت مرزی از تعامل عوامل ژنتیکی، بیولوژیکی، اجتماعی، روانشناختی، فقدان‌ها و جدایی‌های اولیه، محیط خانوادگی آشفته، پاتولوژی والدین و سبک‌های فرزندپروری بی کفایت آنها ریشه می‌گیرد. این روابط آشفته خانوادگی و سبک‌های فرزندپروری ناکارآمد که در آنها غفلت از فرزندان و سوء استفاده‌های عاطفی، جسمی،

1. Borderline Personality Disorder (BPD)

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

3. Freeman, Stone, & Martin

4. Zanarini & Frankenburg

5. Bandelow

نظر فونانگی، این حالت علائمی از قبیل بی‌ثباتی خود، تکانشگری و احساس پوچی مزمن را توجیه می‌کند [۲۵]. ناتوانی در تحمل تنهایی که از دید نظریه پردازان مختلف از ویژگی‌های اصلی اختلال شخصیت مرزی می‌باشد [۳۲]، نشان‌دهنده شکست در ایجاد دلبستگی اولیه می‌باشد [۲۶]. و اینکه این بیماران در زمان استرس نمی‌توانند از دیگران به عنوان تسلی‌دهنده بهره ببرند که این خود نشان از دلبستگی بی‌ثبات با مراقبان اولیه (دلبستگی ناایمن) دارد.

یانگ<sup>۴</sup> [۳۳]، مدلی را بیان می‌کند که بر طبق آن، ارتباط نوزاد با مراقب در دوران کودکی، شناختواره‌ها و طرحواره‌هایی از محیط را در ذهن کودک شکل می‌دهد که اگر کودک تجارب ناگواری در این دوران داشته باشد طرحواره‌های ناسازگاری شکل می‌گیرند که هسته اصلی اختلالات شخصیت می‌باشد. در افرادی که در دوران کودکی مورد تجربه‌های ناگوار و خشونت قرار می‌گیرند، به دلیل آسیب‌ها و جراحت‌های روانشناختی حاصل از این سوء رفتار، طرحواره‌های ذهنی شکل می‌گیرد [۳۴]. این طرحواره‌ها در طول زمان به حرکت خود ادامه می‌دهند و خود را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می‌کنند. بر طبق فرضیات، طرحواره‌های ناکارآمد نقش مهمی در ایجاد و حفظ اختلال شخصیت مرزی بازی می‌کنند [۳۷-۳۵]. طرحواره بازنمایی از خود، دیگران و جهان است که موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان فردی مشخص می‌شوند [۳۶]. یانگ [۳۳] پیشنهاد می‌کند که ۹ تا از ۱۸ تا طرحواره‌های اولیه ناکارآمد در اختلال شخصیت مرزی نقش دارند اما همه این موارد حجم زیادی را تشکیل می‌دهند که نمی‌تواند به عنوان عقاید هسته‌ای اختلال مرزی در نظر گرفته شود. تعداد کمی از تحقیقات، رابطه بین اختلال شخصیت مرزی و طرحواره‌های ناکارآمد که توسط یانگ ارائه شده را بررسی کرده‌اند [۳۳، ۳۸-۳۶]. در مطالعه‌ی ای، ۲۳ بیمار سرپایی که به خاطر درمان سوء مصرف مواد تحت درمان

سیمون، نلسون، الیاس، گرینبرگ، هولاندر<sup>۱</sup> [۲۱] و زویگ-فرانک و پاریس<sup>۲</sup> [۲۲] این نتایج را به دست نیاورده‌اند.

از دیرباز بالبی در نظریه دلبستگی، تاثیر شرایط محیط‌های اولیه و رفتارهای مراقبین اولیه را بر کودکان مورد توجه قرار داده و دو سبک دلبستگی ایمن و ناایمن را مشخص نموده است [۲۳]. طرفداران این نظریه معتقدند که به احتمال زیاد سبک دلبستگی کودک براساس الگوهای فعال درونی<sup>۳</sup> از خود و نگاره‌های دلبستگی تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و در روابط بزرگسالی منعکس می‌شود [۲۴]. نظریه پردازان بالینی بر این عقیده هستند که سبک دلبستگی ناایمن از مشخصه‌های اصلی آسیب‌شناسی بیماران اختلال شخصیت مرزی می‌باشد [۳۰-۲۵]. هدف دلبستگی در واقع خلق کردن بیرونی مدل ذهنی (ذهنیتی) است که کودک از خود دارد (ایمن و مطمئن). سبک دلبستگی ایمن به کودک این امکان را می‌دهد که جهان اطرافش را با اعتماد به اینکه والدینش در زمان نیاز در دسترس هستند، کاوش کند. همچنین دلبستگی ایمن باید خوپنداره‌ای مثبت، پیوسته و استوار در کودک ایجاد کند و این حس که ارزش دوست داشته شدن را دارد و دید مثبتی به دیگران مهم داشته باشد (از نظر مقبول و پاسخگو بودن). این نوع از دلبستگی به شکل فاحشی با الگوهای (بی‌ثبات و بدخواهانه) که بیماران مرزی از خود و دیگران دارند متفاوت می‌باشد؛ روابط مبتنی بر خشم، فریب و غیره [۳۱]. اگر مراقبان کودک ظرفیت توسعه یافته‌ای از تفکر در مورد محتوای ذهنی خود و دیگران داشته باشند، احتمال بیشتری وجود دارد که دلبستگی ایمن را در کودکانشان ایجاد کنند که این موضوع ظرفیت کودک برای درک آنچه در ذهن مراقبانش است را به دست می‌آورد در حالیکه در بیماران مرزی این توانایی وجود ندارد و این بیماران از شکل دفاعی از تشخیص احساسات خشم خودشان نسبت به مراقبان یا احساس مراقبان نسبت به خود خودداری می‌کنند. که به

1. Simeon, Nelson D, Elias, Greenberg, & Hollander

2. Zweig-Frank & Paris

3. internal working model

4. Young

نماینده بعد سالم می‌باشد (که با توجه به آسیب شدید روانی در این بیماران) این بعد در بیماران مرزی ضعیف می‌باشد [۴۲].

در ذهنیت کودک رهاشده/ آسیب دیده، احساس ناتوانی و درماندگی در رسیدن به خواسته هایشان و گرفتن حمایت و مراقبت از مراقبین شان می‌باشند. علائم و نشانه‌های این ذهنیت؛ احساس درماندگی، ضعیف و بی‌ارزش بودن، ایده آل کردن والدین و تلاش‌های افراطی برای اجتناب از ترک شدن می‌باشد. در ذهنیت کودک تکانشی، فرد به شکل تکانشگرانه‌ای برای رفع نیازهایش عمل می‌کند و به صورت شدیدی خشمگین، تکانشی، خوارکننده و پرتما می‌باشد. در ذهنیت مراقب بی تفاوت، ارتباط فرد با احساسات و نیازهایش قطع می‌باشد (به صورت دفاعی، بی تفاوت اند). علائم شان؛ بی تفاوتی، ملال، سوء مصرف مواد و الکل، انزوای اجتماعی، خودزنی (که برای از بین بردن عواطف و شناخت‌های ناخوشایند می‌باشد). متناسب با این توضیحات، بیماران اختلال شخصیت مرزی در ذهنیت‌های ذکر شده نمرات بالاتری را نسبت به گروه غیر بیمار، خوشه C<sup>۶</sup> و اختلال شخصیت ضد اجتماعی بدست آورده اند [۴۲-۴۰]. و طبق گزارش آرنز و همکاران [۴۱] در روش القاء استرس، بیماران مرزی نسبت به سایر گروه‌ها، فعال شدن ذهنیت مراقب بی تفاوت را نشان دادند که حاکی از شدت اختصاصی بودن این ذهنیت در بیماران اختلال شخصیت مرزی می‌باشد.

با توجه به افزایش اختلال شخصیت مرزی در جوامع کنونی، پژوهش در مورد عوامل مؤثر بر شکل‌گیری این اختلال ضروری بنظر می‌رسد. البته باید در بررسی این عوامل روانشناختی به غیرخطی بودن آنها در ارتباط با اختلال شخصیت مرزی نیز توجه داشت. اهمیت عملی پژوهش، توجه به بنیادهای شناختی - هیجانی این اختلال از یک سو، و نقش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی این افراد، در کاربندی مناسب و دقیق تر مداخلات بالینی است همچنین روشن ساختن نقش تجارب تروماتیک

بودند، اختلال شخصیت مرزی مرتبط با دو طرحواره ناکارآمد از حیطه گسستگی و طرد<sup>۱</sup> (ترک شدگی و سوء ظن<sup>۲</sup>) بودند و به شکل اختصاصی مرتبط با طرحواره رها شدگی می‌باشد [۳۹].

طبق یافته‌های اخیر، اختلال شخصیت مرزی را نمی‌توان توسط یک دسته از طرحواره‌های آسیب‌زا توصیف کرد، بلکه مجموعه‌ای از طرحواره‌های مختلف که به شکل گردشی فعال می‌شوند، این اختلال را بهتر توصیف می‌کند [۴۰]. زیرا این بیماران، خیلی سریع از یک حالت عاطفی یا پاسخ مقابله‌ای افراطی به یک حالت یا پاسخ دیگر، تغییر جهت می‌دهند و از آنجائی که تمرکز عمده مدل اصلی طرحواره بر سازه‌های صفت مانند، همچون طرحواره یا سبک‌های مقابله‌ای بود، لذا در نظر گرفتن این مدل جهت تبیین پدیده تغییر حالت‌های ناگهانی بیماران کافی به نظر نمی‌رسد [۳۶]. یانگ [۳۳] مدل «ذهنیت طرحواره ای<sup>۳</sup>» را برای توضیح و فهم بهتر نوسان‌های شدید در بیماران مرزی در نظر گرفته است که این ایده را قبلاً بک<sup>۴</sup> در یک ورکشاپ بالینی<sup>۵</sup> استفاده کرده بود [۴۱]. ذهنیت طرحواره‌ای یک الگوی سازمان یافته از تفکر، احساس و رفتار است که منشأ آن مجموعه‌ای از طرحواره هاست که از سایر ذهنیت‌های طرحواره ای، مستقل می‌باشد. فرض براین است که بیماران مرزی به طور ناگهانی از یک ذهنیت به ذهنیت دیگر پرش دارند. طبق شواهد بک، بعضی از این حالات کودکان بنظر می‌رسند که ممکن است برای خود بیمار و دیگران گیج کننده باشد [۴۰].

یانگ فرض کرده است که بیماران مرزی چهار ذهنیت طرحواره مرکزی دارند: محافظ بی تفاوت، کودک عصبانی/ کودک رها شده (که بعداً به دلیل نقش آزار در شکل‌گیری اختلال مرزی به کودک رهاشده/ آسیب دیده تبدیل شد) و والد تنبیه‌گر [۴۰ و ۴۲]. علاوه بر این ذهنیت‌ها، یک ذهنیت بزرگسال سالم وجود دارد که

1. disconnection and rejection

2. abandonment and misuse/ abuse

3. schema mode

4. Beck

5. clinical workshops

6. Cluster

دوران کودکی در شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی در بزرگسالی می‌تواند به پیش‌های مفیدی از نظر مداخلات در سطح اول پیشگیری منجر گردد و اینکه می‌توان از یافته‌های این پژوهش تلویحات عملی متعددی را در زمینه آموزش خانواده‌ها و مداخلات بهنگام تر استنتاج نمود. اهمیت نظری این پژوهش، توسعه مرزهای دانش است و منظری جدید به فهم و صورت‌بندی این اختلال، به ویژه در پرتو نظریه هیجان برانگیز طرحواره درمانی می‌گشاید. بنابراین، در این پژوهش سعی بر آن است که با توجه به نوع روابط بین کودک و والد که در دوران کودکی رخ داده است، سبک‌های ویژه شناختواره‌ها و ذهنیت‌های طرحواره‌هایی که در این دوران شکل می‌گیرند، بررسی شود. در واقع به طور اختصاصی تر هدف پژوهش حاضر مقایسه سبک‌های دلبستگی و تجربه کودک آزاری در افراد اختلال شخصیت مرزی با افراد عادی است و اینکه عوامل مؤثر بر شکل‌گیری ذهنیت‌های طرحواره‌ای را که خود هسته اختلال شخصیت به ویژه اختلال شخصیت مرزی می‌باشند، بررسی کند که در این راستا دو عامل تجربه کودک آزاری و سبک‌های دلبستگی مورد توجه قرار می‌گیرد. فرضیه‌های پژوهش عبارتند از: ۱- بین بیماران اختلال شخصیت مرزی و افراد بهنجار در سبک‌های دلبستگی و تجربه کودک آزاری تفاوت معناداری وجود دارد. ۲- ذهنیت‌های طرحواره‌ای در بیماران اختلال شخصیت مرزی را می‌توان براساس سبک‌های دلبستگی و تجربه کودک آزاری پیش‌بینی کرد.

## روش

### نوع پژوهش

طرح پژوهش حاضر با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مورد نظر، از نوع تحقیقات علی-مقایسه‌ای می‌باشد.

### آزمودنی

جامعه آماری پژوهش حاضر را جمعیت افراد با اختلال شخصیت مرزی و افراد فاقد این اختلال و دیگر

نشانه‌های اختلال روانشناختی شهر تبریز تشکیل می‌دادند. با روش نمونه‌گیری هدفمند، ۳۰ بیمار اختلال شخصیت مرزی انتخاب شدند. نمونه بیماران از بین مراجعان پذیرفته شده در بیمارستان رازی تبریز و مرکز مشاوره اندیشه مهر انتخاب شدند. این بیماران که توسط متخصصین روانپزشک و روانشناس بالینی به عنوان اختلال شخصیت مرزی تشخیص‌گذاری شده بودند، مجدداً توسط گروه پژوهش به وسیله مصاحبه بالینی ساختاریافته و مقیاس شخصیتی مرزی<sup>۱</sup> تشخیص‌گذاری شدند. پس از توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش و راهنمایی‌های لازم در خصوص نحوه پرکردن پرسشنامه‌ها، با گروه پژوهشی همکاری کردند. ۳۰ آزمودنی غیربیمار از میان بستگان بیماران و آشنایان افرادی که در مراکز درمانی شاغل بودند انتخاب شده و مورد مقایسه قرار گرفتند. آزمودنی‌های غیربیمار نیز، با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی سن، میزان تحصیلات، سطح اجتماعی-اقتصادی، وضعیت شغلی، و وضعیت تأهل با گروه بیمار هم‌تا شدند.

معیارهای ورود آزمودنی‌های بیمار شامل: سن بین ۱۸ تا ۴۵ سال (حداقل سن لازم برای تشخیص اختلال شخصیت مرزی ۱۸ سال است و مقطع سنی است که از آن پس نشانه‌های این اختلال ممکن است کاهش یابد، ۴۵ سالگی است)، دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی براساس DSM-IV، فاقد سابقه روان‌گسستگی و آشفتگی، عدم سوء مصرف مواد و مشکلات جسمی شدید. معیارهای خروج عبارت بودند از: فقدان نشانه‌های مرضی مشخص اختلال شخصیت مرزی، سابقه دوره‌های آشفتگی و روان‌گسستگی، سوء مصرف مواد و مسمومیت دارویی و یا ترک دارو. معیارهای ورود آزمودنی‌های غیربیمار نیز اختلال در محور یک یا مشکلات در محور دو، عدم سوء مصرف مواد، عدم مشکلات و بیماری‌های جسمی شدید.

<sup>۱</sup> Schizotypal Trait questionnaire-B form (STB)

## ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه ذهنیت طرحواره ای<sup>۱</sup>: این پرسشنامه براساس پیشنهاد یانگ [۳۳]، بک و فریمن<sup>۲</sup> [۳۵]، آرنتز و همکاران [۳۹] و مشاهدات بالینی می‌باشد. پرسشنامه ذهنیت طرحواره‌ای شامل ۷ ماده از شناخت‌ها، ۵ ماده هیجانی و ۵ ماده رفتاری برای هر ذهنیت می‌باشد که این ماده‌ها به طور تصادفی در بین مقوله‌های هر ذهنیت جای داده شده است. از شرکت کنندگان خواسته می‌شود که ماده‌های مربوطه را با توجه به حالات کلی خودشان درجه بندی کنند [۴۰]. در این پژوهش از فرم ۵ ذهنیت طرحواره‌ای که توسط آرنز و همکاران [۴۱] تهیه گردیده، استفاده شد. (۱) مراقب بی تفاوت (بهترین کار این ست که از دیگران فاصله بگیرم، احساس تهی بودن یا پوچی می‌کنم)، (۲) کودک عصبانی (من باید احساساتم را تخلیه کنم و آنها را خنثی کنم، من مستقیماً نیازهایم را ارضا می‌کنم)، (۳) کودک آسیب دیده/رها شده (من ناتوان و عاجزم، من به اطمینان بخشی و تضمین نیاز دارم)، (۴) والد تنبیه گر (من آدم بدی هستم و مستحق تنبیه می‌باشم، من گناهکارم)، و (۵) ذهنیت بزرگسال سالم (من ارزشمند هستم، من احساس خوبی دارم). نمره گذاری این آزمون روی یک مقیاس شش درجه‌ای از نوع لیکرت که از «هرگز» تا «همیشه» می‌باشد، نمره گذاری می‌شود. طبق تحقیقات انجام شده توسط لوبستال و همکاران [۴۰]، در مورد پایایی این آزمون، همبستگی درونی خرده مقیاس‌ها، که از طریق آلفای کرونباخ به دست آمده از ۰/۷۶ تا ۰/۹۶ با میانگین ۰/۸۹ می‌باشد. همچنین اینکه این آزمون دارای روایی افتراقی مناسب و روایی همگرایی متوسطی می‌باشد. با توجه به فقدان تحقیقات ایرانی در مورد این پرسشنامه، جهت برآورد پایایی، از روش محاسبه همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) و روش آزمون-باز آزمون استفاده شد که آلفای کرونباخ به دست آمده ۰/۹۰ می‌باشد.

۲. پرسشنامه تجربه کودک آزاری<sup>۳</sup>: این پرسشنامه،

تجربه کودک آزاری را در ۴ بعد غفلت، آزار جنسی، آزار جسمی و آزار عاطفی بررسی می‌کند. این پرسشنامه توسط محمد خانی و همکاران [۴۳] تهیه شده است که ابتدا شامل ۵۴ آیتم بوده که از این تعداد، ۷ سؤال برای آزار جسمی، ۹ سؤال برای آزار جنسی، ۲۱ سؤال برای آزار عاطفی و جوّ منفی خانه و ۱۷ سؤال برای غفلت، مشخص شده است. محققان مذکور پس از اجرای تحلیل عاملی به روش تحلیل مولفه‌های اصلی از ۵۴ ماده مقیاس، ۳۸ ماده که دارای بیشترین همبستگی با متغیرهای مورد اندازه گیری بود را به دست آوردند و به منظور بررسی روایی مقیاس خودگزارشی کودک آزاری از روش‌های محاسبه روایی محتوا، روایی سازه و روایی ملاکی استفاده کردند و برای محاسبه ضریب پایایی مقیاس از روش محاسبه همبستگی درونی مقیاس (آلفای کرونباخ) و روش آزمون-باز آزمون استفاده نمودند. در پژوهش آنها ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس خود گزارشی کودک آزاری ۰/۹۲ محاسبه گردید. این ضریب نشان می‌دهد که مقیاس از ضریب همسانی درونی بالایی برخوردار است. همچنین ضریب همبستگی آزمون-باز آزمون برای خرده مقیاس‌های آزار عاطفی، غفلت، آزار جسمی و آزار جنسی از ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ بدست آوردند [۴۳].

۳. پرسشنامه سبک دلبستگی بزرگسالان ۴ هازن و شیور<sup>۴</sup>: برای تعیین سبک دلبستگی از آزمون دلبستگی بزرگسالان هازن و شیور (۱۹۸۷) استفاده شد. یک مقیاس خودگزارش دهی است که بر مبنای سبک‌های دلبستگی سه گانه اینزورث<sup>۵</sup> طراحی شده است. این مقیاس مشتمل بر سه عبارت توصیفی از احساسات فرد درباره روابط بین فردی است که هر کدام از آنها به یکی از سبک‌های دلبستگی اشاره دارد. شامل دو بخش است که در بخش اول پرسشنامه دلبستگی بزرگسال سه پاراگراف اساسی به شکل جملاتی توصیفی مطرح شده، که آزمودنی باید پاسخ هایش را روی یک مقیاس ۷ درجه‌ای از نوع لیکرت

۴. Adults Attachment Inventory (AAI)

۵. Hazen & Shaver

۶. Ainsworth

۱. The Schema Mode Questionnaire (SMQ)

۲. Beck & Freeman

۳. Child Abuse Self Report Survey (CASRS)

(ماده‌هاى؛ ۷، ۹، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰) را مى‌سنجد. راولینگز و همكاران ضريب آلفاى مقياس شخصيتى مرزى را ۰/۸۰ و روايى همزمان اين مقياس با مقياس‌هاى روان آزرديكى و روان‌گسستگى پرسشنامه شخصيتى آيزنك ۵ به ترتيب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش کرده‌اند. در ايران محمدزاده و همكاران براى كل مقياس شخصيتى مرزى و خرده‌مقياس‌هاى نااميدى، تكانشگرى و علايم تجزيه‌اى و پارانوئيدى وابسته به استرس، به ترتيب ضريب اعتبار بازآزمائى ۰/۸۴، ۰/۵۳، ۰/۷۲ و ۰/۵۰ و ضريب آلفاى ۰/۷۷، ۰/۶۴، ۰/۵۸ و ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند [به نقل از ۴۵]. در پژوهش محمود عليلو و همكاران [۴۵] نيز پايابى كل مقياس شخصيت مرزى و خرده مقياس‌هاى نااميدى، تكانشگرى و علايم تجزيه‌اى به ترتيب برابر با ۰/۷۳، ۰/۶۳، ۰/۵۸ و ۰/۵۶ حاصل شد.

#### شيوه تحليل داده ها

براى تجزيه و تحليل آمارى از روش تحليل واريانس چند متغيره (مانوا) با استفاده از نرم افزار SPSS-17 و تحليل مسير با نرم افزار LISREL-8/54 استفاده شده است.

#### نتايج

به منظور ارائه تصوير روش تر از يافته‌هاى پژوهش، يافته‌هاى توصيفى (ميانگين و انحراف استاندارد) مربوط به متغيرهاى سبك‌هاى دلبستگى و زيرمقياس‌هاى كودك آزارى هر يك از دو گروه آزمودنى‌هاى دچار اختلال شخصيت مرزى و آزمودنى‌هاى غير بيمار در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

به منظور مقايسه دو گروه در سبك‌هاى دلبستگى و زيرمقياس‌هاى كودك آزارى، از آزمون تحليل واريانس چند متغيره (MANOVA) استفاده شد. قبل از انجام تحليل مانوا مى‌بايست پيش فرض‌هاى آن، يعنى برابرى كواريانس و واريانس، مورد آزمون قرار گيرد. به همين منظور با توجه به گروه‌هاى پژوهش از آزمون باكس (BOX) و آزمون لوين استفاده گرديد.

كه از «كاملا مخالف» تا «كاملا موافق» درجه بندى شده مشخص كند كه در واقع تعيين اين امر است كه تاچه حد با ويژگى‌هاى آزمودنى مطابقت دارد. در بخش دوم پرسشنامه دلبستگى بزرگسال، مجدداً همان توصيف‌ها مطرح شده ولى اين بار آزمودنى بايد تنها با علامت زدن يكي از آنها تشابه خود را با يكي از آن توصيف‌ها بيان كند. بالدين و فر ۱ در ۱۹۹۵، با انجام شش مطالعه به فاصله زمانى ۱۲ تا ۱۶ هفته روى دانشجويان پايابى كللى اين مقياس را ۰/۶۷ گزارش نموده‌اند. ياكدامن در سال ۱۳۸۰ قابليت اعتماد اين آزمون را بر روى آزمودنى‌هاى ايرانى مورد بررسى قرار داد. يافته‌هاى به دست آمده نشان داد كه، همبستگى بين آزمون و آزمون مجدد بعد از يك ماه براى دلبستگى ايمن ۰/۳۶ و براى دلبستگى اجتنابى ۰/۵۶ و در مورد دلبستگى اضطرابى - دوسوگرا ۰/۷۲ به دست آمده است. ميزان آلفاى كرونباخ در مورد اجراى پرسشنامه بر روى ۱۰۰ نفر براى دستيابى به قابليت اعتماد، برابر ۰/۸۷ شده كه ميزان بالابى است [به نقل از ۴۴].

۴. مقياس شخصيتى مرزى (STB): اين مقياس بخشى از پرسشنامه صفات اسكيزوتاپيى و مقياس شخصيت مرزى است كه در سال ۱۹۸۴ توسط كلاريچ و بروكس<sup>۲</sup> ساخته شده و در سال ۲۰۰۱ توسط راولینگز، كلاريچ و فريمن<sup>۳</sup> مورد تجديد نظر قرار گرفته است. در سال ۱۳۸۴، محمدزاده و همكاران با انطباق نسخه ويرايش شده اين آزمون با ملاك‌هاى DSM-IV علاوه بر ۱۸ ماده اوليه، ۶ ماده ديگر نيز به آن افزودند. بنا بر اين مقياس شخصيتى مرزى ۲۴ ماده دارد (۴ ماده وزن عاملى كمتر از ۰/۳۰ داشته و از تحليل حذف شدند؛ بنا بر اين در بررسى نهايى تنها ۲۰ ماده داراى اعتبار و روايى مناسب بودند) كه به صورت بلى / خير پاسخ داده مى‌شوند. اين مقياس سه عامل نااميدى (ماده‌هاى؛ ۲، ۳، ۴، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۴)، تكانشگرى (ماده‌هاى؛ ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۷) و علايم تجزيه‌اى و پارانوئيدى وابسته به استرس<sup>۴</sup>

1. Baldwin & Fehr

2. Claridge & Broks

3. Rawlings, Claridge, & Freeman

4. hopelessness, impulsivity, stress related dissociative and paranoid symptoms

5. Eysenck personality questionnaire

جدول ۱: میانگین (و انحراف معیار) دو گروه در متغیرهای مورد بررسی

متغیرها	آزمودنی‌های اختلال شخصیت مرزی	آزمودنی‌های غیر بیمار
سبک‌های دلبستگی	اجتنابی	۴/۸۶ (۱/۶۷)
	دوسوگرا	۵/۲۰ (۱/۹۸)
	ایمن	۴ (۱/۷۶)
کودک آزاری	آزار عاطفی	۰/۹۱۷ (۰/۳۹۱)
	غفلت	۱/۳۷ (۰/۶۱۸)
	آزار جسمی	۰/۷۳۱ (۰/۱۵۵)
	آزار جنسی	۰/۷۱۲ (۰/۳۸۵)

جدول ۲: نتایج تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری

اثر	ارزش	F	درجه آزادی	خطای df	سطح معناداری	توان مشاهده شده
لامبدای ویلکز	۰/۶۲	۸/۲۲	۷	۵۵	۰/۰۱۰	۱

جدول ۳: آزمون مانوا برای مقایسه دو گروه در سبک‌های دلبستگی و زیرمقیاس‌های کودک آزاری

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
سبک‌های دلبستگی	اجتنابی	۱	۹/۶۰	۳/۵۸	۰/۰۶۳
	دوسوگرا	۱	۲۸/۰۱۷	۸/۰۸	۰/۰۰۶
	ایمن	۱	۴/۸۱۷	۱/۵۵	۰/۲۱۷
کودک آزاری	آزار عاطفی	۱	۰/۷۹۶	۶/۷۷	۰/۰۱۲
	غفلت	۱	۰/۷۹۶	۲۳/۱۵	۰/۰۰۱
	آزار جسمی	۱	۰/۰۱۴	۰/۴۹	۰/۴۸
	آزار جنسی	۱	۲/۵۷	۲۰/۹	۰/۰۰۱

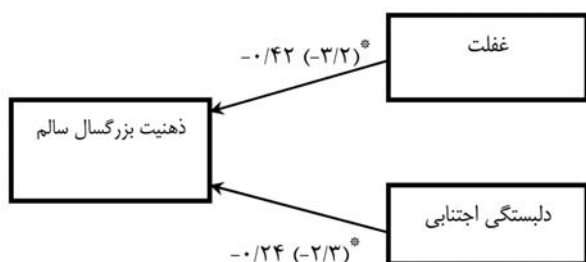
P < ۰/۰۵

معناداری به دست نیامد. فرضیه اصلی پژوهش این بود که سبک دلبستگی و زیرمقیاس‌های کودک آزاری در بیماران اختلال شخصیت مرزی پیش‌بینی‌کننده ذهنیت‌های طحوراره‌ای می‌باشند. چون بین متغیرهای پژوهش روابط پیچیده علمی وجود دارد و هدف گروه پژوهشی آزمودن مدل خاصی از رابطه بین متغیرها بود لذا برای آزمودن این فرضیه به جای رگرسیون از روش تحلیل مسیر استفاده شد. در نمودار ۱ مشخص شده که سبک دلبستگی و مقیاس‌های کودک آزاری چه ذهنیت‌هایی را پیش‌بینی می‌کند.

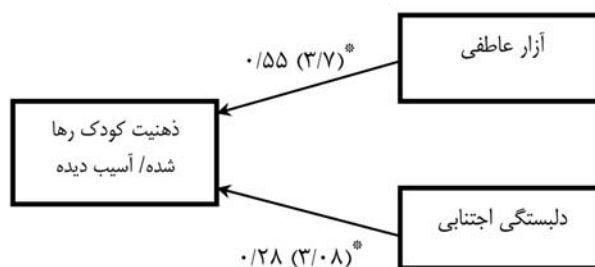
نتایج آزمون باکس برای برابری کواریانس و آزمون لوین برای همسانی واریانس نشان داد که در سطح  $P > ۰/۰۵$  معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین پیش‌فرض‌های انجام مانوا مشکلی ندارد و در ادامه نتایج تجزیه و تحلیل مانوا در جدول ۲ آمده است. مطابق جدول ۳، بین میانگین نمرات دو گروه در سبک دلبستگی دوسوگرا و زیرمقیاس‌های آزار عاطفی، غفلت، و آزار جنسی در کودک آزاری تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < ۰/۰۵$ ). تنها در سبک دلبستگی اجتنابی و ایمن و زیرمقیاس آزار جسمی در کودک آزاری بود که تفاوت



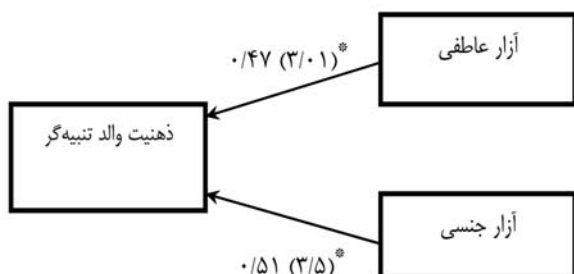
ذهنیت‌های طرحواره ای، تجربه‌ی کودک آزاری و سبک‌های دلبستگی در اختلال شخصیت مرزی



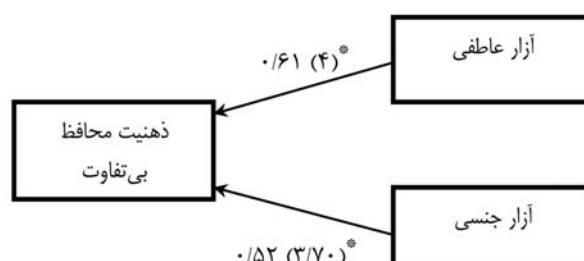
نمودار ۳: پیش‌بینی‌کننده‌های ذهنیت طرحواره‌ای بزرگسال سالم



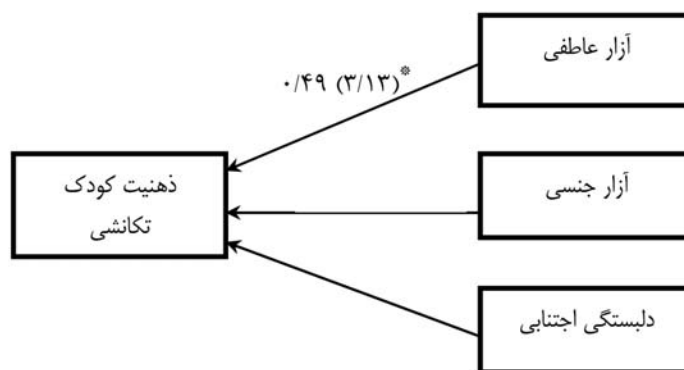
نمودار ۱: پیش‌بینی‌کننده‌های ذهنیت طرحواره‌ای کودک رها شده / آسیب دیده



نمودار ۴: پیش‌بینی‌کننده‌های ذهنیت طرحواره‌ای والد تنبیه‌گر



نمودار ۲: پیش‌بینی‌کننده‌های ذهنیت طرحواره‌ای محافظ بی تفاوت



نمودار ۵: پیش‌بینی‌کننده‌های ذهنیت طرحواره‌ای کودک تکانشی

جنسی، و غفلت و در میان سبک‌های دلبستگی تنها سبک دلبستگی اجتنابی ذهنیت‌های طرحواره‌ای را در آزمودنی‌های اختلال شخصیت مرزی پیش‌بینی می‌کنند. ذهنیت طرحواره‌ای محافظ بی تفاوت با آزار عاطفی (۴) و آزار جنسی (۳/۷۰) یک رابطه مثبت دارد، ذهنیت

در نمودارهای ۱ الی ۵ که با استفاده از روش تحلیل مسیر و نرم‌افزار LISREL نسخه ۸/۵۴ بدست آمده است، اعداد روی مسیر، ضریب مسیر و اعداد داخل پرانتز، ضریب t را نشان می‌دهد. مطابق نمودارهای فوق، زیرمقیاس‌های کودک آزاری شامل آزار عاطفی، آزار

می‌باشد و در راستای نتایج پژوهش اکبری و همکاران [۳۰]، فوناگی [۲۵]، استیل و سیور [۲۶]، بال و لینکس [۳۸]، واتسون و همکاران [۲۰]، بندلا و همکاران [۹]، آگراوال و همکاران [۴۳]، باتل و همکاران [۱۲]، گولیر و همکاران [۱۴]، گودمن و یهودا [۱۵]، فوساتی و همکاران [۲۹]، زانارینی و همکاران [۱۷]، زانارینی و فرانکنبورگ [۶] می‌باشد. هرچند مطالعات انجام شده از لحاظ روش با هم فرق داشته‌اند ولی همه این مطالعات حاکی از مشکلاتی در روابط بین فردی، سبک‌های دلبستگی و تجربه تروماهای کودکی در بیماران شخصیت مرزی هستند. نتایج این پژوهش ناهمسو با پژوهش‌های سیمون و همکاران [۲۱] و زویگ و همکاران [۲۲] می‌باشد.

فقدان سبک دلبستگی ایمن، بنا به دلایلی شامل غفلت و آزار است که نقش اساسی در تخریب ارتباط موضوعی افرادی دارد که دارای آسیب‌شناسی اختلال مرزی هستند. یکی از مشخصه‌های اساسی اختلال شخصیت مرزی، فقدان رشد پایداری شیء است که به طور کلی در سال‌های دوم و سوم زندگی به وجود می‌آید. ترومای کودکی معمولاً با دلبستگی نایمن به مراقبان اولیه شروع می‌شود که طبق این سبب شناسی اختلال شخصیت مرزی مرتبط با الگوهای دلبستگی سازمان نیافته/ جهت نیافته مرتبط می‌باشد و در نوزادانی مشاهده می‌شود که مراقبان اولیه، رفتارهای آشفته و گسسته نسبت به نوزاد داشته‌اند که مطابق با نیازهای کودک نبوده است [۴۶]. ترومای کودکی به صورت مستقیم، اختلال شخصیت مرزی را پیش بینی نمی‌کند بلکه تجربه آزارهای کودکی و تروماها، سبک دلبستگی را خراب می‌کند و فرد را به سمت الگوهای نایمن دلبستگی می‌کشاند [۳۹].

طبق یافته‌ها، تجارب افراد اختلال شخصیت مرزی از ارتباطات بین فردی ناخوشایند، غفلت و تهدید به ترک شدن، می‌تواند توجیهی برای تصور آسیب‌زننده بودن و مورد غفلت واقع شدن این بیماران به روابط فعلی شان باشد [۳۱]. زانارینی و همکاران [۱۷]، این فرض را در نظر گرفته‌اند که مادر غفلتگر ممکن است نتواند از کودک در

طرحواره‌ای کودک رها شده و سوء استفاده شده با آزار عاطفی (۳/۷) و سبک دلبستگی اجتنابی (۳/۰۸) یک رابطه مثبت دارد، ذهنیت طرحواره‌ای والد تنبیه‌گر با آزار عاطفی (۳/۰۱) و آزار جنسی (۳/۵) یک رابطه مثبت دارد. ذهنیت طرحواره‌ای کودک تکانشی با آزار عاطفی (۳/۱۳)، آزار جنسی (۲/۷)، و سبک دلبستگی اجتنابی (۲/۳) یک رابطه مثبت دارد ( $P < 0.05$ ). به عبارتی دیگر، هرچه افراد در کودکی بیشتر مورد آزار عاطفی، آزار جنسی قرار گرفته باشند و از سبک دلبستگی اجتنابی برخوردار باشند، احتمال شکل‌گیری ذهنیت‌های طرحواره‌ای مراقب بی تفاوت، کودک رها شده و مورد سوء استفاده واقع شده، والد تنبیه‌گر و کودک تکانشی در آنها بیشتر است و بالعکس. ذهنیت طرحواره‌ای بزرگسال سالم با زیرمقیاس غفلت (-۳/۲) و سبک دلبستگی اجتنابی (-۳/۳) یک رابطه منفی دارد ( $P < 0.05$ ). به عبارتی هر چه افراد در کودکی کمتر دچار غفلت (مسامحه) قرار گرفته باشند و دارای سبک دلبستگی ایمن‌تری باشند، ذهنیت طرحواره‌ای بزرگسال سالم در آنها فعال‌تر می‌شود و برعکس.

به طور کلی، زیرمقیاس‌های کودک‌آزاری و سبک‌های دلبستگی قادر به پیش‌بینی پنج ذهنیت طرحواره‌ای در افراد اختلال شخصیت مرزی بودند.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین تفاوت سبک‌های دلبستگی و تجربه کودک‌آزاری در افراد اختلال شخصیت مرزی و افراد عادی بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین دو گروه در سبک‌های دلبستگی دوسوگرا و زیرمقیاس‌های آزار عاطفی، غفلت، و آزار جنسی تفاوت معناداری وجود دارد. افراد اختلال شخصیت مرزی دارای سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا هستند و در کودکی آزار عاطفی، غفلت و آزار جنسی را تجربه کرده‌اند. این یافته‌ها هماهنگ با نظریه‌هایی است که بی‌ثباتی در روابط بین فردی را هسته اصلی آسیب‌شناسی بیماران مرزی

می‌گردد و خشم را افزایش می‌دهد که در قالب الگوی ترک خشمگینانه تجلی می‌یابد. افرادی که تمایل به ارتباط نزدیک و صمیمی دارند اما در مقابل تحقیر شدن یا وابستگی به شکل واکنشی عمل می‌کنند. و این شبیه الگویی است که می‌یر<sup>۳</sup> و همکاران [به نقل از ۲] با عنوان پروتوتایپ اختلال شخصیت مرزی نام می‌برند: دمدمی مزاج بودن و دوسوگرایی در روابط [۲۷]. آنها نمی‌توانند میان خود و دیگران تمایز قائل شوند مگر آنکه قبلاً تصویر یک «چهره ارضاء کننده» را که حضوری پایدار و باثبات دارد، درونی سازی کرده باشد. هراس کودک از آن است که مبدا مادر او را برای همیشه ترک کند و دیگر بازگشتی در کار نباشد. بیمار مرزی، دائماً چیزی شبیه این نوع «اضطراب جدایی» کوبنده را مجدداً در بزرگسالی تجربه می‌کند [۲].

شواهد زیادی مبنی بر اینکه بدررفتاری ظرفیت‌های بازتابی و احساس نسبت به خود<sup>۴</sup> را مختل می‌کند، وجود دارد [۲۶]. تحقیق بر روی کودکانی که مورد بدررفتاری قرار گرفته بودند نشان داد که نقص انجام در تکالیفی که مستلزم ذهنی سازی بود، وجود دارد مخصوصاً کودکانی که مورد آزار جسمی و جنسی قرار گرفته بودند. این نتایج نشان از این دارد که بدررفتاری باعث کنار کشیدن کودک از جهان ذهنی می‌گردد. اما با این حال نیاز به مجاورت (صمیمیت) در این کودکان باقی مانده و شاید- به خاطر استرس ناشی از آزار و تجربه ترومای دیگر- افزایش نشان دهد. مجاورت (نزدیکی) ذهنی به شکل غیر قابل تحملی برایشان دردناک می‌شود و به همین دلیل نیاز به نزدیکی در سطح فیزیکی خود را نشان می‌دهد. قابل ذکر است که تناقض بین مجاورت جویی فیزیکی و اجتناب از مجاورت به شکل ذهنی، ریشه در سبک دلبستگی سازمان نیافته‌ای است که در بیماران مرزی وجود دارد [۴۹ و ۵۰].

هدف دیگر پژوهش حاضر، پیش بینی ذهنیت‌های طرحواره‌ای در افراد اختلال شخصیت مرزی براساس سبک‌های دلبستگی و تجربه کودک آزاری بود. برطبق

مقابل آزار جنسی توسط دیگران محافظت کند و پدر آزارگر این دید را در دخترش بوجود می‌آورد که تحت آزار قرار گرفتن، غیر قابل اجتناب است. اثرات مخرب بی تفاوتی والدین در سنین کودکی باعث حساسیت این بیماران به «جدایی» و «از دست دادن» شده است. در واقع در نتیجه پاسخ‌های والدین به کودک، مدل درونی خود (مرتبط با درجه پذیرش و دوست داشتن والدین از دیدگاه کودک می‌باشد) و دیگران (مرتبط با این موضوع است که والدین از دید کودک تا چه اندازه در دسترس و پاسخگو بوده‌اند) شکل می‌گیرد که کودک بر اساس این الگوهای شکل گرفته شده در روابط بعدی در زندگی اش رفتار خواهد کرد [۲۳]. این مدل که تمایل به استمرار در طول دوره زندگی دارد، باورها و انتظارات فرد را با توجه به تعاملاتش در گذشته، حال و آینده جهت دهی می‌کند [۲۸]. اثرات مخرب طرد از طرف مادر در کودکی منتج به رفتارهای کنترل گرایانه بین فردی (تنبیه گر یا انزوا طلبی) در اواسط کودکی می‌شود و اگر چه شاید اختلال شخصیت مرزی را باعث نشود ولی حداقل علائم شخصیت مرزی در دوره نوجوانی را سبب خواهد شد. در طیف طرد مادرانه، شدید ترین حالت آن غیبت کامل مادرانه می‌باشد [۴۷]. این جدایی طولانی مدت از مادر که یک ماه یا بیشتر در پنج سال اول مرتبط با آسیب شناسی بعدی اختلال شخصیت مرزی در نوجوانی یا بزرگسالی شناخته شده است [۴۸، ۴۶، ۴۹].

بیماران اختلال شخصیت مرزی سطح بالایی از نایمینی در سبک دلبستگی را نشان می‌دهند که منجر به وابستگی مخرب<sup>۱</sup> یا آشفته به الگوهای دلبستگی می‌شود و زمانی که همه مسائل به نوعی به این وابستگی مخرب ارجاع داده می‌شود، الگوی ترک خشمگینانه<sup>۲</sup> دیده می‌شود. به عبارتی، آنها بین مراقبت جویی و سواس گونه و ترک خشمگینانه در نوسان هستند. این افراد مشتاق به نزدیکی و گرفتن امنیت از اشکال دلبستگی شان هستند و در نتیجه گرفتار و آشفته می‌شوند. این امنیت جویی اغلب ناکام

<sup>۳</sup>. Meyer

<sup>۴</sup>. sense of self

<sup>۱</sup>. enmeshed

<sup>۲</sup>. angry withdrawal

ناکارآمدتر، گسترده تر و غیر قابل انعطاف می‌گردند. بنابراین گسستگی در آسیب‌شناسی ذهنیت (آسیب‌شناسی اختلال مرزی) نقش دارد و هرچه این آسیب‌شناسی ذهنیت بیشتر باشد ساختار گسسته شخصیت مرزی هم افزایش می‌یابد. این گسستگی ناشی از تروماهای دوران کودکی و سبک‌های دلبستگی و محیط خانوادگی است [۵۱]. وجود ذهنیت‌های مختلف در بیماران مرزی به نوعی رفتار متناقض و آشفته‌شان را توجیه می‌کند. برای مثال در ذهنیت والد تنبیه‌گر، فرد خود را مستحق تنبیه و سرزنش می‌داند و برای خودش هیچ حقی قائل نیست و از طرفی در ذهنیت کودک تکانشی، فرد عقیده دارد که از حق اساسی اش محروم شده و برای ارضاء نیازهایش باید بجنگد. هر دو این ذهنیت‌ها در بیماران مرزی وجود دارد که بسته به فعال شدن نوع ذهنیت، رفتارهای فرد دستخوش تغییر می‌شود.

در بیماران اختلال شخصیت مرزی ذهنیت‌های طرحواره‌ای مذکور زیر مجموعه‌ای از شخصیت مرزی است که با افزایش تروماهای کودکی و سبک دلبستگی نایمن، ناکارآمدی ذهنیت‌ها هم افزایش می‌یابد و بطورکلی سبک‌های دلبستگی نایمن و تروماهای کودکی، به صورت اختصاصی ذهنیت کودک (کودک تکانشی و کودک رهاشده/ آسیب دیده) تجارب گسستگی را در مدل پیش بینی می‌کند. بنابراین تجارب کودکی گزارش شده در بیماران اختلال شخصیت مرزی ممکن است مرتبط با بخش‌هایی از شخصیت باشد که به ذهنیت‌های ناکارآمد تبدیل شده‌اند مخصوصاً ذهنیت‌های کودک تکانشی و کودک رهاشده/ آسیب دیده.

در حالی که بیماران اختلال شخصیت مرزی به کنترل نداشتن بر خشم شان شناخته می‌شوند، درمانگرانی که به مدت طولانی با آنها کار کرده‌اند، دریافته‌اند که این بیماران در بیشتر اوقات تمایل دارند که بی تفاوت باشند و اینکه به نظر نمی‌رسد افراد مرزی، به طور واقعی با دیگر افراد و یا حتی با احساسات و عقاید خودشان پیوندی داشته باشند. یانگ در این مورد بیان می‌کند که افراد دارای این ذهنیت

یافته‌های حاضر، چهار ذهنیت مراقب بی تفاوت، کودک رها شده/ آسیب دیده، والد تنبیه‌گر، کودک تکانشی که مختص افراد اختلال شخصیت مرزی است، همچنین ذهنیت بزرگسال سالم توسط سبک‌های دلبستگی و زیرمقیاس‌های کودک آزاری پیش بینی شده است. از میان زیرمقیاس‌های کودک آزاری، آزار عاطفی و جنسی و به مقدار کمتری غفلت در پیش‌بینی این ذهنیت‌ها مؤثر بوده‌اند که نقش آزار عاطفی در این پیش‌بینی مهمتر بوده (۴ ذهنیت از ۵ ذهنیت را پیش‌بینی کرده است). سبک دلبستگی اجتنابی در پیش‌بینی ذهنیت‌های طرحواره‌ای نقش داشته است که این مطلب را منعکس می‌کند که نوع سبک دلبستگی در بروز اختلال شخصیت مرزی نقش ایفا می‌کند. این نتایج با پژوهش‌های جانستون و همکاران [۴۲]، لوبستال و همکاران [۵۰]، و آرنز و همکاران [۴۱] همسو می‌باشد.

طبق نظر یانگ و همکاران [۳۶]، مدل ذهنیت طرحواره‌ای کوشی برای توضیح آسیب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی - در چارچوب ساختار شخصیتی مرزی - است که خود را به شکل ذهنیت‌های ناکارآمدی که به صورت سریع و چرخه‌ای فعال می‌شوند، نشان می‌دهند. یانگ اظهار می‌کند که ذهنیت طرحواره‌های ناکارآمد در واقع صورتی از «خود» است که به شکل پیوسته‌ای در ساختار شخصیتی ادغام نشده است و به شکل گسسته‌ای<sup>۱</sup> عمل می‌نماید [۴۲]. و این جابجایی پیوسته‌ای است که بین ذهنیت‌های طرحواره‌ای ناکارآمد وجود دارد - که این جابجایی توسط ساختار تجزیه‌ای، تسهیل می‌شود - که مسئول الگوی بی ثبات احساس، خودپنداره، روابط بین فردی و ضعف کنترل تکانه می‌باشد. پس بدون وجود شخصیتی که به شکل گسسته سازمان یافته، ذهنیت‌های طرحواره‌ای ناکارآمد (که هسته اصلی مشخصه مرزی می‌باشد) و همچنین حالات ناگهانی تغییرات هم وجود نداشت. هرچه گسستگی بیشتری در ذهنیت‌های طرحواره‌ای وجود داشته باشد، به نسبت این ذهنیت‌ها

<sup>۱</sup>. dissociation

یا به خاطر فعال شدن خواسته‌هایی که برایش تهدید آمیز است، خود را فردی شیطان صفت یا بی ارزش درک کند [۴۰]. این تصور از خود را می‌توان به تجربه‌ی آزار جنسی در کودکی مرتبط دانست. در واقع بیمار تصور می‌کند به دلیل بد و شیطان صفت بودن اوست، که مورد این آزارها قرار گرفته است «من بد هستم و مستحق تنبیه‌ام». همچنین برخوردهایی مثل تنبیه کودک برای ابراز کردن عقاید یا هیجانانگیزی منفی اش، خشونت‌های کلامی و تهدید به تنبیهات شدید (آزار عاطفی) منجر به شکل‌گیری این ذهنیت می‌شود «عقاید، خواسته‌ها و هیجانانگیزی من اساساً نادرست‌اند، من حق ندارم عقایدم را ابراز کنم».

افرادی که ذهنیت کودک تکانشی در آنها فعال شده، با توجه به عقاید هسته‌ای شان، آزارهایی (جنسی یا عاطفی) که در طول کودکی یا نوجوانی در خانواده تحمل کرده‌اند را به افراد دیگر و محیط‌های دیگر تعمیم می‌دهند و در واقع طرحواره‌ای از جهانی بد و مردمانی بد خواه دارند که معتقدند برای زنده ماندن باید با آنها جنگید و حق خود را از آنها گرفت. «من از حقوق اساسی‌ام محروم شده‌ام، من برای زنده ماندن باید بجنگم». این نوع شناخت باعث می‌شود این افراد در ارتباط شان با دیگران محتاط بوده و به دیگران اعتماد نکنند «دیگران شیطان صفت و بدجنس‌اند، من برای ارضاء نیازهایم باید بجنگم (سبک دلبستگی اجتنابی)» [۴۰، ۴۱، ۵۲، ۵۳].

به طور کلی نتایج حاکی از این است که آسیب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با دیگر اختلالات شخصیت، مرتبط با آزار جنسی و جسمی می‌باشد. این یافته‌ها از این فرض حمایت می‌کند که ترومای کودکی پایه دلبستگی ناایمن در فرد به وجود می‌آورد و این دو متغیر (ترومای کودکی و سبک دلبستگی ناایمن) نیز ذهنیت طرحواره‌ای را شکل می‌دهند که این ذهنیت‌ها به نوبه خود، زمینه آسیب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی هستند.

البته می‌بایست یافته‌های پژوهش حاضر از دیدگاه حلقوی (غیرخطی) نگاه کرد که در این زمینه اعتقاد بر این

در مقابله با آزارهای جنسی و عاطفی مجموعه‌ای از سبک‌های حفاظتی کودکانه را شکل می‌دهند، تا در این دنیای پرخطر زنده بمانند و این ذهنیت احتمالاً به آنها کمک می‌کند تا در مقابل دلبستگی (چون دلبستگی با رنج همراه است: ترک شدن، تنبیه یا آزار)، تجارب هیجانی (چون ابراز هیجانانگیزی، معمولاً ذهنیت مراقب بی تفاوت را فعال می‌کند)، ابراز وجود (دیگر ذهنیت‌های دردناک را فعال می‌کند) از خود محافظت کنند. عقاید هسته‌ای مربوط به این ذهنیت، وجود آزار جنسی (برای کنترل زندگی و زنده ماندن باید بی تفاوت بود) و آزار عاطفی (این معنایی ندارد که هیجانانگیزی احساس شوند یا با دیگران ارتباط داشته باشیم و خطرناکه اگر انجامش دهیم) را در پیشینه این افراد منعکس می‌کند [۴۱].

ریشه ذهنیت کودک رها شده/ آسیب پذیر مرتبط با ترک و آزاری است که این بیماران در دوران کودکی تجربه کرده‌اند. عقاید هسته‌ای مربوط به ذهنیت کودک رها شده/ آسیب پذیر نشان می‌دهد که این افراد در کودکی تجاربی داشته‌اند که در طی آن طرحواره‌هایی در آنها شکل گرفته که باعث می‌شود دیگران (والدین و دیگر افراد) را یاری‌گر ندانند و تصور کنند حامی و پشتیبانی نداشته و تا آخر عمر تنها خواهند ماند. «رنج‌های من پایان نمی‌پذیرد، من همیشه تنها خواهم ماند، هیچ‌کس نیست که از من مراقبت کند، دیگران تو را ترک می‌کنند یا تنبیه می‌کنند، مخصوصاً وقتی با آنها صمیمی شده‌ای». از طرفی به خاطر شکل‌گیری چنین طرحواره‌هایی، افراد دارای این ذهنیت، ترجیح می‌دهند به دلیل رنجی که از ترک شدن و تنها ماندن می‌برند، به سختی به دیگران اعتماد کرده و از روابط صمیمانه اجتناب کنند «دیگران بدخواهند، به آنها نمی‌شود اعتماد کرد (سبک دلبستگی اجتنابی)» [۴۱ و ۵۲].

تحریک ذهنیت والد تنبیه‌گر منجر به فعال شدن خودسرزنی اخلاقی، که بیشتر به صورت درونی کردن مستقیم رفتارهای تنبیه‌گرانه یکی از والدین است، می‌گردد. در این ذهنیت، بیمار می‌ترسد که کار اشتباهی انجام دهد

است که از نوع مقطعی بوده، لذا با قاطعیت بالایی نمی‌توان به نتایج پژوهش استناد کرد و برای نتیجه‌گیری کامل‌تر، پژوهش‌ها و بررسی‌های بیشتری الزامی است. در این پژوهش، اکثریت آزمودنی‌ها را جمعیت مردان تشکیل می‌دهند. استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی و حجم پایین نمونه نیز از دیگر محدودیت‌هایی است که می‌توان به آن اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، گروه زنان اختلال شخصیت مرزی نیز وارد پژوهش گردد و از حجم نمونه بالاتری استفاده کرد. همچنین یک گروه از بیماران خلقی در پژوهش‌های بعدی از نظر ذهنیت‌های طرحواره‌ای بررسی گردد.

حال بر اساس نتایج حاضر، پدیدآیی اختلال شخصیت مرزی بر اساس الگوهای دلبستگی و رخدادهای تروماتیک دوران کودکی تبیین می‌شود و این الگوها و رخدادهای نیز باعث شکل‌گیری ذهنیت‌های طرحواره‌ای در این افراد می‌گردد. یافته‌های پژوهش حاضر برای درک ماهیت و تداوم علائم اختلال شخصیت مرزی، تلویحات بالینی جالبی دارد. اخیراً در برخی از روش‌های درمانی، بررسی الگوهای روابط والد-کودک و شناسایی حوادث آسیب‌زای کودکی و تخلیه هیجانی آنها برای کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی، مورد تأکید قرار گرفته‌اند [۵۳]. از این رو به مسئولین بهداشت روان پیشنهاد می‌شود بوسیله سلسله کارگاه‌های آموزشی با تأکید بر روابط والد-فرزند و رویکردهای دلبستگی، زمینه‌های بروز نشانه‌ها و علائم اختلال شخصیت مرزی را به حداقل برسانند.

### سپاسگزاری

گروه پژوهشی بر خود لازم می‌داند در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان و همچنین از مسئولین محترم بیمارستان رازی تبریز که ما را تا انتهای پژوهش یاری کردند و با سعه صدر خود موجب دلگرمی ما شدند، کمال تشکر و قدردانی داشته باشد.

است که رفتار فرد را نمی‌توان بدون توجه به بافتی که رفتار در آن بروز می‌کند (محیط) درک کرد. پیامی که یک فرد می‌فرستد، باعث تغییر و پاسخ در فرد دیگر می‌شود. آن پاسخ، پاسخ جدیدی را در فرد اول ایجاد می‌کند و به همین روال پیش می‌رود، تا بالاخره تعارض بالا می‌گیرد. یعنی بین رویدادها و پدیده‌ها رابطه دو سویه برقرار است و پدیده‌ها روی هم تأثیر متقابل دارند و این طور نیست که این متغیر باعث به وجود آمدن این اختلال می‌شود بلکه در این بین، عوامل زیادی هستند که یا روند آن را تسریع و کند می‌کنند یا باعث به وجود آمدن یا حذف آن اختلال می‌گردند. از جمله این عوامل می‌توان به نقش «افراد مهم زندگی» در تربیت کودک، تجارب ناگوار کودکی، خلق و خوی کودک، سبک‌های مقابله‌ای، موقعیت اجتماعی فرد و غیره اشاره کرد که این عوامل باعث می‌شوند طرحواره‌های فرد در بزرگسالی اصلاح شود یا تسریع پیدا کنند. ممکن است فردی شرایط اولیه زندگی سختی داشته باشد اما با سبک مقابله‌ای مناسب و خلق و خوی مثبت دچار اختلال شخصیت نشود یا آن را تعدیل نماید اما فردی دیگر با سبک مقابله‌ای ناسازگار و خلق و خوی منفی و نداشتن موقعیت اجتماعی مناسب با توجه به ترومای کودکی، در بزرگسالی دچار اختلال شخصیت گردد (۳۲، ۵۴، ۲). یکی از علت‌های اساسی اختلال شخصیت مرزی، تروماهای کودکی است (۱). اما ما نمی‌توانیم آنرا تنها علت اختلال بدانیم، بلکه نحوه رفتار «افراد مهم زندگی»، سبک‌های مقابله‌ای، خلق و خوی کودک و دیگر عوامل نقش به‌سزایی در پیدایش یا تعدیل این اختلال نقش دارند. اگر تروماهای کودکی خاموش شده باشد اما در بزرگسالی با روبرو شدن و مشاهده سوء استفاده جنسی، جسمی، کلامی و عاطفی افراد دیگر یا تجارب ناگوار دیگر در بزرگسالی ممکن است ماشه چکانی برای بروز این اختلال گردد.

از نکات هشدار دهنده در نتایج تحقیق، وقوع بالای آزار جنسی کودکی می‌باشد که توسط بیماران مرزی گزارش شده است. محدودیت اصلی این پژوهش این

منابع

- 11- Sansone RA, Gaither GA, & Songer DA. (2002). the relationships among childhood abuse, borderline personality, and selfharm behavior in psychiatric inpatients. *Violence and Victims* 17, 49– 55.
- 12- Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick C, Zanarini MC, Sanislow C, Skodol AE, Gunderson JG, Grilo CM, McGlashan TH, & Morey LC. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders*, 18: 193-211.
- 13- Graybar S, & Boutilier LR. (2002). Nontraumatic pathways to borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39, 152–162.
- 14- Golier J, Yehuda R, Bierer L, Mitropoulou V, New A, Schmeidler J, Silverman J, & Siever J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 160: 2018-2024.
- 15- Goodman M, & Yehuda R. (2002). The relationship between psychological trauma and borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*, 33: 337–345.
- 16- Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, Dolan-Sewell R, Skodol AE, Grilo, CM, Gunderson JG, Sanislow CA, Zanarini MC, Bender DS, Rettew JB, & McGlashan TH. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive– compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190: 510-518.
- 17- Zanarini MC, Ruser TF, Frankenburg FR, Hennen J, Gunderson JG. (2000). Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 188, 26– 30.
- 18- Zerkowitz P, Paris J, Guzder J, Feldman R. (2001). Diatheses and stressors in borderline pathology of childhood: the role of neuropsychological risk and trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40, 100– 105.
- ۱- سادوک، بنجامین، سادوک، ویرجینیا. (۱۳۸۷). خلاصه روانپزشکی. جلد دوم. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند و نسل فردا. (سال انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۷)
- ۲- محمودعلیلو، مجید، شریفی، محمد امین. (۱۳۹۰). رفتار درمانی دیالکتیکی برای اختلال شخصیت مرزی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- 3- Kring AM, Davison GC, Neale JM, & Johnson SL. *Abnormal Psychology*, New York: John Wiley & Sons, 2007.
- 4- Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, & Widiger TA. (2002). the borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biol Psychiatry*, 51:951–63.
- 5- Freeman A, Stone M, & Martin D. (2005). *Comparative treatments for borderline personality disorder*. New York: Springer.
- 6- Zanarini MC, & Frankenburg FR. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal Personality Disorder*, 11: 93-104.
- 7- Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 146, 490– 495.
- 8- Goldman SJ, D'Angelo EJ, DeMaso DR., & Mezzacappa E. (1992). Physical and sexual abuse histories among children with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 149: 1723–1726.
- 9- Bandelow B, Krause J, Wedekind D, Broocks A, Hajack G, & Ruther E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research* 134: 169– 179.
- 10- Brown GR., & Anderson B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry* 148, 55–61.

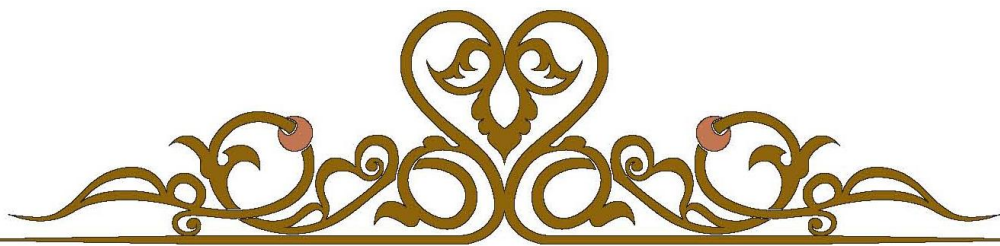
- 28- Agrawal HR, Gunderson J, Holmes BM, & Lyons-Ruth K. (2004). Attachment Studies with Borderline Patients: A Review. *Harv Rev Psychiatry*, 12(2): 94-104.
- 29- Fossati A, Donati D, Donini M, Novella L, Bagnato M, Maffei C. (2001). Temperament, character, and attachment patterns in borderline personality disorder. *J Personal Disord*, 15:390-402.
- ۳۰- اکبری، ابراهیم، محمودعلیلو، مجید، ایل بیگی، رضا، عظیمی، زینب، قاسم پور، عبدالله. (زیر چاپ).  
پیش بینی مؤلفه‌های اختلال شخصیت مرزی بر اساس الگوهای دلبستگی در دانشجویان. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان.
- 31- Carlson EA, Egeland B, & Sroufe LA. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Dev Psychopathol*, 21: 1311-1334.
- 32- Adler G, Buie DH Jr. (1979). Aloneness and borderline psychopathology. The possible relevance of child developmental issues. *Int J Psychoanal*, 60:83-96.
- 33- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- ۳۴- خمه، اکرم، حسینیان، سیمین. (۱۳۸۹). بررسی نقش تجربه خشونت در دوران کودکی و الگوهای رفتاری خشونت و صمیمیت در دانشجویان متأهل. مجله روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۱۷ (۴۳): ص. ۳۹-۴۸.
- 35- Beck AT, & Freeman A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- ۳۶- یانگ، جفری، کلوسکو، ژانت، ویشار، مارجوری. (۱۳۸۶). طرحواره درمانی: راهنمای کاربردی برای متخصصین. ترجمه حسن حمید پور و زهرا اندوز. تهران: انتشارات ارجمند.
- 19- Van der Bosch LMC, Verheul R, Langeland W, & Van Den Bink W. (2003). Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female patients with and without substance misuse. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37: 549-555.
- 20- Watson S, Chilton R, Fairchild H, & Whewell P. (2006). Associations between childhood trauma and dissociation among patients with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 478-481.
- 21- Simeon D, Nelson D, Elias R, Greenberg J, & Hollander E. (2003). Relationship of personality to dissociation and childhood trauma in borderline personality disorder. *CNS Spectrums*, 8(10), 755-762.
- 22- Zweig-Frank H, & Paris J. (1991). Parent's emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148, 648-651.
- 23- Bowlby J. (1980). *Attachment and loss*. Vol. III: Sadness and depression. Basic Books; New York.
- ۲۴- امانی، رزیتا، مجذوبی، محمدرضا. (۱۳۹۰). پیش بینی سبک‌های هویت بر اساس سبک‌های دلبستگی. مجله روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۳ (۵): ص. ۱۳-۲۴.
- 25- Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, Target M, & Gerber A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64:22-31.
- 26- Steele H, & Siever L. (2010). An Attachment Perspective on Borderline Personality Disorder: Advances in Gene-Environment Considerations. *Curr Psychiatry Rep*, 12:61-67.
- 27- Aaronson CJ, Bender DS, Skodol AE, & Gunderson JG. (2006). Comparison of attachment styles in borderline personality disorder and obsessive-compulsive personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, 77(1): 69-80.



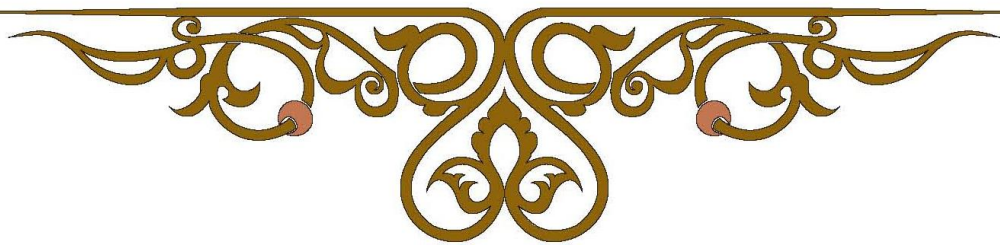
- 46- Baird L. (2008). Childhood trauma in the etiology of borderline personality disorder: theoretical considerations and therapeutic interventions. *Hakomi Forum- Issue 19-20-21*: 31-42.
- 47- Lyons-Ruth K, Bureau JF, Henninghausen K, Holmes BM, & Easterbrooks A. (2009). Parental helplessness and adolescent role-reversal as correlates of borderline features and self-injury. Paper presented in J-F Bureau & K. Lyons-Ruth (Chairs), *Relational Predictors of Self-Damaging Behavior in Adolescence: Multiwave Longitudinal Analyses*. Presented at the biennial meeting of the Society for Research on Child Development (SRCD), Denver, Colorado, USA.
- 48- Crawford TN, Cohen PR, Chen H, Anglin DM, & Ehrensaft M. (2009). Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Dev Psychopathol*, 21(3):1013-1030.
- 49- Mosquera D, Gonzalez A, & van der Hart O. (2011). Borderline personality disorder, childhood trauma and structural dissociation of the personality. *FUNDAP. Personality Argentine Foundation for Study and Treatment of Personality Disorders*, 11(1): 44-47.
- 50- Leigh T, Kennedy R, Mattoon G, & Target M. (1995). Attachment, the reflective self and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. In *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*, ed. S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr. New York: Analytic Press: 233-278.
- 51- Dorahy MJ, & Van der Hart O. (2007). The relationship between trauma and dissociation: a historical analysis. In E. Vermetten, M. J. Dorahy, & D. Spiegel (Eds.), *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment* (pp. 3-30). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- 52- Lobbestael J, Van Vreeswijk MF, Arntz A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46: 854-860.
- 37- Lawrence KA, Allen JS, & Chanen AM. (2011). A Study of Maladaptive Schemas and Borderline Personality Disorder in Young People. *Cognitive Therapy and Research*, 35(1): 30-39.
- 38- Ball JS, & Links PS (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*, 11, 63-68.
- 39- Arntz A, Dietzel R, & Dreesen L. (1999). Assumptions in borderline personality disorder: specificity, stability and relationship with etiological factors. *Behaviour Research and Therapy*, 37: 545-557.
- 40- Lobbestael J, Arntz A, & Sieswerda A. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and anti-social personality disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 240-253.
- 41- Arntz A, Klokman J, & Sieswerda S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 36: 226-239.
- 42- Johnston C, Dorahy MJ, Courtney D, Bayles T, & O'Kane M. (2009). Dysfunctional schema modes, childhood trauma and dissociation in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40: 248-255.
- 43- Mohammadkhani P, Mohammadi MR, Nazari MA, Salavati MA, & Razzaghi OM. (2003). *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 17(1):51-58.
- ۴۴- بخشی پور رودسری، عباس، منصور، احمد. (۱۳۹۰). مقایسه ابعاد اسکیزوتایپی با توجه به الگوهای دلبستگی در دانشجویان دانشگاه تبریز. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۹ (۱): ۳۲-۲۴.
- ۴۵- محمود علیلو، مجید، قاسم پور، عبدالله، عظیمی، زینب، اکبری ابراهیم، فهیمی صمد. (۱۳۹۱). نقش راهبردهای تنظیم هیجانی در پیش بینی صفات شخصیت مرزی. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۶ (۲۴): ۱۸-۹.

۵۴- ریزو، لارنس. پی.، تویت، پیترا ال. دو، استین، دان. جی.، یانگ، جفری. (۱۳۹۰). طرحواره‌های شناختی و باورهای بنیادین در مشکلات روانشناختی: راهنمای عملی برای متخصصان و درمانگران. ترجمه رضا مولودی و سیما احمدی. چاپ اول. تهران: انتشارات ارجمند. (سال انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۷)

53- Celani D. (2012). Borderline Personality Disorder & Attachment Theory: Revolutionize Your Treatment Approach. Premier Publishing & Media.



# ارزیابی بالینی و شخصیت





# پرسشنامه هراس اجتماعی در نوجوانان: ساختار عاملی اکتشافی و تأییدی

نویسندگان: فاطمه خزایی<sup>۱\*</sup>، محمدرضا شعیری<sup>۲</sup>، مهدیه عطری فرد<sup>۳</sup>، محمدرضا جلالی<sup>۴</sup> و  
لیلا حیدری نسب<sup>۵</sup>

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس.

۲. دانشیار روان‌شناسی دانشگاه شاهد.

۳. دکتری روان‌شناسی.

۴. استادیار روان‌شناسی دانشگاه بین‌المللی امام خمینی قزوین.

۵. استادیار روان‌شناسی دانشگاه شاهد.

\*email: Khazaei\_f1386@yahoo.com

## چکیده

هدف اساسی پژوهش حاضر، تعیین ساختار عاملی «مقیاس هراس اجتماعی» (SPIN) در نمونه غیربالینی از نوجوانان ایرانی است. بدین منظور، در ابتدا، با اجرای مقیاس بر روی ۳۱۱ دانش آموز دختر و پسر مقطع تحصیلی دوم و سوم دبیرستان، که به شیوه نمونه برداری خوشه‌ای از پنج منطقه جنوب، شمال، شرق، غرب، و مرکز تهران انتخاب شده بودند، ساختار عاملی این ابزار با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی بررسی گردید. در این مطالعه SPIN در قالب ۴ عامل مفهوم سازی شد: ترس و اجتناب از انتقاد و خجالت کشیدن؛ ترس از بروز نشانه‌های جسمی در موقعیت‌های تعاملی؛ ترس و اجتناب از غریبه‌ها و مراجع قدرت؛ و ترس و اجتناب از گردهمایی‌ها و مرکز توجه بودن. در ادامه به منظور واریسی ساختار مذکور از روش تحلیل عامل تأییدی استفاده شد. نتایج بیانگر برآزش مطلوب ساختارهای ۳، ۴ و ۵ عاملی بودند. ضمن این که شاخص‌های مدل ۴ عاملی حاصل از تحلیل اکتشافی مطالعه حاضر، مطلوبیت بیشتری داشت. همچنین واریسی پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ، بیانگر پایایی مناسب مدل ۴ عاملی و بررسی پایایی با استفاده از میانگین همبستگی بین آیتم‌ها، نشان دهنده پایایی مناسب هر سه مدل ۳، ۴ و ۵ عاملی بود. در مجموع نتایج مطالعه کنونی شواهدی برای صحت ساختار عاملی SPIN در نوجوانان ایرانی ارائه می دهند.

کلید واژه‌ها: «مقیاس هراس اجتماعی» SPIN، ساختار عاملی، نوجوانان

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور  
و هژور

• دریافت مقاله: ۹۳/۶/۱۹

• پذیرش مقاله: ۹۴/۱/۳۰

Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer  
2015

Clinical Psy. & Personality

دو فصلنامه علمی-پژوهشی  
دانشگاه شاهد

سال بیست و دوم - دوره

جدید شماره ۱۲

بهار و تابستان ۱۳۹۴

## مقدمه

«پرسشنامه هراس و اضطراب اجتماعی»<sup>۴</sup> (SPAI) [۱۲]: «مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی»<sup>۵</sup> (SIAS) «مقیاس هراس اجتماعی»<sup>۶</sup> (SPS) [۱۳] و «مقیاس اضطراب اجتماعی لیوویتز»<sup>۷</sup> (LSAS) [۱۴] را نام برد. اگرچه تمامی این آزمون‌ها از ویژگی‌های روانسنجی کافی برخوردارند، اغلب آنها در ارزیابی ابعاد مختلف و مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی ناتوان بوده و نتوانسته‌اند اختلال اضطراب اجتماعی را از دیگر اختلال‌های اضطرابی افتراق دهند. یک ابزار خود-گزارشی معتبر که براساس ویژگی‌های نشانه شناختی اساسی اضطراب اجتماعی ساخته شده است «پرسشنامه هراس اجتماعی» (SPIN) است [۱۵]. این پرسشنامه به منظور ارزیابی سه بعد اضطراب اجتماعی، یعنی ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی ساخته شد. SPIN یک مقیاس کوتاه خودگزارشی دهی و دارای ۱۷ آیتم و کوتاه‌ترین مقیاس برای سنجش شدت اضطراب اجتماعی است [۱۶]. پاسخ‌دهی به آن مستلزم زمان کوتاهی است و نمره‌گذاری ساده‌ای دارد [۱۵].

کونور و همکاران [۱۵] در مطالعه اصلی خود بر روی نمونه‌ای از بزرگسالان مبتلا به اضطراب اجتماعی، پایایی بازآزمایی، همسانی درونی و اعتبار سازه SPIN را مناسب گزارش کرده‌اند. به علاوه به نظر می‌رسد این پرسشنامه ابزار مفیدی برای سرند کردن افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی از افراد بدون اضطراب اجتماعی است. تحقیقات در زمینه اعتبار سازه SPIN در میان نوجوانان اندک است [۱۷]. ویلت<sup>۸</sup>، کوتینو<sup>۹</sup> و فیگورا<sup>۱۰</sup> [۱۸] و رانتا و همکاران [۱۷] در مطالعه بر روی نوجوانان پرتغالی زبان و فنلاندی، اعتبار این پرسشنامه را، با توجه به آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و بر اساس بازآزمایی ۰/۷۳، مناسب ارزیابی کردند. ضمناً رانتا و همکاران [۱۷] گزارش

«اختلال اضطراب اجتماعی»<sup>۱</sup> به عنوان تجربه استرس، ناراحتی و ترس مرتبط با موقعیت‌های اجتماعی تعریف شده است که منجر به اجتناب آشکار از این موقعیت‌ها و ترس از ارزیابی‌های منفی دیگران می‌شود [۱]. مطابق پیشینه پژوهشی، شیوع اضطراب اجتماعی در گستره عمر از ۱۲/۱٪-۷/۲٪ [۲] و در جوانان، ۱/۵٪ و در کودکی، کمی کمتر [۳] و در نوجوانی ۳/۲٪-۴/۴٪ تخمین زده می‌شود [۴]. در میان پژوهشگران حوزه بالینی، اعتقاد بر این است که شیوع اضطراب اجتماعی در نوجوانی به سرعت افزایش پیدا می‌کند [۵]. با این حال، مطالعات همه‌گیرشناسی اخیر، از چنین افزایشی در نوجوانی حمایت نمی‌کنند، بلکه نشان داده شده که از کودکی تا ابتدای جوانی به آهستگی بر میزان ابتلا به اضطراب اجتماعی افزوده می‌شود [۶]. به هر حال، مطالعات طولی پیشنهاد می‌کنند که اختلال‌های اضطرابی در نوجوانان عامل خطری برای اختلال‌های اضطرابی یا خلقی و سوء مصرف الکل در بزرگسالی است [۷]. اضطراب اجتماعی، به ویژه با خطر بیشتر ابتلا به افسردگی عمده همراه است [۸؛ ۹] و هزینه‌های اقتصادی سنگینی نیز در بردارد. همچنین زمینه‌ساز اقدام به خودکشی، عملکرد ضعیف در مدرسه و محیط کار، مشکلات مرتبط با سلامتی، کیفیت پایین زندگی و کاهش تعاملات و حمایت‌های اجتماعی است [۱۰]. بنابراین با توجه به میزان شیوع بالای اضطراب اجتماعی در جمعیت عمومی و آسیب‌های جدی در فعالیت‌های تحصیلی و عملکرد اجتماعی در نوجوانان، ساخت مقیاس‌هایی به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی، مهم و ضروری به نظر می‌رسد. به منظور ارزیابی ابعاد مختلف اضطراب اجتماعی چندین مقیاس خود-گزارشی معتبر ساخته شده است. از جمله این مقیاس‌ها می‌توان مقیاس «ترس از ارزیابی منفی»<sup>۲</sup> (FNE)، مقیاس «اجتناب و آشفتگی اجتماعی»<sup>۳</sup> (SAD) [۱۱]:

4. Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI)

5. Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)

6. Social Phobia Scale (SPS)

7. Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)

8. Vilete, L.

9. Coutinho, E.

10. Figueira, I.

1. Social Anxiety Disorder (SAD)

2. Fear Negative Evaluation (FNE)

3. Social Avoidance and Distress (SAD)

عبارت‌های ۱۷، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۷، ۶، ۵، ۲ (ترس و اجتناب از شرمندگی، انتقاد و نشانه‌های فیزیولوژیک)؛ عامل دو: ۱۰، ۱۶، ۸، ۴، ۳ (ترس و اجتناب از غریبه‌ها و موقعیت‌های جمعی)؛ عامل سوم: عبارت‌های ۹ و ۱۱ (ترس از صحبت کردن در جمع یا مرکز توجه بودن). در این مطالعه، عامل‌های مربوط به ترس و اجتناب از مراجع قدرت بین عوامل ۱ و ۲ پخش شدند. «تحلیل عامل تأییدی»<sup>۵</sup> (CFA) که بر روی باقی نمونه انجام گرفت، نشان دهنده انطباق قابل قبول داده‌ها برای هر دو مدل ۱ و ۳ عاملی بود.

در مجموع، از آنجا که ارزیابی اضطراب اجتماعی در دوران نوجوانی، امری است که با توجه به پیشینه پژوهشی از اهمیت فزاینده‌ای برخوردار است و هیچ مطالعه‌ای به واریسی ساختار عاملی SPIN در جمعیت نوجوان ایرانی نپرداخته، در حالی که در ایران مطالعه‌هایی در مورد جمعیت بزرگسالان انجام شده، و از سوی دیگر تلاش‌های تحلیل عاملی این پرسشنامه در مورد بزرگسالان و نوجوانان در دنیا ساختار عاملی متفاوتی را در فرهنگ‌های مختلف نمایان ساخته است؛ پژوهش حاضر تلاش خود را بر جمعیت نوجوانان در ایران متمرکز نموده و کوشیده علاوه بر تعیین ساختار عاملی پرسشنامه یاد شده در نوجوانان ایرانی، به مقایسه ساختار عاملی به دست آمده با دیگر ساختارهای عاملی مرتبط با SPIN بپردازد. با توجه به تمهیدات یاد شده، مسأله اساسی تحقیق حاضر این است که «پرسشنامه هراس اجتماعی» (SPIN)، در نمونه‌ای از نوجوانان ایرانی (دانش آموزان دوم و سوم دبیرستانی شهر تهران) از چه ساختار عاملی برخوردار است؟ و آیا ساختار عاملی به دست آمده، از برآزش مناسب‌تری نسبت به دیگر ساختارهای عاملی برخوردار است؟

## روش آزمودنی

جامعه آماری: جامعه آماری تحقیق حاضر دربرگیرنده

می‌کنند که SPIN ابزاری کارآمد در سرند کردن نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی از نوجوانان بدون این اختلال است؛ به عبارت دیگر، اعتبار تشخیصی مناسبی دارد. در مطالعه‌ای دیگر تسای<sup>۱</sup> و همکاران [۱۹] در مطالعه‌ای بر روی نوجوانان چینی زبان، اعتبار SPIN را بر حسب آلفای کرونباخ، ۰/۸۵ و از طریق بازآزمایی، ۰/۷۳، ارزیابی نمودند.

لازم به توضیح است کونور و همکاران [۱۵] این آزمون را در قالب سه خرده مقیاس ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی ابداع نمودند، با این حال نتایج تحلیل عاملی، ساختار متفاوتی را نشان داده است. در رابطه با ساختار عاملی SPIN، کونور و همکاران [۱۵]، از «تحلیل عامل اکتشافی»<sup>۲</sup> (EFA) به منظور بررسی ساختار عاملی این پرسشنامه در گروهی از بزرگسالان مبتلا به اضطراب اجتماعی استفاده کردند. نتیجه مطالعه آنها نشان داد که SPIN در برگیرنده ۵ عامل است: ترس و اجتناب از صحبت با افراد غریبه (عامل ۱)، ترس و اجتناب از انتقاد و شرمندگی<sup>۳</sup> (عامل ۲)، نشانه‌های جسمانی (عامل ۳)، ترس از افراد صاحب قدرت (عامل ۴)، و ترس از مرکز توجه بودن و صحبت در جمع (عامل ۵).

اما در رابطه با ساختار عاملی SPIN در جمعیت نوجوان تا آنجا که بررسی‌های ما نشان می‌دهند تنها یک مطالعه به بررسی ساختار عاملی SPIN در نوجوانان پرداخته است. رانتا و همکاران [۲۰] نمونه خود را به دو نیم تقسیم کردند، با استفاده از EFA که بر روی نیمه اول انجام دادند، نشان دادند که بر اساس ارزش‌های ویژه بالاتر از ۱، سه عامل و بر اساس نمودار اسکری<sup>۴</sup>، یک عامل قابل احراز است. در ساختار سه عاملی، ۵۱٪ واریانس اضطراب اجتماعی توسط ۳ عامل تبیین شد. ساختار سه عاملی مذکور عبارت است از: عامل یک:

<sup>۱</sup>. Tsai, C.

<sup>۲</sup>. Exploratory Factor Analysis (EFA)

<sup>۳</sup>. لازم به توضیح است که در سؤالات و عبارت SPIN و مطالعات مربوط به آن (از جمله کونور و همکاران، ۲۰۰۰ و رانتا و همکاران، ۲۰۰۷)، عبارات شرمندگی و خجالت کشیدن، معادل واژه embarrassment است لذا در تمام این مقاله، این دو واژه معادل هم است.

<sup>۴</sup>. Scree plot

<sup>۵</sup>. Confirmatory Factor Analysis (CFA)

رجوع می‌شد.

### ابزارهای پژوهش

۱. «پرسشنامه هراس اجتماعی» (SPIN): این مقیاس که نخستین بار توسط کونور و همکاران [۱۵] تدوین شده است یک مقیاس خودگزارش‌دهی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه خرده مقیاس ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) است. آزمودنی‌ها براساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۰ (به هیچ وجه) تا ۴ (بی‌نهایت) به هر سؤال پاسخ می‌دهند. حداقل نمره آزمون صفر و حداکثر نمره آزمون ۶۸ است.

پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی در دامنه ۰/۷۸ تا ۰/۸۹  $r =$  است. همسانی درونی (آلفای کرونباخ) در گروهی از افراد بهنجار، برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و برای زیر مقیاس فیزیولوژیکی معادل ۰/۸۰ گزارش گردیده است [۱۵].

در ایران نیز، در پژوهش حسونند عموزاده و همکاران [۲۲]، آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ و پایایی از طریق بازآزمایی آن، ۰/۶۸ و روایی خرده مقیاس‌های آن با مقیاس‌های مورد استفاده، بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۸ است.

کلیه دانش آموزان دختر و پسر پایه دوم و سوم متوسطه بوده است که در دبیرستان‌های شهر تهران مشغول به تحصیل بوده‌اند. در مجموع قابل ذکر است که میانگین و انحراف معیار سنی آزمودنی‌ها به طور کلی، و آزمودنی‌های دختر و پسر به ترتیب برابر ۱۶/۷۶، ۰/۷۳۹، ۱۶/۷۱، ۰/۷۱۸، ۱۶/۸۳۷ و ۰/۷۵۹ است.

نمونه تحقیق: نمونه مطالعه حاضر در برگرفته ۳۱۱ نفر است که با استفاده از روش خوشه‌ای مرحله‌ای از مناطق ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۱۳ و ۱۶ به تصادف انتخاب گردیدند. شایان ذکر است که انتخاب حجم نمونه ۳۱۱ نفری، براساس نسبت ۱۰ به ۱ (آزمودنی به متغیر) است که برای مطالعات تحلیل عاملی ذکر شده است [۲۱]. همچنین، فراوانی بر حسب جنسیت و منطقه آموزشی در جدول شماره ۱ آمده است.

همانطور که عنوان شد، نمونه‌گیری تحقیق حاضر براساس شیوه خوشه‌ای مرحله‌ای انجام شده است. نخست از میان مناطق آموزشی شمال، جنوب، غرب، شرق و مرکز تهران به تصادف از هر ناحیه یک منطقه انتخاب شد. سپس از هر منطقه به تصادف ۴ دبیرستان (۲ دبیرستان دخترانه و ۲ دبیرستان پسرانه) انتخاب گردید. در هر منطقه یک دبیرستان دخترانه و یک دبیرستان پسرانه، به عنوان مدرسه اصلی انتخاب گردیدند. دبیرستان دوم به عنوان ذخیره در نظر گرفته شد و در صورت عدم موافقت دبیرستان اول و یا عدم همکاری کامل، به آن

جدول ۱: فراوانی و درصد آزمودنی‌ها بر حسب منطقه آموزشی و جنسیت

مذکر	مونت		کل		شاخص منطقه آموزشی	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۹	۲۸	۱۰/۶۱	۳۳	۱۹/۶	۶۱	جنوب
۵/۷۸	۱۸	۱۰/۲۸	۳۲	۱۶/۱	۵۰	شرق
۱۲/۸۷	۴۰	۱۰/۲۸	۳۲	۲۲	۷۲	غرب
۱۱/۵۷	۳۶	۹/۶۴	۳۰	۲۱/۲	۶۶	شمال
۶/۴۳	۲۰	۱۳/۵	۴۲	۱۹/۹	۶۲	مرکز



کل	۳۱۱	۱۰۰	۱۶۹	۱۰۰	۱۴۲	۱۰۰
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی مربوط به نمره کلی SPIN در آزمودنی‌های تحقیق (n=۳۱۱)

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانه	نما	کمینه	بیشینه
دختر	۱۶۹	۱۸/۸۴	۱۱/۸۶	۱۷	۱۷	۰/۰۰	۵۶
پسر	۱۴۲	۲۰/۳۶	۱۰/۷۹	۲۰	۱۰	۰/۰۰	۵۳
کل	۳۱۱	۱۹/۵۴	۱۱/۳۹	۱۸	۱۰	۰/۰۰	۵۶

### شیوه تحلیل داده‌ها

در این مطالعه، برای واریس ساختار عاملی SPIN از روش‌های EFA و CFA و نرم افزارهای SPSS و LISREL 8.5 استفاده شد. قبل از انجام تحلیل عامل اکتشافی، مناسب بودن عبارات تشکیل دهنده SPIN برای وارد شدن به فرایند تحلیل عامل اکتشافی با توجه به دو شاخص واریس میانگین هر عبارت [۲۳؛۲۴] و واریس همبستگی عبارت با «نمره کل تصحیح شده»<sup>۱</sup>، [۲۵] مورد واریس قرار گرفت. از آنجا که ارزش‌های میانگین نزدیک به بیشینه، واریانس کمی را تبیین می‌کند و ارزش‌های میانگین نزدیک به کمینه نیز دارای همبستگی ضعیفی با سایر عبارات هستند، لذا عباراتی برای وارد شدن به تحلیل عاملی مناسب هستند که میانگین نمره‌های آنها به میانگین نمرات ممکن برای آن عبارات نزدیک باشند. بنابراین، عباراتی که کجی استاندارد<sup>۲</sup> آنها بیشتر از ۱/۹۸ یا کمتر از ۱/۹۸- باشد نشان از آن دارند که میانگین آنها از دامنه مرکزی نمره خیلی فاصله دارد و باید از تحلیل حذف شوند [۲۴]. در رابطه با ملاک دوم (میزان همبستگی هر عبارت با نمره کل مقیاس)، استرین و نورمن [۲۵] توصیه کرده‌اند هر عبارتی که همبستگی آن با نمره کل کمتر از ۰/۲۰ باشد باید از تحلیل عامل حذف شود. نتایج این واریس‌ها در مطالعه حاضر بر روی SPIN نشان داد که تمام عبارات برای تحلیل عاملی مناسبند.

در مرحله بعد، نتایج آزمون کرویت بارتلت (Bartlett's test of sphericity) و کفایت نمونه‌برداری کیزر-میر-اولکین (Kaiser-Meyer-Olkin) (KMO) نشان دادند که داده‌های به دست آمده جهت انجام تحلیل

عاملی مناسب هستند ( $P < 0/001$ ,  $\chi^2 = 1660/37$ ) و  $KMO = 0/89$ .

همچنین برای محاسبه پایایی SPIN از روش بررسی همسانی درونی عبارات تشکیل دهنده SPIN (آلفای کرونباخ) استفاده شد.

### نتایج

در این بخش ابتدا به گزارش یافته‌های توصیفی گروه نمونه براساس SPIN و سپس به ارائه نتایج تحلیل‌های عاملی اکتشافی و تأییدی می‌پردازیم.

#### الف) نتایج توصیفی

همان گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، شاخص‌های توصیفی کل آزمودنی‌ها و آزمودنی‌های دختر و پسر مربوط به نمره کلی SPIN، آمده است. میانگین کل ۱۹/۵۴ و انحراف معیار کل نیز ۱۱/۳۶ است. همانطور که نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، میانگین نمره کل SPIN دانش آموزان پسر نسبت به میانگین دانش آموزان دختر بالاتر است.

#### ب) ساختار عاملی پرسشنامه SPIN

ساختار عاملی SPIN از طریق تحلیل EFA و CFA مورد بررسی قرار گرفت. در تحلیل عامل EFA برای استخراج عوامل از روش تحلیل مولفه‌های اصلی (PCA)<sup>۳</sup> استفاده شد. به منظور تعیین نوع چرخش، از محاسبه همبستگی بین عامل‌ها استفاده شد. محاسبه ضریب همبستگی بین عامل‌ها نشان داد که یکی از همبستگی‌ها مطابق جدول ۲ بزرگتر از ۰/۳۲ بود (همبستگی بین عامل

<sup>1</sup> Corrected item total

<sup>2</sup> Skewness

<sup>3</sup> Principal Component Analysis (PCA)

۱ و ۲)؛ بنابراین چرخش مناسب، چرخش مایل در نظر گرفته شد [۲۱].

جدول ۳: همبستگی بین عامل‌های حاصل از ساخت ۴ عاملی

عوامل	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴
عامل ۱) ترس و اجتناب از انتقاد و خجالت کشیدن	—	—	—	—
عامل ۲) ترس از بروز نشانه‌های جسمی در موقعیت‌های تعاملی	۰/۳۴-	—	—	—
عامل ۳) ترس و اجتناب از غریبه‌ها و مراجع قدرت	۰/۲۹	۰/۲۰-	—	—
عامل ۴) ترس و اجتناب از گردهمایی‌ها و مرکز توجه بودن	۰/۲۹-	۰/۲۹	۰/۲۲-	—

۴: عبارت شماره ۱۱ روی عامل‌های ۴ و ۱ و عبارت شماره ۱۵ روی عامل‌های ۱ و ۲ جای گرفتند. با توجه به عدم تناسب محتوای عبارت ۳ با عامل اول و عبارت ۱۵ با عامل دوم تصمیم بر آن شد که عبارت ۳ در عامل چهارم و عبارت ۱۵ در عامل ۱ باقی بمانند و با در نظر گرفتن تناسب محتوای عبارت ۳ با عامل چهارم و عبارت ۱۱ با عامل ۴، تصمیم بر آن شد که این دو عبارت در عامل ۴ قرار بگیرند.

تحلیل عاملی مؤلفه‌های اصلی با چرخش مایل، ۴ عامل با ارزش ویژه بزرگ‌تر از ۱ را نشان داد. در این تحلیل عبارات شماره ۵، ۱۴، ۱۵، ۶، ۱۲ و ۱۳ بر روی عامل نخست؛ و عبارت شماره ۲، ۷ و ۱۷ بر روی عامل دوم، عبارات شماره‌های ۱۶، ۴، ۱۰ و ۱ بر روی عامل سوم و عبارات شماره ۹، ۳، ۸ و ۱۱ بر روی عامل چهارم قرار گرفت. لازم به توضیح است که بعضی عبارات بر روی دو عامل، دارای بار عاملی شدند؛ عبارت شماره ۳ روی عامل‌های ۱ و ۴؛ و عبارت شماره ۴ روی عامل‌های ۳ و

جدول ۴: تحلیل مؤلفه‌های اصلی مقیاس هراس اجتماعی، بار عاملی و میزان اشتراک ساخت ۴ عامل

عبارات	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴	میزان اشتراک
۱- از افراد صاحب قدرت و مقام می‌ترسم.			۰/۷۱۲		۰/۵۹۰
۲- از این که جلوی مردم سرخ شوم، ناراحت هستم.		۰/۸۴۰-			۰/۶۸۶
۳- مهمانی‌ها و گردهمایی‌ها مرا می‌ترسانند.	۰/۳۷۲			۰/۵۵۸-	۰/۶۰۹
۴- من از صحبت کردن با افرادی که نمی‌شناسم اجتناب می‌کنم.			۰/۴۵۳	۰/۵۴۱-	۰/۵۴۴
۵- مورد انتقاد قرار گرفتن مرا می‌ترساند.	۰/۵۷۹				۰/۴۲۷
۶- ترس از دستپاچه شدن موجب می‌شود تا از صحبت کردن با افراد اجتناب کنم.	۰/۴۹۳				۰/۵۶۰
۷- عرق کردن در برابر دیگران مرا آشفته می‌کند.		۰/۶۷۹-			۰/۵۸۰
۸- از رفتن به میهمانی‌ها اجتناب می‌کنم.				۰/۷۶۱-	۰/۶۲۱
۹- از فعالیتهایی که در مرکز توجه باشم اجتناب می‌کنم.				۰/۳۵۰-	۰/۴۵۴
۱۰- صحبت کردن با غریبه‌ها مرا می‌ترساند.			۰/۴۰۲		۰/۴۲۶
۱۱- از صحبت در حضور جمع می‌پرهیزم.	۰/۳۵۶			۰/۳۳۶-	۰/۴۵۳
۱۲- من همه کار انجام می‌دهم تا مورد انتقاد قرار نگیرم.	۰/۶۷۸				۰/۵۰۶
۱۳- زمانی که با مردم هستم تپش قلب مرا ناراحت می‌کند.	۰/۵۳۵				۰/۴۹۵
۱۴- وقتی دیگران مرا تحت نظر دارند از انجام کارها دچار ترس می‌شوم.	۰/۶۶۵				۰/۶۰۶
۱۵- احساس خجالتی بودن یا احمق به نظر رسیدن از جمله ترس‌های جدی من است.	۰/۶۳۰	۰/۳۶۳-			۰/۶۱۸
۱۶- از صحبت کردن با فردی که صاحب قدرت و مقام است، اجتناب می‌کنم.			۰/۷۰۴		۰/۶۱۶
۱۷- دچار لرزش شدن در جلوی دیگران برایم ناراحت کننده است.				۰/۷۴۶-	۰/۶۲۹

ارزش ویژه	۵/۹۷	۱/۲۴	۱/۱۷	۱/۰۴	-
درصد واریانس	۳۵/۱	۷/۳۲	۶/۸۷	۶/۱۲	-

جدول ۵: مقایسه مدل‌های مختلف بر اساس شاخص‌های نیکویی برازش

شاخص	$\chi^2$	df	$\chi^2/df$	NFI	RMR	RMSEA (90% CI)	CFI	GFI	AGFI	مدل
مدل ۱ (الگوی چهارعاملی)	۲۷۷/۷۴	۱۲۶	۲/۲۰	۰/۸۴	۰/۱۰	۰/۰۹	۰/۸۰	۰/۹۰	۰/۸۸	
مدل ۲ (الگوی پنج عاملی)	۳۲۲/۲۳	۱۲۱	۲/۶۶	۰/۸۱	۰/۱۰	۰/۰۷۳	۰/۸۸	۰/۸۹	۰/۸۶	
مدل ۳ (الگوی ۳ عاملی)	۳۱۶/۷۶	۱۱۴	۲/۷۷	۰/۸۰	۰/۱۱	۰/۰۷۶	۰/۸۷	۰/۸۹	۰/۸۶	
مدل ۴ (الگوی یک عاملی)	۴۷۱/۱۵	۱۳۵	۳/۴۹	۰/۷۴	۰/۱۴	۰/۰۹	۰/۸۰	۰/۸۵	۰/۸۳	

توجه: مدل ۱ (ساختار ۴ عاملی حاصل از EFA در گروه مطالعه حاضر): مدل ۲ (ساختار ۵ عاملی کونور و همکاران، ۲۰۰۰)؛ مدل ۳ (الگوی ۳ عاملی رانتا و همکاران، ۲۰۰۷)؛ مدل ۴ (مدل ۱ عاملی رانتا و همکاران، ۲۰۰۷)

مانده‌ها<sup>۶</sup> (RMR)، «مجذور خی نرم شده»<sup>۷</sup>، «شاخص نرم نرم شده برازندگی»<sup>۸</sup> (NFI). از آنجا که شاخص‌های مذکور، اطلاعات مختلفی درباره تناسب مدل فراهم می‌کنند و فقط وقتی با هم بکار گرفته شوند، ارزیابی محافظه‌کارانه و پایایی را از مدل مورد نظر ارائه می‌دهند [۲۷]، لذا شاخص‌های چندگانه مذکور مورد واریسی قرار گرفتند. برازش خوب قابل قبول، براساس برش‌های زیر مشخص می‌شود:  $CFI > 0.9$ ;  $RMSEA < 0.08$ ;  $AGFI > 0.8$ ;  $RMR < 0.08$  [۲۸]،  $GFI > 0.9$  [۲۹]،  $NFI > 0.8$  [۳۰] و مجذور خی نرم شده  $> 3$  [۳۱]. این شاخص‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

همانطور که جدول ۵ نشان می‌دهد، در مدل ۴ عاملی حاصل از EFA استفاده در مطالعه حاضر، شاخص‌های  $AGFI$ ؛  $GFI$ ؛  $NFI$  و مجذور خی نرم شده در حد قابل قبول است. در مدل ۵ عاملی کونور و همکاران [۱۵] هم شاخص‌های  $AGFI$ ؛  $RMSEA$ ؛  $NFI$  و مجذور خی نرم شده در حد قابل قبولی است. در مدل ۳ عاملی رانتا و همکاران [۱۷] نیز،  $NFI$ ؛  $RMSEA$ ؛  $AGFI$  و مجذور خی نرم شده در حد مطلوبی است. همچنین، در مدل یک عاملی رانتا و همکاران [۲۰]، تنها شاخص  $AGFI$  مطلوب است. در مجموع، براساس تحلیل فوق به نظر می‌رسد که مدل ۴ عاملی حاصل از EFA مطالعه حاضر و مدل ۵

همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد، ساختار ۴ عاملی حاصل ۵۵/۴۱٪ واریانس را در نمرات مقیاس SPIN تبیین می‌کند؛ عامل ۱ (انتقاد و خجالت کشیدن) با ۶ عبارت، ۳۵/۱٪ واریانس؛ عامل ۲ (ترس از بروز نشانه‌های جسمی در موقعیت‌های تعاملی) با ۳ عبارت، ۷/۳۲٪ واریانس؛ عامل ۳ (ترس و اجتناب از غریبه‌ها و مراجع قدرت) با ۴ عبارت، ۶/۸۷٪ واریانس و عامل ۴ (ترس و اجتناب از گردهمایی‌ها و مرکز توجه بودن)، با ۴ عبارت، ۶/۱۲٪ واریانس را تبیین می‌کنند.

در مرحله نهایی برای تأیید ساختار ۴ عاملی SPIN از CFA استفاده شد [۲۶]. در این مطالعه، با استفاده از مدل معادلات ساختاری میزان برازش ساختار چهارعاملی SPIN براساس شاخص‌های نیکویی برازش مورد بررسی قرار گرفت. لازم به توضیح است که در این تحلیل، داده‌ها به عنوان داده‌های پیوسته در نظر گرفته شدند و خوبی برازش مدل‌ها<sup>۱</sup> با استفاده از شاخص‌های زیر مورد ارزیابی قرار گرفتند:

ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب<sup>۲</sup> (RMSEA)، «شاخص برازندگی تطبیقی»<sup>۳</sup> (CFI)، «شاخص خوبی برازش تعدیل شده یا اصلاح شده»<sup>۴</sup> (AGFI)، «شاخص خوبی برازش»<sup>۵</sup> (GFI)، «ریشه میانگین مجذور باقی

1. Goodness of Fit

2. Root Mean Square Error of Approximation

3. Comparative Fit Index

4. Adjusted Goodness of Fit Index

5. Goodness of Fit Index

6. Root Mean Square Residual

7. Normed Chi Square

8. Normed Fit Index

عاملی کونور و همکاران [۱۵] و مدل ۳ عاملی رانتا و همکاران [۲۰] نیز مورد تأیید قرار نگرفت. همکاران [۲۰] با داده‌ها برازش مطلوبی دارند و مدل ۱

جدول ۶: مقادیر همسانی درونی براساس آلفای کرونباخ SPIN برای عوامل ساختارهای ۳، ۴ و ۵ عاملی

عامل ۵	عامل ۴	عامل ۳	عامل ۲	عامل ۱	عوامل مدل
-	-	۰/۶۱	۰/۷۱	۰/۸۱	۳ عاملی رانتا و همکاران [۲۰]
-	۰/۷۴	۰/۷۷	۰/۷۰	۰/۷۸	۴ عاملی حاصل از EFA مطالعه حاضر
۰/۶۷	۰/۶۱	۰/۷۱	۰/۶۷	۰/۶۷	۵ عاملی کونور و همکاران [۱۵]

جدول ۷: مقادیر همسانی درونی براساس شاخص میانگین همبستگی بین آیت‌ها SPIN برای عوامل ساختارهای ۳، ۴ و ۵ عاملی

عامل ۵	عامل ۴	عامل ۳	عامل ۲	عامل ۱	عوامل مدل
-	-	۰/۴۵	۰/۳۳	۰/۳۳	۳ عاملی رانتا و همکاران [۲۰]
-	۰/۴۲	۰/۳۳	۰/۴۵	۰/۳۷	۴ عاملی حاصل از EFA مطالعه حاضر
۰/۴۰	۰/۴۴	۰/۳۸	۰/۳۴	۰/۳۴	۵ عاملی کونور و همکاران [۱۵]

فرگوسن [۳۴]، دامنه قابل قبول این شاخص بین ۰/۱۰ تا ۰/۵۰ است که مطابق آن و همانطور که جدول ۶ نشان می‌دهد، میزان این شاخص برای عوامل تمامی مدل‌ها قابل قبول است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف اساسی مطالعه کنونی تعیین ساختار عاملی یکی از ابزارهای معروف در حوزه ارزیابی اضطراب اجتماعی؛ یعنی SPIN در نوجوانان شهر تهران بوده است. نتایج مطالعه حاضر در رابطه با EFA، نشان می‌دهند که پرسشنامه SPIN در یک نمونه غیربالینی از نوجوانان ایرانی، به عنوان یک ابزار چند بعدی ۴ عاملی مفهوم سازی می‌شود که عوامل آن با توجه به محتوای سؤال‌ها، عبارتند از: عامل ۱) ترس و اجتناب از انتقاد و خجالت کشیدن؛ عامل ۲) ترس از بروز نشانه‌های جسمی در موقعیت‌های تعاملی؛ عامل ۳) ترس و اجتناب از غریبه‌ها و مراجع قدرت؛ عامل ۴) ترس و اجتناب از گردهمایی‌ها و مرکز توجه بودن. مقایسه این عوامل با ساختار عاملی حاصل از مطالعه رانتا و همکاران [۲۰] بر روی جمعیت نوجوانان (مدل سه عاملی)، و ساختار

در رابطه با پایایی SPIN نیز پس از واریانس ساختار عاملی، پایایی هر سه مدل ۳، ۴ و ۵ عاملی در جمعیت نوجوان ایرانی، با استفاده از روش آلفای کرونباخ واریس شد.

نتایج مندرج در جدول ۶ نشان می‌دهند که عوامل مدل ۴ عاملی حاصل از EFA مطالعه حاضر، همسانی درونی مناسب‌تری (یعنی بزرگتر از ۰/۷۰) [۳۲] را نسبت به دو مدل دیگر نشان می‌دهند. لازم به توضیح است که آلفای عوامل ساختارهای ۳ و ۵ عاملی نیز از سطح توصیه شده برای مقایسه‌های گروهی بالاتر است (یعنی بزرگتر از ۰/۵۰) [۳۳]. همچنین با توجه به اینکه تعداد سؤالات عوامل این سه مدل با هم متفاوت است و در دو مدل ۳ و ۵ عاملی، عواملی با دو سؤال هم یافت می‌شود (عامل ۳ مدل ۳ عاملی و عامل ۴ مدل ۵ عاملی)، و نظر به اینکه ضریب آلفا نیز تحت تأثیر طول مقیاس قرار دارد، از شاخص آماری مناسب‌تری برای ارزیابی همسانی درونی استفاده شد که این شاخص، میانگین همبستگی بین آیت‌های نام دارد و همانند ضریب آلفا، شاخصی از همگنی آیت‌ها را ارائه می‌کند ولی تحت تأثیر طول مقیاس قرار نمی‌گیرد [۳۴]. براساس توصیه کاکس و

نوجوان انجام شده، روی یک عامل (عامل ۳)، دارای بار شدند و لی در مطالعه کونور و همکاران [۱۵] روی عامل‌های جدا از هم (عامل ۱ و ۴). در مورد عامل ۴ حاصل از EFA مطالعه حاضر (ترس و اجتناب از گردهمایی‌ها و مرکز توجه بودن که دربرگیرنده عبارات ۳، ۸، ۹، ۱۱ است) هم با بخشی از عبارات عامل ۱ کونور و همکاران [۱۵] (صحبت با غریبه‌ها و گردهمایی‌های اجتماعی که دربرگیرنده عبارات ۳، ۴، ۸، ۱۰) و بخشی از عامل ۵ کونور و همکاران [۱۵] (اجتناب از مرکز توجه بودن و صحبت کردن در جمع که شامل عبارات ۴، ۹، ۱۱) شباهت دارد. به عبارت دیگر، مطالعه کونور و همکاران [۱۵] فقط در عامل ۵، آن هم در بخش صحبت کردن در جمع، با عوامل مطالعه حاضر تفاوت دارد.

در رابطه با نتایج تحلیل عاملی مطالعه رانتا و همکاران [۱۵] بر روی جمعیت نوجوان که دربرگیرنده ۳ عامل است: عامل ۱ (ترس و اجتناب از شرمندگی، انتقاد و نشانه‌های فیزیولوژیک)؛ عامل ۲ (ترس و اجتناب از غریبه‌ها و موقعیت‌های جمعی)؛ عامل ۳ (ترس از صحبت کردن در جمع یا مرکز توجه بودن)، نیز باز هم شباهت در اسامی عامل‌ها به غیر از "صحبت کردن در جمع" مشهود است. ضمن اینکه در این مطالعه، عوامل متراکم‌تر و محدودترند.

با توجه به موارد بالا؛ یعنی تفاوت اسامی عوامل مطالعه ما با مطالعه کونور و همکاران [۱۵] و رانتا و همکاران [۲۰] در "صحبت کردن در جمع"، می‌توان اظهار داشت که در نمونه نوجوانان ایرانی مورد مطالعه، به نظر می‌رسد "صحبت کردن در جمع"، خود به نوعی "مورد توجه بودن" تلقی شده و بنابراین عبارات آنها در یک عامل (عامل ۴ کونور و همکاران [۱۵] و عامل ۳ رانتا و همکاران [۲۰])، دارای بار عاملی شده‌اند.

علاوه بر موارد مطرح شده، نتایج CFA در مطالعه حاضر بیانگر تأیید ساختار ۴ عاملی حاصل از EFA در جمعیت نوجوان، ۵ عاملی کونور و همکاران [۱۵] در جمعیت بزرگسال و ۳ عاملی رانتا و همکاران [۲۰] در جمعیت نوجوان و عدم تأیید مدل یک عاملی رانتا و

عاملی حاصل از مطالعه کونور و همکاران [۱۵] بر روی جمعیت بزرگسالان (مدل ۵ عاملی)، بیانگر شباهت‌ها و تفاوت‌هایی است که در این بخش بدان می‌پردازیم.

ساختار ۴ عاملی حاصل از EFA در مقایسه با ساختار ۵ عاملی کونور و همکاران [۱۵]، در دو عامل بیشترین شباهت را دارند. بدین ترتیب که عامل ۱: ترس و اجتناب از انتقاد و خجالت کشیدن (دربرگیرنده عبارات ۵، ۶، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵) با عامل ۲ در مطالعه کونور و همکاران [۱۵] که با همین عنوان نامگذاری شده است (شامل عبارات ۵، ۶، ۱۲، ۱۵)، و عامل ۲: ترس از ظهور تغییرات فیزیولوژیکی در موقعیت‌های تعاملی (شامل عبارات ۷، ۲، ۱۷) با عامل ۳ در مطالعه کونور و همکاران [۱۵] با عنوان تغییرات فیزیولوژیکی (شامل عبارات ۲، ۷، ۱۳ و ۱۷)، شباهت دارند. البته لازم به توضیح است که عامل ۱ حاصل EFA مطالعه حاضر، دو سؤال ۱۳ و ۱۴ را اضافه بر سؤالات عامل ۲ مطالعه کونور و همکاران [۱۵] دارد. به عبارتی می‌توان اظهار داشت که عبارات ۱۳ (زمانی که با مردم هستم، تپش قلب مرا ناراحت می‌کند) و ۱۴ (وقتی دیگران مرا تحت نظر دارند، از انجام کارها دچار ترس می‌شوم) در جمعیت نوجوان غیربالینی، به نوعی ترس فرد از مورد انتقاد واقع شدن و خجالت کشیدن در موقعیت‌های مطرح شده در این دو عبارت را دربر دارد. همچنین، عامل ۲ حاصل EFA مطالعه حاضر، تنها در عبارت ۱۳ با عامل ۳ در مطالعه کونور و همکاران [۱۵] تفاوت دارد. به عبارت دیگر، عبارات ۲، ۷ و ۱۷ به سرخ شدن، لرزش و عرق کردن اشاره دارند که توسط جمعیت نوجوان، اینگونه فرض می‌شود که می‌توانند توسط دیگران قابل مشاهده باشند یا نوجوان این تصور را داشته باشد که دیگران، این تغییرات را می‌توانند مشاهده کنند ولی عامل ۱۳ که تپش قلب را دربر دارد، قابل مشاهده توسط دیگران نیست. بنابراین با توجه به نکته مذکور، می‌توان اینگونه فرض کرد که عبارات ۲، ۷، ۱۷ در جمعیت نوجوان، روی یک عامل گرد هم می‌آیند. همچنین عبارات مربوط به ترس و اجتناب از غریبه‌ها و مراجع قدرت، در مطالعه حاضر که بر روی جمعیت

بر روی جمعیت نوجوان مبتلا به اضطراب اجتماعی، به منظور استفاده دقیق‌تر برای اهداف بالینی، ضروری به نظر می‌رسد.

#### منابع

- 1- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2000). Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment and treatment. Washington, DC: American Psychological Association.
- 2- Ruscio, A.M., Brown, T.A., Chiu, W.T., Sareen, j., Stein, M.B., & Kessler, R. C. (2008) Social fears and social phobia in the USA: resulting from the National Comorbidity Survey Replication. Psychological Medicine; 38, 13-29.
- 3- Rapee, R.M., Schniering, C.A., & Hudson, J.L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. Annual Review of Clinical Psychology; 5, 335-365.
- 4- Gren-Landell, M., Tillfors, M., Furmark, T., Bohlin, G., Andersson, G., & Sevedin, C. G. (2009). Social phobia in Swedish adolescents: Prevalence and gender differences. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology; 44, 1-7.
- 5- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of disorders (4th ed., text rev.).(2000). Washington, DC: Author.
- 6- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The british child and adolescent mental health survey; 1999: The prevalence of DSM- disorders. Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry; 42, 1203-1211.
- 7- Pine D.S, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. Arch Gen Psychiatry; 55, 56-64.
- 8- Stein, M. B., Sareen, J., Hami, S., & Chao, J. (2001) Pindolol potentiation of paroxetine for generalized social phobia: A double-blind, placebo-controlled, crossover study. Am J Psychiat; 158, 1725-1727.

همکاران [۲۰] است. البته ذکر این نکته ضروری می‌نماید که تعداد شاخص‌های مورد قبول مربوط به سه مدل (مدل ۴ عاملی حاصل از EFA مطالعه حاضر، مدل ۵ عاملی کونور و همکاران [۱۵] و مدل ۳ عاملی رانتا و همکاران [۱۵]. ۴ شاخص است ولی  $\chi^2$  مربوط به مدل ۴ عاملی حاصل از EFA مطالعه حاضر، از دو مدل دیگر کمتر است که بیانگر مطلوبیت مدل ۴ عاملی است [۳۰]. ضمن اینکه در رابطه با شاخص‌های AGFI و GFI هم بعضی منابع [۳۰] بر این نظرند که مقادیر این دو شاخص، بین صفر تا یک تغییر می‌کنند و هر قدر که مقدار این شاخص‌ها به عدد یک نزدیک‌تر باشد برازندگی بهتر است و مدل بهتر با داده‌ها برازش دارد. با در نظر گرفتن این نکته و ضمن تأیید هر سه مدل ۳، ۴ و ۵ عاملی، می‌توان از ارجحیت مدل ۴ عاملی حاصل از EFA مطالعه حاضر صحبت کرد. این در حالی است که در مطالعه حاضر، پایایی (با استفاده از روش محاسبه آلفای کرونباخ) بیانگر میزان بالاتر و قابل قبول همسانی درونی عوامل ساختار ۴ عاملی است.

در هر حال، با توجه به بحث فوق، می‌توان اظهار داشت که SPIN در جمعیت نوجوان (۴ و ۳ عاملی) و بزرگسال (۵ عاملی)، دارای شاخص‌های نزدیکی در تحلیل عاملی تاییدی هستند و به نظر می‌رسد در راستای عدم تأیید مدل یک عاملی [۲۰]، سازه‌ای که این ابزار، آن را می‌سازد؛ یعنی اضطراب اجتماعی، چند بعدی است و دربرگیرنده بیش از یک مؤلفه است؛ مؤلفه‌ها یا ابعادی که در کنار هم، یک پدیده آسیب‌شناختی را بازنمایی می‌کنند و شاید لازم باشد برای ابعاد مختلف آن، ابزارهای مختلفی ابداع و در کنار هم بکارآیند [۳۵، ۳۶].

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن است که ابزار مذکور ساختار عاملی مناسب و منسجمی در جمعیت نوجوان ایرانی دارد و از این ابزار در جهت اهداف پژوهشی و سرندی یا بالینی، با رعایت احتیاط‌های لازم، می‌توان استفاده نمود. ضمن اینکه با توجه به محدودیت پژوهش حاضر و اجرا بر روی نمونه غیربالینی، واریسی ویژگی‌های روانسنجی SPIN و بررسی ساختار عاملی آن

- Portugues do Inventario de Fobia Social (SPIN) entre adolescent students do Municipio do Rio de Janeiro [Reliability of the Portuguese-language version of the SPIN among adolescent students in the city of Rio de Janeiro]. *Cadernos de Saude Pu'blica*; 20, 89-99.
- 19- Tsai, C. F. Wang, S.J, Juang, K.D, Fuh, J.L. (2009). Use of the Chinese (Taiwan) Version of the Social Phobia Inventory (SPIN) Among Early Adolescents in Rural Areas: Reliability and Validity Study. *J Chin Med Assoc*; 72: 8, 101-107.
- 20- Ranta K, Kaltiala-Heino R, Koivisto A.M, Tuomisto M.T, Pelkonen M, Marttunen M.S. (2007, b). Screening social phobia in adolescents from general population: The validity of the Social Phobia Inventory (SPIN) against a clinical interview. *European Psychiatry*; 22, 244-251.
- 21- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (1996). *Using multivariate statistics*. 3rd ed. New York: HarperCollins;
- ۲۲- حسنوند عموزاده، م؛ باقری، ا؛ و شعیری، م.. بررسی روایی و اعتبار سیاهه ترس اجتماعی در نمونه‌های غیر بالینی ایرانی. مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، ۲۳-۲۴ اردیبهشت ۱۳۸۹، دانشگاه شاهد و دفتر مرکزی مشاوره دانشجوی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.
- 23- DeVellis, R.F. (1991). *Scale development: theory and applications*; London: SAGE Publications.
- 24- Field, A. (2000). *Discovering statistics using SPSS for windows*. London: Sage Publications. Helmstadter, G.C. *Principles of Psychological Measurements*. New York: Appleton-Century-Crofts; 1964.
- 25- Streiner D.L. & Norman G.R. (1995). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use.*; New York: Oxford University Press.
- 26- Erceg-Hurn, D.M., Mirosevich, V.M. (2008). *Modern Robust Statistical Methods*, *American Psychologist*; 63, 591-6.
- 27- Jaccard, J & Wan C. K. (1996). LISREL approaches to interaction effect in multiple
- 9- Zimmermann, P., Wittchen, H.U., Höfler, M., Pfister, H., Kessler, R.C., Lieb, R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychol Med*; 33, 1211-1222.
- 10- Davidson, J. R. T., Potts, N. L. S., Richichi, E. A., Ford, S. M., Krishnan, K. R. R., Smith, R. D., et al. (1991). The brief social phobia scale. *J Clin Psychiat*; 52, 48-51.
- 11- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 33, 448-457.
- 12- Turner S.M, Beidel D.C, Dancu C.V, Stanley M.A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychol Assess.*; 1, 35-40.
- 13- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behavior Research and Therapy*; 36, 455-470.
- 14- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmac psychiatry*; 22, 141-173.
- 15- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Wesler, R. H. (2000). Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*; 176, 379-386.
- 16- Martin M. Antony, Michael J. Coons, Randi E. McCabe, Andrea Ashbaugh, Richard P. Swinson. (2006) Psychometric properties of the social phobia inventory: Further evaluation. *Behavior Research and Therapy*; 44:1177-1185.
- 17- Ranta K, Kaltiala-Heino R, Koivisto AM, Tuomisto MT, Pelkonen M, Marttunen M. (2007,a). Age and gender differences in social anxiety symptoms during adolescence: the Social Phobia Inventory (SPIN) as a measure. *Psychiatry Res*; 153, 261-70.
- 18- Vilete, L. M., Coutinho, E. S., & Figueira, I. L. (2004). Confiabilidade da versao e

McGraw-Hill.

- 33- Helmstadter, G.C. (1964). Principles of Psychological Measurements. New York: Appleton-Century-Crofts.
- 34- Cox, T., & Ferguson, E. (1994). Measurement of the subjective work environment. *Work Stress*; 8, 8-109.
- ۳۵- م، عطری فرد؛ رسول زاده طباطبایی، ک؛ م، شعیری و همکاران. (۱۳۹۲). مقیاس تصویر خود منفی (NSPS): ساخت عاملی و ویژگی‌های روان سنجی. روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دانشگاه شاهد، سال بیستم؛ شماره ۸، ص. ۱۲۳-۱۴۲.
- ۳۶- ا، مسعودنیا. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین عزت نفس و اضطراب اجتماعی در دانشجویان دوره کارشناسی. روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دانشگاه شاهد، سال شانزدهم، شماره ۳۷، ص. ۴۹-۵۸.
- regression. Thousand Oaks: Sage.
- 28- Bollen, B. and Scott Long J. (1993). (Eds). Testing Structural Equation Models. Newbury Park, California: Sage Publications, Inc; 136-62.
- 29- Hu, L. & Bentler, P.M. (1999). Cut off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling* ; 6, 1-55.
- ۳۰- کلاین، پل. (۱۳۸۱). راهنمای آسان تحلیل عاملی. ترجمه صدرالسادات، جلال و مینایی، اصغر. چاپ اول، تهران، انتشارات سمت.
- 31- Mulaik S.A. , James L.R. , Van Alstine J. , Bennett N. , Lind S. & Stilwell C.D. (1989). Evaluation of goodness of fit indices for structural equation models. *Psychological Bulletin*; 105, 430-445.
- 32- Nunnally, J.C., & Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric theory*. 3rd ed. New York:



# تحلیل عاملی تاییدی مقیاس غربالگری استفاده پرخطر و مشکل آفرین از اینترنت

نویسنده: امید شکری

استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی

\*Email: oshokri@yahoo.com

## چکیده

پژوهش حاضر با هدف آزمون روایی عاملی مقیاس غربالگری استفاده پرخطر و مشکل-آفرین از اینترنت (PRIUSS) در گروهی از دانشجویان ایرانی انجام شد. در مطالعه همبستگی حاضر ۲۰۰ دانشجوی کارشناسی (۱۰۰ پسر و ۱۰۰ دختر) به نسخه فارسی مقیاس غربالگری استفاده پرخطر و مشکل آفرین از اینترنت پاسخ دادند. به منظور تعیین روایی عاملی PRIUSS از روش آماری تحلیل عاملی تأییدی و به منظور بررسی همسانی درونی PRIUSS از ضرایب آلفای کرونباخ استفاده شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که در نمونه ایرانی ساختار چندبُعدی PRIUSS شامل آسیب هیجانی، آسیب اجتماعی و استفاده تکانشورانه از اینترنت با داده‌ها برازش مطلوبی دارد. ضرایب همسانی درونی عامل‌های آسیب هیجانی، آسیب اجتماعی و استفاده تکانشورانه از اینترنت به ترتیب برابر با ۰/۷۴ تا ۰/۸۷ به دست آمد. در مجموع، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که PRIUSS به دلیل برخورداری از یک زیربنایی نظری قوی و ویژگی‌های روان‌سنجی امیدوارکننده برای غربالگری و تلاش‌های پیشگیرانه در قلمرو رفتارهای اینترنتی پرخطر در نمونه جوانان ایرانی ابزار معتبری است.

**کلید واژه‌ها:** تحلیل عاملی تاییدی، مقیاس غربالگری استفاده پرخطر و مشکل آفرین از اینترنت، روایی عاملی.

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور  
رفتار

• دریافت مقاله: ۹۳/۷/۱

• پذیرش مقاله: ۹۴/۳/۴

*Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.11  
Spring & Summer  
2015*

*Clinical Psy. & Personality*

دو فصلنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیست و دوم - دوره

جدید شماره ۱۲

بهار و تابستان ۱۳۹۴

## مقدمه

شواهد تجربی مختلف نشان داده‌اند که استفاده پرخطر از اینترنت<sup>۱</sup> به مثابه یک عامل تهدید کننده سلامت عمومی نوجوانان و جوانان روند رو به رشدی دارد [۱]. در تعداد زیادی از مطالعات، برخی از پیامدهای منفی استفاده مفرط از اینترنت شامل اختلالات خواب، آسیب فردی، افسردگی، ناسازگاری اجتماعی و تحصیلی در کانون توجه گروه کثیری از محققان مختلف بوده است [۲ و ۳]. علاوه بر این، نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهد که علاوه بر عواملی مانند راهبرهای مقابله غیرانطباقی و مشکلات رفتاری، استفاده پرخطر از اینترنت در نوجوانان با رفتارهای مشکل آفرینی مانند سوء مصرف مواد و الکل رابطه دارد [۴، ۵ و ۶]. همچنین، مطالعات نشان داده‌اند که سوء مصرف مواد و الکل بر سلامت، کنش‌وری و عملکرد تحصیلی نوجوانان اثرات مخربی دارند [۷ و ۸].

شیوع‌شناسی استفاده پرخطر از اینترنت به وسیله گروه وسیعی از ابزارهای سنجش و رویکردهای تشخیصی مطالعه شده است. نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که نوجوانان بالاترین میزان استفاده پرخطر از اینترنت را گزارش می‌کنند. در حالی که نتایج برخی مطالعات شیوع استفاده پرخطر از اینترنت را در بین دانشجویان آمریکایی بین ۸ تا ۱۵ درصد گزارش کرده‌اند [۹ و ۱۰]. نتایج گروه دیگری از مطالعات نشان دادند که شیوع استفاده پرخطر از اینترنت در بین دانشجویان و نوجوانان آمریکایی حدود ۴ درصد است [۱۱ و ۱۲]. مرور شواهد تجربی نشان می‌دهد که فقدان همسانی رویکردهای اندازه‌گیری در قلمرو مطالعاتی استفاده پرخطر از اینترنت، ناهماهنگی‌های موجود در برآورد شیوع‌شناسی را بیش از پیش تبیین می‌کند [۱۳]. بنابراین، از یک سو، فقر غیرقابل انکار دسترسی به یک ابزار غربالگری روا و پایا در قلمرو مطالعاتی استفاده پرخطر از اینترنت و از سوی دیگر، گرایش غیرقابل انکار جوانان به استفاده مفرط از فضای مجازی و پیامدهای منفی مترتب بر این انتخاب، ضرورت

تحلیل روان‌سنجی مقیاس غربالگری استفاده پرخطر و مشکل آفرین از اینترنت<sup>۲</sup> [۱۴] — به مثابه یک ابزار برخوردار از ویژگی‌های فنی و نظریه محور — را در گروهی از دانشجویان دختر و پسر ایرانی گریزناپذیر می‌کند.

محققان [۱۴] پس از مرور پیشینه تجربی مرتبط با قلمرو مطالعاتی استفاده پرخطر از اینترنت و کسب اطمینان از فقر غیرقابل انکار دسترسی به ابزاری روا و پایا و مبتنی بر یک مدل در این حوزه پژوهشی همسو با نتایج مطالعات [۱۵ و ۱۶] تاکید کردند که غالب ابزارهای موجود بر اساس ملاک‌های نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای سوء مصرف مواد یا بزهکاری و قماربازی پاتولوژیک طراحی شده‌اند. این در حالی است که درباره ظرفیت استفاده از این ملاک‌ها برای غربالگری استفاده پرخطر از اینترنت یا تلاش‌های پیشگیرانه اطلاعات قابل اطمینانی موجود نیست. علاوه بر این، محققان [۱۳] همسو با نتایج مطالعات [۱۷ و ۱۸] دریافتند که بنیادهای نظری یا ویژگی‌های روان‌سنجی ابزارهای موجود در قلمرو استفاده پرخطر از اینترنت یا به طور کامل توصیف نشده است و یا به طور تجربی آزمون نشده‌اند. در نهایت، طبق دیدگاه محققان [۱۴] فقدان چشمگیر دسترسی به ابزارهایی برخوردار از قلمروهای محتوایی انعکاس دهنده تجارب اختصاصی گروه نوجوانان و جوانان، ضرورت توسعه ابزاری برای سنجش استفاده پرخطر از اینترنت را در بین نوجوانان و جوانان تبیین می‌کند.

طبق دیدگاه محققان [۱۹] استفاده پرخطر و مشکل آفرین از اینترنت بر استفاده پرخطر، مفرط یا تکانشورانه از اینترنت دلالت دارد که با برخی پیامدهای منفی در زندگی مانند آسیب‌های جسمانی، هیجانی، اجتماعی و کارکردی همراه می‌شود. چهارچوب نظری زیربنایی PRIUSS با شمول دیدگاهی چندبعدی درباره موضوع استفاده پرخطر و مشکل آفرین اینترنت، از هفت سازه

<sup>۲</sup>. Problematic and Risky Internet Use Screening Scale (PRIUSS)

<sup>۱</sup>. Problematic Internet Use

غیرانطباقی به استفاده از اینترنت دلالت دارد و استفاده تکانشورانه/پرخطر از اینترنت - که به ناتوانی فرد در محدود کردن استفاده از اینترنت و تداخل وظایف روزانه با استفاده از اینترنت اشاره می‌کند- تشکیل شده است. در مطالعه [۱۴] مقادیر همسانی درونی برای عامل های آسیب اجتماعی، آسیب هیجانی و استفاده تکانشورانه/پرخطر از اینترنت به ترتیب برابر با ۰/۸۹، ۰/۹۰ و ۰/۸۸ به دست آمد.

با توجه به آنچه گفته شد، از یک سو فقر غیرقابل انکار دسترسی به ابزاری روا و پایا برای سنجش استفاده پرخطر از اینترنت در نوجوانان و از دیگر سوی، همسو با گروه وسیعی از مطالعات [۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴ و ۲۵] اهمیت کسب اطلاع از پیشایندها و پسایندهای غیرقابل انکار استفاده مشکل آفرین از اینترنت به ویژه در گروه سنی نوجوانان و جوانان - که بر اساس نتایج برخی از مطالعات بیش از گروه‌های سنی دیگر از فضای مجازی استفاده می‌کنند [۲۶]، ضرورت انکارناپذیر توسعه نسخه فارسی مقیاس غربالگری استفاده پرخطر و مشکل آفرین از اینترنت را در بین گروهی از جوانان ۱۸ تا ۲۵ سال ایرانی بیش از پیش مورد تاکید قرار می‌دهد. بنابراین، بر اساس آنچه گفته شد محقق در مطالعه حاضر می‌کوشد تا برای اولین بار ساختار عاملی مقیاس غربالگری استفاده پرخطر و مشکل آفرین را در گروهی از دانشجویان ایرانی به طور تجربی بیازماید.

## روش

### آزمودنی

در مطالعه همبستگی حاضر از جامعه دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی، ۲۰۰ دانشجوی کارشناسی [۱۰۰ پسر با میانگین سنی ۲۱/۷۷ سال (انحراف معیار=۱/۹۶، ۱۹-۲۶) و ۱۰۰ دختر با میانگین سنی ۲۱/۶۱ سال (انحراف معیار=۲/۰۲، ۱۹-۲۷)] به کمک روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از بین دانشجویان، ۴۸ دانشجو (۲۴ درصد) از گروه‌های آموزشی دانشکده ادبیات و علوم انسانی، ۱۰۴ دانشجو (۵۲/۲ درصد) از بین گروه‌های آموزشی دانشکده فنی و مهندسی، ۳۳ دانشجو

متفاوت تشکیل شده است. بر اساس دیدگاه محققان [۲۰] اولین گام در شناسایی سازه‌های منتخب برای اندازه‌گیری از طریق یک ابزار جدید و توسعه محتوای متناظر با آن، ایجاد یک مدل نظری راهنما است. چهارچوب مفهومی هدایت‌کننده مطالعه حاضر بر استفاده از رویکرد نقشه مفهومی مبتنی است [۱۹]. به طور خلاصه، به منظور ایجاد یک بازنمایی دیداری از چگونگی رابطه بین یک ردیف موضوعی پیچیده با سازه‌های اصلی از نقشه مفهومی استفاده می‌شود.

در اولین گام از مطالعه نقشه مفهومی<sup>۱</sup>، محققان از مشارکت کنندگان تقاضا کردند تا جمله ناتمام « نشانه یا ویژگی استفاده مشکل آفرین از اینترنت در نوجوانان عبارت است از ...» را کامل کنند. در گام دوم، از مشارکت کنندگان تقاضا شد تا فهرست کامل نشانه‌ها را مرور کنند و این نشانه‌ها را بر اساس محتوا در گروه‌های مفهومی مختلف از یکدیگر متمایز سازند. در نهایت هفت سازه توصیف‌کننده نقشه مفهومی شامل عوامل خطر روانی اجتماعی<sup>۲</sup>، آسیب جسمانی<sup>۳</sup>، آسیب هیجانی<sup>۴</sup>، آسیب اجتماعی/کارکردی<sup>۵</sup>، استفاده پرخطر از اینترنت<sup>۶</sup>، استفاده تکانشورانه از اینترنت<sup>۷</sup> و وابستگی به استفاده از اینترنت<sup>۸</sup> بودند که بنیان نظری قلمروهای محتوایی PRIUSS را تشکیل دادند [۱۴].

در مطالعه [۱۴] - که با هدف توسعه و تحلیل روان‌سنجی مقیاس غربالگری استفاده پرخطر و مشکل آفرین از اینترنت انجام شد - نتایج تحلیل عاملی تاییدی نسخه ۱۸ ماده‌ای PRIUSS نشان داد که مقیاس استفاده پرخطر از اینترنت از سه عامل آسیب اجتماعی - که بیانگر دشواری در برقراری روابط مستقیم و همچنین دشواری ایجاد و تداوم روابط به دلیل استفاده از اینترنت است - آسیب هیجانی - که بر التزام روان‌شناختی

1. concept mapping

2. psychosocial risk

3. physical impairment

4. emotional impairment

5. social/functional impairment

6. risky internet use

7. impulsive internet use

8. internet use dependency

«فرایند مرور مکرر<sup>۲</sup>» این تفاوت‌ها به حداقل ممکن کاهش یافت. بر این اساس، ترادف معنایی نسخه ترجمه شده با نسخه اصلی به دقت بررسی شد. در نهایت، چند نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه روایی محتوا و تطابق فرهنگی این مقیاس را مطالعه و تایید کردند.

### شیوه تحلیل داده ها

در این مطالعه، تحلیل داده‌ها بر پایه نظریه کلاسیک تست<sup>۳</sup> انجام شد. ابقا یا حذف مواد مقیاس به اتکای مشخصه‌های آماری تحلیل عاملی صورت گرفت. در این مطالعه برای استفاده از تحلیل عاملی تأییدی از روش حداکثر احتمال برای برآورد الگو، و همسو با پیشنهاد [۲۸] به منظور ارائه یک ارزیابی جامع از برازش الگو از شاخص مجذور خی<sup>۲</sup>( $\chi^2$ )، شاخص مجذور خی بر درجه آزادی ( $\chi^2/df$ )، شاخص برازش مقایسه‌ای<sup>۴</sup> (CFI)، شاخص نیکویی برازش<sup>۵</sup> (GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی<sup>۶</sup> (AGFI) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب<sup>۷</sup> تقریب<sup>۷</sup> (RMSEA) استفاده شد. در این مطالعه، همسو با با تحقیق [۱۳] به منظور تعیین برازندگی الگوی مفروض با داده‌های مشاهده شده از یک مدل چندبُعدی<sup>۸</sup> استفاده شد.

### نتایج

جدول ۱ اندازه‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد گویه‌های PRIUSS را در دانشجویان نشان می‌دهد. در این بخش، به منظور بررسی روایی عاملی نسخه فارسی PRIUSS همسو با مطالعه [۱۴] ساختار سه عاملی مقیاس غربالگری استفاده پرخطر و مشکل آفرین شامل آسیب اجتماعی، آسیب هیجانی و استفاده تکانشورانه از اینترنت آزمون شد. نتیجه تحلیل عاملی تأییدی نسخه فارسی PRIUSS از ساختار سه عاملی مقیاس غربالگری استفاده پرخطر و مشکل آفرین به طور تجربی حمایت کرد (شکل ۱).

(۱۶/۵ درصد) از گروه‌های آموزشی دانشکده علوم و در نهایت تعداد ۱۵ دانشجو (۷/۵ درصد) از بین دانشجویان پزشکی انتخاب شدند.

### ابزار پژوهش

مقیاس غربالگری استفاده پرخطر و مشکل آفرین از اینترنت. محققان [۱۴] با هدف طراحی تلاش‌های پیشگیرانه و غربالگری در قلمرو مطالعاتی استفاده مشکل آفرین از اینترنت در نوجوانان و جوانان ۱۸ تا ۲۵ سال آمریکایی PRIUSS را توسعه دادند. بر اساس نتایج مطالعه [۱۴] مقیاس غربالگری استفاده پرخطر و مشکل آفرین از اینترنت از سه عامل آسیب اجتماعی (شامل گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶)، آسیب هیجانی (شامل گویه‌های ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۱)، و استفاده تکانشورانه از اینترنت (شامل گویه‌های ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸) تشکیل شده است. مشارکت کنندگان به هر گویه روی یک طیف پنج درجه‌ای از [هرگز = ۰، به ندرت = ۱، گاهی = ۲، اغلب = ۳ و همیشه = ۴] پاسخ می‌دهند. در استفاده از PRIUSS از مشارکت کنندگان تقاضا می‌شود که در طول ۶ ماه گذشته، مدت زمانی را که از اینترنت استفاده کرده‌اند، مشخص سازند. در PRIUSS با افزایش نمره کلی افراد، بر نمره استفاده پرخطر و مشکل آفرین از اینترنت آنها افزوده می‌شود. در این مطالعه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌های آسیب هیجانی، آسیب اجتماعی و استفاده تکانشورانه از اینترنت به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۸۳ و ۰/۸۱ به دست آمد.

در این مطالعه، به منظور آماده‌سازی نسخه فارسی PRIUSS از روش ترجمه مجدد<sup>۱</sup> استفاده شد. بنابراین، به منظور استفاده از PRIUSS، نسخه انگلیسی آن برای نمونه دانشجویان ایرانی به زبان فارسی ترجمه شد. برای این منظور، با هدف حفظ هم‌ارزی زبانی و مفهومی، نسخه فارسی به کمک یک فرد دوزبانه دیگر به انگلیسی برگردانده شدند [۲۷]. در ادامه، دو مترجم درباره تفاوت موجود بین نسخه‌های انگلیسی بحث کردند و از طریق

2. iterative review process

3. Classic Test Theory (CTT)

4. Comparative Fit Index (CFI)

5. Goodness of Fit Index (GFI)

6. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)

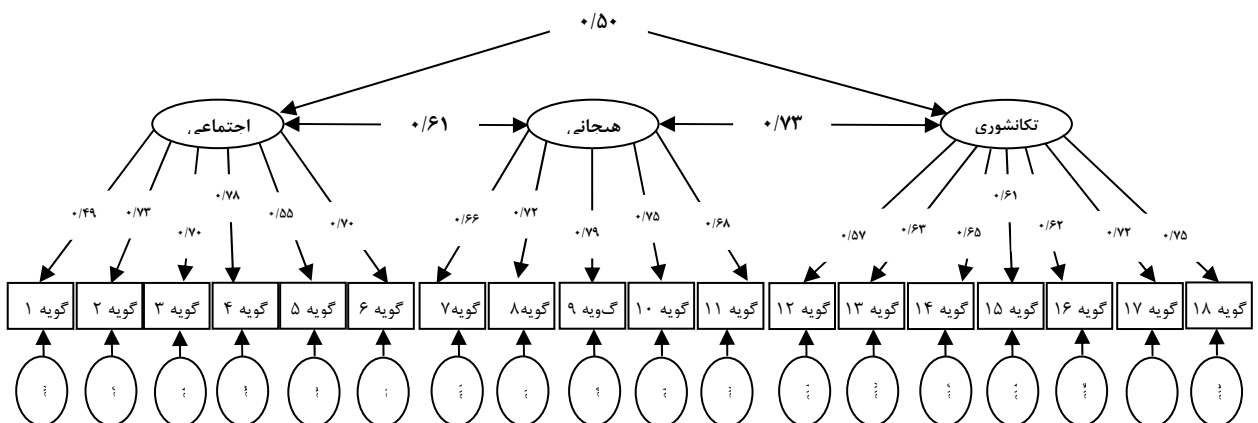
7. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

8. hierarchical model

1. back translation

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد گویه‌های PRIUSS در نمونه دانشجویان ایرانی

SD	M	گویه‌ها
۱/۰۳	۲/۵۷	۱. چند وقت یکبار برای ارتباط با دیگران از روابط آنلاین (بر خط) به جای روابط رو در رو استفاده می‌کنید؟
۰/۹۱	۰/۹۳	۲. چند وقت یکبار به دلیل استفاده از اینترنت در برقراری روابط رو در رو با دیگران مشکل پیدا می‌کنید؟
۰/۹۹	۰/۸۲	۳. چند وقت یکبار به دلیل استفاده از اینترنت میزان اضطراب شما در برخورد با دیگران افزایش می‌یابد؟
۰/۸۰	۰/۵۹	۴. چند وقت یکبار به دلیل استفاده از اینترنت در برقراری روابط واقعی رو در رو با دیگران شکست می‌خورید؟
۱/۰۴	۱/۱۳	۵. چند وقت یکبار به دلیل استفاده از اینترنت نسبت به وقایع اجتماعی اطراف خود بی‌توجه می‌شوید؟
۰/۸۹	۰/۷۸	۶. چند وقت یکبار به دلیل استفاده از اینترنت روابط آنلاین (رو در رو) شما آسیب می‌بیند؟
۱/۲۵	۲/۳۳	۷. چند وقت یکبار در صورت عدم دسترسی به اینترنت احساس بی‌قراری می‌کنید؟
۱/۲۳	۱/۵۶	۸. چند وقت یکبار به دلیل عدم دسترسی به اینترنت احساس خشم می‌کنید؟
۱/۲۴	۱/۴۱	۹. چند وقت یکبار به دلیل عدم دسترسی به اینترنت احساس مضطرب بودن می‌کنید؟
۱/۲۰	۱/۰۷	۱۰. چند وقت یکبار وقتی که به اینترنت دسترسی ندارید، احساس می‌کنید آسیب‌پذیر شده‌اید؟
۱/۱۶	۱/۲۳	۱۱. چند وقت یکبار به دلیل عدم استفاده از اینترنت احساس تنهایی و گوشه‌گیری می‌کنید؟
۱/۱۶	۲/۱۳	۱۲. چند وقت یکبار استفاده از اینترنت را در صدر فعالیت‌های مهم روزانه خود قرار می‌دهید؟
۱/۰۳	۱/۶۴	۱۳. چند وقت یکبار به دلیل استفاده از اینترنت (به دلیل آن لاین ماندن) از انجام فعالیت‌های دیگر اجتناب می‌کنید؟
۱/۰۶	۱/۳۶	۱۴. چند وقت یکبار به دلیل استفاده از اینترنت، مسئولیت‌های خود را فراموش می‌کنید؟
۰/۹۹	۱/۰۶	۱۵. چند وقت یکبار انگیزه خود را برای انجام کارهایی که نیاز به استفاده از اینترنت ندارد از دست می‌دهید؟
۱/۲۷	۱/۶۹	۱۶. چند وقت یکبار به دلیل استفاده از اینترنت شبانه از خواب خود می‌زنید؟
۱/۱۷	۱/۲۶	۱۷. چند وقت یکبار به دلیل استفاده از اینترنت عملکرد تحصیلی شما افت می‌کند؟
۱/۱۲	۱/۹۳	۱۸. چند وقت یکبار احساس می‌کنید که به طور افراطی از اینترنت استفاده می‌کنید؟



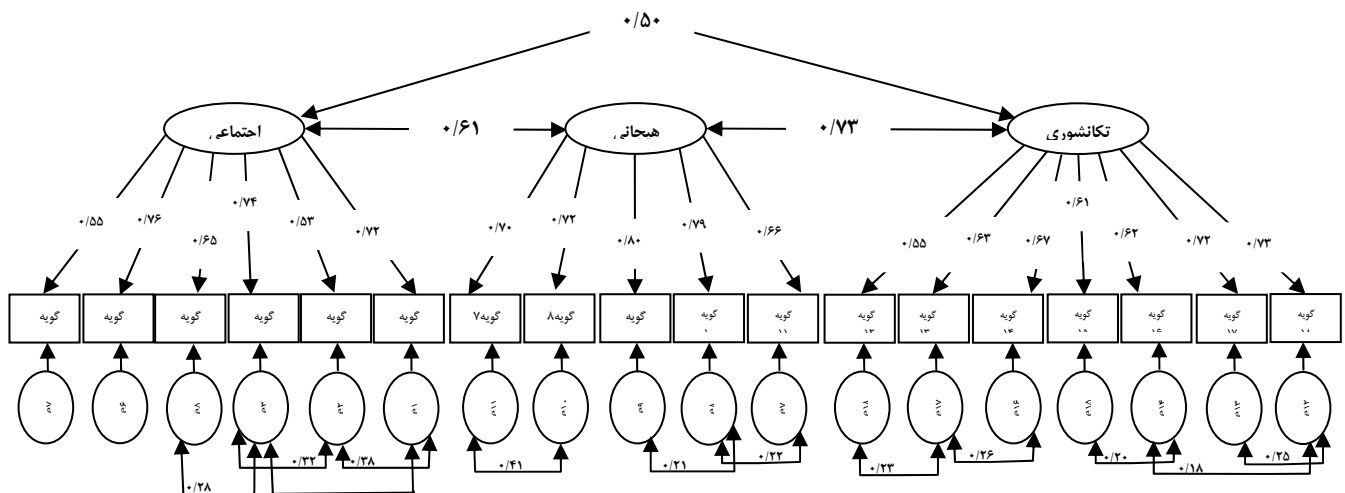
شکل ۱: ساختار سه عاملی PRIUSS قبل از اصلاح الگو در نمونه دانشجویان ایرانی

و (۴ و ۵)، (۴ و ۳)، در عامل مکنون آسیب هیجانی با ایجاد کواریانس بین مقادیر خطای گویه‌های (۱۱ و ۱۰)، (۹ و ۱۰) و (۸ و ۷) و در عامل مکنون استفاده تکنشورانه از اینترنت با ایجاد کواریانس بین مقادیر خطای گویه‌های (۱۸ و ۱۷)، (۱۸ و ۱۶)، (۱۶ و ۱۵)، (۱۴ و ۱۳) و (۱۳ و ۱۲) پس از کاهش دوازده واحد در درجه آزادی الگوی اصلاح شده، مقدار ۱۰۹/۲۱ واحد از ارزش عددی مقدار  $\chi^2$  دو در این الگو کم شد. شکل ۲ ساختار مکنون PRIUSS را برای دانشجویان پس از ایجاد کواریانس بین مقادیر خطای گویه‌ها در عوامل مختلف نشان می‌دهد. برای الگوی اصلاح شده، مقادیر شاخص‌های نیکویی برازش شامل شاخص مجذور  $\chi^2$  (df)، شاخص مجذور  $\chi^2$  بر درجه آزادی (CFI)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) به ترتیب برابر با ۲۵۲/۲۶، ۲/۰۵، ۰/۹۴، ۰/۹۲، ۰/۹۰، ۰/۶۷ به دست آمد. ارزش عددی مقادیر شاخص‌های نیکویی برازش الگوی اندازه‌گیری اصلاح شده، برازش مطلوب الگوی مفروض سه عاملی PRIUSS را با داده‌ها نشان می‌دهد (جدول ۲).

نتایج مربوط به شاخص‌های برازش ساختار سه عاملی PRIUSS در نمونه دانشجویان ایرانی برای هر یک از شاخص‌های پیشنهادی [۲۸] شامل شاخص مجذور  $\chi^2$  (df)، درجه آزادی، شاخص مجذور  $\chi^2$  بر درجه آزادی (CFI)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) به ترتیب برابر با ۳۶۱/۶۴، ۱۳۲، ۲/۷۴، ۰/۸۶، ۰/۸۵، ۰/۸۲ و ۰/۰۸ به دست آمد (جدول ۲).

بر اساس منطق پیشنهادی [۲۸] برای تعیین برازش الگو با داده‌ها بر اساس شاخص‌های پیش گفته، ارزش عددی بالاتر از ۲ برای شاخص مجذور  $\chi^2$  بر درجه آزادی خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) و ارزش عددی کمتر از ۰/۹۰ برای شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI) و شاخص برازش تطبیقی (CFI)، با هدف کمک به بهبود برازندگی الگو، ضرورت اصلاح الگو را نشان می‌دهد.

آزمون برازندگی الگو با داده‌ها با استفاده از انتخاب اصلاح الگو نشان داد که عامل مکنون آسیب اجتماعی با ایجاد کواریانس بین مقادیر خطای گویه‌های (۶ و ۵)،



شکل ۲. ساختار سه عاملی PRIUSS پس از اصلاح الگو در نمونه دانشجویان ایرانی

جدول ۲: شاخص‌های برازش الگوهای سه عاملی PRIUSS قبل از اصلاح و پس از اصلاح

الگو	$\chi^2$	df	df/ $\chi^2$	CFI	GFI	AGFI	RMSEA
قبل از اصلاح	۳۶۱/۶۴	۱۳۲	۲/۷۴	۰/۸۶	۰/۸۵	۰/۸۲	۰/۰۸
پس از اصلاح	۲۵۲/۲۶	۲۹۸	۲/۰۵	۰/۹۴	۰/۹۲	۰/۹۰	۰/۰۶۷

## بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف آزمون ساختار عاملی نسخه فارسی مقیاس غربالگری استفاده پرخطر و مشکل آفرین از اینترنت در گروهی از دانشجویان ایرانی انجام شد. در مطالعه حاضر نتایج تحلیل عاملی تاییدی PRIUSS همسو با مطالعه [۱۴] از ساختار سه عاملی PRIUSS شامل آسیب اجتماعی، آسیب هیجانی و استفاده تکانشورانه از اینترنت به طور تجربی حمایت کرد. علاوه بر این، در مطالعه حاضر همسو با مطالعه [۱۴] مقادیر عددی ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های PRIUSS شواهد قابل دفاعی در حمایت از پایداری PRIUSS ارائه کردند.

تشابه ساختار عاملی نسخه فارسی PRIUSS در گروه دانشجویان ایرانی با نسخه آمریکایی مقیاس غربالگری استفاده پرخطر و مشکل آفرین از اینترنت، ضمن تاکید بر قابلیت کاربردپذیری منطق نظری زیربنایی PRIUSS در دو گروه نمونه، نشان می‌دهد که ساختار زیربنایی اصلی و سازوکارهای علی نظری تبیین‌کننده نشانه‌های استفاده پرخطر و مشکل آفرین از اینترنت، از اصول کلی مشابه‌ای پیروی می‌کند. به بیان دیگر، نتایج پژوهش حاضر تاکید می‌کند که از لحاظ ساختاری، الگوی پیشنهادی در بین زیرگروه‌های مختلف از توان لازم برای توصیف و تبیین ویژگی‌های استفاده پرخطر از اینترنت برخوردار است.

با وجود آنکه، نتایج تحلیل عاملی تاییدی، الگوی سه عاملی نسخه فارسی PRIUSS را تایید کردند، یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که در نمونه منتخب، اعمال برخی اصلاحات، سطح برازندگی الگوی مفروض با داده‌ها را بهبود بخشید. بر این اساس، در مطالعه حاضر،

از طریق ایجاد کواریانس بین باقیمانده‌های خطا برای برخی گویه‌ها در مقیاس‌های سه‌گانه، شاخص‌های نیکویی برازش در نمونه دانشجویان ایرانی بهبود یافتند. کواریانس بین باقیمانده‌های خطا به طور تجربی نشان می‌دهد که همپوشانی بین هر زوج گویه در پاسخ‌دهی، از توان تبیینی عوامل زیربنایی سه‌گانه آسیب اجتماعی، آسیب هیجانی و استفاده تکانشورانه از اینترنت فراتر است. به بیان دیگر، علاوه بر این، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میزان برازندگی مدل مفروض با داده‌ها پس از اصلاح به مقدار قابل ملاحظه‌ای افزایش یافت. به بیان دیگر، بازتعریف گام تعیین مدل مفروض با افزایش در سطح برازندگی مدل با داده‌ها همراه شد. نتایج مطالعه حاضر در این بخش نشان داد که با افزودن برخی مسیرهای جدید در مدل پیشنهادی، ظرفیت تطبیق‌یافتگی مدل مفروض با داده‌های جمع‌آوری شده بهبود یافت. بر این اساس، در مطالعه حاضر، ایجاد کواریانس بین برخی باقیمانده‌های خطا در متغیرهای مکنون مختلف نشان می‌دهد که تمام پراکندگی قابل مشاهده در نشانگرهای انتخاب شده در مدل مفروض، از طریق عوامل زیربنایی فهرست شده در این مدل قابل تبیین نیست. بنابراین، پس از ایجاد کواریانس بین باقیمانده‌های خطا برای عامل‌های مختلف به دلیل افزایش توان تفسیری مدل پیشنهادی و کاهش میزان نابسندگی مدل در پیش‌بینی پراکندگی بین مقادیر متناسب به متغیرهای مشاهده شده مختلف، میزان برازندگی مدل با داده‌ها افزایش یافت.

یافته‌های پژوهش حاضر باید در بافت محدودیت‌های آن تفسیر و تعمیم داده شود. اول، با توجه به این که مشارکت کنندگان به شیوه در دسترس انتخاب شده‌اند،

توان تفسیری مکفی برای تعیین مشخصه‌های رفتار استفاده مشکل‌آفرین از اینترنت در گروه‌های مختلف برخوردار است. البته، به منظور دستیابی به پیشرفت‌هایی در زمینه استفاده از PRIUSS به صورت ابزاری برای شناسایی و مداخله در این قلمرو مطالعاتی - به مثابه یک موضوع رو به رشد تهدید کننده سلامت نسل جوان - مطالعات بیشتری با هدف تحلیل روان‌سنجی PRIUSS مورد نیاز است.

### منابع

- 1-Lau, W. W. F., & Yuen, A. H. K. (2013). Adolescents' risky online behaviors: The influence of gender, religion, and parenting style. *Computers in Human Behavior*, 29 (6), 2690-2696.
- 2- Dick, D., Pagan, J., & Holliday, C. (2007). Gender differences in friends' influences on adolescent drinking: A genetic epidemiological study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 31(12), 2012-2019.
- 3- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. S., Chen, C. C., & Yen, C. F. (2008). Psychiatric comorbidity of internet addiction in college students: An interview study. *CNS Spectrums*, 13(2), 147-153.
- ۴- داودی، ایران؛ عشرتی، طیبه؛ زرگر، یداله؛ شیخ شسانی، اسماعیل (۱۳۹۳). بررسی روابط ساختاری برخی از عوامل روان‌شناختی خطرزا و محافظت کننده آمادگی اعتیاد. *دوفصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. سال ۲۱، شماره ۱۰، ص ۹۹.
- 5- Fisoun, V., Floros, G., Siomos, K., Geroukalis, D., & Navridis, K. (2012). Internet addiction as an important predictor in early detection of adolescent drug use experience - implications for research and practice. *Journal of Addiction Medicine*, 6(1), 77-84.

منتخب فقط به گروه دانشجویان محدود شدند، بنابراین تعمیم یافته‌های مطالعه حاضر به گروه‌های نوجوانان و جوانان غیردانشجو با محدودیت همراه است. بنابراین، توصیه می‌شود که در مطالعات بعدی ساختار عاملی PRIUSS در گروه‌های دیگری از جوانان و نوجوانان ایرانی انجام شود. سوم، در تحلیل روان‌سنجی PRIUSS محقق فقط بر اندازه‌های به دست آمده از روایی عاملی PRIUSS تمرکز کرده است. بنابراین، در مطالعات بعدی گزارش نتایج حاصل از روش‌های دیگر مانند روایی پیش‌بین و روایی همزمان ضرورت دارند. چهارم، مقیاس غربالگری استفاده پرخطر و مشکل‌آفرین از اینترنت با هدف سنجش و شناسایی رفتارهای پرخطر مربوط به استفاده از اینترنت توسعه یافته است. اگر چه سازه‌هایی مانند استفاده مشکل‌آفرین از تلفن و بازی‌های ویدیویی از لحاظ مفهومی مشابه‌اند، اما درک روایی PRIUSS پس از شمول قلمروهای محتوایی جدید نیازمند مطالعات دیگری است. علاوه بر این، در مطالعه حاضر هر گونه استفاده از اینترنت در قالب یک موضوع کلی استفاده از اینترنت مورد توجه قرار می‌گیرد. بنابراین، مدل نظری زیربنایی PRIUSS برای استفاده از فضای اینترنت، نمایش برخی رفتارهای اعتیادی<sup>۱</sup> مانند هرزه‌نگاری اینترنتی<sup>۲</sup>، قماربازی<sup>۳</sup> و خرید<sup>۴</sup> را شامل نمی‌شود.

در مجموع، PRIUSS - به مثابه ابزاری ۱۸ ماده‌ای و مشتمل بر سه زیرمقیاس آسیب اجتماعی، آسیب هیجانی و استفاده تکانشورانه از اینترنت - به دلیل برخورداری از بنیان نظری مشخص و ویژگی‌های فنی مورد انتظار در قلمرو مطالعاتی غربالگری رفتار استفاده پرخطر از اینترنت، ابزار سنجش مناسبی محسوب می‌شود. به بیان دیگر، نتایج مطالعه حاضر از طریق بازتکرار ساختار سه-عاملی PRIUSS در نمونه دانشجویان ایرانی نشان می‌دهد که قلمروهای محتوایی منتخب برای توصیف چارچوب مفهومی زیربنایی پدیده استفاده پرخطر از اینترنت از

1. addictive behaviors  
2. pornography  
3. gambling  
4. shopping

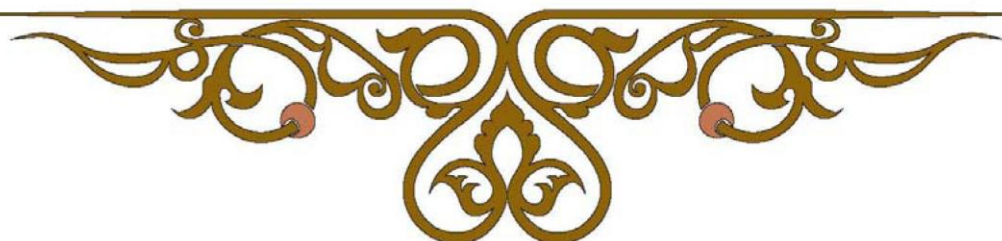


- 16- Moreno, M. A., Egan, K. G., Young, H. N., & Cox, E. D. (2013). Internet safety education for youth: Stakeholder perspectives. *BMC Public Health*, 13(543).
- 17- Caplan, S. E. (2002). Problematic internet use and psychosocial well-being: Development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in Human Behavior*, 18(5), 553–575.
- 18- Davis, R. A., Flett, G. L., & Besser, A. (2002). Validation of a new scale for measuring problematic internet use: Implications for pre-employment screening. *CyberPsychology & Behavior*, 5(4), 331–345.
- 19- Moreno, M. A., Jelenchick, L. A., & Christakis, D. A. (2012). Problematic internet use among older adolescents: A conceptual framework. *Computers in Human Behavior*, 29(4), 1879–1887.
- 20- Trochim, W., & Kane, M. (2005). Concept mapping: An introduction to structured conceptualization in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(3), 187–191.
- 21- Koul, R., Clariana, R. B., Jitgarun, K., & Songsriwittaya, A. (2009). The influence of achievement goal orientation on plagiarism. *Learning and Individual Differences*, 19, 506–512.
- 22- Liu, C., Ang, R. P., & Lwin, M. O. (2013). Cognitive, personality, and social factors associated with adolescents' online personal information disclosure. *Journal of Adolescence*, 36, 629–638.
- 23- Ang, R. A., Chong, W. H., Chye, S., & Huan, V. S. (2012). Loneliness and generalized problematic Internet use: Parents' perceived knowledge of adolescents' online activities as a moderator. *Computers in Human Behavior*, 28 (4), 1342-1347.
- 24- Sasson, H., & Mesch, G. (2014). Parental mediation, peer norms and risky online behavior among Adolescents. *Computers in Human Behavior*, 33, 32–38.
- 25- Blackhart, G. C., Fitzpatrick, J., & Williamson, J. (2014). Dispositional factors predicting use of online dating sites and behaviors related to online dating. *Computers in Human Behavior*, 33, 113-118.
- 6- Huang, G. C., Unger, J. B., Soto, D., Fujimoto, K., Pentz, M. A., Jordan-Marsh, M., & Valente, T. W. (2014). Peer influences: The impact of online and offline friendship networks on adolescent smoking and alcohol use. *Journal of Adolescent Health*, 54, 508-514.
- 7- Carpenter, C., Dobkin, C., 2011. The minimum legal drinking age and public health. *Journal of Economics Perspectives* 25, 133–156.
- 8- Carrell, S., Hoekstra, M., West, J., 2011. Does drinking impair college performance evidence from a regression discontinuity approach. *Journal of Public Economics* 95, 54–62.
- 9- Anderson, K. J. (2001). Internet use among college students: An exploratory study. *Journal of American College Health*, 50(1), 21–26.
- 10- Lavin, M. J., Yuen, C. N., Weinman, M., & Kozak, K. (2004). Internet dependence in the collegiate population: The role of shyness. *CyberPsychology & Behavior*, 7(4), 379–383.
- 11- Christakis, D. A., Moreno, M. M., Jelenchick, L., Myaing, M. T., & Zhou, C. (2011). Problematic internet usage in US college students: A pilot study. *BMC Medicine*, 9(1), 77.
- 12- Liu, T. C., Desai, R. A., Krishnan-Sarin, S., Cavallo, D. A., & Potenza, M. N. (2011). Problematic internet use and health in adolescents: Data from a high school survey in Connecticut. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(6), 836–845.
- 13- Moreno, M. A., Jelenchick, L. A., Young, H., Cox, E., & Christakis, D. A. (2011). Problematic internet use among us youth: a systematic review. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(9), 797–805.
- 14- Jelenchick, L. A., Eickhoff, J., Christakis, D. A. Brown, R. L., Zhang, C., Benson, M., Moreno, A. (2014). The Problematic and Risky Internet Use Screening Scale (PRIUSS) for adolescents and young adults: Scale development and refinement. *Computers in Human Behavior*, 35, 171–178.
- 15- Meerkerk, G. J., Van Den Eijnden, R., Vermulst, A. A., & Garretsen, H. F. L. (2009). The compulsive internet use scale (CIUS): Some psychometric properties. *CyberPsychology & Behavior*, 12(1), 1–6.

- 28- Hu, L.-T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- 26- Jones, S., Johnson-Yale, C., Millermaier, S., & Pérez, F. S. (2009). U.S. college students' Internet use: Race, gender and digital divides. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 14(2), 244–264.
- 27- Marsella, A. J. & Leong, F. T. L. (1995). Cross-cultural issues in personality and career assessment. *Journal of Career Assessment*, 3, 202–218.



**فرهنگ و دانش گستری**  
**در روان شناسی بالینی و شخصیت**





# طراحی مقدماتی مدل حیا مبتنی بر برداشت از آیات قرآن و مقایسه آن با روان‌شناسی شرم

نویسندگان: صدیقه اسدیان<sup>۱</sup>، ثریا قطبی<sup>۲\*</sup> و محمدرضا شعیری<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد دانشگاه شاهد

۲. استادیار گروه علوم قرآن و حدیث دانشگاه شاهد

۳. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه شاهد

\*Email: sghotbi@shahed.ac.ir

## چکیده

هدف اساسی تحقیق حاضر تعیین مفهوم و ابعاد حیا در قرآن با نیم‌نگاهی به روانشناسی شرم و نیز دستیابی به مدل مقدماتی حیا مبتنی بر برداشت از آیات قرآن بوده است. پژوهش حاضر پیرو طرحی توصیفی از نوع کتابخانه‌ای - اسنادی است بدین خاطر در آغاز مبتنی بر واژه شناسی حیا، تمام آیات مرتبط در قرآن، مورد بررسی قرار گرفت سپس مدل مقدماتی بر اساس برداشت از آیات قرآن ترسیم گردید یافته‌های پژوهش بیانگر نکات ذیل بوده است: (۱) واژه «حیا» در قرآن دقیقاً به همین شکل نیامده است اما «استحیاء» از ریشه «ح ی ی» به صورت‌های مختلف ۱۰ بار به کار رفته است (۲) حیا به عنوان یک ویژگی بنیادین در دو گستره مطرح است صفتی است که از یک سو با معیارهای الهی و از سوی دیگر با عقل و معیارهای درونی شده الهی در تماس است این ویژگی محافظ نفس است و با توجه به دو عامل جنسیت و شرایط، می‌تواند بر اساس روش‌های متعددی در گستره بدن و رفتار خود را آشکار سازد (۳) شباهت مهم دو سازه حیا و شرم در آن است که بنیادی‌تر از بسیاری از رفتارهای دیگر تلقی می‌شوند تمایز اساسی عبارت است از این که معیارهای بنیادین مورد اشاره در حیا به معیارهای دینی باز می‌گردد در حالی که در روان‌شناسی شرم این معیارها از شرایط فرهنگی اجتماعی اخذ می‌شوند (۴) مدل مقدماتی حیا مبتنی بر برداشت از آیات قرآن، حیا را به عنوان ویژگی بنیادین محافظت از نفس بر اساس نظارت خداوند، با توجه به شرایط فردی و اجتماعی، در گستره بدن و روان مطرح می‌سازد

کلید واژه‌ها: قرآن، اخلاق، حیا، روانشناسی، شرم

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

داشور

و هتار

• دریافت مقاله: ۹۳/۱۰/۶

• پذیرش مقاله: ۹۴/۲/۲۲

Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer  
2015

Clinical Psy. & Personality

پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیست و دوم - دوره

جدید شماره ۱۲

بهار و تابستان ۱۳۹۴

## مقدمه

چرا در نگاه پیامبر(ص) حیا، خلق و خوی اسلام [۱] و یا به دیگر سخن همه ی دین است [۲] و از چه روی امام کاظم (ع) فشرده سخن پیامبران را در این جمله محصور می کند که هر گاه حیا نداشتی هر کاری می خواهی انجام بده [۳] و به چه سبب امام علی (ع) «حیا را وسیله رسیدن به هر زیبایی و نیکی می داند» [۴] این تأکیدات همه نشان از اهمیت حیا در رفتار آدمی است. به منظور دریافت معنای حیا لازم است تا ابتدا این واژه در کتب لغت مورد بررسی قرار گیرد. حیا از ریشه «ح ی ی» در ابتدا به پشت حیوانات ماده سم دار و نیز فرج کنیز و شتر گفته می شد «الحياء اسمٌ للدُّبُرِ مِنْ كُلِّ أُنْثَى مِنَ الظَّلْفِ وَالْخُفِّ» و «الحياء فَرْجُ الْجَارِيَةِ وَ النَّاقَةِ» [۵] سپس این مفهوم گسترش یافت و به معنای تغییر و انکسار درونی [۶]، حشمت [۷] و انقباض نفس از انجام کارهای قبیح و ترک آن به جهت زشتی عمل [۸] بکار رفت تعبیر "مخالفة الذم" در عبارت «الحياء هو الانقباض و الانزواء عن القبيح مخالفة الذم» از سوی طریحی [۹] نشان می دهد که انقباض و دوری از انجام کار زشت به جهت ترس از مذمت است در تعریف یاد شده دو عنصر فاصله گرفتن از کار زشت و نگاه ویژه دیگران به چشم می خورد توجه به متون اخلاقی و عرفانی در مورد حیا، بیانگر ویژگی های یاد شده است رازی حیا را نوعی انقباض نفسانی از ارتکاب امور ناپسند می داند که منشأ آن ترس از سرزنش است [۱۰] عبارت "الحياء لا يكون إلا في القبائح الشرعية أو العقلية أو العرفية" از نراقی [۱۱] نشان می دهد گستره حیا به گونه ای است که علاوه بر اجتناب از گناهان شرعی پرهیز از آنچه که عقل و عرف ناپسند می دارند را هم شامل می شود صفاتی چون وقاحت [۱۲] و بی مبالاتی در ارتکاب محرمات شرعی و زشتی های عقلی و عرفی، بد زبانی [۱۳] و پرده دری [۳] با واژه ی حیا تقابل معنایی دارند همچنین واژه «خُلَع» به معنای کندن لباس به طور مجاز با واژه «حیا» در تضاد است [۱۳]

حیا موهبت الهی است و آشکار شدن آن در اوان طفولیت نشان از ظهور نور عقل در انسان دارد [۱۴] شاید به همین جهت باشد که پیامبر (ص) حیا را دو چشم برای عقل برمی شمرد [۳] بر اساس متون روایی برخی عوامل شناختی از جمله آگاهی از نزدیک بودن خداوند به بندگان باعث بروز خصلت حیا می شود روایت امام سجاد (ع) «اسْتَحْيِ مِنْهُ لِقُرْبِهِ مِنْكَ» [۳] بخوبی نشان می دهد که آن حضرت نزدیکی خداوند به بنده را عامل حیای انسان بشمار آورده اند در کنار این عامل، آگاهی از نظارت خداوند بر اعمال بشر باعث نشأت حیا می گردد روایت امام صادق (ع) «عَلِمْتُ أَنَّ اللَّهَ عَزَّ وَ جَلَّ مُطَّلِعٌ عَلَيَّ فَاسْتَحْيَيْتُ» [۳] به طور صریح تأکید می کند که آگاهی از ناظر بودن خداوند بر اعمال بندگان از عوامل بروز حیا است از این روی امام علی (ع) میان حیا، پرهیزکاری و دین ارتباط برقرار نموده و کم بودن حیا را موجب نقصان پرهیزکاری و دین ذکر می فرماید [۳] بررسی پیشینه ها در مورد حیا بیانگر دو دسته از آثار است: یکدسته فقط مروری بر مفهوم و دسته بندی حیا داشته اند و دسته ای دیگر مدعی پژوهش در گستره حیا در بعدی خاص هستند به عنوان مثال عمرو [۱۵] در اثر خود تحت عنوان "اخلاق المومن" بر اساس روایات اهل سنت، حیا را جزء ده صفت از صفات اخلاقی دانسته و بر این اساس به انواع حیا مانند حیای جنایت، تقصیر، بندگی و محبت اشاره کرده است حرزاده [۱۶] در اثر خود با عنوان "حیا، زیبایی بی پایان" ضمن بیان اهمیت حیا موضوع اکتسابی یا ذاتی بودن آن را مورد بررسی قرار داده و خجالت را بعد منفی حیا تلقی می کند که در نهایت منجر به محرومیت از حق می شود بانکی پورفرد [۱۷] در اثر خود با نام "حیا" به جلوه های حیا در اعضا و جوارح پرداخته و عوامل و موانع ظهور آن را مورد مذاقه قرار داده است پسندیده [۱۸] در کتاب خود با عنوان "پژوهشی در فرهنگ حیا" بدون پرداختن به بخش های نظری سعی نموده تا جنبه های مختلف حیا را با استفاده از آیات و روایات تبیین نماید

خواسته‌ها، احساس می‌کند [۲۳] معمولاً زمانی احساس شرم بوجود می‌آید که عمل ناشایستی انجام پذیرفته باشد عملی که ممکن است به نظر دیگران یا حتی صرفاً به نظر خود فرد ناشایست باشد [ونگ ۱ و تسای ۲، ۲۰۰۷ به نقل از تنها، رحمانی، نیک پور] [۲۴] روان‌شناسان معتقدند که احساس شرم و گناه در تعاملات بین فردی، وقتی به وجود می‌آید که شرایط زیر فراهم باشد: ۱ انجام دادن عملی احمقانه یا غیر اخلاقی؛ ۲ پی بردن دیگران به این که ما عمل مورد نظر را انجام داده ایم؛ ۳ تصدیق به بد بودن یا غیر اخلاقی بودن این عمل؛ ۴ سرزنش خودمان به دلیل، انجام دادن آن عمل طبق این برداشت عامل شرم و احساس گناه در تعامل با دیگران، انجام دادن رفتاری نادرست در حضور دیگران و ملامت شدن از سوی آنهاست [الیس ۳، ۱۳۸۴] [۲۵]

پرسش مهم اینست که مفهوم حیا در متون دینی با مفهوم شرم در روانشناسی دارای چه وجوه تمایز یا تشابهی هست؟ این پرسش نیاز به تحدید تلاش تطبیقی دارد تا امکان دقیق‌تر مقایسه فراهم گردد به نظر می‌رسد برخی نگاهی کلی به این مقایسه داشته‌اند مثلاً دولابی [۲۶] شرم را حالتی میداند که فرد به خاطر انجام عملی که ممکن است به نظر دیگران یا حتی صرفاً به نظر خود او ناشایست باشد اندوهی به قلبش می‌رسد، و این احساس در چهره‌ی او نمایان شده و باعث دگرگونی هیئت فرد می‌شود بنابراین شرم مربوط به بدن و نفس است اما حیا یک نوع خودداری و مانع شدن است که ریشه در اراده انسان دارد این است که حیا را به عنوان یک صفت ارزشی مطرح کرده‌اند بنابراین در این تحقیق ما خود را در گستره آیات قرآن و برداشت از آن محدود کرده ایم و با توجه به یافته‌های روانشناسی نوین، تمایزها و تشابهات را مورد کنکاش قرار داده ایم تا کنون این دو سازه در ایران به شکل متمایز مورد توجه قرار گرفته، اما کمتر به شکل پژوهشی و تطبیقی، مقایسه‌ای بین آنها صورت گرفته است. با توجه به اهمیت مفهوم شناسی حیا

سرور [۱۹] در پژوهشی بانام "مقتضی الحیاء" با بیان اینکه حیا از صفات پیامبران و برگزیدگان الهی است آیاتی چند از قرآن کریم درباره‌ی حیای بعضی از جوارح همچون چشم و زبان را بررسی نموده و نتیجه می‌گیرد که هر آنچه که برای برخورداری از صفت حیا لازم است در قرآن بیان شده است

امیری [۲۰] در نوشتاری با عنوان "شرم و حیا در دیدگاه قرآن و سنت" برخورداری از حیا را یک فرمان الهی دانسته و معتقد است آثار ارزشمند حیا زمانی پدیدار می‌شود که در نهاد خانواده و اجتماع فرهنگ‌سازی بوجود آید

ماهینی [۲۱] در پژوهشی با عنوان "مفهوم شناسی حیا و عفاف آسیب‌ها و راهکارها" ضمن بیان ارتباط تنگاتنگ بین حیا و عفاف نتیجه‌گیری نموده که جلوه‌ی حیا و عفاف در زنان بیش از مردان است

بیات زاده [۲۲] در پژوهش خود با عنوان "شرم و حیا از منظر قرآن حکیم و حدیث" پس از بیان جلوه‌های حیا در گفتار و رفتار نتیجه گرفته که ایمان و حیا با هم ارتباط تنگاتنگی داشته و از یکدیگر تفکیک پذیر نیستند

در مقالات و تحقیقات یادشده بیشتر به بیان اهمیت حیا و نشان دادن درجه فضیلت آن پرداخته شده است و به دلیل موضوع محور بودن و محدود نبودن جامعه تحقیق، جنبه روش‌شناختی و دستیابی به نتایج دچار نوسان است همچنین در بخش بررسی مفهوم حیا در قرآن، وجود استنادهای دقیق و معتبری در پیوند برخی موضوعات مطرح شده با حیا و تحلیل آیات دارای مشتقات حیا ضروری است از سوی دیگر واری‌ها می‌تواند با نتایج علوم دیگر که مدعی مفهوم‌سازی‌ها در مورد حیا هستند، مقایسه شود تا ابعاد دینی و فرهنگی و تمایزهای نظری و عملی آن هویدا گردد بدین خاطر در ادامه بحث نگاهی به مفهوم مشابه حیا در علم روانشناسی خواهیم داشت

در علم روانشناسی، شرم نزدیک‌ترین واژه به حیا است و عبارت است از هیجانی که معمولاً فرد هنگام ارزیابی توسط خود و یا دیگران و به هنگام سرپیچی یا ناتوانی در رسیدن به استانداردها و هنجارها و یا علایق و

1. Wong  
2. Tsai  
3. Ellis

### ابزار پژوهش

ابزارهای اصلی مورد استفاده در این پژوهش فیش های أخذ شده از منابع مورد بررسی، براساس جستجو در متن و رجوع به نمایه ها و جستجو از طریق نرم افزارهای مرتبط در منابع الکترونیکی و کتابخانه ای در نمونه های دینی و علمی تحقیق، بوده است

### شیوه تحلیل داده ها

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل یافته های بدست آمده، نخست از توصیف و طبقه بندی استفاده شده است این توصیف و طبقه بندی درمورد اطلاعات بدست آمده قرآن، انجام شده است سپس این توصیف و طبقه بندی براساس محتوای داده ها، متناسب با واحد تحلیل مضمون که واحدهای معنادار موجود در آیات قرآن بود، بر اساس مساله و اهداف تحقیق انجام شد و بر اساس محتوای مرتبط با موضوع، شباهت ها و تمایز های آن، طبقه بندی صورت گرفت

از طرف دیگر، محتوای بدست آمده از قرآن، با نتایج به دست آمده از علم روانشناسی درمورد شرم، به منظور دستیابی به تفاوتها و تشابهات مقایسه شد در مرحله نهایی به تحلیل کیفی و محتوایی نتایج پرداخته شد و جهت ترسیم طرحی مقدماتی، از پنجره رفتاری در مورد حیا، تلاش صورت گرفت.

### نتایج

هدف اساسی تحقیق حاضر «تعیین مفهوم و ابعاد حیا در قرآن با نیم نگاهی به روانشناسی شرم و دستیابی به مدل مقدماتی حیا با توجه به آیات قرآن» بوده است بدین خاطر در این قسمت به ارائه یافته های مربوط به حیا در قرآن کریم و مدل برداشت شده از آن پرداخته خواهد شد.

#### ۱- ماده ی حیا و مشتقات آن

واژه حیا در قرآن دقیقاً به همین شکل نیامده، اما مشتقات آن از مصدر «استحیاء» ده بار در آیات [ ۲۶ و ۴۹ بقره ، ۱۲۷ و ۱۴۱ اعراف ، ۶ ابراهیم ، ۴ و ۲۵ قصص ، ۲، بار در آیه ۵۳ احزاب و ۲۵ غافر] بکار رفته که با مفهوم

در متون دینی و مقایسه ی آن با مفهوم مترادفش در روانشناسی شرم و با توجه به تمهیدات یاد شده، و وجود تفاوتها و تشابهات و نوسانهای مفهومی در نگاه مرتبط با متون دینی و علم روان شناسی، در مورد حیا و شرم، مساله اساسی تحقیق حاضر در وهله نخست این است که مفهوم و ابعاد حیا در قرآن چیست و چگونه ترسیم شده است؟ دیگر اینکه آیا می توان از یک الگو یا مدل مقدماتی حیا مبتنی بر آیات قرآن سخن گفت؟ و اینکه تشابهات و تمایزات مفهومی و ابعادی حیا و شرم در قرآن با روانشناسی چه مواردی است؟

### روش

#### نوع پژوهش

تحقیق حاضر توصیفی و از نوع کتابخانه ای - اسنادی می باشد

#### جامعه و نمونه پژوهش

الف: جامعه ی تحقیق در بر گیرنده دو گروه است: ۱ متن آیات قرآن ۲ منابع معتبر روانشناسی  
ب: نمونه تحقیق:

ب-۱: نمونه تحقیق حاضر متناسب با جامعه ی مورد بررسی به شرح ذیل میباشد: ۱ آیات قرآن با بهره گیری از واژه شناسی حیا و مشتقات آن متکی بر برخی منابع تفسیری ۲ برخی از منابع معتبر روانشناسی ، بویژه پژوهش های ارائه شده در فاصله سالهای ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۳ به عنوان نمونه های پژوهشی در مورد روانشناسی شرم

ب-۲: شیوه نمونه گیری تحقیق: متناسب با جامعه مورد بررسی، نمونه گیری تحقیق حاضر نیز در دو گروه انجام شده است: ۱ قرآن: در این مورد شیوه نمونه گیری، شیوه سرشماری است یعنی تمامی آیات مرتبط با حیا و مشتقات آن مورد بررسی قرار گرفته است ۲ منابع روانشناسی: برخی از منابع معتبر و رایج در علم روانشناسی و مقالات علمی پژوهشی جدید در داخل و خارج از کشور مورد گزینش قرار گرفته است



بیان می‌دارد [۲۷]

فخر رازی با تاکید بر اینکه حیای خداوند تنزیه پروردگار از انجام دادن فعل قبیح است [۲۸] آغاز حیا را احساس سرشکستگی از انجام کار زشت و نتیجه آن را ترک فعل قبیح می‌داند از آنجا که انتقال از مبدأ [احساس سرشکستگی] به مقصد [ترک فعل قبیح] مستلزم تغییر در شرم‌کننده است و تغییر پذیری نیز از ویژگی‌های موجودات جسمانی است و خداوند از آن منزّه است، لذا انتساب صفت حیا به خداوند در واقع انتساب نتیجه آن به ذات پروردگار است بنا بر این حیای خداوند به این معناست که او از انجام دادن کار زشت منزّه می‌باشد [۲۸] از همین روی برخی مفسرین اظهار نموده‌اند که حیا، در بشر، تأثر و منفعل شدن از بدی، و درباره خداوند در اثر آن است، زیرا کسی که از عملی حیا کند خویشتن را از انجام آن عمل باز می‌دارد [۲۹]

ب ( یَسْتَحِي: نسبت دادن حیا به پیامبر (ص)  
ب-۱) آیه: خداوند در آیه ۵۳ احزاب می‌فرماید: «يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنَّ ذَلِكُمْ كَانَ يُؤْذِي النَّبِيَّ فَيَسْتَحِي مِنْكُمْ» «ای کسانی که ایمان آورده‌اید! این عمل، پیامبر (ص) را ناراحت می‌نماید، ولی از شما شرم می‌کند [و چیزی نمی‌گوید]»

ب-۲) توضیح: مفسران حیای پیامبر (ص) را سکوت برخاسته از حلم ایشان در برابر بی ادبی کسانی قلمداد کرده‌اند که با رفتار خویش موجب آزار آن حضرت شده بودند [۳۰] این عاشور با بیان اینکه آزاردهندگان گمان داشتند که اگر از سوی آن حضرت در نشستن طولانی مدت آنان محظوری وجود داشت، پیامبر (ص) ساکت نمی‌ماند و آنها را از چنین رفتاری باز می‌داشت، می‌گوید با توجه به جایگاه پیامبر (ص) و فراغت وی از شئون نبوت، سکوت وی به معنای رضایت ایشان نیست بلکه سکوت او از روی حیا بوده [۳۱] و به عبارت دیگر حیا مانع از آن می‌شود کم‌حیاپیشه بعضی کارها را انجام دهد [۳۲]

نکته حائز اهمیت در حیای پیامبر (ص) این است که آنچه پیامبر (ص) از آن حیا کرده، حق شخصی او در

«شرم داشتن» [چهار بار] و زنده نگه داشتن [شش بار] مرتبط است در مجموع ریشه ی «حیی» ۱۸۴ بار در قرآن کریم بکار رفته است در گام نخست، ابتدا مشتقات «حیا» مورد بررسی قرار خواهد گرفت و در ادامه جمع بندی آن خواهد آمد

الف ( لا يَسْتَحِي (۲ بار): نسبت دادن حیا به خداوند  
الف -۱) آیات: این مفهوم به صورت فعل منفی «لا يَسْتَحِي» در آیه ۲۶ بقره: «إِنَّ اللَّهَ لَا يَسْتَحِي أَنْ يَضْرِبَ مَثَلًا مَا بَعُوضَةٌ فَمَا فَوْقَهَا» «خداوند از اینکه مثال [به موجودات ظاهرا کوچکی مانند] پشه و حتی بالاتر از آن بزند شرم نمی‌کند» و نیز در آیه ۵۳ احزاب «وَاللَّهُ لَا يَسْتَحِي مِنَ الْحَقِّ» «و خداوند از [بیان] حق، شرم ندارد» بکار رفته که در هر دو مورد عدم استحیا به خداوند نسبت داده شده است

الف -۲) توضیح: دانشمندان لغت در بیان عدم استحیای خداوند اظهار داشته‌اند که پروردگار کامل مطلق است و دارای ضعف و عیبی نیست تا باعث شرم او گردد [۱۳] با توجه به سخن ابن منظور که واژه «تؤبّه» را مترادف با حیا از ریشه ی «وَأَب» به معنای عیب گرفت [۷] می‌توان تنزیه پروردگار از هرگونه نقص را عاملی جهت عدم استحیاء پروردگار دانست تعبیر مصطفوی «أَنَّ الْقَضَايَا تَابِعَةٌ لِلْوَاقِعِ وَالْحَقِيقَةُ لَا لِلْعَرَفِ الْعَامِّ وَ مَا يَتَصَوَّرُهُ النَّاسُ مِنْ دُونِ تَعَقُّلٍ وَ تَبَصُّرٍ» [۱۳] بیان‌کننده این حقیقت است که به رغم آنکه تنزیه پروردگار از هرگونه عیب و نقص عاملی جهت عدم استحیاء پروردگار بشمار می‌رود اما نمی‌توان تصورات نابخردانه و عوام‌گرایانه را عاملی برای وقوع شرم از جانب خداوند تلقی نمود

برخی از مفسران در نسبت دادن فعل حیا به خداوند، سعی داشته‌اند تا آیات یاد شده را به گونه ای تأویل نمایند به طور مثال طبرسی منظور از عدم حیای خداوند در آیه ۲۶ بقره را عدم ترس و انصراف خداوند از انجام دادن فعلی می‌داند که برخلاف نظر بندگان، فی نفسه زشت نیست [۲۷] همچنین وی مراد از عدم حیای خداوند در آیه ۵۳ احزاب را عدم انصراف خداوند از بیان حق

همچون گام برداشتن دختران طاهر فاضل عقیف هنگام ملاقات با مردان می‌داند اما با این حال از توجه به ویژگی‌هایی همچون عدم بذله‌گویی، تبرج، تفاخر و اغواگری در تعامل با مردان غفلت نمی‌ورزد [۳۷]

البته باید به این نکته توجه داشت که یکی از مهمترین موضوعات مرتبط با حیا مساله پوشش است عبارت «قد سترت وجهها بثوبها» از طبری نشان می‌دهد که حیای دختر شعیب(ع) به پوشاندن صورت با لباس ارتباط یافته است [۳۸] ابن عاشور در این باره می‌گوید اگر چه پوشاندن صورت بر دختر شعیب (ع) واجب نبوده ولی پوشش دادن صورت با لباس اشاره به شدت حیای او دارد [۳۱]

بر اساس آنچه گذشت روشن می‌شود که حیا از منظر مفسران حقیقی ذو وجوه است که دارای اشکال متعدد می‌باشد گاه با جایگاه و موقعیت افراد همچون شأن دختران خانه پیامبر، جایگاه زنان آزاد (در مقابل کنیز) و موقعیت دختران پاک و عقیف پیوند می‌خورد و گاه با ویژگی‌های گفتاری همچون عدم بذله‌گویی در تعاملات اجتماعی با مردان و گاه با ویژگی‌های رفتاری از جمله، عدم اغواگری، حفظ پوشش در تعامل با مردان، عدم سبکی در راه رفتن و عدم آشکار کردن زینت در ارتباط است

(د) مشتقات حیا با مفهوم زنده نگه داشتن مشتقات حیا در قرآن در شش جا با مفهوم «زنده نگه داشتن» ارتباط دارد در آیات «يُذَبِّحُونَ أَبْنَاءَكُمْ وَيَسْتَحْيُونَ نِسَاءَكُمْ» «پسران شما را سر می‌بریدند و زنان شما را [برای کنیزی] زنده نگه می‌داشتند» [بقره، ۴۹] - «وَسْتَحْيِي نِسَاءَهُمْ» «و زنانشان را [برای خدمت] زنده می‌گذاریم» [اعراف، ۱۲۷] - «يُقْتَلُونَ أَبْنَاءَكُمْ وَيَسْتَحْيُونَ نِسَاءَكُمْ» «پسران را می‌کشند، و زنان را [برای خدمتکاری] زنده می‌گذارند» [اعراف، ۱۴۱] - «يُذَبِّحُونَ أَبْنَاءَكُمْ وَيَسْتَحْيُونَ نِسَاءَكُمْ» «پسران شما را سر می‌بریدند و زنان شما را [برای خدمتکاری] زنده نگه می‌داشتند» [ابراهیم، ۶] - «يَسْتَحْيِي نِسَاءَهُمْ» «زنان آنها را زنده نگه داشت» [قصص، ۴] - «وَأَسْتَحْيُوا نِسَاءَهُمْ»

بیرون راندن کسانی بوده که به طور ناخوانده و بدون اجازه وارد منزل آن حضرت شده و در آنجا مانده بودند [۳۳] بنا بر این متعلق حیای پیامبر (ص) یک امر شخصی و خاص بوده [۳۱] که در این گونه موارد اصول اخلاقی ایجاب می‌کند که پیامبر (ص) خود شخصا از حق خویش دفاع نکند بلکه خداوند به دفاع از او پردازد [۳۴]

(ج) استَحْيَاء: حیا محافظ نفس (ج-۱) آیه: قرآن در آیه ی ۲۵ سوره ی قصص می‌فرماید: «فَجَاءَتْهُ إِحْدَاهُمَا تَمْشِي عَلَى اسْتِحْيَاءٍ قَالَتْ إِنَّ أَبِي يَدْعُوكَ» «پس ناگهان یکی از آن دو به سراغ او آمد در حالی که با حیا گام برمی‌داشت [و] گفت پدرم از تو دعوت می‌کند»

(ج-۲) توضیح: دانشمندان لغت استحياء را با حفظ نفس از ضعف و نقصان و دوری از هرگونه عیب و زشتی مرتبط می‌دانند تعبیر مصطفوی «و أمّا الاستحياء فمرجه إلى حفظ النفس عن الضعف و النقص، و البعد عن العيب و الشين و ما يسوءه» [۱۳] به خوبی نشان می‌دهد عنصر حیانت نفس و دوری از زشتی‌ها با موضوع حیا ارتباط تنگاتنگ دارد

اما در باره این پرسش که حیای دختر شعیب(ع) در راه رفتن به چه شکل بوده که در کلام خداوند از آن با تعبیر «تَمْشِي عَلَى اسْتِحْيَاءٍ» یاد شده، باید گفت که مفسران وجوه مختلفی را در کیفیت حیای دختر شعیب(ع) بیان نموده‌اند

مکارم شیرازی مراد از آن را آشکار بودن عفت و نجابت از طرز راه رفتن دختر شعیب (ع) می‌داند [۳۴] ابن عاشور می‌گوید مراد از اینکه دختر شعیب (ع) در راه رفتن حیا داشت آن است که سبک راه نمی‌رفت و در راه رفتن به سمت راست و چپ مایل نمی‌شد و زینت خود را آشکار نمی‌کرد [۳۱]

خطیب گام برداشتن دختر شعیب (ع) را همچون راه رفتن زنان عقیف و شایسته و در شأن دختران خانه پیامبر می‌داند [۳۵] و ابن کثیر آن را همچون راه رفتن زنان آزاد بیان می‌کند [۳۶]

سید قطب اگر چه راه رفتن دختر شعیب(ع) را

[غافر، ۲۵] «و زنانشان را [برای اسارت و خدمت] زنده بگذارید» که به دلیل متفاوت بودن با مساله پژوهش حاضر از بحث راجع به آن صرف نظر می شود

## ۲- الگوهای حیا در قرآن

در قرآن کریم حضرت آدم(ع) و حوا، موسی(ع)، یوسف(ع)، مریم(س)، دختر شعیب(ع)، ساره و ایوب(ع) به عنوان الگوهای حیا مطرح شده اند

### ۱) آدم(ع) و حوا

خداوند در سوره اعراف آیه ۲۲ به داستان حضرت آدم(ع) و حوا اشاره نموده و می فرماید: «فَلَمَّا ذَاقَا الشَّجَرَةَ بَدَتْ لَهُمَا سَوْآتُهُمَا وَ طَفِقَا يَخْصِفَانِ عَلَيْهِمَا مِنْ وَرَقِ الْجَنَّةِ» (اعراف، ۲۲) «و هنگامی که از آن درخت چشیدند، اندامشان [عورتشان] بر آنها آشکار شد و شروع کردند به قرار دادن برگهای (درختان) بهشتی بر خود، تا آن را بپوشانند»

باید اذعان داشت که حیای آدم(ع) و حوا یکی از مهمترین الگوهای حیا در گستره پوشش است از اینرو خطیب آن را لباس انسانیت بر شمرده و می گوید خداوند بشر را با صفت حیا آراست و اول چیزی که از صفات انسانیت بر آدم(ع) و حوا آشکار شد ستر عورت با برگ های درخت بود [۳۵]

سخن ابوزهو در تفسیر آیه ۲۲ از سوره اعراف حاکی از فطری بودن حیا و رساندن این ندا به همه فرزندان آدم است آنچه که تعبیر «إلى ذلك الحياء الفطري» به صراحت بر آن تصریح می کند [۳۹]

### ۲) حضرت موسی(ع)

حضرت موسی(ع) به عنوان پیامبر الهی مصداق کمال و الگوی حیا است طبرسی در تفسیر آیه ی ۲۵ سوره ی قصص گفته است که یکی از دختران شعیب(ع) پیش موسی(ع) برگشت [وسفارش پدر را گفت] موسی(ع) در پی دختر براه افتاد، در بین راه متوجه شد که باد لباس دختر را به بدنش می چسباند و اندام او را نمایان می سازد [از آن جا که عصمت و عفت موسی(ع) اجازه دیدن چنین منظره‌ای را نمی داد] به دختر گفت: تو از پشت سر

من بیا و با گفتارت مرا راهنمایی کن [۲۷] نکته حائز اهمیت در موضوع حیای موسی(ع) آن است که هرچند حیا به لحاظ نظری معلول باورها و ارزش ها است و در وجود فرد به عنوان یک نظام معنایی پایدار گردیده است اما در برگیرنده مجموعه رفتارهای قابل مشاهده ای است که در عرصه زندگی فردی و اجتماعی نمود می یابد [۴۰] از جمله نمود های حیا در زندگی موسی(ع) آن است که رسول خدا (ص) درباره ایشان فرموده است «إِنَّ مُوسَى كَانَ رَجُلًا حَيًّا سَتِيرًا لَا يَكَادُ يُرَى مِنْ جِلْدِهِ شَيْءٌ اسْتَحْيَاءَ مِنْهُ» [۳۸] «موسی(ع) مردی با حیا پوشیده بود که به دلیل حیایش هیچ نقطه از بدن وی دیده نشد» همچنین سخن آن حضرت که با وجود آنکه بنی اسرائیل هنگام شستشو عریان بودند اما موسی(ع) با حیا بود و هنگام شستشو پوشیده بود [۳۸] نشان می دهد که موسی(ع) به عنوان الگوی حیا هرگز تحت تاثیر رفتارهای نابخردانه و عوام گرایانه قوم خود قرار نگرفته و همواره شیوه رفتاری متناسب با حیا را اتخاذ می نمود فرموده رسول خدا(ص) «إِنَّ مُوسَى بْنَ عِمْرَانَ كَانَ إِذَا أَرَادَ أَنْ يَدْخُلَ الْمَاءَ لَمْ يَلْقَ ثَوْبَهُ حَتَّى يُوَارِيَ عَوْرَتَهُ فِي الْمَاءِ» [۴۱] موسی(ع) هر گاه می خواست وارد آب شود، لباس [زیرین] از تن در نمی آورد تا این که عورت او در آب پنهان شود» نیز مویدی بر این مدعا است

با وجود آنکه توجه به حیا و تاسی به رفتار معصومین(ع) ضرورتی اجتناب ناپذیر در تعاملات اجتماعی است ولی با این حال باید اذعان داشت که قوم موسی(ع) نه تنها به رفتار پیامبر خود توجه نکردند بلکه او را به بیماری متهم نمودند در تفاسیر شیعه و اهل سنت آمده است که به علت آنکه موسی(ع) بر پوشیدگی خود بسیار محافظت می کرد، قوم او گمان بردند وی بیمار است و به جهت وجود نقص در جسم نظیر پستی و جذام، خویشتن را از آنان می پوشاند [۲۷] زیرا او همواره شستشوی بدن را در مکانی انجام می داد که احدی او را نبیند [۴۲] تا آنکه روزی قوم موسی(ع) هنگامی که وی برای شستشو [به کنار نهری] رفت و جامه خود را روی سنگی قرار داد و سنگ جامه اش را برد و عریان به دنبال

آن رفت، موسی(ع) را مانند بهترین مردان دیدند [۲۶]

۳- حضرت یوسف(ع)

حضرت یوسف(ع) از دیگر الگوهای حیا در قرآن است زمانی که همسر عزیز مصر علت زندانی نمودن یوسف(ع) را تقاضای نامشروع و مراوده با او می‌داند، یوسف(ع) خطاب به خداوند می‌فرماید: « قَالَ رَبِّ السُّجْنُ أَحَبُّ إِلَيَّ مِمَّا يَدْعُونِي إِلَيْهِ وَإِلَّا تَصْرِفْ عَنِّي كَيْدَهُنَّ أَصْبَبُ إِلَيْهِنَّ وَ أَكُنْ مِنَ الْجَاهِلِينَ [يوسف، ۳۳] » [یوسف] گفت: «پروردگارا زندان نزد من محبوبتر است از آنچه اینها مرا بسوی آن فرا می‌خوانند و اگر نیرنگ آنها را از من باز نگردانی، بسوی آنان متمایل خواهم شد و از جاهلان خواهم بود»

آنچه باعث شده تا یوسف(ع) در چنین شدتی باعزم و شجاعت رو به آسمان کرده و پروردگارش را فرا خواند، نور ایمان، عفت و تقوایی بوده که در قلب یوسف(ع) وجود داشته [۳۴] یعنی همان چیزی که بنا به گفته ابن کثیر در رویت یوسف(ع) از سوی زنان مصر مشهود بوده [۳۶] و ایشان از خداوند خواست تا او را بر این ویژگی پایدار گرداند [۴۳]

۴- حضرت مریم (س)

یکی دیگر از مهمترین الگوهای حیا، حضرت مریم (س) است خداوند در سوره مریم در آیه ۱۶ تا ۲۰ می‌فرماید: «وَاذْكُرْ فِي الْكِتَابِ مَرْيَمَ إِذِ اتَّيَدَّتْ مِنْ أٰهْلِهَا مَكَانًا شَرْقِيًّا \* فَاتَّخَذَتْ مِنْ دُونِهِمْ حِجَابًا فَأَرْسَلْنَا إِلَيْهَا رُوحَنَا فَتَمَثَّلَ لَهَا بَشَرًا سَوِيًّا \* قَالَتْ إِنِّي أَعُوذُ بِالرَّحْمٰنِ مِنْكَ إِن كُنْتَ تَقِيًّا \* قَالَ إِنَّمَا أَنَا رَسُولُ رَبِّكِ لِأَهَبَ لَكِ غُلَامًا زَكِيًّا \* قَالَتْ أَنَّى يَكُونُ لِي غُلَامٌ وَلَمْ يَمَسِّنِي بَشَرٌ وَلَمْ أَكُ بَغِيًّا »

«در این کتاب از مریم یاد آر، آن هنگام که از خانواده‌اش جدا شد و در ناحیه شرقی قرار گرفت پس حجابی میان خود و آنها افکند در این هنگام ما روح خود را به سوی او فرستادیم و او در شکل انسانی بی‌عیب و نقص بر وی ظاهر شد [مریم] گفت من به خدای رحمن از تو پناه می‌برم اگر پرهیزگار هستی او گفت من فرستاده پروردگار توام [آمده‌ام] تا پسر پاکیزه‌ای به تو ببخشم!

[مریم] گفت چگونه ممکن است فرزندی برای من باشد در حالی که تا کنون انسانی با من تماس نداشته، و زن آلوده‌ای هم نبوده‌ام؟!»

برخی مفسرین معتقدند آنچه باعث شد تا مریم (س) به هنگام بارداری از میان قوم خویش به سمت مشرق بگریزد حیای او بوده است سخن سیوطی «هربت حیاء من قومها فأخذت نحو المشرق» [۴۱] و نیز گفته مغنیه «مهما يكن فإن مریم لما أحست بالحمل ابتعدت عن أهلها حياء و تحرجا» [۳۳] و تعبیر ابوحيان «فارتمت به إلى مكان قصی حياء و فرارا» [۴۴] به خوبی نشان می‌دهد عامل گریختن مریم از میان قوم خویش حیای او بوده است که تا هنگام وضع حمل نیز با گفتن «یا لیتنی میتٌ قبلَ هذا» «ای کاش پیش از این مرده بودم» تجلی می‌یابد [۴۵]

۵- دختر شعیب (ع)

پیش از این راجع به حرکت توأم با حیا دختر شعیب به هنگام بازگشت نزد موسی(ع) و گفت‌وگو با وی درآیه ی ۲۵ سوره ی قصص سخن به میان آمد (۶ ساره

خداوند در سوره ذاریات آیه ۲۹ در مورد ساره همسر ابراهیم (ع) می‌فرماید «فَأَقْبَلَتِ امْرَأَتُهُ فِي صَرَءٍ فَصَكَتْ وَجْهَهَا وَقَالَتْ عَجُوزٌ عَقِيمٌ» «سپس زنش با فریاد پیش آمد و بر چهره‌ی خود زد و گفت: [من] پیرزنی نازایم»

برخی مفسرین در توضیح «فَصَكَتْ وَجْهَهَا» به صورت زدن دستها از سوی ساره را نشان از شدت تعجب و حیای او دانسته اند [۴۶]

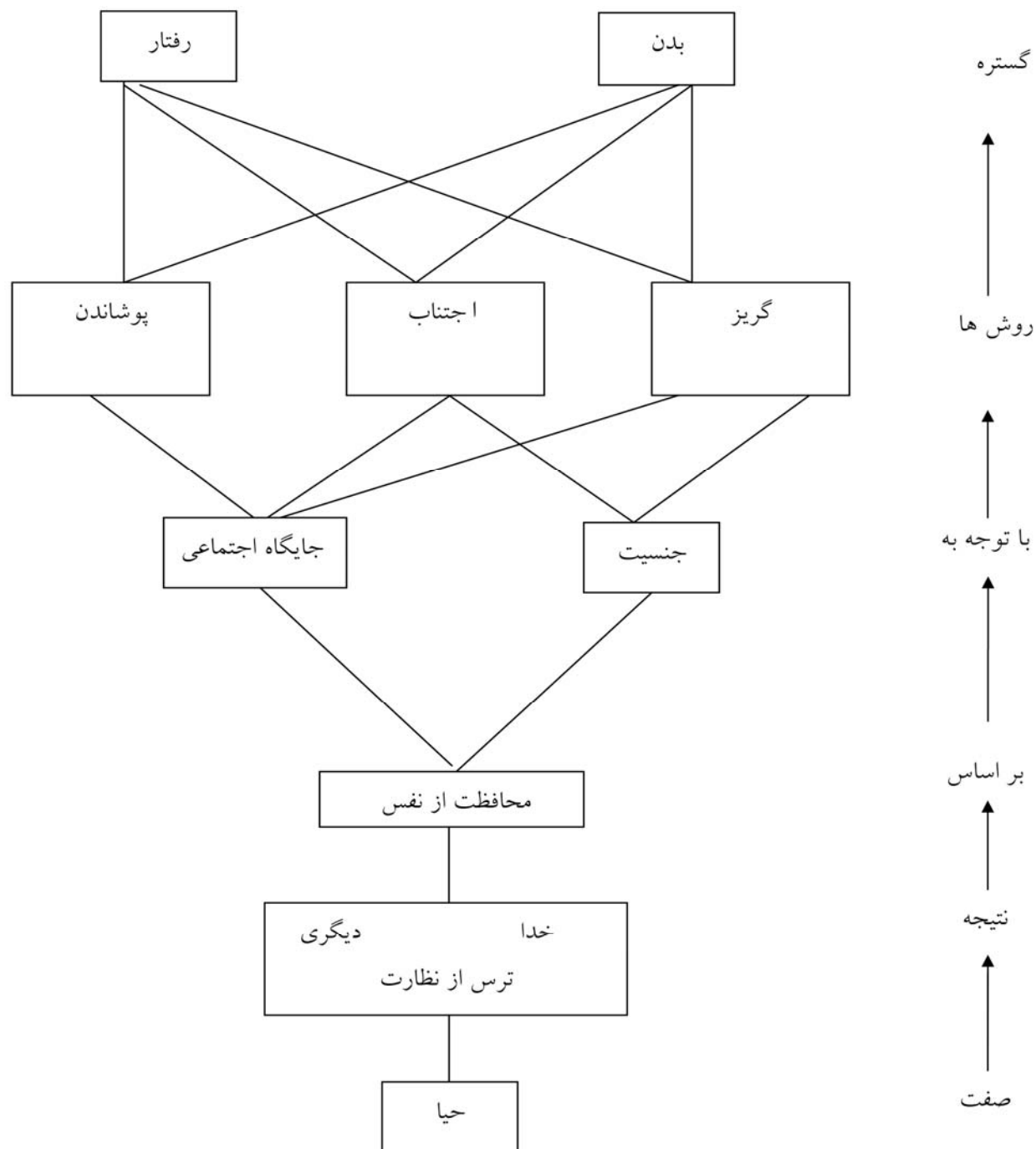
(۷ ایوب

خداوند در سوره انبیاء آیه ۸۳ راجع به درخواست ایوب (ع) سخن به میان آورده و می‌فرماید «وَ أٰیُوبَ إِذْ نَادَى رَبَّهُ أَنِّی مَسَّنِيَ الضُّرُّ وَأَنْتَ أَرْحَمُ الرَّاحِمِينَ» برخی از مفسرین وادیبان تصریح نموده اند که بهره مندی ایوب(ع) از نعمت الهی به مدت هشتاد سال باعث شد تا در چند روزی که دچار محنت گردیده بود، از خداوند حیا نموده و خواسته خود که رهایی از بیماری است را مطرح

نموده [۴۷] و به طور آشکار از آن سخن نراند [۴۸]

### ۳- طرح مقدماتی مدل حیا

در مجموع با توجه به آنچه که گفته شد شکل ۱ می‌تواند بطور فشرده نتایج مورد نظر را نمایان سازد این طرح مقدماتی بیانگر مفهوم و ابعاد حیا در قرآن است که



شکل ۱: طرح مقدماتی حیا مبتنی بر برداشت از آیات قرآن

## بحث و نتیجه گیری

ونقص ها محافظت می کند بنا بر این معیار اساسی در قرآن، خداوند است مردم دیگری نیز باید بر همین معیار مورد سنجش قرار گیرد و بر آن برتری ندارد اما باید توجه داشت که رعایت حیا در قرآن بدون توجه به شرایط آدمی در نظر گرفته نشده است نکته مهم این است که مسئله جنسیت و نیز شرایط و موقعیت فرد، می تواند زمینه بکارگیری حیا را دچار نوسان کند (۳) باتوجه به یافته ها و طبقه بندی نتایج ناشی از واریسی آیات قرآن، پژوهش حاضر کوشیده است مدلی را مطرح نماید در این مدل حیا بعنوان یک ویژگی مهم و محوری زیربنای بسیاری از رفتارها در توازی با عقل و معرفت تنظیم گردیده است که دائماً با مجموعه‌ای از معیارهای درونی شده در تماس است و با توجه به شرایط متعدد می تواند بروز یا عدم بروز خود را سامان بخشد در واقع باید مدل را یک حرکت مقدماتی تلقی کرد که نیازمند تکمیل شدن و سپس نیازمند تنظیم جایگاه حیا در بین دیگر متغیرها، مانند شیوه درونی کردن معیارها یا نحوه مسئولیت پذیری و غیره است نباید حیا را منفک نگریست، چه حتی با پذیرش تناسب مدل کنونی، باز هم نیازمند بررسی ارتباط آن با دیگر متغیرهای رفتاری هستیم مثلاً هنگامی که فرد می داند معیار چیست اما نمی تواند آن را در رفتار خود در نظر بگیرد و شرمند می شود، و باز هم در موقعیتی مشابه، آن رفتار را تکرار می کند، علت چیست؟ پیامد آن چیست؟ آیا بلافاصله با عزت نفس فرد که به شکل مستمر متأثر می شود، سروکار نداریم و به تبع آن با خودکارآمدی خدشه دار شده فرد روبرو نیستیم پس به سادگی نمی توان، به شکل منفک بدون دیدن ارتباط تنگاتنگ متغیرها از حیا صحبت کرد

### ۴) شباهت و تفاوت های حیا و شرم

الف) حیا در متون دینی در زمره رفتارهای پسندیده اخلاقی و به قول پیامبر(ص)، خلق و خوی اسلام است در روانشناسی نیز شرم، در زمره هیجان های مهم اخلاقی و دارای نقش کلیدی در پرورش رفتار اخلاقی است بنابراین

۱) تحقیق حاضر، کوشیده است درعین اینکه مفهوم و ابعاد حیا را در آیات قرآن استخراج می کند به طبقه بندی آن و أخذ مفهوم حیا نزدیک شود آیا ما به این هدف دست یافته ایم ظاهراً باید پاسخ مثبت داد، اما حقیقت این است که آیا پیش از این پژوهش بخشی از مطالب توسط دیگر مؤلفان مطرح نشده است؟ بدین سؤال می توان با استناد به پیشینه های ارائه شده در طرح مسئله پاسخ مناسب داد نکته مهم در این تحقیق به دو بخش باز می گردد: نخست اینکه ممکن است یافته‌ها با دقت هایی گسترش یافته باشند که در تحقیقات دیگر کمتر مشاهده شده است اما دومین نکته این است که تلاش پژوهش این بود که خود را در محدوده خاصی، محصور نماید، و روش خود را تا حد ممکن عینی تر مطرح کند پس تکیه بر نوعی متدولوژی عینی، شاید صحت بیشتر یافته ها را در برابر بیانات پراکنده و گاه متکی به منابع متکثر آشکار سازد.

۲) همانگونه که پیشتر اشاره شد، سوال نخست تحقیق به چیستی حیا و ابعاد آن در قرآن باز می گشت واریسی ها نشان داده که واژه حیا دقیقاً به همین شکل در قرآن مورد اشاره قرار نگرفته اما مشتقات آن با الفاظی از مصدر «استحیاء» ده بار که با مفهوم «حیا داشتن» چهار مرتبه و با مفهوم دیگر شش بار به کار رفته است در چهار آیه فوق حیا هم به خداوند و هم به پیامبر اکرم(ص) نسبت داده شده است که چنین نسبتی، نشانگر جایگاه صفت «حیا» در اسلام است از سوی دیگر حیا می تواند جنبه های مثبت یا منفی داشته باشد چه اینکه هنگامی که فعل حقی مطرح است، نیاز به حیا نیست همواره برای آدمی معیارهایی وجود دارد که این معیارها هنگامی که با عقل و معرفت آدمی در توازی با رفتار وی ارزیابی می شود می تواند حیا را بوجود آورد پس حیا به دلیل وجود «ترس از سرزنش» غیر، برانگیخته می شود از سوی، حیا از نفس آدمی در قبال زشتی ها، بدی ها

حمایت نماید البته این ابزار در دوره کوتاهی مؤثر است نه در دراز مدت (تانجینی ودرینگ، ۲۰۰۲) اما در آیات وروایات معیار محوری و اساسی، خداوند و ابزار تشخیص، عقل تعیین شده است در واقع در آیات، معیارها از آموزه های دینی و فرهنگی اخذ می شوند و در روانشناسی از محیط بیرونی که می تواند جنبه دینی داشته باشد یا نداشته باشد و تعیین کننده معیارها دیگران هستند در حالیکه در آیات، آموزه های الهی محور است

ه) در متون اسلامی، حیا نوعی خویشتن داری ارادی فرد در انجام اعمالی که خلاف قاعده و شأن شرعی و عرفی می باشد، است حیا در حقیقت نوعی توانایی است، وقتی انسان تمایل دارد مثلاً نسبت به بزرگتر خویش از جمله پدر، مادر، معلم و یا مربی خود رفتاری مبتنی بر بی حرمتی نشان دهد و از عهده انجام چنین کاری نیز برمی آید، ولی به دلیل داشتن صفت حیا خویشتن داری کرده، آن را انجام نمی دهد، نوعی توانایی و قدرت را از خود به نمایش گذاشته است بنابراین وجه مثبت و گاه ممکن است در افراط و تفریط وجه منفی پیدا کند اما شرم خجالتی است که شخص از نقص و عدم کمال خود دارد و حالتی است که فرد به خاطر انجام عملی که ممکن است به نظر دیگران یا حتی صرفاً به نظر خود او ناشایست باشد اندوهی به قلبش می رسد، و این احساس در چهره ی او نمایان می شود؛ و در این حالت هیبت فرد دگرگون می شود

و) در روان شناسی امروزی، شرم در توازی معنایی با حیا قرار دارد آن چه که ما بدست دادیم، نشانگر نزدیکی ها یا دوری های این دو مفهوم با یکدیگر بود البته باید بگوییم نزدیکی ها بر دوری ها بطور کلی غالب بود اکنون از خود می پرسیم، آیا ما توانسته ایم تمام دیدگاه ها و نظرگاه های روان شناختی را در مورد شرم مورد توجه قرار دهیم و از آن در تطبیق و مقایسه بهره ببریم؟ در واقع ما به وضعیت کلی شرم در روان شناسی توجه کردیم و نه دیدگاه های نظری متعدد

از طرف دیگر در روان شناسی وقتی که متغیری مطرح می شود، جایگاه آن و بسیاری از ابهامات متعدد در مورد

در روانشناسی و برداشت ما از متون دینی در ارتباط با حیا و شرم، شرم یا حیا بنیادی تر از بسیاری از رفتارهای دیگر تلقی می شود

ب) حیا از دیدگاه دانشمندان اسلامی اولین نتیجه ی ظهور قوه تمیز در انسان است که از همان اوان طفولیت بروز می کند، در روانشناسی نیز شرم، حسی بنیادین و عام است که واکنش مهم و هیجانی فرد به تخطی از کدهای اخلاقی تلقی می شود

ج) راهها و روشهایی که درباره شرم در روانشناسی مورد اشاره است، در این جا نیز دیده می شود مثل گریز، اجتناب یا پوشاندن البته اجتناب در روانشناسی شناختی امروزی، بسیار زیاد مورد توجه قرار گرفته که هم دارای جنبه های منفی و هم مثبت می تواند باشد

د) تمایز اساسی و بنیادین در همان نکته ای است که وجه مشترک حیا در آیات و روایات و روانشناسی شرم است، یعنی وجود معیارهای مهمی که فرد بدان ها آگاه است و تخطی از آنها، موجب شرم در فرد می شود این امر باید مورد توجه قرار گیرد که معیارها در روانشناسی از محیط بیرونی با نوعی درونی سازی فرد اخذ می شوند و تمایزها به فرهنگ های مختلف باز می گردد زیرا شرم، هیجانی است که مشمول تحول می شود یعنی نیازمند درکی از «خویشتن» و نیز «معیارهای اجتماعی و اخلاقی»، در طی تحول عقلانی و عاطفی است (لویز، ۴، ۱۹۷۱) [۴۹] [و نیز شرم هم هیجانی «خودآگاه» محسوب می شود و هم «اخلاقی»: چه که فرد درگیر ارزیابی از خود است و اخلاقی محسوب می شود چون نقش مهمی در پرورش رفتار اخلاقی ما داراست (تانجینی ودرینگ، ۶، ۲۰۰۲)

[۵۰] و در عین حال یک واکنش هیجانی به تخطی از کدهای اخلاقی درونی ماست (تامپسون و همکاران، ۲۰۰۴) [۵۱] و یکی از پیامدهای «شرم»، بیرونی کردن سرزنش برای دفاع از خود است، یعنی دیگری را مقصر دانستن چون فرد مصمم است تا از عزت نفس خود

1. Lewis, H. B.

2. Tangney, J. p.

3. Dearing, R. L.

4. Thompson, T.

## منابع

- آن در تعیین نوع رابطه با دیگر متغیرها مشخص می‌شود و یا برخی از مسائل مرتبط با آن در گستره‌های دیگر علم پاسخ داده می‌شود؛ مثلاً این که معیارهای مطرح شده چگونه درونی می‌شود ممکن است در بحث خود شرم مورد توجه قرار نگیرد، اما اساس این امر یعنی چگونگی درونی‌سازی جهان برونی، گستره‌ی دیگری از بحث علم روان‌شناسی است پس ما در طرح مدل کنونی فقط توانسته‌ایم به نکاتی نزدیک شویم که نیازمند گسترش و یا تعیین ارتباطش با دیگر متغیرهای رفتاری یا اجتماعی و فرهنگی است
- ۵) باید اشاره کنیم که بدون تردید حرکت تحقیق حاضر، تلاشی محدود است، چرا که، اولاً آنچه بدست آورده شده و طبقه‌بندی گردیده، به نگاه ما وابسته است، ثانیاً واژه‌ها معیار جستجوی ما بوده‌اند، این امر در تلاش اولیه غیر قابل اجتناب است، اما واژه‌ها در متن‌های متعدد می‌توانند با توجه به زمینه‌ای که در آن مطرح شده‌اند، جلوه‌های ظریفی را نمایان کنند طرح مدل یا الگوی ترسیمی، ادعای متمایز دیگر این تحقیق است، اما ما باید اعتراف کنیم که مدل ترسیمی، نگاه ماست به متغیرهای اخذ شده از آیات مورد بررسی در واقع کوشیده‌ایم بین ابعاد و انواع حیا، نوعی ارتباط ارگانیک ایجاد کنیم چون برداشت از آیات قرآن حاصل ذهن محقق و بر اساس برخی تفاسیر قرآن است و به سادگی ادعای واقعی بودن مدل را نمی‌توان مطرح کرد به همین خاطر ما از طرح «مقدماتی» سخن گفتیم واژه «مقدماتی» ناظر به این است که اولاً گام‌های زیادی لازم است تا این طرح کامل تر و گسترده تر شود، ثانیاً ناظر به این است که یک برداشت اولیه بر حسب نگاه محقق و توان کنونی علمی ماست بنابراین نباید ادعای بیشتری را مطرح نمود پس با بیم و امید چشم به پژوهش‌های آتی خواهیم داشت
- ۱- ابن ماجه فزوینی، محمد بن یزید (۱۳۹۵) سنن ابن ماجه، تحقیق محمدفؤاد عبدالباقی، بیروت، دار احیاء التراث ج ۲، ص ۱۳۹۹
  - ۲- متقی هندی، علی (۱۳۹۷ق) کنز العمال فی سنن الاقوال والافعال، تصحیح صفوة السقا، بیروت، مکتبه التراث الاسلامی، اول، ح ۵۷۶۱
  - ۳- مجلسی، محمد باقر (۱۴۲۱) بحار الأنوار الجامعة لدرر أخبار الأئمة الأطهار، بیروت، دارالمعارف للمطبوعات ج ۶۸: ۳۳۳
  - ۴- حرانی، حسن بن علی ابن شعبه (۱۴۰۴ ق) تحف العقول عن آل الرسول، قم، مؤسسه انتشارات اسلامی، دوم، تصحیح: علی اکبر غفاری: ۸۴
  - ۵- فیومی، احمد بن محمد (۱۴۰۵) المصباح المنیر، قم، مؤسسه دار الهجره، اول ج ۲: ۱۶۰؛ مصطفوی، حسن (۱۴۳۰) التحقیق فی کلمات القرآن الکریم، بیروت، دار الکتب العلمیه ج ۲: ۳۹۱
  - ۶- فراهیدی، خلیل بن احمد (۱۴۱۴ق) کتاب العین، قم، نشر هجرت، دوم ج ۵، ص ۳۸
  - ۷- ابن منظور، محمد بن مکرم (۱۴۱۰) لسان العرب، بیروت، دار صادر، اول ج ۱۴، ص ۲۱۷
  - ۸- راغب اصفهانی، حسین بن محمد (۱۴۱۲ق) مفردات الفاظ القرآن، تحقیق صفوان عدنان داوودی، بیروت، دارالقلم، اول، ۲۷۰
  - ۹- طریحی، فخر الدین بن محمد (۱۳۷۵) مجمع البحرین، محقق: حسینی اشکوری، احمد، تهران، مرتضوی، سوم ج ۱، ص ۱۱۶
  - ۱۰- رازی، یحیی بن معاذ (۱۴۲۳ق) جواهر التصوف محقق / مصحح: سعید هارون عاشور، مکتبه الآداب، قاهره چاپ: اول ۸۸



- ۱۱- نراقی، محمدمهدی (۱۳۸۳ق)، جامع السعادات تصحیح: محمد کلاتر مطبعة النجف ج ۲: ۳۹۷
- ۱۲- ابن فارس، احمد (۱۴۱۱) معجم مقائیس اللغه، بیروت، دارالجمیل ج ۶: ۱۳۲
- ۱۳- مصطفوی، حسن (۱۴۳۰) التحقیق فی کلمات القرآن الکریم، بیروت، دار الکتب العلمیه، ج ۳: ۱۱۸
- ۱۴- غزالی، محمد بن محمد (بی تا) احیاء علوم الدین، بیروت دار الکتب العربی ج ۸: ۱۳۰
- ۱۵- عمرو، محمد حلمی خالد (۱۳۸۹) اخلاق المومن، ترجمه: سمیه اسکندری فر، واسع، چاپ سوم
- ۱۶- حرزاده، محمدمهدی (۱۳۸۳) حیا زیبایی بی پایان، قم، شفق
- ۱۷- بانکی پور فرد، امیر حسین (۱۳۸۴) حیا، اصفهان، حدیث راه عشق
- ۱۸- پسندیده، عباس (۱۳۸۳) پژوهشی در فرهنگ حیا، قم، دارالحدیث، پنجم
- ۱۹- سرور، عبدالحکیم محمد (۱۳۹۳ق) مُقتضی الحیاء، منبرالاسلام، العدد ۵، ۱۸۱
- ۲۰- امیری، سید امیر (۱۳۸۹) شرم و حیا در دیدگاه قرآن و سنت، وبلاگ تخصصی حقوقی
- ۲۱- ماهینی، انسیه (۱۳۸۹) مفهوم شناسی حیا و عفاف آسیب‌ها و راهکارها، نشریه فلسفه کلام عرفان، شماره ۱۰، صص ۷۹-۱۰۴
- ۲۲- بیات زاده، اعظم (۱۳۸۷) شرم و حیا از منظر قرآن حکیم و حدیث، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اراک
- ۲۳- روشن چسلی، رسول، عطری فرد، مهدیه، نوری مقدم، ثنا، (۱۳۸۶) بررسی اعتبار و پایداری سومین نسخه تجدید نظر شده مقیاس عاطفه خودآگاهی برای بزرگسالان (TOSCA-3) (مجله روانشناسی بالینی و شخصیت دانشور رفتار، ش بیست و پنج، ص ۳۲
- ۲۴- تنها، زهرا؛ رحمانی، سوده؛ نیک پور، روشنگر (۱۳۹۱) تحول شرم و گناه، وبلاگ تخصصی دانشجویان دکترای روانشناسی تربیتی دانشگاه خوارزمی
- ۲۵- ایس، آلبرت (۱۳۸۴) احساس بهتر شدن و بهتر ماندن، ترجمه مهرداد فیروزبخت، رسا، چهارم
- ۲۶- دولابی، اسماعیل (۱۳۸۵) مصباح الهدی (سخنان مرحوم)، مؤلف: مهدی طیب، سفینه، هشتم
- ۲۷- ۲ طبرسی، فضل بن حسن (۱۳۷۲) مجمع البیان فی تفسیر القرآن، تهران، ناصر خسرو، سوم ج ۱: ۱۶۵
- ۲۸- فخر رازی، محمد بن عمر (۱۴۲۰) التفسیر الکبیر، بیروت، دارالاحیاء التراث العربی، سوم، ج ۱، ۱۴۱
- ۲۹- طالقانی، سید محمود (۱۳۶۲) پرتوی از قرآن، شرکت سهامی انتشار، تهران، چهارم ج ۱، ص ۱۰۱
- ۳۰- طوسی، محمد بن محمد نصیر الدین (۱۳۵۶)، اخلاق ناصری، تهران، چاپ مجتبی مینوی و علیرضا حیدری ج ۸: ۳۵۷
- ۳۱- ابن عاشور، محمد بن طاهر، ۱۴۲۰، التحریر و التنویر، موسسه التاریخ، بیروت، اول
- ۳۲- زمخشری، محمود، (۱۴۰۷) الکشاف عن حقائق غوامض التنزیل، دار الکتب العربی، سوم ج ۳، ۵۵۵.
- ۳۳- مغنیه، محمد جواد (۱۴۲۴) تفسیر الکاشف، دار الکتب الإسلامی، تهران، اول، ج ۶، ۲۳۵

- ۳۴- مکارم شیرازی، ناصر (۱۴۲۱) الأمثل فی تفسیر کتاب الله المنزل، مدرسه امام علی بن ابی طالب، قم، اول، ج ۱۷، ص ۴۰۰
- ۳۵- خطیب، عبدالکریم (بی تا) التفسیرالقرآنی للقرآن، قاهره، دارالفکر العربی ج ۱۰، ص: ۲۳۶
- ۳۶- ابن کثیر، اسماعیل بن عمرو (۱۴۱۹)، تفسیر القرآن العظیم، تحقیق: محمد حسین شمس الدین، دار الکتب العلمیه، منشورات محمدعلی بیضون، بیروت ج ۶، ۲۰۵
- ۳۷- ابن قطب، سید بن ابراهیم شاذلی (۱۴۱۲) فی ظلال القرآن، دارالشروق، قاهره، هفدهم
- ۳۸- طبری، محمد بن جریر (۱۴۱۲) جامع البیان فی تفسیر القرآن، دار المعرفه، بیروت، اول ج ۲۰، ۳۸
- ۳۹- ابوزهو، محمد (بی تا)، زهره التفاسیر، دار الفکر، بیروت، اول، ج ۶
- ۴۰- قطبی، ثریا و دیگران (۱۳۹۳) تحلیل ابعاد و مولفه های اعتقادی سبک زندگی اسلامی در آموزه های رضوی، فصلنامه مطالعات معرفتی در دانشگاه اسلامی ۶۰، سال هیجدهم، شماره سوم
- ۴۱- سیوطی، عبدالرحمن بن ابی بکر (۱۴۰۴) الدر المنثور فی تفسیر المأثور، کتابخانه آیه الله مرعشی نجفی، قم، اول ج ۵: ۲۲۳.
- ۴۲- قمی، علی بن ابراهیم (۱۳۶۳) تفسیر القمی تحقیق: طیب موسوی جزایر، دار الکتب، قم، سوم ج ۲، ۱۹۷.
- ۴۳- آلوسی، سید محمود (۱۴۱۵) روح المعانی فی تفسیر القرآن العظیم، تحقیق: علی عبدالباری عطیه، دارالکتب العلمیه، بیروت، اول
- ۴۴- ابوحنان، محمد بن یوسف (۱۴۲۰) البحر المحیط فی التفسیر، تحقیق: صدقی محمد جمیل، دار الفکر، بیروت، اول ج ۷: ۲۳۵
- ۴۵- حسینی شیرازی، سید محمد (۱۴۲۴) تقریب القرآن الی الاذهان، دار العلوم، بیروت، اول، ج ۳: ۴۲۷
- ۴۶- شریف لاهیجی، محمد بن علی (۱۳۷۳) تفسیر شریف لاهیجی، دفتر نشر داد، اول ج ۴: ۲۶۲
- ۴۷- کاشانی، ملا فتح الله (۱۳۳۶) تفسیر منهج الصادقین فی الزام المخالفین کتابفروشی محمد حسن علمی، تهران ج ۶، ص: ۹۴
- ۴۸- ملاحویش آل غازی، عبدالقادر (۱۳۸۲) بیان المعانی، مطبعة الترقی، دمشق، اول، ج ۴: ۳۲۱
- 49- Lewis H B (1971) Shame and guilt in neurosis NEW YORK : International Universities Press
- 50- Tangney, J P & Dearing, R L (2002) Shame and guilt New York & London: The Guilford Press
- 51- Thompson, T, Altmann, R & Davidson, J (2004) shame-proneness and achievement Personality and Individual Differences, 36, 613-627.

*Received on: 27/12/2014*

*Accepted on: 12/05/2015*

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer  
2015*

## **Preliminary Design, Modesty Model- Based on Interpretation of the Quran and Comparison with the Psychology of Shame**

*Asadian, S.<sup>1</sup>, Ghotbi, S.<sup>2\*</sup>, Shairi, M.R.<sup>3</sup>*

- 1. M.A. of Shahed University.*
- 2. Assistant Professor of Quran and Hadith Sciences, Shahed University.*
- 3. Associate Professor, Psychology, Shahed University.*

\*Email: sghotbi@shahed.ac.ir

### **Abstract**

The fundamental purpose of present study was to determine the dimensions of shame in Quran with a glance to the psychology of shame and achievement of initial model of modesty based on interpretation of Koranic verses. This research project follows a discretional design of library –document type ,so initially based on the terminology modesty, all related verses in the Quran examined and then the preliminary model was drawn based on the interpretation of the Koranic verses.

Research findings were the following points: 1) The word "modesty" is not mentioned in the Quran exactly the same way but "estehya" from the root of "H y y" in various forms has been used 10 times 2) modesty shows as a fundamental feature of two ranges which is connected to the standards of God's attributes on the one hand and on the other hand is in contact with the wisdom and divine internalized standards. This property is self-protection and due to two factors of gender and condition, can be revealed based on multiple methods in the area of the body and its behavior .3)The great similarity of modesty and shame is that they are considered more fundamental structures of many other behaviors. The basic distinction is that the fundamental criteria referred to in modesty can be traced to religious criteria, while in psychology of shame these criteria are taken from the social and cultural conditions. 4) A preliminary model of modesty based on understanding of the Koranic verses will bring up Modesty as fundamental features of self-protection by monitoring the Lord, and according to personal and social circumstances in the body and spirit ranges.

**Key words:** Quran, Morality, Modesty, Psychology, Shame.

*Received on: 23/09/2014*

*Accepted on: 25/05/2015*

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer  
2015*

# The Confirmatory Factor Analysis of Screening Scale of High-Risk and Problematic Use of Internet

*Shokri, O.<sup>1</sup>*

*1. Assistant Professor, Psychology, Shahid Beheshti University.*

\*Email: oshokri@yahoo.com

## Abstract

This study aimed to perform the validity and factorial test of a screening scale of high-risk and problematic use of Internet (PRIUSS) in a group of Iranian students.

In present correlational study, 200 undergrads (100 boys and 100 girls) responded to Persian version of screening scale of high-risk and problematic use of Internet.

In order to determine the factorial validity of PRIUSS was used the confirmatory functional analysis model and to determine the internal consistency PRIUSS was used the Cronbach's alpha coefficients. The results of the confirmatory functional analysis showed that in multidimensional structure of Iranian sample PRIUSS, including emotional harm, social harm and use of Internet with IMPULSIVE data has good fit. The internal consistency coefficients were obtained the factors of emotional harm, social harm and IMPULSIVE use of Internet 0/74 to 0/87 respectively. The results of this study showed that PRIUSS due to a strong theoretical foundation and promising psychometric properties for screening and prevention efforts in the realm of high-risk Internet behaviors in a sample of Iranian youth is reliable.

**Key words:** Confirmatory functional analysis, Screening scale of high-risk and problematic use of Internet, The factorial validity.

*Received on: 10/09/2014*

*Accepted on: 19/04/2015*

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer  
2015*

## **Social Phobia Questionnaire in Adolescents: Exploratory and Confirmatory Factor Structure**

*Khazaei, F.<sup>1\*</sup>, Shairi, M.R.<sup>2</sup>, Atri Fard, M.<sup>2</sup>, Jalali, M.R.<sup>1</sup>, Heidari Nasab, L.<sup>5</sup>*

*1. Ph.D. Student, Psychology, Tarbiat Modares University.*

*2. Associate Professor, Psychology, Shahed University.*

*3. Ph. D in Psychology.*

*4. Assistant Professor, Psychology, Qazvin University.*

*5. Assistant Professor, Psychology, Shahed University.*

\*Email: Khazaei\_fl386@yahoo.com

### **Abstract**

The aim of the present study is to determine the factor structure of "Social Phobia Scale» (SPIN) in non-clinical sample of Iranian adolescents. For this purpose, initially, by implementing measures on 311 male and female students in second and third of high school, which cluster sampling method were selected from five regions of the South, North, East, West, and Central Tehran, the factor structure of instruments were analyzed by using exploratory factor analysis. In this study, the SPIN was conceptualized in terms of four factors: fear and avoidance of criticism and embarrassment, fear of physical symptoms in interactive situations, fear and avoidance of strangers and authorities; and fear and avoidance of meetings and being center of attention. In the following, in order to examine the above structure, confirmatory factor analysis was used. The results indicated a good fit of factor structures 3, 4 and 5. While the indices of the four exploratory factor analysis of the present study was more desirable. Also, the last examination by using Cronbach's alpha method was indicator of good ending for 4 factors and the last examination by using the average correlation between items demonstrate good ending for all three models 3, 4 and 5. The results of the present study provide evidence for the validity of the factor structure of the SPIN in Iranian teenagers. Totally, the results of the present study provide evidence for the validity of the factor structure of the SPIN in Iranian teenagers.

**Keywords:** "Social Phobia Scale» SPIN, Factor structure, Teens.

*Received on: 19/11/2013*

*Accepted on: 18/10/2014*

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer  
2015*

# **Mentalities Sketches, Experience of Child Abuse and Attachment Styles with Borderline Personality Disorder**

*Hanaei, N.<sup>1\*</sup>, Mahmood Alilou, M.<sup>2</sup>, Bakhshi Pour Roudsari, A.<sup>2</sup>, Akbari, E.<sup>1</sup>*

*1. Master of Clinical Psychology, University of Tabriz.*

*2. Professor, Psychology, University of Tabriz.*

\*Email: hanaeinazila36@gmail.com

## **Abstract**

Early relationships of parents with children and traumatic events in childhood have a significant role in the formation of personality disorders. According to Yang, borderline personality disorder Characteristic is variable modes of thinking, feeling and behavior, which called it "mentality schema". The present study aims to determine the difference between attachment styles and experience of child abuse in borderline personality disorder patients and normal subjects and also predict schematic mentalities in patients with borderline personality disorder based on the experience of child abuse and attachment styles. The study population were included all patients with borderline personality disorder referred to Razi hospital and Mehr Andisheh counseling center in Tabriz that 60 patients were selected by purposive sampling method, (30 patients with borderline personality disorder and 30 normal subjects). Normal group were matched with borderline personality disorder patients in terms of demographic characteristics. Both groups completed Hazan and Shaver's questionnaires of mentality schema (SMQ), and attachment styles (AAI), and the experience of child abuse (CASRS). Data analysis was performed by software SPSS version 17 and LISREL Version 54/8 and multi-way Analysis of variance test (MANOVA) and path analysis (Path Analysis). The results showed that research groups showed a significant difference in ambivalent attachment style and emotional abuse, neglect and sexual abuse, child abuse experience scale. The schematic mentalities of child abuse were predicted by attachment styles and scale of child abuse that avoidant attachment style and emotional and sexual abuse had greater share in this prediction. Obtained results support Young's schema and insist on parents' bad educational role and their negative initial relations with children on inefficient schematic mindsets. So that the formation of avoidant attachment style, and also experience of emotional and sexual abuse in childhood, makes a person be capable of borderline personality disorder in adulthood.

**Keywords:** Borderline personality disorder, Schema mentalities, Styles of attachment, Child abuse.

*Received on: 16/02/2015*

*Accepted on: 17/06/2015*

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer  
2015*

## **Communication Model Test of Family Emotional Environment with Perceived Stress: The Role of Mediator Difficulties in Emotion Regulation**

*Sepehriyan Azar, F.<sup>1\*</sup>, Asadi Majreh, S.<sup>2</sup>*

*1. Associate Professor, Psychology, Urmia University.*

*2. Ph.D. Student, Psychology, Urmia University.*

\*Email: F.sepehrianazar@urmia.ac.ir

### **Abstract**

Difficulties of emotional regulation through factors related to family emotional environment are affected perceived stress levels. This study aims to provide a causal model to explain the relationships of family emotional variables (parenting styles and negative emotion expressiveness in the family) with perceived stress level were performed according to the role of mediator of difficulties in emotion regulation. The sample consisted of 215 teenage students (168 girls and 47 boys) and their parents that adolescents were selected by randomly sampling method. To collect the research data, it was completed the scale of difficulties in emotional regulation (DERS), the Perceived Stress Scale (PSS), family expression scale (FEQ) by teens and parenting style questionnaire (OSQ) by parents. Data were analyzed by using structural equation modeling. The results of factor analysis showed acceptable fit for relationship of emotional regulation difficulties and negative emotional expression in families with perceived stress. Based on path analysis, the direct effect of the difficulties in emotional regulation and negative expression on perceived stress had significant effects. The relationship between parenting styles with perceived stress variables and difficulties of emotional regulation on structural equation modeling was insignificant that was eliminated. Also, there was significant relationship between the expressions of negative emotions in families with difficulties in emotional regulation. Research results show the role of negative emotion expressiveness in the family and emotional regulation difficulties at teen's perceived stress level.

**Keywords:** Perceived stress, Emotional expression, Emotional regulation difficulties, Parenting style.

Received on: 16/09/2014

Accepted on: 30/06/2015

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer  
2015*

# The Effect of Psychological and Educational Interventions for Child-Centered, Family-Centered and a Combination of Reduced Symptoms of Autistic Children in Real Life

*Chopan Zideh, R.<sup>1\*</sup>, Faramarzi, S.<sup>2</sup>, Pirouz, M.<sup>1</sup>, Zeid Abadi, F.<sup>1</sup>*

*1. Master of Psychology and Education of Exceptional Children, Isfahan University*

*2. Assistant Professor, Psychology and Education of Exceptional Children, Isfahan University*

\*Email: Roya.chopan@yahoo.com

## Abstract

Autism is a disorder of aberrant behaviors such as stereotyped behaviors, impaired communication and social interaction. On the other hand, the family plays a fundamental role in ensuring children health and welfare, learning how to deal with maladaptive behaviors of autistic children are important to parents. This study examined the effectiveness of psychological interventions, family-centered, child-centered and a combination of reduced symptoms of autistic children in real life. The research method is experience with pre-test - post-test design and control group. From autistic children rehabilitation centers in Isfahan, 12 autistic children with their parents were chosen with cluster sampling according to the research entry criteria and participated in the research. To measure the symptoms of autistic children were used their real-life rating scale. Educational - Consulting Horen B model was used for family-centered interventions and applied analysis behavior method for child-centered interventions. Data analysis was performed by covariance analysis. The results showed that there was a significant difference between the scores of three groups of children who were under psychological interventions of child and family-centered and combination of them and control groups ( $p \leq 0 / 001$ ). Based on the findings, it can be concluded that the family-centered interventions, child-centered interventions and the combination is effective in reducing symptoms of autistic children. Combined interventions had more effective.

**Keywords:** Family centered interventions, Child-centered interventions, Symptoms of autistic disorder.



*Received on: 08/10/2014*

*Accepted on: 20/04/2015*

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer  
2015*

## **Forecast Perceived Stress Based on Cognitive Beliefs and Mindfulness in Students of Islamic Azad University Bukan**

*Yaghubi, A.<sup>1</sup>, Alizadeh, G.<sup>2\*</sup>, Sufi, S.<sup>3</sup>*

*1. Associate Professor, Psychology, Bu-Ali Sina University, Hamedan.*

*2. Lecturer of Psychology, Department of Psychology, Boukan Branch, Islamic Azad University, Bukan, Iran.*

*3. Assistant Professor in Psychology, , Department of Psychology, Boukan Branch, Islamic Azad University, Bukan, Iran.*

\*Email: Galavizh. alizade@gmx.com

### **Abstract**

The aim of this study was predicting perceived stress based on cognitive beliefs and mindfulness in the students of Islamic Azad University Bukan. The study is a correlation (predictor) and the statistical population included all students of Islamic Azad University Bukan in 1393 who were 1,800.

The subjects of this study were 229, (119 female and 110 male) students of Islamic Azad University, Bukan who were selected by randomly sampling and completed measures of metacognitive beliefs (MCQ-30); 5 factors of mindfulness (FFMQ) and perceived stress (Perceived stress scale- 14). Research data was divided into two groups by using spss software version 19 and statistical methods simultaneous multiple regression analysis and independent t-test. The results showed that both metacognitive beliefs and mindfulness could predict changes related to perceived stress positively and significantly ( $001/0 > P$ ). As well as the perceived stress in female students is more ( $001/0 > P$ ). The results showed that metacognitive beliefs and mindfulness have an important role in students' perceived stress. So, according to metacognitive beliefs and mindfulness variables may reduce incidence of perceived stress.

**Keywords:** Metacognition beliefs, Mindfulness, Perceived stress.

*Received on: 18/09/2014*

*Accepted on: 21/04/2015*

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer  
2015*

# The Relationship of Five Big Factors of Personality and Goal Orientation in Payam Nour University Students of Birjand

*Akbari Boorang, M.<sup>1</sup>, Gholami Boorang, F.<sup>2\*</sup>, Adeli Poor, Z.<sup>2</sup>*

*1. Faculty Member, Birjand University.*

*2. Masters Student, Ferdowsi University, Mashhad.*

\*Email: f.gholami87@yahoo.com

## Abstract

In recent years, a lot of researches are done to explain the theory of goal orientation, as one of the important perspective on the antecedents and consequences of motivation. One of the most important and effective factor on goal orientation is the five main factors of personality. This study aimed to determine the relationship between the five factors of personality and goal orientation was designed. This study was conducted based on descriptive - correlation. For this purpose, 380 students of Birjand Payam Nour University were selected by available sampling method. Data were collected by using two questionnaires of five personality factors (BFI) and Elliot and McGregor's goal orientation and analyzed in two descriptive statistics such as mean and standard deviation and inferential statistics including Pearson correlation coefficient and multiple regressions in Simultaneous way. The results showed that all relationships between the five big factors of personality and four types of goal orientation, except for task-oriented and orientation Function approach is significant. Multiple regression analysis showed that the extroversion variables and experience openness are significant predictors for mastered - approach, performance - approach and performance - avoidance orientation and extroversion variables and task-oriented are significant predictors of dominance – avoidable orientation. In general it can be concluded that there is a relationship between the five factors of personality and goal orientation and personality is a significant predictor for goal orientation.

**Keywords:** Five big factors of personality, Goal orientation, Payam Nour University Birjand.

*Received on: 12/05/2014*

*Accepted on: 14/04/2015*

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer  
2015*

## **To Investigate the Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Program (MBSR) on Reducing the Symptoms of Patients with Social Anxiety**

*Razian, Sh.<sup>1\*</sup>, Heydari Nasab, L.<sup>2</sup>, Shairi, M.R.<sup>3</sup>, Zahrabi, Sh.<sup>4</sup>*

- 1. Ph.D. Student, Clinical Psychology, University of Science and Culture.*
- 2. Assistant Professor, Clinical Psychology, Shahed University.*
- 3. Associate Professor, Clinical Psychology, Shahed University.*
- 4. M.A. in Clinical Psychology, Shahed University.*

\*Email: s.razian@usc.ac.ir

### **Abstract**

Social anxiety has been the focus of clinical attention as a common problem in the realm of childhood, adolescence and adulthood, due to various problems in compatibility and performance of patients and comorbidity with many adult disorders such as anxiety, depression and avoidant personality disorder. Therefore several treatment models are designed for the restoration of this disorder. One of these models is mindfulness training. Accordingly, the aim of this study was to determine the effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on reducing symptoms of social anxiety from a sample of Iranian girl students who were diagnosed. Accordingly, 21 subjects with social anxiety disorder based on the Social Phobia Inventory (SPIN) and the Structured Clinical Interview based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (SCID-I) were selected and 10 in the experimental group and 11 patients in group Control were replaced. The experimental group received eight sessions of mindfulness-based stress reduction (MBSR) and the control group remained on hold. The subjects were completed Social Phobia Inventory (SPIN) before and after treatment. Data analysis was performed by comparing mean scores of pre-test - post-test, according to U Man-Whitney test. The results have shown that mindfulness-based stress reduction program led to a reduction in social anxiety symptoms of fear, avoidance, and psychological distress in patients. Based on the findings of this research, mindfulness program has been effective in reducing the symptoms of social anxiety disorder and other parameters in spite of belonging to different culture. So it seems that with regards to the limitations of current research and observance of clinical precautions, this program can be used in treatment centers for samples with social anxiety.

**Key words:** Social anxiety disorder, The treatment of mindfulness-based stress reduction, Girl students.

Received on: 24/01/2015

Accepted on: 13/06/2015

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer  
2015*

# Compare Trait-state Anxiety and Perfectionism Dimensions of Mothers of Children with Anxiety Disorders and Healthy Children

*Aminae, M.<sup>1\*</sup>, Roshan Chesli, R.<sup>2</sup>, Shairi, M.R.<sup>2</sup>, Moharreri, F.<sup>3</sup>*

*1. M.A. of Clinical Psychology, Shahed University.*

*2. Associate Professor, Clinical Psychology, Shahed University.*

*3. Associate Professor, Psychiatry, Psychological and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad Medical Sciences University.*

\*Email: Aminae.psy67@gmail.com

## Abstract

Anxiety disorders are the most common problems among children, which can lead to functional problems. Most family studies indicate high overlap of child anxiety disorders and his/her family.

According to the above measures, the aim of this study was to determine the difference between trait-mood anxiety and perfectionism dimensions of mothers of children with and without symptoms of anxiety. Accordingly, a sample of 110 children (55 children with anxiety and 55 children without anxiety) were studied accompanied by their mothers. Anxious children were selected through the sampling and non-anxious children by matched the demographic variables with distressed groups, from elementary schools in Mashhad. Mothers of children are under trait- state anxiety questionnaires, perfectionism dimensions and complete child behavior checklist (parent). Compare the results between the two groups was performed according to independent t test. The results showed that mothers of anxious children had significantly higher levels of trait -state anxiety, parental expectations, parental criticism, and concern about mistakes, high standards and uncertainty than mothers of children without symptoms of anxiety. The results of this study show correlation between the children anxiety with some parental factors such as anxiety and perfectionism dimensions of mothers. So it is appropriate that in the assessment and treatment of anxious children get some attention to some parental factors.

**Keywords:** Trait-state anxiety, Anxious children, Perfectionism.

*Received on: 01/07/2013*

*Accepted on: 30/12/2014*

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer  
2015*

## **Moderating Role of Problem Solving Strategies in the Relationship between Rumination and Student's Depression**

*Nezami pour, E.<sup>1\*</sup>, Zargham Hajebi, M.<sup>2</sup>, Abdol Manafi, A.<sup>3</sup>*

*1. Postgraduate Student, Clinical Psychology, Islamic Azad University, Tehran.*

*2. Assistant Professor, Clinical Psychology, Islamic Azad , Qom.*

*3. Ph.D. Student, Tarbiat Modares University.*

\*Email: e.nezamipour@yahoo.com

### **Abstract**

Rumination and issue resolution methods are among the important and effective factors on people mental health. This study aims to explain the role of moderator in problem-solving strategies between rumination and depression was conducted. The sample consisted of 200 female undergraduate students Azad University Qom that was asked of them to complete the Beck Depression scale Inventory (BDI-II), Cassidy and Lung scale of problem-solving styles and ruminative response scale (RRS). The results indicated that there is a significant negative correlation between constructive problem-solving methods (confidence, attitude and creativity) with depression and rumination and significant positive relation between unconstructive ways to solve the problem (of failure, control except avoidance) with depression and rumination. Also, modification analyzed and regression results revealed that between problem-solving strategies only trust practices and controlling are moderating role in relationship between rumination and depression. We infer that the problem-solving styles and rumination are the most important predictors of depression intensity.

**Keywords:** Mental Rumination, Depression, Problem solving.

Received on: 19/07/2014

Accepted on: 10/06/2015

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer  
2015*

# Effectiveness of Cognitive-Existential Group Therapy on Mental Health and Images of God in Parents of Children with Cancer

*Eskandari, M.<sup>1</sup>, Bahmani, B.<sup>2\*</sup>, Hassani, F.<sup>3</sup>, Asgari, A<sup>4</sup>*

*1. M.A. of Counseling, Science and Research Branch, Islamic Azad University.*

*2. Assistant Professor, Counseling, Welfare and Rehabilitation Sciences University.*

*3. Assistant Professor, Psychology, Islamic Azad.*

*4. Assistant Professor, Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University.*

\*Email: bbahmani43@yahoo.com

## Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of cognitive-existential group therapy on spiritual health and image of God of parents of children with cancer using semi-experimental with pre - posttest control group was randomly assigned and by following up has done during six-month. For this purpose 30 parents (From 24 to 54 years old) that their children due to cancer were in Mahak hospital under medical treatment and had volunteered to participate in counseling programs, Were assigned randomly to two experimental and control groups. Before the therapeutic intervention, both groups with spiritual health questionnaire (1982) and religious status questionnaire RSI (2003) were evaluated. The experimental group participated in twelve 90-minute sessions of cognitive-existential therapy that attended 2 sessions per week, while the control group did not use any psychological intervention during this period. After treatment, both groups were evaluated with the above tests. This assessment was carried out for the experimental group separately within 6 months of treatment. The data were processed by using software SPSS-16 for performing statistical test of covariance analysis (ANCOVA). The results revealed a significant difference in the spiritual health and positive impression of God in the two groups in favor of the experimental group ( $05/0 > p$ ), respectively. These results still remained in a 6-month follow experimental group for both variables, and showed that cognitive-existential therapy can be effective to increase spiritual health and create a positive impression of God in parents of children with cancer.

**Keywords:** Cognitive-existential therapy, Spiritual health, Images of God, Parents of children with cancer.

ردیف	عنوان	نویسنده / مترجم	سال	قطع	نوبت چاپ	موضوع	قیمت (ریال)
۱	رمزنگاری کوانتومی	ناصر محمدزاده	۹۴	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۱۲۵۰۰۰
۲	میکروشناسی نیتروفیکاسیون و دنتریفیکاسیون	پرویز اولیاء و همکاران	۹۴	وزیری	اول	پزشکی	۹۵۰۰۰
۳	مدیریت زنجیره تأمین: استراتژی، برنامه ریزی و عملیات	راشد صحرائیان 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	روش های تجزیه و تحلیل آماری چندمتغیره با رویکرد کاربردی	مهدی بشیری و همکار	۹۴	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۱۸۸۰۰۰
۶	کاربرد الگوریتم های ابتکاری و فرابابتکاری در طراحی سیستم های ..	مهدی بشیری و همکار	۹۴	وزیری	سوم (دوبارایش جدید)	فنی و مهندسی	۱۳۵۰۰۰
۷	آشنایی با GAMS در مقابل سایر نرم افزارهای بهینه سازی...	مهدی بشیری	۹۴	وزیری	دوم (دوبارایش جدید)	فنی و مهندسی	۱۱۵۰۰۰
۸	رویکردی نوین در تصمیم گیری های چندمعیاره	مهدی بشیری و همکاران	۹۴	وزیری	دوم (دوبارایش 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 پیام آرا	۹۴	وزیری	اول	علوم پایه	۱۴۵۰۰۰
۱۱	درآمدی بر دیدگاه های تربیتی ملا احمد نراقی	محسن فرمبندی فراهانی و همکاران	۹۴	وزیری	اول	علوم انسانی	۱۱۵۰۰۰
۱۲	جانورشناسی (جلد ۱) بی مهرگان	منیژه کریمی	۹۳	وزیری	نهم	علوم پایه	۱۲۸۰۰۰
۱۳	طراحی سیستم های صنعتی ۱ (مکان یابی و استقرار تسهیلات)	مهدی بشیری	۹۳	وزیری	چهارم	فنی و مهندسی	۱۹۵۰۰۰
۱۴	طراحی سیستم های صنعتی ۲ (کاربردها و زمینه های تحقیقاتی)	مهدی بشیری	۹۳	وزیری	دوم	فنی و مهندسی	۱۵۸۰۰۰
۱۵	فلوسیتومتري: 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	میکروشناسی مولکولی عفونت های 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 ماتریس ها و جبر خطی	محمدعلی نصر آزادانی	۹۳	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۱۶۶۰۰۰
۲۳	سیستم های دینامیکی و نظریه معادلات دیفرانسیل	بهروز رئیس	۹۳	وزیری	اول	علوم پایه	۱۳۶۰۰۰
۲۴	درآمدی بر نظریه کدگذاری	حسام الدین شریفی	۹۳	وزیری	اول	علوم پایه	۱۲۸۰۰۰
۲۵	دین و دین داری و مردم سالاری 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 کردنائیچ	۹۳	وزیری	اول	کشاورزی	۷۰۰۰۰
۲۸	فلسفه تربیتی فارابی	محمدحسن میرزامحمدی	۹۳	وزیری	اول	علوم انسانی	۷۹۰۰۰
۲۹	روبات های جوشکار	محمدحسین کاظمی	۹۲	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۸۸۰۰۰
۳۰	طراحی برای شش سیگما	امیرحسین امیری و همکاران	۹۲	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۸۸۰۰۰
۳۱	سیستم های دینامیکی و نظریه آشوب	بهروز رئیس	۹۲	وزیری	اول	علوم پایه	۹۸۰۰۰
۳۲	آسیب شناسی عمومی مقایسه ای: ساز و کارهای 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 عفونت های جنسی	معصومه حیدری و همکاران	۹۲	وزیری	اول	پرستاری	۴۵۰۰۰
۳۵	سیستم های دینامیکی، مکانیک سماوی و مدارهای ماهواره ای	بهروز رئیس	۹۲	وزیری	اول	علوم پایه	۱۲۸۰۰۰





## Table of Contents

### “Some Gueries In Clinical Psychology And Personality”

- ◆ Effectiveness of Cognitive-Existential Group Therapy on Mental Health and Images of God in Parents of Children with Cancer .....1/1۷۰  
*Eskandari, M., Bahmani, B., Hassani, F., Asgari, A.*
- ◆ Moderating Role of Problem Solving Strategies in the Relationship between Rumination and Student’s Depression.....2/1۶۹  
*Nezami pour, E., Zargham Hajebi, M., Abdol Manafi, A.*
- ◆ Compare Trait-state Anxiety and Perfectionism Dimensions of Mothers of Children with Anxiety Disorders and Healthy Children..... 3/1۶۸  
*Aminae, M., Roshan Chesli, R., Shairi, M.R., Moharreri, F.*
- ◆ To Investigate the Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Program (MBSR) on Reducing the Symptoms of Patients with Social Anxiety ..... 4/1۶۷  
*Razian, Sh., Heydari Nasab, L., Shairi, M.R., Zahrabi, Sh.*
- ◆ The Relationship of Five Big Factors of Personality and Goal Orientation in Payam Nour University Students of Birjand.....5/1۶۶  
*Akbari Boorang, M., Gholami Boorang, F., Adeli Poor, Z.*
- ◆ Forecast Perceived Stress Based on Cognitive Beliefs and Mindfulness in Students of Islamic Azad University Bukan.....6/1۶۵  
*Yaghubi, A., Alizadeh, G., Sufi, S.*
- ◆ The Effect of Psychological and Educational Interventions for Child-Centered, Family-Centered and a Combination of Reduced Symptoms of Autistic Children in Real Life .....7/1۶۴  
*Chopan Zadeh, R., Faramarzi, S., Pirouz, M., Zeid Abadi, F.*
- ◆ Communication Model Test of Family Emotional Environment with Perceived Stress: The Role of Mediator Difficulties in Emotion Regulation ..... 8/1۶۳  
*Sepehriyan Azar, F., Asadi Majreh, S.*
- ◆ Mentalities Sketches, Experience of Child Abuse and Attachment Styles with Borderline Personality Disorder .....9/1۶۲  
*Hanaei, N., Mahmood Alilou, M., Bakhshi Pour Roudsari, A., Akbari, E.*

### “Personality and Clinical Evaluation”

- ◆ Social Phobia Questionnaire in Adolescents: Exploratory and Confirmatory Factor Structure.....10/1۶1  
*Khazaei, F., Shairi, M.R., Atri Fard, M., Jalali, M.R., Heidari Nasab, L.*
- ◆ The Confirmatory Factor Analysis of Screening Scale of High-Risk and Problematic Use of Internet ..... 11/1۶۰  
*Shokri, O.*

### “Culture and Knowledge Expanding In Personality And Clinical Psychology”

- ◆ Preliminary Design, Modesty Model-Based on Interpretation of the Quran and Comparison with the Psychology of Shame .....12/1۵۹  
*Asadian, S., Ghotbi, S., Shairi, M.R.*

# CLINICAL PSYCHOLOGY & PERSONALITY

(Daneshvar Raftar)

Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer 2015

Clinical Psychology and Personality 12

## 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): Sahar Afshar
- **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](mailto: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](http://www.ISC.gov.ir)
2. [www.SID.ir](http://www.SID.ir)
3. [www.MAGIRAN.com](http://www.MAGIRAN.com)
4. [www.Noormags.ir](http://www.Noormags.ir)

